

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Saúde Mental: Novas Configurações na Intervenção do Serviço Social

Marta Isabel Honório Matos

Doutoramento em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Elsa Rocha de Sousa
Justino, Professora Auxiliar no Iscte – Instituto de
Universitário de Lisboa

Março, 2025

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Saúde Mental: Novas Configurações na Intervenção do Serviço Social

Marta Isabel Honório Matos

Doutoramento em Serviço Social

Júri:

Doutora Ana Lúcia Sá (Presidente)

Professora Auxiliar, Iscte, Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Sónia Guadalupe dos Santos Ribeiro Neves de Abreu, Professor Auxiliar, Universidade de Coimbra

Doutora Tatiane Valduga, Professora Adjunta,
Instituto Politécnico de Portalegre

Doutor José António Vicente, Professor Adjunto
convidado, Instituto Politécnico de Leiria

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira
Professor Catedrático, Iscte, Instituto Universitário de
Lisboa

Doutora Elsa Rocha de Sousa Justino,
Professora Auxiliar, Iscte, Instituto de Universitário de
Lisboa

iscte

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

cies_iscte

Centro de Investigação
e Estudos de Sociologia

Saúde Mental: Novas Configurações na Intervenção do Serviço Social

Marta Isabel Honório Matos

Doutoramento em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Elsa Rocha de Sousa Justino, Professora Auxiliar no Iscte – Instituto de Universitário de Lisboa

Março, 2025

*Não importa o quão devagar avances,
tu sempre estarás à frente daqueles que não tentam. — Confúcio.*

Agradecimentos

Chegar ao fim deste exigente e transformador percurso de doutoramento, é impossível não olhar para trás e reconhecer a minha resiliência.

É com o coração cheio de gratidão que dirijo as minhas primeiras palavras para os meus pais e para o meu irmão.

Aos meus pais, um obrigado que nunca será suficiente. Obrigado por tudo o que me ensinaram, pelos valores que me transmitiram e, acima de tudo, por estarem sempre lá com amor, paciência, força e palavras de incentivo. Mesmo nos momentos mais difíceis, foram o meu porto seguro. Este doutoramento é, também, vosso. Sem o vosso apoio incondicional, não teria conseguido chegar até aqui.

Ao meu irmão, a minha mais sincera gratidão. Obrigado por estares sempre presente, por cuidares de nós com tanta generosidade e por me apoiares de forma tão natural, mesmo quando não era preciso dizer nada.

Esta tese representa não só um esforço académico, mas também um percurso de vida que foi possível graças ao vosso amor e apoio. Esta conquista é nossa.

Agradeço a todos/as os/as entrevistados/as que participaram nesta investigação, partilhando o seu tempo para a entrevista, conhecimentos e experiência relevantes para a investigação. Muito grata pela vossa colaboração e disponibilidade.

Quero agradecer aos meus colegas de doutoramento: Elisabete, José, Flávia, Vânia, Daniela, Sara, Isabel e Rui, pelo vosso valioso apoio.

À Susana Moreira e à Sofia Almeida, as minhas melhores amigas e cúmplices de toda uma vida e deste longo percurso, expresso a minha mais profunda gratidão. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, pelas intermináveis conversas, pelos desabafos partilhados e por suportarem, com tanto carinho e paciência, as minhas lágrimas e inseguranças que tantas vezes marcaram este caminho. A vossa amizade é e foi, sem dúvida, uma âncora nos momentos mais desafiantes.

Por fim, e com especial destaque, agradeço à Professora Elsa Justino, ter aceite o desafio de orientar esta tese e por me ter proporcionado a oportunidade de desenvolver um trabalho intelectualmente exigente, mas profundamente gratificante, na área do Serviço Social.

A sua orientação rigorosa, o seu constante encorajamento e a capacidade de trazer clareza mesmo nos momentos de maior incerteza foram fundamentais para a realização deste projeto. A sua pessoa fez toda a diferença!

Espero sinceramente que se reveja neste trabalho com orgulho, pois ele é, em grande medida, fruto de uma valiosa partilha de conhecimento, reflexão e orientação que se construiu ao longo deste percurso.

Esta tese é mais do que o culminar de um processo académico, é o reflexo de um caminho feito a duas vozes, em que cada etapa foi enriquecida pelo diálogo e pela confiança. Ver esta investigação concretizada é, para mim, motivo de um profundo orgulho.

Todo o esforço, dedicação e entrega ao longo destes anos revelaram-se, sem dúvida, plenamente recompensadores.

Muita gratidão!

Resumo

A presente tese de doutoramento em Serviço Social, analisa a intervenção dos assistentes sociais nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) criadas pelo Despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho. Desenvolvida no contexto pós-pandemia da Covid-19, a investigação incide sobre as dinâmicas profissionais, institucionais e socioculturais que moldam o trabalho destes profissionais num modelo de cuidados comunitários ainda em consolidação.

A estratégia metodológica combinou métodos qualitativos e quantitativos, incluindo entrevistas semiestruturadas com profissionais de nove das dez equipas existentes, observação direta e análise quanti-qualitativa de segmentos de texto.

Os principais resultados evidenciam o valor singular da intervenção social em três dimensões centrais. A primeira refere-se à promoção da recuperação psicossocial por via da inclusão comunitária, com efeitos na reintegração social, identidade e participação dos utentes; a segunda à contribuição para a redução de internamentos recorrentes e do recurso reiterado a urgências, por meio de alternativas sustentadas à institucionalização prolongada e de continuidade de cuidados; e a terceira, ao reforço de redes formais e informais de apoio, mobilizando famílias, comunidades e organizações para respostas mais holísticas e efetivas.

Em contrapartida, a investigação identifica fragilidades estruturais que comprometem a eficácia e a autonomia técnica dos assistentes sociais: precariedade contratual, ausência de carreiras especializadas e de planos de progressão, escassez de recursos humanos (com poucos profissionais em regime de tempo inteiro), défice de formação contínua específica em saúde mental e falta de supervisão profissional. A hegemonia do modelo biomédico e a avaliação predominantemente quantitativa das práticas tendem a relegar a dimensão social e limitar a interdisciplinaridade.

Por último, com este trabalho pretendeu-se contribuir para o fortalecimento do papel do Serviço Social na saúde mental, oferecendo uma visão abrangente sobre as novas configurações da prática profissional e promovendo a reflexão e o debate sobre a profissão.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; Comunidades; Equipas Multidisciplinares; Intervenção Social.

Abstract

This doctoral thesis in Social Work examines the intervention of social workers within the Community Mental Health Team established by Ministerial Order No. 8455/2022 of 11 July. Developed in the post-Covid-19 context, the study focuses on the professional, institutional, and sociocultural dynamics that shape their practice within a community-based care model that is still in consolidation.

The methodological strategy combined qualitative and quantitative methods, including semi-structured interviews with professionals from nine of the ten existing teams, direct observation, and a mixed quantitative-qualitative analysis of textual segments.

The findings highlight the distinctive value of social work intervention in three core dimensions. The first concerns the promotion of psychosocial recovery through community inclusion, with positive effects on service users' social reintegration, identity, and participation. The second relates to the contribution to reducing recurrent hospitalisations and repeated use of emergency services, by providing sustainable alternatives to long-term institutionalisation and ensuring continuity of care. The third dimension refers to the strengthening of formal and informal support networks, mobilising families, communities, and organisations towards more holistic and effective responses.

Conversely, the research identifies structural fragilities that undermine the effectiveness and technical autonomy of social workers: contractual precariousness, lack of specialised career pathways and progression structures, scarcity of human resources (with few full-time professionals), insufficient continuous training in mental health, and the absence of professional supervision. The dominance of the biomedical model and the predominantly quantitative evaluation of practices tend to marginalise the social dimension and constrain interdisciplinarity.

Finally, this thesis seeks to contribute to strengthening the role of Social Work in the field of mental health by offering a comprehensive understanding of the emerging configurations of professional practice and by promoting reflection and debate on the profession.

Keywords: Social Work; Mental Health; Communities; Multidisciplinary Teams; Social Intervention.

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract	v
Índice Geral.....	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros.....	ix
Glossário de Siglas	xi
Introdução.....	1
Capítulo 1	7
Enquadramento Teórico: Dimensões Da Intervenção Em Saúde Mental No Serviço Social	7
1.1 Dimensão profissional.....	9
1.1.1 Evolução das configurações da intervenção do Serviço Social em Saúde Mental.....	9
1.1.2 Modelos de Intervenção do Serviço Social na Saúde Mental	11
1.1.3 A Prática do Assistente Social na área de Saúde Mental.	17
1.1.4 Modus Operandi do Assistente Social com o doente mental grave	21
1.1.5 A importância da formação do Assistente Social em Saúde Mental.....	25
1.2 Dimensão institucional.....	30
1.2.1 Saúde Mental vs Doença Mental.....	31
1.2.2. Doença Mental breve enquadramento.....	32
1.2.3 Determinantes da Saúde: Mente, Sociedade e Cultura.....	37
1.2.4 Políticas, Planos e Legislação da Saúde Mental em Portugal	41
1.2.5 Boas Práticas Internacionais em Saúde Mental: Políticas de Saúde Mental em Portugal, Irlanda e Canadá.....	48
1.2.6 Abordagens em Saúde Mental: Comunitárias e Hospitalares	56
1.3 Dimensão social	60
1.3.1 Equipas Comunitárias de Saúde Mental: definições e impactos	60
1.3.2 Rede formal e informal do doente mental: serviços, família e comunidade.	64
1.4 Dimensão saúde mental.....	69
1.4.1 Saúde Mental Comunitária.....	69
1.4.2 Saúde Mental e Serviço Social.....	78
1.5 Dimensão cultural.....	84
1.5.1 Diversidade cultural e novos contextos sociais	84
1.6 Dimensão ética	91
1.6.1 Direitos Humanos e Saúde Mental: Desafios para o Serviço Social.....	91

Capítulo 2.....	97
Metodologia de Investigação.....	97
2.1 A Questão de investigação	99
2.2 Objetivos de investigação.....	101
2.3 Campo empírico. Universo e amostra	103
2.4 Recolha e Análise de dados.....	110
2.5 Técnicas e procedimentos de recolha dos dados	113
Capítulo 3:.....	115
Apresentação e Discussão dos Resultados	115
3.1. Entrevistas semiestruturadas	115
3.1.1. A análise da evolução da Saúde Mental no contexto sociopolítico, legislativo e histórico e o enquadramento do Serviço Social neste domínio.	116
3.1.2 Descrição da prática profissional do Serviço Social no domínio da Saúde Mental.	120
3.1.3. Tipificação dos modelos, referenciais teóricos, instrumentos e abordagens de intervenção dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental.	124
3.1.4. A intervenção do assistente social integrado nas equipas de Saúde Mental Comunitária.....	128
3.2 Observação direta e não participativa de uma equipa	132
3.2.1 Diretrizes para a Atuação do Assistente Social na Saúde Mental Comunitária: Uma Proposta de Sistematização com base na observação	134
3.3 Estudo quanti-qualitativo das Respostas por Dimensão de Análise.....	138
3.4 Limitações do Estudo	143
Conclusões	145
Referências bibliográficas	151
Anexos.....	165
Anexo A	166
Memorando	166
Anexo B.....	167
Estruturação do Guião de Entrevista	167
Anexo C.....	169
Consentimento Informado	169
Anexo D	170
Resumo dos segmentos de texto codificados por categoria e sub-categoria	170

Índice de Figuras

Figura 1.1 – Modelo de desenvolvimento em saúde e abordagens de intervenção em Saúde Mental. Adaptado de Bauer et al. (2006).....	8
Figura 1.2 – Esquema de Formação em Serviço Social.	26
Figura 1.3 – Esquema sobre abordagens à Saúde (Dahlgren et al., 1991)	38
Figura 1.4 – Quadro técnico de referência da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2010)	38
Figura 1.5 – Organização Espacial das Equipas de Saúde Mental Comunitárias. DGS/ Plano Nacional de Saúde Mental (2023)	61
Figura 1.6 – Esquema sobre a Rede Social. Mapa da Rede Social (Sluzki, 2007).....	66
Figura 2.1 – Modelo de Análise. Adaptado de Bauer et al., 2006.....	101

Índice de Quadros

Quadro 1.1 – Modelo da Doença versus Modelo de Saúde Positiva. Adaptado de Akhtar (2012).....	16
Quadro 1.2 – Competências dos Assistentes Sociais na área da Saúde mental. Adaptado de Carvalho (2012).....	20
Quadro 1.3 – Sistematização das principais patologias na área da Saúde mental. Manual de Saúde Mental e Psicopatologia	35
Quadro 1.4– Análise Comparativa da Saúde Mental entre Portugal/ Irlanda/ Canadá.	49
Quadro 1.5 – Quadro comparativo de iniciativas de saúde mental para entre Portugal/ Irlanda/ Canadá. Elaboração própria.	51
Quadro 2.1 – Criação das Equipas de Saúde Mental Comunitárias	104
Quadro 2.2 – Caracterização da Amostra.....	105
Quadro 2.3 – Equipas de Saúde Mental Comunitárias em Portugal	109
Quadro 2.4 – Tabela de codificação de entrevistas. Bardin, 2009	113
Quadro 3.1 – Grelha de observação direta das visitas domiciliárias	137
Quadro 3.2 – Análise da Dimensão Cultural.....	138
Quadro 3.3 – Análise da Dimensão Ética.....	139
Quadro 3.4 – Análise da Dimensão Institucional.....	139
Quadro 3.5 – Análise da Dimensão Profissional.....	140
Quadro 3.6 – Análise da Dimensão Social.....	141
Quadro 3.7 – Análise da Dimensão Saúde Mental.....	141

Glossário de Siglas

ACT – Assertive Community Treatment

AS – Assistente Social

APA – Associação Americana de Psiquiatria

APSS – Associação dos profissionais de Serviço Social

AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial

NASW - National Association of Social Workers

CESM – Comissão para o Estudo da Saúde Mental

CNSM – Comissão Nacional de Saúde Mental

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Classificação Internacional das Doenças

CIHI – Canadian Institute for Health Information

CAMH – Centre for Addiction and Mental Health

COS – Charity Organization Societies

DUDH – Declaração Universal dos direitos humanos

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM – Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ENPSM – Estratégia Nacional para a promoção da saúde mental

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ECSM-IA – Equipa Comunitária Saúde Mental – Infância/Adolescentes

ECSM-PA – Equipa Comunitária Saúde Mental- Adultos

ENPSM – Estratégia Nacional para a promoção da saúde mental

FIAS – Federação Internacional de Trabalhadores Sociais

FNERDM – Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais

FMI – Fundo Monetário Internacional

HSE – Health Service Executive

IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social

LSM – Lei da Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde
OECD – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OAS – Ordem dos Assistentes Sociais
PNM – Plano Nacional de Saúde Mental
PRR – Plano de Recuperação e Resiliência
PNS – Plano Nacional de Saúde
RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
ULS – Unidade Local de Saúde
UE – União Europeia
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

Introdução

Nos últimos anos, o debate sobre a intervenção do assistente social na saúde tem-se intensificado, refletindo a crescente necessidade de novas metodologias e estratégias para promover o bem-estar integral das pessoas com doença mental. O campo da saúde mental caracteriza-se por uma complexidade que exige um olhar atento sobre as diversas dimensões da vida dos indivíduos e das suas redes de suporte. Neste contexto, o assistente social desempenha um papel fulcral, atuando em diferentes níveis dos determinantes sociais, desde a intervenção direta com indivíduos e famílias até à mobilização de recursos comunitários e institucionais (Fazenda, 2017).

Constata-se que a saúde mental tem sido, historicamente, considerada uma questão marginal na política de saúde pública, frequentemente dissociada da saúde física. No entanto, há muito que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) sublinha que sem saúde mental não há verdadeira saúde. Este entendimento tem levado à crescente necessidade de desenvolvimento de políticas e práticas que integram a saúde mental como um componente essencial do bem-estar geral das populações. Acresce, que a literatura reforça que os cuidados de saúde primários devem ser a base do sistema de saúde em qualquer parte do mundo, e que o modelo de saúde mental comunitária deve basear-se numa visão biopsicossocial, centrada na equidade e na recuperação (WHO, 2021).

Com a pandemia de Covid-19, a população mundial viu-se confrontada com desafios sem precedentes, incluindo um agravamento significativo da saúde mental. A ausência de contacto social, o isolamento e a insegurança financeira foram fatores que aumentaram os níveis de ansiedade e depressão na população em geral. Estudos indicam que a pandemia resultou num “tsunami de doenças psiquiátricas” e numa crise de saúde mental global (Tandon, 2020). A ausência de contacto sociais ou familiares, durante os períodos de isolamento e internamento, produziu instabilidade psicológica e elevadas taxas de sintomas pós-traumáticos (Bo et al., 2020).

Nos últimos anos, também a Comissão Europeia tem promovido iniciativas para melhorar a saúde mental, incluindo projetos que visam atenuar o impacto da Covid-19 nesta área. O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), implementado em 2021, reflete a resposta dos governos europeus à crise sanitária e os esforços para fortalecer as políticas públicas de saúde mental. A definição de saúde mental, segundo a OMS

(2016), enfatiza o bem-estar, a capacidade de lidar com adversidades e a participação produtiva na sociedade.

Para compreender melhor as novas apostas sobre as políticas públicas na área, o campo empírico desta investigação centra-se nas Equipas de Saúde Mental Comunitária, criadas no âmbito do despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho.

Estas equipas estão distribuídas por todo o território nacional, tendo sido criadas cinco equipas para a intervenção com adultos, abrangendo a Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste, Castelo Branco, Norte Alentejano, Centros hospitalares do Oeste e Universitário do Algarve (agora ULS). Foram ainda criadas cinco equipas para crianças e adolescentes nos centros hospitalares (agora ULS) de Trás-os-Montes e Alto Douro, de Leiria, de Setúbal, do Alto Minho e do Baixo Alentejo. Estas equipas têm como missão proporcionar cuidados de saúde mental próximo das comunidades, promovendo intervenções adaptadas às realidades locais e garantindo a acessibilidade aos serviços. Cada equipa multidisciplinar inclui médicos, psiquiatras, enfermeiros, especialistas em saúde mental, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes técnicos, garantindo uma abordagem integrada e holística.

As equipas multidisciplinares, criadas em 2022, e em fase experimental (projeto-piloto) representam uma inovação na estruturação dos serviços de saúde mental em Portugal, sendo um marco na tentativa de descentralização dos cuidados e no reforço da proximidade às comunidades. A implementação destas equipas e a sua consolidação futura, caso aconteça, pode sugerir uma valorização da intervenção comunitária e multidisciplinar como resposta às necessidades complexas das pessoas com doença mental.

Para compreender a atuação dos assistentes sociais nestas equipas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais integrados nas equipas multidisciplinares e, na ausência destes profissionais nas equipas, foram realizadas entrevistas com os coordenadores de equipa. A pesquisa envolveu nove das dez equipas existentes, permitindo uma análise aprofundada das práticas implementadas, dos desafios enfrentados e das dinâmicas interprofissionais estabelecidas. Este processo possibilitou uma avaliação do impacto na organização e funcionamento das equipas, bem como no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes no contexto da saúde mental comunitária. Este processo permitiu obter um retrato das práticas, desafios e impactos da intervenção social na promoção da saúde mental, bem como

avaliar a articulação interprofissional e os efeitos das políticas públicas neste domínio (Yazbek, 1993, 2000).

Tendo em consideração a complexidade crescente das problemáticas em saúde mental e o papel multifacetado do Serviço Social neste domínio, a presente investigação propõe-se a compreender de forma aprofundada a intervenção do/a assistente social junto de pessoas com doença mental. O estudo assenta na premissa de que esta intervenção se desenvolve num terreno multidimensional, permeado por desafios profissionais, institucionais, sociais, culturais e éticos. Assim, a investigação é orientada pela seguinte questão central: *Como se caracteriza a intervenção do/a assistente social na área da saúde mental, considerando os modelos teóricos, a prática profissional, os desafios institucionais, os enquadramentos éticos e as influências socioculturais?* A formulação desta questão visa permitir uma análise holística e intersetorial da prática profissional, respeitando os referenciais teóricos do Serviço Social, os princípios da interdisciplinaridade e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Constitui ainda o ponto de partida para a definição dos objetivos gerais e específicos do presente trabalho.

Neste enquadramento, define-se como objetivo geral do estudo: *Analisar e compreender a intervenção do assistente social no domínio da saúde mental, à luz dos modelos teóricos de referência, dos contextos institucionais e profissionais, dos quadros ético-deontológicos e das dinâmicas socioculturais envolventes.*

Para concretizar este objetivo, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos: 1) Identificar os principais modelos teóricos que fundamentam a intervenção do Serviço Social em saúde mental; 2) Caracterizar as práticas profissionais desenvolvidas pelos/as assistentes sociais neste domínio; 3) Analisar os constrangimentos e potencialidades institucionais que moldam a intervenção; 4) Explorar os enquadramentos éticos e os dilemas deontológicos associados à atuação nesta área; e 5) Compreender de que forma as dimensões sociais e culturais influenciam a prática profissional em saúde mental.

A presente investigação adota uma abordagem compreensiva com recurso a métodos mistos, combinando métodos qualitativos e quantitativos através da triangulação de técnicas analíticas (Santos, 1999). Esta opção metodológica justifica-se pela necessidade de compreender, de forma integrada, tanto as experiências subjetivas dos assistentes sociais como os dados estruturais e organizacionais associados às equipas de saúde mental. Para tal, recorreu-se à triangulação metodológica, integrando pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e

observação direta não participativa, com o intuito de garantir uma análise compreensiva e multidimensional dos fenómenos em estudo. A amostra foi constituída por 11 profissionais pertencentes das dez Equipas Comunitárias de Saúde Mental criadas em 2022 e distribuídas pelas cinco regiões de Portugal Continental. Completou-se a análise qualitativa e a observação direta com uma análise quantitativa. Após a categorização qualitativa, os dados foram organizados e quantificados com o auxílio do software Maxqda (versão 24), o que permitiu a quantificação da frequência de ocorrência das categorias e subcategorias e a identificação de padrões e relações entre variáveis qualitativas.

Sublinha-se o facto de as Equipas Comunitárias de Saúde Mental terem sido constituídas em 2022, e entrarem em funcionamento há menos de três anos. Assim, esta pesquisa assume um carácter exploratório. Podemos afirmar, que o estudo do Serviço Social no contexto das recém-criadas Equipas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal, ainda tem pouca expressão científica. No entanto, precisamente por ser um campo de investigação emergente, reconhece-se que este estudo poderá apresentar limitações inerentes à escassez de referências e estudos prévios sobre a atuação do Serviço Social nesta configuração específica.

Por último, apontamos a estrutura desta tese que se encontra organizada em três capítulos, procurando assegurar uma construção lógica e progressiva do objeto de estudo, desde a sua fundamentação teórica até à análise dos resultados obtidos.

Esta *Introdução* apresenta o tema, a relevância da investigação, a delimitação do objeto de estudo, a questão de investigação, o objetivo geral e específicos, bem como a metodologia adotada e as opções epistemológicas subjacentes.

O *Capítulo 1* apresenta o enquadramento teórico, estruturado em torno de seis dimensões analíticas fundamentais para compreender a intervenção do assistente social em saúde mental: Profissional, Institucional, Social, Saúde Mental, Cultural e Ética. Este capítulo fundamenta teoricamente as principais categorias de análise da investigação.

O *Capítulo 2* descreve a metodologia de investigação, explicitando o paradigma adotado, a estratégia metodológica, os instrumentos de recolha e análise de dados, o contexto de estudo e os critérios éticos e de validação científica da pesquisa.

O *Capítulo 3* é dedicado à apresentação e análise dos resultados, organizados segundo as dimensões analíticas previamente definidas, cruzando os dados empíricos com o quadro teórico de referência. Procedeu-se à discussão dos resultados,

problematizando os principais achados da investigação à luz da literatura existente e dos desafios contemporâneos da prática profissional em saúde mental.

Por fim, apresentam-se as conclusões, refletindo sobre os contributos do estudo, as suas limitações, e apontando pistas para futuras investigações e para o reforço da intervenção do Serviço Social neste campo.

Desta forma, espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento do papel do Serviço Social na saúde mental, oferecendo uma visão abrangente sobre as novas configurações das práticas profissionais e as suas implicações para a inclusão e o bem-estar das populações atendidas. Por último, pretende-se fomentar um debate informado sobre a necessidade de reforçar as políticas públicas de saúde mental, garantindo uma abordagem integrada e acessível a todos os cidadãos.

Enquadramento Teórico: Dimensões Da Intervenção Em Saúde Mental No Serviço Social

Neste capítulo teórico, podemos referir como premissa que a intervenção em saúde mental no âmbito do Serviço Social constitui um campo complexo, multidimensional e em constante transformação. Este capítulo propõe um enquadramento teórico que visa compreender a diversidade de fatores que influenciam a prática profissional dos assistentes sociais neste domínio, articulando saberes, políticas, contextos institucionais e culturais. A análise é estruturada em torno de seis grandes dimensões que se inter-relacionam e que, em conjunto, oferecem uma visão abrangente da intervenção em saúde mental:

A dimensão profissional explora a evolução histórica e conceptual da atuação do Serviço Social em saúde mental, os modelos de intervenção adotados, as práticas específicas com pessoas com doença mental grave e a importância da formação especializada.

A dimensão institucional aborda a distinção entre saúde mental e doença mental, os determinantes sociais e culturais da saúde, bem como os quadros legais, planos e políticas públicas nacionais e internacionais que moldam a intervenção.

A dimensão social foca-se nas redes de apoio formais e informais, no papel das equipas comunitárias e na articulação entre serviços, famílias e comunidades.

A dimensão da saúde mental analisa os conceitos e práticas da saúde mental comunitária e a sua articulação com os princípios e objetivos do Serviço Social.

A dimensão cultural reconhece a importância da diversidade cultural e dos novos contextos sociais na construção de respostas inclusivas e sensíveis às especificidades dos indivíduos e grupos.

Por fim, a *dimensão ética* destaca os direitos humanos como eixo orientador da prática profissional, sublinhando os desafios éticos que emergem na intervenção com populações vulneráveis.

Este enquadramento teórico pretende, assim, oferecer uma base sólida para a compreensão crítica da intervenção do Serviço Social em saúde mental, valorizando a interdisciplinaridade, a justiça social e a centralidade da pessoa no processo de cuidado.

A compreensão da saúde mental no contexto do Serviço Social exige uma abordagem integrada, que vá além da perspectiva biomédica tradicional.

O Modelo de Desenvolvimento em Saúde, proposto por Bauer et al. (2006) (Figura 1.1), oferece uma estrutura conceptual robusta para classificar os indicadores de saúde pública e compreender os determinantes da saúde ao longo do ciclo de vida.

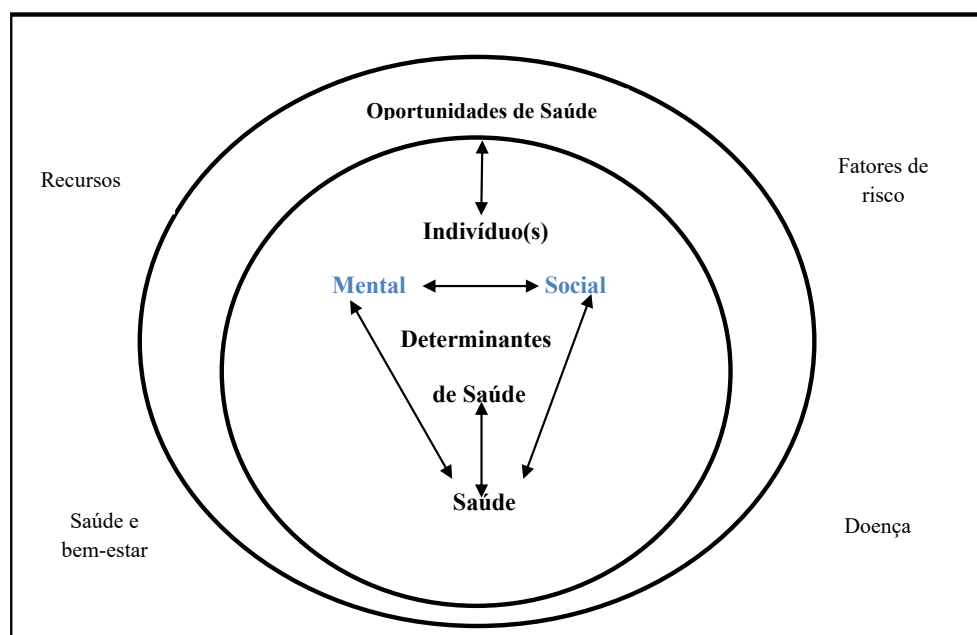


Figura 1.1 – Modelo de desenvolvimento em saúde e abordagens de intervenção em Saúde Mental. Adaptado de Bauer et al. (2006). Elaboração própria.

Este modelo propõe uma visão dinâmica da saúde, entendida como um processo contínuo de desenvolvimento, influenciado por fatores individuais, sociais, económicos e ambientais. A sua aplicação ao campo da saúde mental permite identificar diferentes níveis de intervenção – desde a promoção da saúde e prevenção até ao tratamento e reabilitação – e reforça a importância de estratégias intersetoriais e centradas na pessoa.

Ao integrar este modelo na prática do Serviço Social, reconhece-se o papel fundamental do assistente social na promoção do bem-estar psicológico, na redução das desigualdades sociais em saúde e na construção de respostas comunitárias sustentáveis. A atuação profissional, neste contexto, deve ser orientada por princípios de justiça social, participação ativa e trabalho em rede, contribuindo para uma abordagem holística e emancipatória da saúde mental.

1.1 Dimensão profissional

A dimensão profissional do Serviço Social em Saúde Mental reflete uma trajetória de constantes transformações, marcada pela revisão de paradigmas e pela incorporação de novas práticas centradas na pessoa. A partir de um modelo historicamente assistencialista, evoluiu-se para abordagens que valorizam a humanização, os direitos humanos e a participação ativa dos sujeitos, reconhecendo-os como agentes do próprio cuidado. Simultaneamente, a consolidação de práticas baseadas em evidências e o uso de tecnologias de informação e comunicação têm ampliado as possibilidades de intervenção, ao mesmo tempo em que desafiam a manutenção da relação humana. Neste contexto, o assistente social assume múltiplos papéis — avaliador, defensor de direitos, articulador de redes e facilitador de processos de inclusão — atuando em equipes interdisciplinares e em distintos níveis de atenção. Este capítulo explora as principais tendências e modelos que configuram hoje a intervenção profissional em saúde mental, apontando caminhos para uma prática mais eficaz, inclusiva e comprometida com a justiça social.

1.1.1 Evolução das configurações da intervenção do Serviço Social em Saúde Mental

A intervenção do Serviço Social em saúde mental tem passado por transformações profundas ao longo das últimas décadas, influenciadas tanto pela evolução dos conceitos teóricos e práticos nesta área como pelas dinâmicas sociais, políticas e culturais da contemporaneidade. Estas mudanças refletem uma transição paradigmática, que privilegia uma abordagem mais humanizada, centrada na pessoa, na promoção da inclusão social e na construção de redes de apoio comunitário. Neste contexto, destacam-se quatro tendências principais que têm reconfigurado a prática profissional do assistente social na área da saúde mental.

Uma das tendências mais marcantes é a adoção de uma *abordagem baseada nos direitos humanos*. Esta perspectiva, que ganhou força com contribuições de figuras como Paulo Freire (1970), coloca a justiça social e a equidade no centro da discussão. Se atendermos aos pioneiros do Serviço Social do início do século passado, Mary Richmond (citada por Silva, 2004), uma das pioneiras do Serviço Social, defendia que

a intervenção social deveria basear-se no respeito pela dignidade humana e na promoção da autonomia dos indivíduos. Paulo Freire, com a sua pedagogia crítica, enfatizou a importância da conscientização e da transformação das relações de poder como ferramentas para a emancipação social. Na prática, esta abordagem implica combater o estigma, a exclusão e a marginalização, promovendo a inclusão social e a participação ativa. Autores mais recentes, como Lena Dominelli (2002), têm reforçado esta visão, sublinhando a necessidade de os assistentes sociais atuarem como defensores dos direitos humanos, especialmente junto das populações mais vulneráveis.

No campo da doença mental, a tendência que tem ganhado destaque é a *valorização da participação ativa das pessoas com doença mental e das suas famílias no processo de tomada de decisões*. O lema “nada sobre nós, sem nós” resume bem esta ideia: as pessoas diretamente afetadas devem ter voz ativa nas decisões que impactam as suas vidas. Autores como Helen Loughran (2016) e Peter Beresford (2014) têm explorado esta abordagem, destacando o papel do assistente social como um facilitador. Loughran (2016) enfatiza a importância de criar espaços de diálogo onde os utilizadores possam expressar as suas necessidades e preferências. Beresford (2014) por sua vez, defende que a participação ativa não só melhora a qualidade dos cuidados, como também fortalece a autoestima e a autonomia dos indivíduos. Na prática, isto significa que os assistentes sociais devem fornecer informações claras, apoio emocional e orientação, para que os utilizadores e as suas famílias possam tomar decisões informadas e exercer a sua autonomia.

Outra tendência que tem vindo a ganhar terreno é a *incorporação de abordagens baseadas em evidências*. Esta perspetiva defende que as intervenções devem ser respaldadas por investigações científicas que comprovem a sua eficácia. Autores como Elizabeth Kuipers (2013) e David Satcher (2000) têm sido vozes importantes nesta área. Kuipers (2013) desenvolveu intervenções baseadas em evidências para o tratamento de psicoses, destacando a importância de uma abordagem estruturada e centrada na recuperação. Satcher (2000) antigo Diretor-Geral de Saúde dos EUA, defendeu a integração das práticas baseadas em evidências nas políticas de saúde mental, sublinhando a necessidade de investir em investigação e formação profissional. Para os assistentes sociais, isto significa uma atualização.

Ao permanente com base na atualidade científica e uma adaptação das práticas para corresponder às necessidades das pessoas.

Por fim, não podemos ignorar o impacto das *tecnologias de informação e comunicação* na saúde mental. A teleassistência, as aplicações móveis e as plataformas online estão a abrir novas possibilidades para a prestação de cuidados. Autores como José Ornelas (2018) e David K. Danielson (2020) têm explorado estas ferramentas, destacando tanto as suas potencialidades como os desafios. Ornelas (2018) tem estudado o uso da tecnologia para promover a inclusão social de pessoas com problemas de saúde mental, sublinhando a importância de garantir que estas ferramentas sejam acessíveis e adaptadas às necessidades dos utilizadores. Danielson (2020) destaca os riscos associados à desumanização dos cuidados, defendendo que a tecnologia deve ser usada como um complemento, e não como um substituto, da relação humana entre o profissional e o utilizador. As intervenções do Serviço Social em saúde mental estão em constante evolução, na procura de formas mais inclusivas, eficazes e sensíveis às necessidades das pessoas, por uma sociedade mais justa e inclusiva com dignidade e qualidade de vida.

1.1.2 Modelos de Intervenção do Serviço Social na Saúde Mental

Os modelos tradicionais de intervenção do Serviço Social em Saúde Mental tendem a facultar diretrizes e abordagens avançadas para a prática profissional. É importante ressaltar que a prática do Serviço Social é dinâmica, evolui constantemente, incorporando novas perspetivas e abordagens para atender às necessidades constantes da pessoa com doença mental e as suas famílias. Desempenha um papel importante na promoção da saúde mental, na prevenção e na reabilitação das doenças mentais. Os modelos de intervenção do Serviço Social na saúde mental são baseados numa perspetiva biopsicossocial, que enfatiza a importância da integração dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no diagnóstico.

Entre os modelos de intervenção do Serviço Social na Saúde Mental, destacam-se: o modelo psicossocial, o modelo comunitário, o modelo de reabilitação psicossocial e o modelo de saúde mental positiva.

O modelo psicossocial é uma das correntes teóricas mais influentes no campo do Serviço Social, amplamente reconhecido como a primeira abordagem científica associada à profissão. Desenvolvido a partir das contribuições de figuras centrais como Mary Richmond, Gordon Hamilton e Florence Hollis, este modelo integra influências de diversas disciplinas, como a medicina e a psicanálise, para compreender e intervir

nas complexidades humanas. Viscarret, (2007); Howe, (2009) apontam a abordagem centrada na interação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente, destacam a importância dos fatores económicos, sociais, físicos, educacionais e psicológicos no diagnóstico e no tratamento de problemas sociais. O modelo psicossocial surge como uma resposta à necessidade de uma prática profissional mais estruturada e científica no Serviço Social. Mary Richmond, considerada uma das pioneiras da profissão, enfatizou a importância do diagnóstico social como técnica central na intervenção. Defendeu a criação de um corpo teórico coeso e fundamentado, baseado numa formação académica especializada e não meramente assistencialista. Este enfoque permitiu ao Serviço Social distanciar-se de práticas caritativas e aproximar-se uma abordagem mais sistemática e profissionalizada.

Além disso, o modelo psicossocial incorpora elementos da psicanálise de Sigmund Freud, especialmente no que diz respeito à compreensão das forças internas que influenciam o comportamento humano. No entanto, considera também as forças externas, como o contexto social e ambiental, que moldam a experiência individual. Esta dualidade entre o interno e o externo é um dos pilares do modelo, permitindo uma visão holística do indivíduo e dos seus problemas. Viscarret (2007) indica que o modelo psicossocial estrutura-se em torno de três eixos centrais, representados simbolicamente como vértices de um triângulo: a pessoa, a situação e a relação entre ambos.

A Pessoa, refere-se ao indivíduo como elemento central no processo de intervenção. São consideradas as forças internas, como as características psicológicas, emocionais e cognitivas, que influenciam o comportamento e a capacidade de resolução de problemas. Richmond (citada por Silva, 2004) destacou que os seres humanos são independentes, diferentes uns dos outros e não podem ser tratados como meros objetos de intervenção. Esta visão humanista coloca o indivíduo no centro da prática profissional, reconhecendo a sua singularidade e autonomia.

A Situação, concentra-se nas forças externas que sensibilizam o indivíduo, sobretudo o contexto familiar, social, económico e cultural. O modelo psicossocial reconhece que os problemas sociais não surgem unicamente por fatores isolados, mas também por influências externas.

A Relação entre a Pessoa e a Situação, reincide na interação entre o indivíduo e o seu ambiente. A intervenção, não deve visar somente o individual, mas também o coletivo.

O diagnóstico vem assumir o cerne no modelo psicossocial, dado ser considerado a base para uma intervenção eficiente. Segundo Lameiras (2015), o diagnóstico permite identificar os aspectos suscetíveis de intervenção, compreender as causalidades dos problemas, estabelecer hipóteses e objetivos claros para o plano de ação. Este processo envolve a recolha de informação detalhada por meio de técnicas como a entrevista, a observação e a análise documental sobre o indivíduo e o seu contexto.

Quanto à intervenção psicossocial, esta caracteriza-se por uma abordagem mais centrada no indivíduo, porém com uma visão ampla que inclui o meio social. Falcão (1978, citado por Viscarret, 2007) sublinha que o assistente social deve capacitar os indivíduos e os grupos a relacionarem-se com o seu meio, possibilitando assim a satisfação de necessidades pessoais e coletivas. Em linha, a intervenção estabelece procedimentos.

Os *procedimentos indiretos*, em que atuam sobre o meio que envolve o indivíduo com o intuito de modificar ou erradicar pressões externas que possam contribuir para o problema.

Os *procedimentos diretos*, que correm diretamente no indivíduo, ou seja, o objetivo destes procedimentos passa pela promoção de mudanças internas, como o desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas ou sociais.

Howe (2002) aponta a importância de analisar dois fatores na intervenção psicossocial, ou seja, os fatores de risco e os fatores protetores.

Os *fatores de risco*, enquanto elementos, tais como, a pobreza, a violência, o isolamento social ou a inacessibilidade a serviços básicos, que influenciam negativamente o indivíduo, aumentando a probabilidade de problemas emocionais, sociais ou de desenvolvimento.

Os *fatores protetores*, enquanto elementos, como o apoio social, a autoestima ou acessibilidade a recursos educacionais, promovem o bem-estar e a resiliência do indivíduo.

Tem como objetivo a promoção da saúde mental, através da integração de fatores psicológicos e sociais no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental. O modelo atesta que os problemas de saúde mental são influenciados tanto pelos fatores biológicos, ecológicos e pelos fatores sociais.

Contudo, o Serviço Social usa sempre abordagens ajustadas na sua atuação com a pessoa com doença mental. Ainda assim, é de mencionar que uma das principais características do modelo psicossocial é a promoção do autoconhecimento das pessoas.

Confirma-se que os atendimentos realizados pelo Serviço Social são individualizados e/ou grupo, com o propósito de se promover o autoconhecimento e uma melhor qualidade de vida aos indivíduos. Diante a compreensão dos fatores que impactam o seu comportamento, os indivíduos tendem a lidar melhor com as suas emoções, de forma mais saudável e construtiva. As intervenções do Serviço Social abrangem apoio e orientação tanto para o familiar, como para os cuidadores, com a finalidade, do relacionamento e do bem-estar emocional de todos os envolvidos. Este modelo, vem confirmar também a importância da participação dos indivíduos no processo de intervenção, e como é essencial que a pessoa com doença mental seja incitada a participar na sua recuperação. O Serviço Social tenta sempre envolver os interessados nas decisões a serem aplicadas nas intervenções no decorrer do processo de tratamento.

Outra característica importante do modelo psicossocial é a sua abordagem holística. Esta vem reconhecer que os problemas de saúde mental estão interligados a outros fatores da vida dos indivíduos, nomeadamente a sua situação socioeconómica, à ausência de rede de apoio social e às condições de vida. Desta forma, o Serviço Social tenta abordar as adversidades da saúde mental do indivíduo num todo. A teoria vem propor que a saúde não recaia apenas na ausência de doença, mas também num estado de bem-estar físico, mental e social.

No entanto, o modelo psicossocial preocupa-se em promover a autonomia e o empoderamento da pessoa com doença mental durante o tratamento. Isto resulta, no respeito que o profissional concede à pessoa com doença mental acerca dos seus direitos durante as intervenções e sobre a importância da sua participação ativa ao longo do processo de tratamento. Esta abordagem valoriza a capacidade da pessoa com doença mental na tomada de decisões sobre a sua própria vida.

Contudo, para que este modelo resulte, é necessário que os profissionais de Serviço Social estejam devidamente capacitados para lidar com as várias necessidades apresentadas pela pessoa.

Nesse sentido, a investigação académica terá de assumir um papel fundamental na formação dos profissionais de Serviço Social. Diversos autores têm-se dedicado a analisar os diferentes modelos de intervenção na saúde mental, expondo exercícios teóricos para a prática profissional. Marilda Yamamoto e Raimunda Gomes, têm debatido as principais abordagens do Serviço Social na saúde mental e as suas ligações com outras áreas do conhecimento.

Além disso, é importante ressaltar que o modelo psicossocial não é a única abordagem utilizada pelo Serviço Social na Saúde Mental. É possível afirmar que o Serviço Social desempenha um papel importante na promoção da saúde mental e na prevenção de doenças mentais. Em consonância com outros modelos de intervenção diferentes, os profissionais da área preocupam-se em integrar os fatores biológicos, psicológicos e sociais no diagnóstico e no tratamento.

Uma segunda linha teórica é o *modelo comunitário* que consiste numa intervenção do Serviço Social na saúde mental que procura promover a saúde mental em comunidades e grupos vulneráveis. A abordagem comunitária, na saúde mental, é vista como uma resposta que abrange não só o indivíduo, mas também os aspetos sociais, culturais e políticos que influenciam na promoção ou na prevenção de doenças mentais. Nesse sentido, as intervenções comunitárias deveriam incluir ações como a educação em saúde mental, a oferta de serviços de apoio psicossocial e a promoção da participação social e política dos indivíduos.

A ideia é que, ao trabalhar-se com a comunidade, o Serviço Social possa contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, além de estimular a solidariedade e a cooperação entre os membros da comunidade. No entanto, salienta-se que o modelo comunitário apresenta fragilidades, nomeadamente, a pela falta de recursos (humanos e materiais), de apoio político, pela resistência de alguns grupos sociais e acima de tudo, pela lacuna de capacitação dos profissionais envolvidos.

Outra linha de atuação, prende-se com a proposta do *modelo de reabilitação psicossocial*, que é um modelo de intervenção do Serviço Social baseado na recuperação da pessoa com doença mental, desde que sejam facultados os recursos necessários para a integração. O modelo enaltece a importância de uma intervenção precoce e de continuidade nos cuidados, com o objetivo garantir uma melhor qualidade de vida dos indivíduos. diagnóstico numa intervenção precoce é crucial para que a adequação do tratamento possa prevenir a evolução do problema ou futuras consequências. Acresce, a necessidade de continuidade aos cuidados, importante para garantir que a pessoa com doença mental tenha acessibilidade aos serviços de saúde necessários durante a sua recuperação.

O Serviço Social neste modelo tem como principal objetivo intervir junto da pessoa com doença mental, para o capacitar para uma vida autónoma e com qualidade. Neste sentido, são pensadas atividades que envolvam a reabilitação e a reinserção social, através do apoio à educação, ao trabalho e às relações familiares e sociais. Salienta-se

que na reabilitação psicossocial valoriza-se a singularidade da pessoa, tendo em conta a sua história de vida, as suas características pessoais e socioculturais.

Por sua vez, o *modelo de saúde mental positiva* (Quadro 1.1) promove a saúde mental por meio de aspetos positivos da vida da pessoa com doença mental. Segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000), a psicologia positiva, é uma base teórica que procura entender os aspetos positivos da vida, tais como a felicidade, a gratidão e a realização pessoal, e de que forma, podem ser realizados e/ou adquiridos.

Quadro 1.1 – Modelo da Doença *versus* Modelo de Saúde Positiva. Adaptado de Akhtar (2012)

Modelo da Doença	Modelo de Saúde Positiva
Consertar o pior da vida	Desenvolver o melhor da vida
Foco dos pontos fracos	Foco nos pontos fortes
Curar a doença	Desenvolver o bem-estar
Fugir à infelicidade	Aumentar a felicidade
Ultrapassar as deficiências	Encontrar prazer na vida
Evitar a dor	Desenvolver competências

Fonte: Elaboração própria

A saúde mental positiva realça a importância da resiliência como um fator crucial para a promoção da saúde mental, através da capacidade de adaptação e superação de adversidades. Este modelo de intervenção também aposta na procura pelo bem-estar, incluindo o desenvolvimento de competências para lidar com emoções negativas, a valorização das relações interpessoais e a adoção de hábitos de saúde de vida (Keyes, 2002). Para a implementação deste modelo de intervenção, é fundamental a participação ativa dos indivíduos e da comunidade na definição das estratégias e ações para a promoção da saúde mental. Uma das principais estratégias do modelo de saúde mental positiva é o fortalecimento da autoestima e do autoconceito dos indivíduos, de modo a aumentar a sua capacidade de lidar com situações adversas e stressantes. Esta abordagem baseia-se na teoria da resiliência, que realça a capacidade das pessoas de recuperar de eventos traumáticos e superar desafios. Diversas pesquisas demonstraram

que a promoção da resiliência pode levar a uma melhoria da saúde mental e do bem-estar dos indivíduos (Smith et al., 2018; Windle et al., 2020).

De salientar, que o modelo de saúde mental positiva enfatiza a importância das relações interpessoais e da rede de apoio social na promoção da saúde mental. A intervenção do Serviço Social neste modelo visa fortalecer as conexões sociais dos indivíduos e promover a inclusão social. Isto pode ser realizado através de atividades em grupo, como grupos de apoio e terapia comunitária, que têm como objetivo fornecer um ambiente seguro e acolhedor para que os indivíduos possam compartilhar suas experiências e conectar-se com outros membros da comunidade (Keyes, 2007).

Em suma, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental, integrando fatores biológicos, psicológicos e sociais no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental. Assim, os modelos de intervenção do Serviço Social na saúde mental visam a participação ativa dos indivíduos e da comunidade na definição das estratégias e ações para a promoção da saúde mental, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

1.1.3 A Prática do Assistente Social na área de Saúde Mental.

A prática do assistente social na área da saúde mental em Portugal reflete profundas transformações sociais e políticas ocorridas nas últimas décadas, evidenciando a modernização da profissão e sua crescente relevância nas políticas públicas. Com a instauração do regime democrático em 1974, o Serviço Social passou por uma significativa renovação, redefinindo sua atuação e consolidando-se como uma profissão essencial no campo das ciências sociais e humanas (Marques e Mouro, 2004).

Independentemente do surgimento do Serviço Social, a profissão do assistente social só começou a ter sentido após um conjunto de acontecimentos. Segundo Núncio (2010) para que a profissão de assistente social e a própria disciplina científica de Serviço Social fossem “respeitadas” existiu toda uma evolução do cenário social e um caminho a percorrer:

“Enquanto profissão, o Serviço social é uma realidade social e historicamente construída a partir de múltiplas especificidades locais, e temporais, dado que, nas suas diferentes fases evolutivas, o Serviço Social sofreu influências teóricas diversas e desenvolveu estratégias próprias refletindo, na sua prática (...)” (p.77).

Esse avanço foi impulsionado por marcos históricos fundamentais, como a aprovação da Constituição de 1976, que estabeleceu a saúde como um direito universal, e o Código Civil de 1977, que reforçou os princípios éticos e legais da democracia portuguesa. A adesão à União Europeia, em 1986, trouxe novos recursos e padrões para o desenvolvimento das políticas sociais. Nesse contexto, a criação da Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) em 1978 e a regulamentação da carreira de Serviço Social na função pública, em 1979, estruturaram e valorizaram ainda mais a profissão, permitindo que os assistentes sociais assumissem um papel ativo na formulação e implementação de políticas públicas (Negreiros, 1999).

Na área da saúde mental, os assistentes sociais desempenham um papel crucial na promoção de uma abordagem holística e humanizada, voltada para o cuidado de indivíduos em situações de vulnerabilidade psíquica. Sua atuação é pautada pela defesa dos direitos humanos, pela promoção da justiça social e pela intervenção em contextos de desigualdade e exclusão.

A criação da Ordem dos Assistentes Sociais (OAS) em 2024 representa um marco histórico para o Serviço Social em Portugal. A Ordem consolida o reconhecimento social, jurídico e profissional dos assistentes sociais, reforçando sua autonomia e seu papel estratégico na defesa dos direitos humanos, na promoção da justiça social e na intervenção em áreas críticas como a saúde mental, a proteção social, a educação e o combate às desigualdades.

Na saúde mental, a atuação dos assistentes sociais torna-se ainda mais relevante, contribuindo para uma abordagem integral, humanizada e centrada no indivíduo, alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica e do modelo psicossocial. A OAS fortalece a profissão, garantindo maior visibilidade e valorização do seu trabalho, essencial para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Inseridos em *equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária*, colaboram estreitamente com outros profissionais, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, para garantir um atendimento integral e centrado no indivíduo.

De acordo com Ramos e Oliveira (2015) "*(...) o assistente social tem como objetivo promover a autonomia e a participação social do doente mental, buscando a sua inclusão social e a sua reinserção no mercado de trabalho (...)*" (p. 22)

Para isso, o assistente social desempenha diversas funções que vão desde a avaliação social até à articulação de serviços. A *avaliação social*, enquanto processo

inicia-se com uma análise cuidadosa das condições do doente mental, considerando fatores socioeconômicos, familiares e comunitários. Esta avaliação é a base para a elaboração de um plano de atendimento individualizado, que define as estratégias de intervenção de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa.

Na *promoção dos direitos*, os assistentes sociais têm um papel central na garantia dos direitos fundamentais, como o acesso à saúde, à habitação digna, ao trabalho e à proteção social. Este esforço passa por orientar o doente e a sua família sobre os direitos e benefícios disponíveis, além de realizar encaminhamentos para instituições e serviços relevantes.

Na *reabilitação biopsicossocial* do doente mental como processo multidimensional que visa não apenas tratar os sintomas da doença, mas também promover a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida. O assistente social contribui para esse processo ao facilitar o acesso a programas de reintegração social, como atividades terapêuticas e ocupacionais, e ao trabalhar para eliminar barreiras sociais e estigmas associados à doença mental.

Na *intervenção em equipas multidisciplinares*, os profissionais inseridos em equipas multidisciplinares, os assistentes sociais colaboram com outros profissionais para criar estratégias integradas que assegurem uma resposta eficaz às necessidades do doente. Esta parceria interdisciplinar é essencial para abordar a complexidade das questões de saúde mental de forma sistêmica e eficiente.

Os assistentes sociais na saúde mental enfrentam desafios significativos num contexto de crescente precariedade social. Entre os principais grupos atendidos estão os “novos pobres”, como famílias monoparentais, desempregados de longa duração, pessoas idosas dependentes, com VIH/SIDA, com problemas de adição e pessoas com doenças mentais severas. Estes grupos requerem intervenções cada vez mais especializadas e sensíveis às suas realidades específicas.

Além disso, os profissionais lidam com limitações estruturais, como a escassez de recursos e o subfinanciamento do sistema de saúde mental. Contudo, o Serviço Social continua a ser um elo essencial na articulação entre o sistema de saúde, a proteção social e a comunidade, garantindo que as políticas públicas sejam efetivamente implementadas e cheguem às populações mais vulneráveis.

A intervenção do assistente social na saúde mental transcende o apoio individual (Quadro 1.2), alcançando um impacto mais amplo na sociedade ao combater o estigma social relacionado com as doenças mentais, ao promover a inclusão social através de

programas que favorecem a reintegração no mercado de trabalho e na comunidade. Ainda, contribuir para a construção de políticas públicas baseadas em evidências e na experiência prática.

Ramos e Oliveira (2015) sublinham que a atuação do assistente social na saúde mental é essencial para garantir uma abordagem centrada na pessoa, que respeite a sua dignidade e direitos. Assim, o Serviço Social não só contribui para a reabilitação do doente mental, mas também para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Quadro 1.2 – Competências dos Assistentes Sociais na área da Saúde mental.
Adaptado de Carvalho (2012)

Competências próprias	Competências partilhadas
Avaliação psicossocial	Acolhimento/Triagem
Situação de proteção social	Articulação com os cuidados de saúde primários
Funcionamento social	Apoio a famílias e cuidadores
Necessidades e recursos individuais e familiares	Prevenção de recaídas
Redes de suporte social formais e informais	Planeamento de alta
Articulação com instituições sociais	Treino de competências parentais
Mediação institucional	Gestão de conflitos
Gestão de recursos comunitários	Suporte emocional
Aconselhamento Social	Continuidade do Cuidado
Direitos	Informar a família para a sua participação no plano terapêutico
Prestações sociais	Intervenção na crise
Recursos de reabilitação e integração comunitária	Função de terapeuta de referência

Fonte: Elaboração própria

A prática do assistente social na área da saúde mental é uma dimensão indispensável para o fortalecimento de uma rede de cuidados integrados e humanizados. Ao atuar como mediador entre o indivíduo, a comunidade e o Estado, o assistente social contribui significativamente para a construção de respostas inovadoras e inclusivas, que

promovem a dignidade e a autonomia das pessoas em situação de vulnerabilidade psíquica.

1.1.4 *Modus Operandi* do Assistente Social com o doente mental grave

A atuação do assistente social no campo da saúde mental é fundamental para a promoção da saúde, prevenção de problemas e reabilitação de pessoas com doença mental. A reabilitação biopsicossocial do doente mental é um processo complexo e multidimensional que visa restaurar e maximizar a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo. De acordo com a literatura mundial, a reabilitação do doente mental é baseada em um modelo biopsicossocial, que reconhece a interação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da doença mental. (OMS, 2003).

Uma abordagem biológica da reabilitação do doente mental envolve intervenções médicas e farmacológicas para tratar os sintomas e as complicações físicas da doença mental. A abordagem psicológica inclui intervenções psicoterapêuticas, como terapia cognitivo-comportamental e terapia ocupacional, que visam melhorar as habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais do indivíduo. A abordagem social, por sua vez, concentra-se na melhoria das condições socioeconômicas e ambientais do indivíduo, como o acesso a habitação adequada, educação, trabalho e suporte familiar e comunitário.

Segundo Farkas e Anthony (2010), a reabilitação do doente mental também é baseada em princípios fundamentais, como a promoção da autonomia e da independência do indivíduo, o estabelecimento de metas realistas e o respeito à dignidade e aos direitos humanos do indivíduo. Além disso, a reabilitação do doente mental deve ser realizada em uma abordagem centrada no indivíduo, que leve em consideração suas necessidades, desejos e influências, bem como sua história e cultura.

A reabilitação biopsicossocial do doente mental é uma área importante de atuação do assistente social na saúde mental. Segundo Thornicroft e Tansella (2005), a reabilitação psicossocial, (...) "*se refere a uma abordagem holística e ampla de intervenção que envolve o restabelecimento da saúde mental, a recuperação de habilidades pessoais e sociais e a promoção da inclusão social*". (p. 10).

Nesse sentido, a reabilitação biopsicossocial do doente mental envolve diversas dimensões da vida do indivíduo, como a saúde física e mental, as relações familiares e sociais, a educação, a ocupação e a moradia. Conforme Leamy et al. (2011), a

reabilitação psicossocial (...) *"envolve intervenções que visam melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e a integração social dos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes"* (p. 143).

Para Castel (2011) *"(...) a dimensão psicossocial é indissociável das dimensões clínicas, sociais e políticas que se articulam na análise dos fenómenos mentais"* (p. 152).

Portanto, é fundamental que o assistente social trabalhe em conjunto com outros profissionais de saúde mental, tais como, os psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, para garantirem uma abordagem integral e multidisciplinar no atendimento ao doente mental grave.

O Modus Operandi do assistente social com o doente mental grave é baseado numa avaliação social detalhada, que identifica as necessidades do doente em relação ao seu contexto socioeconómico, familiar e comunitário.

De acordo com Martins (2012), *"a avaliação social pretende fornecer informações acerca das condições de vida e das necessidades sociais do indivíduo"* (p. 78).

É a partir desta avaliação, que o assistente social elabora um plano de intervenção individualizado, no qual leva em consideração as especificidades do doente e as possibilidades de intervenção. Uma das principais atribuições do assistente social no atendimento ao doente mental grave é garantir o acesso aos direitos sociais, como o acesso à saúde, à prevenção social, ao trabalho e à moradia adequada.

Para Iamamoto (2013), *"os direitos sociais são fundamentais e imprescindíveis à pessoa humana, para garantia da sua autonomia e liberdade"* (p. 154).

O assistente social tem como função o dever de esclarecer a pessoa com doença mental e a sua família, sobre os seus direitos, bem como, realizar encaminhamentos e articulações com outros serviços e instituições que possam atender às necessidades do doente.

Além disso, o assistente social atua na promoção da autonomia e da participação social do indivíduo, procurando favorecer a sua inserção na comunidade e a sua reinserção no mercado de trabalho. Para que surjam resultados positivos, é fundamental que o assistente social trabalhe sempre em parceria com outros profissionais da Saúde Mental, visando o desenvolvimento de atividades terapêuticas e ocupacionais que favoreçam a inclusão social e a recuperação do indivíduo.

De acordo com Yoshida e Baptista (2017), *"as atividades terapêuticas e ocupacionais visam à recuperação e/ou manutenção da capacidade funcional, do*

equilíbrio emocional e da autonomia dos indivíduos" (p. 163). Indica-se que a atenção à saúde mental deve ser organizada para garantir uma atenção integral, abrangente e humanizada, que contemple as dimensões psicológicas, sociais, culturais e subjetivas (Brasil, 2011).

Para Almeida e Neves (2019), o papel do assistente social na área de saúde mental envolve o atendimento a indivíduos em sofrimento psíquico e os seus familiares, tendo em vista a complexidade das demandas adquiridas por esses sujeitos. Para tanto, o assistente social deve adotar uma postura ética e crítica, procurando sempre uma atuação comprometida com os direitos humanos e a justiça social. Avaliar as necessidades do indivíduo é fundamental para a atuação do assistente social.

O profissional de Serviço Social deve ter cautela na resposta a ser concedida à pessoa com doença mental e atua *"(...) como existe uma diferença entre o poder (profissional e institucional) do assistente social e o do cliente, é preciso estar atento para que a relação não se torne opressiva (...)"* (Carvalho, 2012, p. 226).

Nesse sentido, para Vasconcelos (2009), a avaliação social é um processo que procura identificar as condições materiais e subjetivas do sujeito no seu contexto social, familiar e comunitário. A partir desta avaliação, o assistente social deve elaborar um plano de atendimento individualizado, que leve em consideração as particularidades e necessidades do doente. A garantia dos direitos sociais é uma das principais atribuições do assistente social na área de saúde mental.

Para Santos (2017), o assistente social deve atuar na defesa do acesso às políticas públicas que garantam o direito à saúde, trabalho, habitação e outros direitos fundamentais. Para tanto, é necessário conhecer e articular os serviços e recursos disponíveis, bem como orientar o doente e a sua família sobre os seus direitos e benefícios. Além da garantia dos direitos sociais, o assistente social também deve procurar a promoção da autonomia e da participação social do doente.

Segundo Pinto (2017), isso pode ser alcançado, adicionalmente, por meio da realização de atividades terapêuticas e ocupacionais que favorecem a inclusão social e a recuperação do sujeito. Nesse sentido, é importante que o assistente social trabalhe em parceria com outros profissionais de saúde mental, visando a construção de projetos terapêuticos que promovam a reinserção do indivíduo na comunidade e com base em valores e princípios como a *"(...) individualização, o não julgamento, a autodeterminação, a confidencialidade, a relação de confiança, a empatia, o*

consentimento informado, a não discriminação e a justiça social.” (Carvalho, 2012, p.220).

Dessa forma, o *Modus Operandi* do assistente social com o doente mental grave deve ser pautado numa atuação multidisciplinar, que leve em consideração as particularidades e necessidades do indivíduo, garantindo os seus direitos sociais, favorecendo a sua autonomia e participação social.

Conforme destaca Almeida e Neves (2019),

“A atuação do assistente social na saúde mental é um desafio, mas também é uma possibilidade concreta de construção de uma prática comprometida com a garantia de direitos, promoção da cidadania e a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.” (p. 93)

Salienta-se que a intervenção do assistente social, pauta-se por três importantes tópicos: prevenção, promoção, tratamento e a reabilitação. Assim, segundo Sakellarides (2003), a prevenção é uma estratégia que não só evita a doença, mas também promove a saúde, por meio de ações que visam reduzir os fatores de risco associados a várias patologias. Sublinha também que a prevenção deve ser integrada nas políticas de saúde pública, enfatizando a importância de intervenções que atuem sobre os determinantes sociais da saúde, como a educação, o ambiente e as condições socioeconómicas.

A *promoção da saúde*, é assim, um conceito que ultrapassa a mera prevenção de doenças, englobando a capacitação dos indivíduos e comunidades para tomarem o controlo da sua saúde. Costa e Goes (2006), a propósito da saúde pública, defendem que a promoção da saúde deve ser orientada para a criação de ambientes saudáveis e para a capacitação das comunidades, para promover comportamentos que favoreçam a saúde e o bem-estar. Refira-se a Carta de Ottawa, frequentemente avocada por sublinhar a importância de estratégias intersetoriais que envolvam toda a sociedade na promoção da saúde.

Quanto ao *tratamento*, (Fernandes et al., 2011), destaca a importância de uma abordagem centrada no doente, onde o tratamento deve ser personalizado e ajustado às necessidades individuais. Adalberto Campos Fernandes (2011) argumenta que o tratamento deve considerar não somente os aspetos biológicos da doença, mas também os fatores emocionais e sociais, promovendo assim uma recuperação mais eficaz e integrada.

A *reabilitação* é o processo pelo qual se procura restaurar a funcionalidade e a qualidade de vida de um indivíduo após uma doença ou lesão. Almeida (2018), enfatiza

que a reabilitação deve ser compreendida como uma intervenção multidisciplinar, que não só trata as sequelas físicas, mas também aborda o bem-estar psicológico e social do doente. Sublinha a importância da reabilitação na reintegração do indivíduo na sociedade, promovendo a sua autonomia e participação ativa.

1.1.5 A importância da formação do Assistente Social em Saúde Mental

O reconhecimento do estatuto de disciplina científica do Serviço Social é tema de discussão entre as ciências, sendo variadas as questões que se colocam.

Ao longo dos tempos, o Serviço Social, foi ganhando um espaço próprio, no campo dos saberes e das práticas das ciências sociais e a sua *práxis* profissional, foi-se afirmando como uma disciplina social com fundamentos científicos

“O Serviço Social distingue-se, cada vez mais, por um esforço de elaboração teórica e conceptual, de sistematização e fundamentação da sua experiência e atividade, que está para além do conhecimento meramente prático da sociedade” (Lagos, 2004, p.269)

Atendendo à talha reflexiva do Serviço Social que permite a produção de teorias que transcendem o marco da experiência imediata e abordagens segmentadas dos fenómenos sociais. Apesar da sua distinta forma de intervenção social, segundo Barros (1993) o Serviço Social deve procurar um enfoque científico sobre os problemas práticos e, para tal, deve fundamentar-se no conhecimento científico, nos métodos científicos e na sistematização da prática, contribuindo, dessa forma, para a produção de novo conhecimento.

O Serviço Social procura a compreensão da realidade do seu campo de ação, utilizando procedimentos de investigação diversificados e adaptados ao carácter multidimensional do seu objeto, não podendo limitar-se ao conhecimento geral ou produzido noutras áreas.

Somente a investigação sobre a própria atividade profissional do Serviço Social pode dar lugar ao conhecimento teórico focado na sua natureza e fundamentos, ao nível do objeto, problemas, necessidades e modelos de atuação (Caparros et al., 1997).

Segundo Gilgun, (2010) o Serviço Social é uma profissão complexa que requer a utilização de diversos tipos de conhecimento. O conhecimento em Serviço Social é resultado da combinação de dados provenientes da pesquisa e da sua interpretação, da sabedoria prática, da experiência prática dos profissionais e de valores profissionais.

Matias (2016) salienta que se olharmos para a prática de forma menos imediata, vemos profissionais dispersos e isolados em vários setores de atividade (saúde, ação social entre outros) e na saúde em várias áreas especializadas (saúde mental, cuidados paliativos, entre outras) em cada unidade de saúde, dispersos por várias equipas onde cada um procura o seu espaço de atuação, acentuando-se o individualismo, a concorrência e a sobrevalorização da experiência.

Menciona, também, falhas que as instâncias de formação e de organização da profissão, a não existência de supervisão nos primeiros anos de exercício, aliados à cultura atual de consumo massificada que se reflete no comportamento dos jovens e na dificuldade de interiorizar valores e competências para a intervenção profissional.

O exercício profissional funda-se nos direitos humanos e na justiça social e conforma uma intervenção de natureza complexa, que exige o recurso de uma diversidade de saberes teóricos (ético/políticos/científicos e técnicos /operativos).

No entanto, para que esta sabedoria prática esteja cada vez mais apurada e adequada a situações com maior complexidade, realça-se a necessidade de ser desenvolvida formação profissional contínua (Figura 1.2), sistematização e reflexão sobre as situações da intervenção pela investigação, em formas articuladas com outros profissionais da equipa pluridisciplinar.

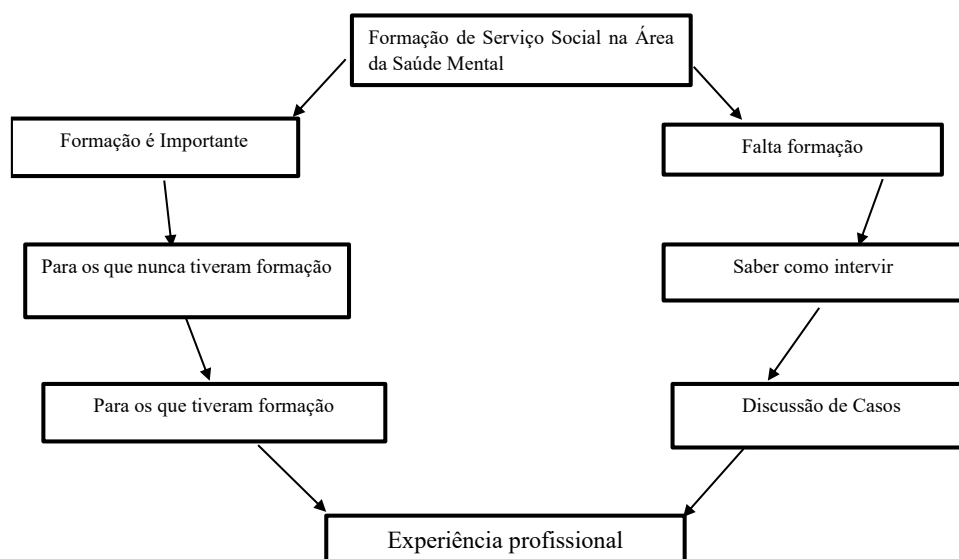


Figura 1.2 – Esquema de Formação em Serviço Social. Elaboração própria

A formação do assistente Social na área da Saúde Mental assume uma especial relevância, tanto no âmbito da prática profissional quanto na construção de respostas sociais adequadas às necessidades das populações

“(...) da seleção dos técnicos de saúde mental (...) tem de ser encarada ao nível da escola, para não lançar numa profissão pessoas inadequadas para o seu desenvolvimento, pondo em risco a saúde da população e elevando o número de profissionais desatados e frustrados” (Matos, 2012, p.95).

A saúde mental, enquanto dimensão integrante da saúde global, não pode ser dissociada do contexto social, económico, cultural e político onde os indivíduos e as comunidades estão inseridos. Deste modo, a formação do assistente social deve ser alicerçada numa abordagem multidimensional, que articule conhecimentos teóricos, competências práticas e uma postura ética e crítica, capacitando-o para intervir de forma eficaz e transformadora.

A formação teórica em saúde mental deve abranger uma diversidade de disciplinas, tais como a psicologia, a sociologia, a antropologia, as políticas sociais e a saúde pública, entre outras. Esta pluralidade de saberes é essencial para o assistente social poder compreender as múltiplas dimensões que influenciam a saúde mental, desde fatores individuais até às dinâmicas sociais mais amplas. Como refere Mota (2017) a saúde mental é um fenómeno complexo, resultante da interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo, por isso, uma abordagem interdisciplinar e integrada.

A teoria social crítica oferece ferramentas conceptuais importantes para analisar as desigualdades sociais e as suas repercussões na saúde mental. Segundo Neto (2019) a pobreza, a exclusão social e a discriminação são determinantes sociais que têm um impacto profundo na saúde mental das populações, sendo fundamental que o assistente social esteja capacitado para identificar e intervir sobre estas questões.

Neste sentido, a formação teórica deve incluir uma reflexão crítica sobre as estruturas sociais e as políticas públicas, de modo a promover uma prática profissional que contribua para a transformação social. A formação prática é um componente indispensável na preparação do assistente social para atuar na área da saúde mental.

Mediante estágios supervisionados e de experiências em contextos reais, o futuro profissional pode desenvolver competências técnicas e relacionais, tais como a escuta ativa, a gestão de conflitos, a mediação e a intervenção em crise. Como sublinha Fernandes (2020) a prática profissional em saúde mental exige não apenas

conhecimentos teóricos, mas também habilidades práticas que permitam ao assistente social lidar com situações complexas e imprevisíveis.

Adicionalmente, a formação prática permite ao assistente social compreender as dinâmicas institucionais e os desafios específicos que caracterizam os serviços de saúde mental. Segundo Almeida (2018), a atuação em equipas multidisciplinares é uma realidade incontornável no campo da saúde mental, exigindo que o assistente social desenvolva competências de colaboração e comunicação interprofissional. Esta dimensão prática é, portanto, essencial para garantir que o assistente social esteja preparado para intervir de forma eficaz e articulada com outros profissionais, tais como psicólogos, psiquiatras e enfermeiros.

A intervenção em saúde mental coloca frequentemente dilemas éticos que exigem uma reflexão profunda e uma postura responsável por parte do assistente social. Questões como o respeito pela autonomia da pessoa com doença mental, a confidencialidade, a gestão de conflitos de interesse e a promoção da justiça social são centrais na prática profissional. Silva (2021) refere que a ética deve ser um eixo transversal na formação do assistente social, orientando não apenas a sua prática, mas também a sua postura profissional e o seu compromisso com os direitos humanos.

A formação ética deve, portanto, incluir uma reflexão crítica sobre os valores que fundamentam a intervenção social, bem como sobre os desafios éticos que surgem no contexto da saúde mental. Pereira (2022) indica que a intervenção em saúde mental exige um equilíbrio delicado entre o respeito pela autonomia do indivíduo e a necessidade de proteção em situações de risco, sendo fundamental que o assistente social esteja preparado para tomar decisões informadas e éticas.

Esta dimensão ética é particularmente relevante num contexto em que as questões de saúde mental estão frequentemente associadas a estigmas e discriminações, que podem cessar o acesso aos cuidados e piorar o sofrimento psíquico. Assim, a formação do assistente social em saúde mental não deve diminuir a aquisição de conhecimentos e competências técnicas, mas deve, sim, incluir uma perspetiva crítica e transformadora.

Mota (2017) refere que o assistente social tem um papel fundamental na promoção da justiça social e na defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, sendo essencial que a sua formação inclua uma reflexão crítica sobre as políticas públicas e as práticas institucionais.

Neste sentido, a formação deve capacitar o assistente social para intervir não apenas ao nível individual, mas também ao nível comunitário e político.

Neto (2019) salienta que a intervenção social em saúde mental deve incluir uma dimensão de advocacia, que permita ao assistente social influenciar as políticas públicas e promover mudanças sociais que contribuam para a melhoria das condições de vida das populações. Esta perspetiva crítica e transformadora é essencial para garantir que a intervenção do assistente social seja efetivamente promotora de mudança e de justiça social.

Com base na literatura relevante e em estudos académicos, a necessidade de tornar obrigatória a especialização em saúde mental para os assistentes sociais é extremamente reconhecida e apoiada por autores e investigadores na área do Serviço Social e da saúde mental em Portugal. Silva e Santos (2020) defendem que a saúde mental é um componente essencial do bem-estar humano, e as doenças mentais afetam uma grande parte da população. Para abordar estas questões, os assistentes sociais devem adquirir uma sólida formação especializada como preparação para lidar com a complexidade das condições de saúde mental.

O estudo de Ferreira e Santos (2018), avaliou a eficácia dos programas de especialização em saúde mental para assistentes sociais em Portugal. Os resultados indicaram que os profissionais com esta formação foram mais competentes para compreender as complexidades das condições de saúde mental, realizar avaliações mais precisas e aulas de disciplinas específicas *“No ensino dever-se-á atender mais à formação do que à informação; mais ao desenvolvimento das aptidões para o adequado exercício profissional do que ao preenchimento da mente do aprendiz com profuso cabedal de conhecimentos”* (Matos, 2012, p. 95). Adicionalmente, as pessoas com doença mental atendidas por assistentes sociais com esta especialização relataram uma melhoria notável na sua qualidade de vida e bem-estar emocional.

A *National Association of Social Workers* (NASW, 2021) destacou a crescente procura de serviços de saúde mental e a necessidade de uma mão-de-obra qualificada para dar resposta a esta procura.

Segundo a associação, a especialização em saúde mental é crucial para garantir que os assistentes sociais estejam preparados para enfrentar os desafios emergentes no domínio da saúde mental, como o aumento das taxas de depressão, ansiedade e suicídio (NASW, 2021). Também, a Organização Mundial da Saúde, tem vindo a enfatizar a importância de intervenções de saúde mental baseadas em evidências, especialmente nos cuidados de saúde primários.

A OMS (2019) destacou que os assistentes sociais desempenham um papel fundamental nestes contextos, pelo que, em Portugal a formação especializada poderá vir a desenvolver e a integrar novas abordagens.

A ausência de formação especializada pelos assistentes sociais em Portugal, na área da saúde mental ao longo dos anos, tem fragilizado o desenvolvimento e a inserção de profissionais na área da saúde. Salienta-se que o trabalho do assistente social fundamenta-se, essencialmente, nos valores do Serviço Social. *“A tarefa do trabalhador social é a de equilibrar estes valores em situações em que estes se encontrem em conflito”* (Banks, 2001, citado por Carvalho, 2012, p. 120).

Historicamente, os assistentes sociais recebem uma formação generalista que inclui uma diversidade de áreas e saberes como parte do currículo geral de serviço social, tais como da psicologia, sociologia e saúde que podem não ser suficientes para a compreensão das questões ligadas à saúde mental. A prática profissional envolve frequentemente o trabalho com indivíduos e famílias que se deparam com problemas complexos. A formação especializada e a exigência de especialização em saúde mental para assistentes sociais têm vindo a desenvolver pela academia cursos de pós-graduação ou formações adicionais para melhorar as suas competências e conhecimentos na área da saúde mental, mas ainda aquém de uma especialização.

Algumas instituições de ensino e entidades reguladoras começam a dar sinais de interesse pela área. Num mundo cada vez mais acelerado e desconectado, a saúde mental tem emergido como uma preocupação crescente para indivíduos, comunidades e governos.

1.2 Dimensão institucional

A saúde mental e a doença mental são faces complementares de um mesmo continuum, onde o bem-estar psicológico e o sofrimento psíquico coexistem em interações complexas. De um lado, a saúde mental traduz-se na capacidade de cada indivíduo enfrentar o stress quotidiano, desenvolver competências emocionais, manter relações equilibradas e participar ativamente na comunidade. De outro, a doença mental reúne um conjunto de transtornos que alteram o pensamento, o humor e o comportamento, comprometendo o funcionamento diário e a qualidade de vida. Esta dimensão, pretende tratar esses conceitos, enquadrando-os tanto na definição da Organização Mundial da

Saúde — que entende saúde mental não apenas como ausência de perturbações, mas como estado de plenitude de capacidades — quanto nas classificações psiquiátricas reconhecidas internacionalmente. Exploraremos ainda as principais perspectivas teórico-práticas sobre causalidade, desde as influências biológicas e psicológicas até aos determinantes sociais e culturais, sublinhando a importância de uma abordagem holística para a promoção do bem-estar e a intervenção eficiente nas perturbações mentais.

1.2.1 Saúde Mental vs Doença Mental

A saúde mental é um componente fundamental da saúde global, indissociável do bem-estar físico, social e espiritual. Uma pessoa com saúde mental equilibrada é capaz de pensar com clareza, lidar com os desafios do quotidiano, estabelecer relações saudáveis e contribuir positivamente para a comunidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) define saúde mental como *"um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade"* (p. 2). Esta definição vai além da simples ausência de doença, enfatizando a presença de recursos psicológicos e sociais que promovem o bem-estar.

De acordo com a OMS (2001) os conceitos de saúde mental abrangem, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência *intergeracional* e a *autorrealização* do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa visão transcultural, é quase possível definir saúde mental de uma forma completa.

Para Amaro (2005), a saúde mental é frequentemente negligenciada. Segundo estimativas da OMS (2001), cerca de 500 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais, e este número tende a aumentar devido a fatores como o envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida. Estudos epidemiológicos mais recentes indicam que as perturbações mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade a nível global, sendo também uma das principais causas de morbilidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Já em 2001, a OMS alertava para o facto da maioria dos países destinar menos de 1% do orçamento em saúde para a saúde mental, e mais de 40% dos países carecem de políticas específicas nesta área (OMS, 2001).

A pandemia de Covid-19 exacerbou os problemas de saúde mental, com um aumento significativo de casos de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. O confinamento, o isolamento social e a incerteza económica agravaram problemas psicológicos pré-existentes e desencadearam novos casos. Salienta Valent (2021), que *"os problemas de saúde mental se tornaram cada vez mais proeminentes durante a pandemia. As doenças psiquiátricas surgem ou agravam-se quando a pandemia atinge a vulnerabilidade individual, ou seja, surgem novos casos ou pioram os existentes"* (p. 44).

1.2.2. Doença Mental breve enquadramento

A doença mental refere-se a um conjunto de transtornos que afetam o pensamento, as emoções e o comportamento, causando sofrimento e comprometendo o funcionamento diário da pessoa

"(...) abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidade." (Fazenda, 2008, p. 18)

A *American Psychological Association* (2013) define a doença mental como *"alterações manifestadas no pensamento, no humor e/ou no comportamento, que causam sofrimento e/ou prejuízos nas atividades cotidianas"* (p. 20). Estes transtornos podem ser causados por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais, conforme a OMS designa *"a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social (...)"* (Fazenda, 2008, p.18).

Durante anos foi debatida a importância dos *fatores genéticos versus fatores ambientais* no desenvolvimento de perturbações mentais. O modelo de stress-vulnerabilidade – *afrontamento-competência* dos distúrbios mentais explicaria o início da avaliação dos sintomas e o comportamento social como uma ligação entre os fatores biológicos, ambientais e comportamentais. (Guterres, 2002).

A doença mental é um fenómeno complexo e multifacetado, que tem sido amplamente discutido por diversos autores. Foucault (2015) argumenta que a doença mental é um conceito socialmente construído, que reflete as normas e valores de uma determinada sociedade num contexto histórico específico. Outros autores, como Deleuze e Guattari (2017) propõem uma abordagem mais ampla, que considera as relações entre o indivíduo e o ambiente social e cultural. Segundo estes autores, a doença mental pode ser entendida como um processo de desestruturação e reorganização das relações entre o sujeito e o mundo, com efeitos tanto positivos como negativos.

No campo da sociologia da saúde, duas abordagens principais destacam-se na definição de saúde e doença: a funcionalista e a marxista. Talcott Parsons (1951) na abordagem funcionalista, enfatiza a importância do equilíbrio social para a manutenção da saúde. Por outro lado, a abordagem marxista, segundo Alves (2001), critica o sistema capitalista por desvalorizar os fatores sociais que contribuem para a doença, focando-se apenas nos aspetos biológicos.

Freidson (1973, citado por Alves, 2001) distingue entre a doença como um “estado biofísico” (uma irregularidade no funcionamento biológico) e a doença como um “estado social” (relacionado com crenças, valores e avaliações sociais).

Esta distinção é crucial para compreender a doença mental como um fenómeno multidimensional. Assim, a doença mental pode ser explicada através de três perspetivas principais. A Causalidade Orgânica que se foca em fatores biológicos, como alterações genéticas ou desequilíbrios químicos no cérebro. A Causalidade Psicológica, que enfatiza fatores pessoais, como traumas, padrões de pensamento negativos e história de vida e a Causalidade Social, que considera o contexto social, como a pobreza, a exclusão social e as condições de trabalho, como determinantes da doença mental. (Fazenda, 2008).

Alves (2001) defende uma abordagem psicossocial, que integra estas três perspetivas para uma compreensão holística da doença mental. Esta abordagem reconhece que a doença mental é influenciada por uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A doença mental expressa-se por um conjunto de sinais que incluem variações marcadas do humor, pensamentos de teor autodestrutivo e condutas desorganizadas, com um impacto substancial no quotidiano de quem a experimenta. O cuidado clínico deve ser delineado caso a caso, atendendo às especificidades de cada pessoa. Para tal,

torna-se indispensável a intervenção articulada de uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, garantindo um acompanhamento amplo e eficaz.

Emile Kraepelin (1856-1914), frequentemente apontado como o pai da psiquiatria moderna, realizou uma análise casuística sistemática e propôs uma classificação das diversas doenças psiquiátricas. A sua nosologia, entendida como o ramo da medicina dedicado ao estudo e à classificação das doenças, antecedeu os desenvolvimentos anatomopatológicos, fisiológicos e farmacológicos que mais tarde confirmaram a sua utilidade, contribuindo para a difusão do modelo médico na reflexão sobre a loucura na modernidade (Alves,2001).

Também Sigmund Freud (1856-1939) protagonizou uma transformação decisiva na abordagem das perturbações do comportamento. O avanço dos métodos relacionais de tratamento consolidou um dos pilares fundacionais da psicologia, que se afirmou como um campo diferenciado da matriz médica ao estudar o comportamento humano não necessariamente condicionado pela patologia. Durante vários anos, apesar da proposta classificativa de Kraepelin fornecer um quadro de referência, as nosologias foram sendo ajustadas em função das diferentes escolas de pensamento (Alves,2001).

Atualmente, mantêm-se duas classificações nosológicas com um amplo consenso internacional, a *Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde* (CID-10, 1992) e o *Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria* (DSM-IV,1994). A determinação das causas das perturbações mentais permanece um processo complexo e exigente para o nosso espírito racional, dado o entrelaçamento de fatores envolvidos na sua génese e expressão clínica (Esteves, 2012).

Todavia, são ainda várias as perturbações mentais em que as causas não são conhecidas e assim sendo, importa descrever cada uma delas. Todavia, o conceito não equivale a um diagnóstico do doente. A definição de algumas doenças mentais, as quais tendem a ser mais conhecidas pela população, as psicopatias integram fatores hereditários (predisposições), familiares, orgânicos e provavelmente por deficiências mentais. O Quadro 1.3, sistematiza as principais patologias a partir do Manual de Saúde Mental e Psicopatologia (Aires Gameiro, 1989).

Quadro 1.3 – Sistematização das principais patologias na área da Saúde mental.

Doenças	Características
Psicopatias	Integram fatores hereditários (predisposições), familiares, orgânicos e provavelmente por deficiências mentais.
Psicopatias por variações de humor	Assemelham-se aos psicóticos maníaco-depressivos.
Hipertímicos ou sintônicos	São personalidades intermédias entre a normalidade e a psicose.
Personalidades depressivas	Só conseguem ver o lado mau e sombrio da vida.
Personalidades lábeis de humor	São inseguras de si mesmas e o ritmo de mudanças de humor é acelerado e curto
Personalidades histéricas	São predominadas pelo vazio afetivo, alternado de sentimentos de inferioridade e que muitas vezes têm a necessidade de cultivar aparências para atrair estima e atenções.
Personalidades sadio-masoquistas	São dominadas por cansarem os outros e martirizarem a si mesma.
Personalidades compulsivo-obsessivas	São próximas dos neuróticos e de um comportamento compulsivo.
Personalidades hipocondríacas ou asténicas	São acompanhadas de inquietação, medo pela própria saúde, integridade psíquica e física e também envolva de queixa contínua.
Personalidades esquizoides	São estados pré-psicóticos entre a normalidade e a esquizofrenia.
Psicopatas fanáticos	Têm tendências em supervalorizarem-se.
Personalidades chamadas amorais e associais	São envoltas pelo excesso de impulsividade, autodomínio, tendência em impressionar e simular.
Personalidades abúlicas	São caracterizadas pela debilidade de vontade e inconstantes.
Depressão	Têm tristeza, lassidão, insónia, emagrecimento e hipotensão.
Psicoses	Têm perturbações da consciência e da orientação.
Esquizofrenia	É um conjunto de transtornos psiquiátricos e incapacitantes caracterizados por alterações no pensamento, emoções e comportamentos que podem

Doenças	Características
	ser causados por fatores genéticos, ambientais e alteração em neurotransmissores.
Demência	São estados evolutivos, condicionados por processos cerebrais, psíquicos e sociais que irão enfraquecer ou deteriorar profundamente a parte psíquica.
Toxicodependência	Encontra-se associada às drogas que criam rapidamente dependência e a toma associa-se a personalidades insatisfeitas, tensas, incapazes de resolver as suas pequenas frustrações diárias e pretendem melhorar a sua comunicação entre-grupos, familiar.
Alcoolismo	Está associado na sua maioria a fatores psicológicos, sociais e hereditários. Envolve nas perturbações da personalidade, fatores hereditários, costumes e cultura.
Bipolaridade	É caracterizada na sua maioria das vezes pelas alterações de humor, crises recorrentes de depressão ou mania.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Manual de Saúde Mental e Psicopatologia (Gameiro, 1989).

No que concerne à causalidade e considerando as diferentes síndromes, é possível organizar uma primeira classificação das psicopatologias em três grandes grupos. O primeiro grupo compreende as síndromes de natureza orgânica, somática ou tóxica. Nestas situações observa-se com frequência uma alteração transitória do estado de consciência e da orientação temporal e espacial, admitindo-se uma origem predominantemente exógena.

O segundo grupo reúne as perturbações psíquicas funcionais, em geral de expressão psicótica, nas quais se encontra comprometido o juízo crítico ou a consciência de si. Embora as causas não estejam definitivamente estabelecidas, admite-se a presença de fatores intrínsecos de carácter hereditário, associados ao nascimento ou ao desenvolvimento precoce. A consideração de causas endógenas não exclui a relevância da história de vida de cada utente. Integram este grupo entidades como a esquizofrenia e a doença bipolar.

Por fim, o terceiro grupo refere-se aos aspetos relacionais, intrinsecamente vinculados à vida interacional do indivíduo, sendo na sua maioria perturbações de nível neurótico. Diferentemente de outras especialidades médicas, a avaliação em psiquiatria assenta na recolha minuciosa da história de vida e na observação clínica. A semiologia

psiquiátrica é mobilizada para descrever sinais e sintomas que fundamentam as hipóteses diagnósticas, abrangendo, de modo habitual, domínios como a individualidade, a corporalidade, a afetividade e o humor, a decisão, a psicomotricidade, a cognição e o pensamento, a comunicação e a linguagem, bem como a consciência (Alves, 2001).

É importante ressaltar que a escolha do tratamento mais adequado deve ser feita consoante as características individuais, levando sempre em consideração os seus sintomas, histórico de saúde, perturbação e necessidades. O tratamento acompanhado por uma equipa multidisciplinar de profissionais qualificados em Saúde Mental, beneficia de uma abordagem multidisciplinar que se tem revelado eficaz e abrangente, focado nas necessidades individuais.

1.2.3 Determinantes da Saúde: Mente, Sociedade e Cultura

A melhoria e implementação da saúde através de políticas e serviços públicos é um tema crucial que envolve a consideração dos determinantes sociais da saúde (DSS), que são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). No Plano Nacional da Saúde 2030, centrado na saúde sustentável, os DSS são descritos como fatores que contribuem para o estado atual da saúde da pessoa ou da população, aumentando ou reduzindo a probabilidade de ocorrência de doenças ou de morte prematura. Outros determinantes importantes incluem fatores ambientais, biológicos, comportamentais, demográficos-sociais, económicos e os cuidados de saúde. O Plano Nacional da Saúde 2030 (2019) encontra-se centrado na Saúde sustentável e veio, justamente, definir os determinantes sociais da Saúde como: *“fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa, da população pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença, ou de morte prematura (...)”* (p.15).

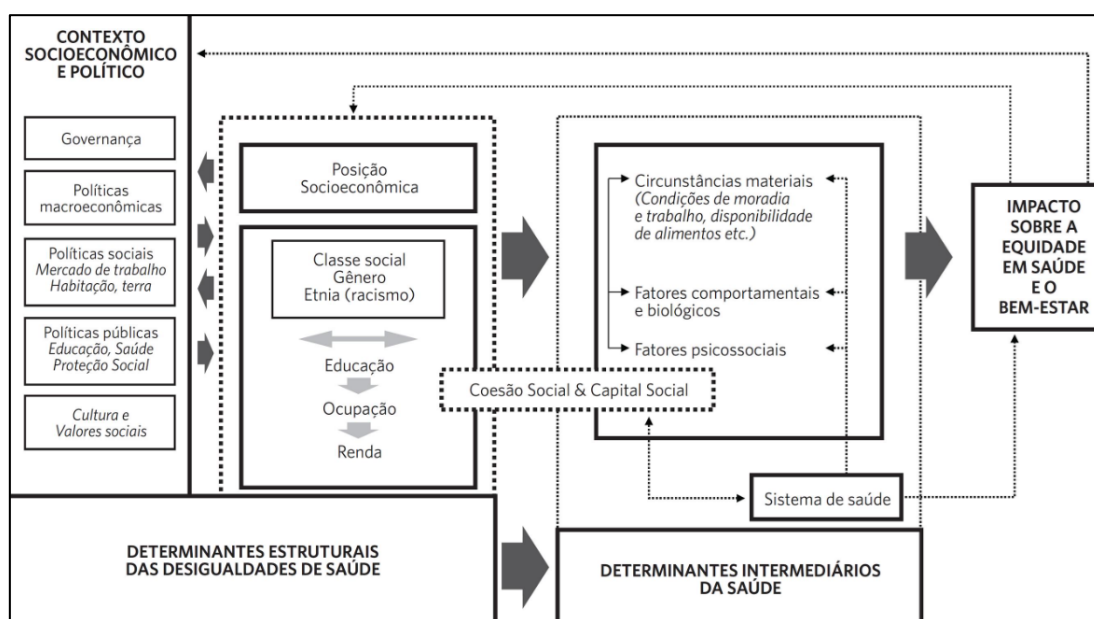


Figura 1.3 – Esquema sobre abordagens à Saúde (Dahlgren et al., 1991:11)

Como se explica de forma representativa na Figura 1.3, não devemos esquecer outros tipos de determinantes igualmente importantes, tais como: ambientais, biológicos, comportamentais, demográficos-sociais, económicos e os cuidados de saúde.

A análise multidimensional da saúde pública (Figura 1.4.) envolve a intervenção em contextos específicos de prestação de cuidados de saúde, o desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde, a promoção da literacia da saúde, a interação e comunicação com os cidadãos, e a adoção de estratégias digitais e telemáticas (Justino & Ferreira, 2022).

Figura 1.4 – Quadro técnico de referência da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Solar & Irwin (2010:68)

O quadro da Saúde no contexto público envolve uma análise multidimensional de: “(...) *intervenção em contextos específicos de prestação de cuidados de saúde, o desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde, a promoção da literacia da saúde interação e comunicação com os cidadãos, a adoção de estratégias digitais e telemáticas (...)*” (Ministério da Saúde, 2023, p. 104).

A política de Saúde e o papel do Estado na promoção da saúde da pessoa com doença mental implica a coordenação dos sistemas de saúde de acordo com as necessidades da comunidade: “*A política de Saúde de ter em conta que a melhoria do estado de saúde e das condições de vida deve assentar na compreensão do papel dos fatores sociais de prestação e de risco para que, com base nesse conhecimento, se adotem medidas e estratégias efetivas na redução das desigualdades em saúde.*” (PS, 2021, p. 87)

Isto significa desenvolver estratégias para aumentar a equidade nos cuidados de saúde, para a qual Mooney (1994) considera três referências possíveis para a definir: igualdade da saúde – insere-se na categoria da justiça distributiva, ou seja, preocupa-se com as consequências políticas e julga a bondade; igualdade de utilização – é indissociável dos conceitos de necessidade e de procura de cuidados e a igualdade de acesso (Loureiro & Miranda, 2021, pp. 88–89)

Em Portugal, hoje, constata-se uma desigualdade geográfica quanto à distribuição dos serviços de saúde. Estes encontram-se concentrados no território litoral, deixando assim, outras áreas do país interior, com uma resposta escassa. (Caldas de Almeida, 2018). Não somente a desigualdade geográfica afeta uma comunidade/população, mas também, outros fatores considerados importantes para o equilíbrio da comunidade, tais como, fatores genéticos, psicológicos, sociais, económicos e culturais que demonstraram ser determinantes relevantes na saúde mental e nas perturbações mentais.

Os fatores genéticos, podemos sucintamente referir como em alguns casos as doenças mentais do foro genético. Podem determinar a eclosão da doença, sendo que, o seu efeito patogénico só se torna efetivo se um determinado contexto social o ativar (Caldas de Almeida, 2018).

Os fatores psicológicos, enquanto experiências sociais, tal como, a interação que acontece numa intervenção psicoterapêutica, podem ter efeitos estruturais a nível do cérebro, que resultam em mudanças a nível psicológico (Caldas de Almeida, 2018).

Os fatores sociais como, uma condição sociocultural mais vulnerável, que contribui para uma maior prevalência da doença, através do aumento do stress, discriminação, desemprego e menos acesso a tratamento. Para Irwin (2016), os grupos mais vulneráveis e mais desfavorecidos têm menor acesso aos recursos da saúde e conseqüentemente, adoecem com maior facilidade e morrem mais cedo do que quem usufrui de posições sociais confortáveis. Os fatores económicos, como a pobreza, baixa condição socioeconómica e socioeducacional, desemprego, preocupações financeiras, isolamento social e habitação deteriorada têm sido as variáveis mais estudadas. Tem sido demonstrado que são os impactos significativos das condições socioeconómicas dos bairros onde as pessoas vivem e do capital social na Saúde Mental que prevalece nas perturbações mentais (Yen e Syme, 1999; Wallace, 2000).

São desafios enfrentados pelo sistema de Saúde, tal como a estabilidade financeira, a gestão da saúde pública, o cumprimento da reforma da saúde pública, incluindo o envelhecimento e a progressão da doença. Estas normas são importantes para a criação de uma sociedade saudável, equilibrada e justa. No entanto, esta teoria foi gradualmente substituída por uma abordagem diferente que aceita a importância da cultura e da economia no desenvolvimento da Saúde Mental. Almeida (2018) salienta que a pobreza, a desigualdade social, desemprego, o baixo nível de educação, isolamento social e habitação deteriorada são algumas das variações que mais influenciam a saúde mental.

Assim, a política de saúde pública deve ter uma visão que utilize essas decisões com diferentes estratégias para resolver as causas profundas do problema (Mielke et al., 2009). Por exemplo, considerar investimentos e serviços em saúde e emprego para promover a inclusão, a igualdade e melhorar a qualidade de vida da população. A relação entre as teorias biológicas da doença mental, que sugerem que a causa está relacionada à disfunção cerebral, como alterações nos neurotransmissores, circuitos neurais e genes (Insel, 2010). E as teorias de correntes ligadas à psicologia, por outro lado, que enfatiza a importância dos processos psicológicos como cognição, emoção e comportamento na história e tratamento das doenças mentais (Beck, 2011), nem sempre é linear. No entanto, sabemos que o ambiente cultural afeta o desenvolvimento e o surgimento de transtornos mentais (Kirmayer, 2012). Este processo mostra a importância de compreender a cultura (Kleinman, 1988)., como por exemplo, o luto em diferentes culturas e a sua repercussão na depressão (Kirmayer et al. 2011).

Assim como, fatores sociais como o acesso a recursos, o estigma e a percepção também influenciam a expressão da doença mental (Link e Phelan, 2001). A doença mental afeta a vida social das pessoas e o seu trabalho. Por outro lado, a história social também pode influenciar o desenvolvimento e a emergência de doenças mentais. A falta de compreensão sobre a doença mental pode levar ao estigma e assim dificultar mais ainda a procura de ajuda e o tratamento (Thornicroft, 2006).

1.2.4 Políticas, Planos e Legislação da Saúde Mental em Portugal

A implementação de políticas, planos e legislação na área da saúde mental tem sido uma preocupação crescente em todo o mundo, tendo em vista a complexidade e a gravidade das perturbações mentais e o seu impacto na vida das pessoas. Tais políticas tendem a focar no acesso a serviços de saúde mental, prevenção e tratamento de doenças psíquicas, bem como na promoção do bem-estar mental e social da população (OMS, 2013).

Ao nível hospitalar, o final do século XIX representou um marco importante na história da psiquiatria em Portugal. Nesse período, houve uma mudança significativa no entendimento do que se designava de *loucura*, que passou a ser encarada como uma doença mental que exigia um tratamento médico adequado (Rodrigues, 2013). Consequentemente, foram construídos grandes hospitais psiquiátricos para oferecer um espaço apropriado para o tratamento da doença mental (Leal, 2010). Esta transformação na compreensão da *loucura* em doença foi acompanhada pelo desenvolvimento da psiquiatria como uma ciência médica reconhecida, que se dedica ao estudo e tratamento das doenças clínicas, com base numa abordagem mais científica e menos moralizante (Leal, 2010).

Os hospitais psiquiátricos tornaram-se um símbolo desta nova abordagem psiquiátrica e da sociedade relativamente à *loucura*. A finalidade era curar e recuperar, através de tratamento adequado, ao contrário dos antigos asilos, que tinham a função de asilar, ou seja, guardar (Rodrigues, 2013). Assim, hospitais, como o Hospital Miguel Bombarda em Lisboa e o Hospital Conde Ferreira no Porto, foram construídos no final do século XIX e início do século XX, sendo considerados naquela época modernos (Silva, 2014).

No entanto, as construções desses hospitais psiquiátricos criaram outros problemas. Tendo sido projetados para acolher um número significativo de pessoas, as dinâmicas de tratamento prolongado, criou o isolamento das pessoas, muitas vezes longe de suas famílias e amigos, sendo conhecidos os prejuízos colaterais ao tratamento e as suas repercussões na saúde mental (Silva, 2014).

A revolução da psiquiatria em Portugal no final do século XIX foi um marco importante na história pela compreensão da loucura como uma doença mental. No entanto, os desafios enfrentados pelos hospitais destacam a importância de um tratamento mais humano e individualizado para aqueles que sofrem de doenças mentais.

Desta evolução ao longo do século XX, destaca-se no âmbito das políticas de saúde mental em Portugal, a Lei da Saúde Mental de 1963 (Lei nº 2118 de 3/4) que representou um marco importante. Esta lei estabeleceu os princípios gerais para a política de saúde mental, regulamentando o internamento e tratamento de pacientes e delineando as orientações para a criação de centros comunitários de saúde mental (Sousa & Rocha, 2016).

Com esta lei, Portugal torna-se num um dos países europeus a adotar uma lei nacional que permitiu a criação dos centros de saúde mental, o surgimento do movimento da psiquiatria social e a ligação dos cuidados de saúde mental aos cuidados primários (Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2008).

No que diz respeito à internação e tratamento de pessoas com doença mental, a Lei da Saúde Mental de 1963 estabeleceu as condições necessárias para a realização de internamentos e tratamento em hospitais psiquiátricos, bem como a importância da implementação de terapias ocupacionais e de tratamento em ambulatório (Sousa & Rocha, 2016).

Além disso, a Lei da Saúde Mental de 1963 previu a criação de centros comunitários de Saúde Mental, que deveriam funcionar como locais de atendimento para as pessoas com doenças mentais, oferecendo tratamentos ambulatoriais e promovendo a reabilitação social dos doentes (Santos, 2013). Representou, assim, uma intenção de mudança nas políticas de saúde mental em Portugal, propondo uma abordagem mais integrada e humanizada. Esta lei regulamentou o internamento e tratamento de pessoas com doença mental, estabeleceu condições para a implementação de terapias ocupacionais e tratamentos em ambulatório, e delineou as orientações para a criação de centros comunitários de saúde mental.

Em 1971, o Decreto-Lei n.º 413 definiu a articulação dos serviços de Saúde Mental com os restantes serviços de saúde e integrou a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção-Geral da Saúde. No entanto, apesar do desenvolvimento registado a nível legislativo, este não teve as manifestações práticas que estavam previstas, pois os cuidados de saúde mental permanecem centralizados nos grandes hospitais psiquiátricos, não se apostando nos centros comunitários (Pinto, 2014).

Somente em 1983, o Programa Nacional de Saúde Mental foi criado com o objetivo de reorganizar a assistência psiquiátrica em nível nacional, estimular a criação de serviços comunitários e promover a formação de profissionais de Saúde Mental (Jesus, 2007). Mais tarde, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98), enquanto marco importante na legislação portuguesa, estabelece os direitos das pessoas com doença mental e promove a sua proteção. Essa lei reforça o princípio da desinstitucionalização, com o intuito de substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de saúde mental. Além disso, ela enfatiza a importância da participação ativa por parte dos indivíduos e o respeito dos seus direitos e liberdades. No início do século XXI, a Lei de Saúde Mental de 2001 estabeleceu as bases legais para uma nova abordagem à saúde mental em Portugal, reconhecendo a importância da reabilitação psicossocial e da desinstitucionalização progressiva (Pinto, 2014).

Atualmente, as políticas e o plano de saúde mental em Portugal estão alinhados com as orientações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da União Europeia (UE) (Pinto, 2014).

Outro instrumento relevante é o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM, 2012-2016), que complementa o Plano Nacional de Saúde, estabelecendo as orientações e estratégias para a organização dos cuidados de saúde mental em Portugal. O PNSM destaca a importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidados e a promoção da integração dos cuidados de saúde mental com os cuidados de saúde primários. Contempla a promoção da recuperação e da inclusão social.

O Plano Nacional de Saúde Mental para 2012-2016, foi elaborado com base no modelo da OMS, “(...) *centrado na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação*” (DGS, 2012, p. 3).

No decurso da década de 1980, em continuidade com o movimento iniciado em 1974, consolidou-se o compromisso de integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei n.º 74 de 1984 procedeu à reorganização

dos serviços, criando a Direção-Geral dos Hospitais e a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, no seio da qual a saúde mental passou a estar inserida.

Entre 1985 e 1990, as linhas mestras da reforma orientaram-se para a revisão da lei de bases da Saúde Mental, reafirmando a necessidade de aproximar os cuidados de saúde mental da comunidade, numa lógica de continuidade assistencial e de proximidade territorial (Alves, 2001).

Apesar deste impulso reformista, manteve-se em vigor a Lei de Saúde Mental de 1963, já desajustada face às novas orientações. Foi neste contexto que, por despacho do Diretor-Geral da Saúde, se constituiu a Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM), mandatada para conceber um modelo organizativo para o sector.

A integração da saúde mental nos serviços gerais de saúde viria a ser formalizada em 1992, através do Decreto-Lei 127/92, de 3 de julho, que extinguiu os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenil, integrando as respetivas respostas nos hospitais gerais centrais e distritais.

A partir de meados da década de 1990, ocorreram mudanças significativas na política de saúde mental em Portugal, sendo uma das mais importantes a criação do grupo de trabalho de revisão da Lei de Saúde Mental em 1996 e da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental em 1997 (Gonçalves-Pereira et al., 2018). Essas iniciativas culminaram com a aprovação, em 1998, da Lei n.º 36/98 de 24 de julho, que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regulação do tratamento e internamento compulsivo de pessoas com doenças mentais graves (Mendes & Santos, 2016).

A nova legislação de saúde mental em Portugal procurou adotar uma abordagem mais centrada na pessoa com doença mental e nos seus direitos, incentivando a prestação de cuidados de saúde mental em ambientes comunitários.

A Lei n.º 36/98, no seu artigo n.º 3, consagrou princípios estruturantes que incluem a prestação de cuidados no meio menos restritivo possível e a responsabilidade dos serviços comunitários na reabilitação psicossocial, a desenvolver por via de estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional. Esta determinou ainda que a assistência fosse assegurada por equipas multidisciplinares. No artigo n.º 5 da mesma lei foram pela primeira vez explicitados os direitos e os deveres dos utentes dos serviços de saúde mental, clarificando o quadro de proteção e responsabilização aplicável.

Entretanto, frisa-se que a (Lei nº 36/98) foi revista e aprovada, de 21 de julho de 2023, através da Proposta de Lei 24/XV/1, sendo atualmente a Lei nº 35/2023. A finalidade desta reavaliação da lei resulta em terminar-se com o internamento por tempo indeterminado dos imputáveis e visa “desviar o foco” para a doença e para a sua prevenção.

Sarmiento e outros (2015) indica que em 1999 foi criado o decreto-lei nº35/99 de 5 de fevereiro com o objetivo de regular a organização da prestação de cuidados de saúde mental em Portugal.

Também expresso por Rego & Canavarro este decreto-lei foi um marco importante na evolução das políticas de saúde mental, uma vez que estabeleceu uma nova estrutura organizacional para a prestação de cuidados de saúde mental no país.

Uma das principais motivações pelo decreto-lei nº35/99 foi a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM), um órgão consultivo de natureza técnica, que tem como objetivo promover a articulação entre as diferentes entidades que intervêm na área da saúde mental (Sarmiento et al., 2015).

Este conselho é composto por representantes das diversas áreas da saúde mental, incluindo profissionais de saúde, associações de doentes, instituições académicas e organizações não governamentais (Rego & Canavarro, 2014).

Além disso, o decreto-lei nº35/99 também estabeleceu as atribuições dos hospitais psiquiátricos, que passaram a ter um papel mais restrito na prestação de cuidados de saúde mental, dando lugar a um modelo de atendimento mais centrado na comunidade (Sarmiento et al., 2015).

Essa mudança de paradigma refletiu uma preocupação crescente com a integração social dos doentes e o reconhecimento do tratamento em regime hospitalar (Rego & Canavarro, 2014).

Para Sarmiento (2015) o decreto-lei nº35/99 foi um passo importante na evolução das políticas de saúde mental em Portugal, que teve como objetivo promover a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e a sua integração social.

O CNSM e a nova estrutura organizacional estabelecida pelo decreto-lei permitiram uma maior articulação entre os diferentes serviços de saúde mental e uma maior aproximação aos princípios da reforma psiquiátrica.

De acordo com a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007-2016), a descentralização dos serviços contribuiu para melhorar a acessibilidade e a qualidade das respostas, favorecendo soluções de proximidade para os cidadãos. Contudo, apesar

dos progressos alcançados, a cobertura do território nacional permanece incompleta. Em 2001, a Organização Mundial da Saúde publicou o relatório sobre a saúde no mundo, “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, propondo uma leitura renovada das doenças psíquicas. O documento estruturou-se em torno da prevenção, da disponibilidade de tratamentos e da identificação dos obstáculos que limitam o acesso e a efetividade das intervenções. Em 2005, a Comissão das Comunidades Europeias lançou o *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, que incentivou a definição de uma estratégia comunitária para a área.

A Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (2001) recolocou no centro do debate o papel decisivo da saúde mental no espaço europeu e salientou a necessidade de uma estratégia comum envolvendo as instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, outros agentes de investigação, a sociedade civil e a comunidade científica.

No mesmo sentido, a *Mental Health 's: facing the challenges, building solutions* registou que, ainda em 2005, a Declaração de Helsínquia assumiu como prioridades a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas com perturbações mentais, englobando todos os países da comunidade, a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007), foi apresentada a Proposta de um Plano de Ação para a Reestruturação e o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, com o propósito de identificar estratégias para melhorar a qualidade dos serviços, promover a saúde mental das populações e definir um plano estratégico.

Concluída a fase de apreciação dos resultados do relatório do Plano Nacional para a Saúde Mental, tornaram-se evidentes fragilidades em matéria de acessibilidade, de equidade e de qualidade. O acesso a cuidados especializados permanece limitado, alcançando apenas 1,7 % da população, quando a estimativa anual aponta para 5 a 8% de pessoas com perturbações mentais graves. Parte substancial da não procura de ajuda decorre da concentração de recursos em Lisboa, Porto e Coimbra e da insuficiência de profissionais capazes de responder às necessidades das comunidades. As unidades de base comunitária existentes são escassas e, quando existem, tendem a circunscrever-se ao internamento, à consulta externa e ao hospital de dia. Esta escassez torna-se particularmente visível perante a elevada necessidade de cuidados especializados por

parte das pessoas com doença mental. Persistem ainda carências técnicas nas equipas de saúde mental, que encontram obstáculos frequentes na articulação de respostas sociais dirigidas aos doentes e às suas famílias.

Nesta linha, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental sublinha que a qualidade dos serviços, segundo a avaliação realizada pelos profissionais, é inferior ao razoável, em grande medida devido a défices ao nível dos recursos humanos e da organização administrativa. A conjugação destes constrangimentos, somada ao facto de as políticas sociais não estarem especificamente orientadas para a pessoa com doença mental e para o seu agregado familiar, alimenta uma descrença antiga quanto à capacidade do sistema em responder a todos os que dele necessitam. As pessoas com doença mental continuam abrangidas por políticas sociais concebidas para a população em geral, o que evidencia a falta de medidas dirigidas e ajustadas às suas particularidades.

A “(...) *Segurança Social, nunca foi encarada como a organização de serviços para as pessoas com doença mental; enquanto doentes, “pertencem” à política da saúde.*” (Alves, 2001, p. 97).

A inclusão dos docentes no mercado de trabalho é suportada pelas políticas sociais vigentes. Apesar de haver leis que prevejam medidas de apoio à sua inserção social, a eficácia dessas medidas é muitas vezes limitada.

Segundo, (...) *“os estereótipos negativos e a falta de conhecimento acerca da doença mental, são obstáculos para a contratação de pessoas com doença mental”* (Corrigan et al., 2017, p. 110).

Por outro lado, as políticas que promovem a inclusão social e a igualdade de oportunidades podem ter um impacto positivo na vida das pessoas com doença mental e na sua participação no mercado de trabalho (Ramon et al., 2014).

Lançada em 2017, a *Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Mental* (ENPSM) é mais um exemplo de iniciativa voltada para a Saúde Mental em Portugal. Esta aborda áreas como promoção da resiliência, prevenção do suicídio, promoção da saúde mental nas escolas, promoção do envelhecimento ativo e promoção da saúde mental nas empresas. Esta estratégia tem também como objetivo envolver os diversos setores da sociedade na promoção da saúde mental e na prevenção de problemas nessa área, reconhecendo a importância da abordagem multidisciplinar e intersetorial.

É importante destacar que estas políticas, planos e legislação são fruto de um esforço contínuo para melhorar a Saúde Mental em Portugal.

O país tem procurado fortalecer a rede de serviços de saúde mental, descentralizar os cuidados, promover a desinstitucionalização e garantir a participação ativa das pessoas (família) envolvidas no processo de cuidado.

Além disso, tem-se dado ênfase à formação e qualificação dos profissionais que atuam nessa área, buscando uma abordagem mais humanizada, baseada em evidência e centrada na pessoa.

Esses avanços na área da Saúde Mental em Portugal refletem um reconhecimento crescente da importância da promoção do bem-estar psicológico e da saúde mental como parte integrante da saúde global.

As políticas e as estratégias implementadas não procuram apenas resolver os problemas de saúde mental, mas também prevenir, promover a inclusão social e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Tendem a procurar construir uma sociedade mais justa e inclusiva, onde a saúde mental seja valorizada e vista como um direito fundamental de todos os cidadãos.

1.2.5 Boas Práticas Internacionais em Saúde Mental: Políticas de Saúde Mental em Portugal, Irlanda e Canadá

Portugal, Irlanda e Canadá apresentam abordagens diferentes nesta área, quer a nível de financiamento, de recursos humanos e de políticas públicas. Em Portugal, somente 5% do orçamento da saúde é destinado especificamente para a Saúde Mental, valor este muito inferior aos 6% da Irlanda e aos 7% do Canadá (OECD, 2021). O baixo investimento realizado reflete-se posteriormente na escassez de recursos e, possivelmente, na qualidade dos serviços.

Com base no quadro comparativo (Quadro 1.4) apresentado, verifica-se que Portugal se encontra em desvantagem face à Irlanda e ao Canadá no que respeita ao investimento, recursos e políticas públicas direcionadas à saúde mental. Em primeiro lugar, o orçamento dedicado à saúde mental representa apenas 5% do total da despesa em saúde, um valor inferior aos 6% atribuídos pela Irlanda e aos 7% investidos pelo Canadá. Este diferencial de financiamento repercute-se na disponibilidade de profissionais especializados: Portugal conta com apenas 12 profissionais de saúde mental por cada 100.000 habitantes, face aos 18 da Irlanda e aos 21 do Canadá, o que compromete a capacidade de resposta do sistema.

A disparidade torna-se ainda mais evidente no número de Equipas Comunitárias de Saúde Mental, onde Portugal apresenta apenas 10 equipas formalmente constituídas, contrastando com as 114 da Irlanda e as 200 do Canadá. Apesar de a presença de assistentes sociais nas equipas ser comum aos três países (1 a 2 por equipa em Portugal e Irlanda, e até 3 no Canadá), o número reduzido de equipas no território português limita substancialmente a cobertura nacional, sobretudo nas regiões do interior e menos urbanizadas.

Adicionalmente, a avaliação do grau de implementação de políticas comunitárias de saúde mental revela que Portugal se encontra num nível "moderado", ao passo que a Irlanda e o Canadá atingem um nível "elevado", conforme dados da Organização Mundial da Saúde. Esta diferença é corroborada pela percentagem de população com acesso efetivo a tratamentos e serviços de saúde mental: 69% em Portugal, contra 74% na Irlanda e 82% no Canadá.

Quadro 1.4– Análise Comparativa da Saúde Mental entre Portugal/ Irlanda/ Canadá.

Indicador	Portugal	Irlanda	Canadá	Fonte
Gastos em saúde mental (% do orçamento de saúde)	5%	6%	7%	OECD
Profissionais de saúde mental (por 100.000 habitantes)	12	18	21	WHO Mental Health Atlas
Número de equipas de saúde mental comunitária	10 ¹	114	200	SNS, HSE, CIHI
Nº de assistentes sociais nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitárias	1-2 por ² equipa	1-2 por equipa	1-3 por equipa	SNS, HSE, CIHI
Existência de políticas comunitárias de saúde mental	Moderado	Elevado	Elevado	WHO
Acesso a tratamentos e serviços de saúde mental (%)	69%	74%	82%	OECD

Fonte: Elaboração própria

¹ No quadro de elaboração própria de uma tabela comparativa da Saúde mental: Portugal/Irlanda/Canadá, só as equipas de saúde mental comunitárias contempladas no Despacho n.º 8455/2022 foram avaliadas e não as descritas no decreto-lei 113/2021.

² Indica-se que os nº de Assistentes Sociais indicados na tabela em Portugal não trabalham a tempo inteiro nas equipas de Saúde Mental Comunitárias, este divide-se também pelos vários serviços hospitalares, ou seja, evita-se ao máximo contratar os assistentes sociais especificamente para as equipas “tapando” este buraco com os que estão.

Estes dados apontam para a urgência de uma reformulação estrutural da política de saúde mental em Portugal, com reforço orçamental, expansão das equipas comunitárias, contratação de mais profissionais e implementação de estratégias descentralizadas e inclusivas. A comparação com os casos da Irlanda e do Canadá evidencia caminhos possíveis e bem-sucedidos, cuja análise crítica pode inspirar medidas concretas para melhorar a qualidade e a equidade dos cuidados em saúde mental no contexto português.

Segundo a OECD, os países que mais investem na Saúde Mental tendem a obter melhores resultados, quanto à diminuição de internamentos de doentes mentais não tratados, quanto à satisfação que os utentes apresentam pelo serviço prestado.

O Canadá tem expandido os serviços e como resultado diminui o estigma através da *Mental Health Commission of Canada*, 2021. Na Irlanda, a *Vision for Change* reorganiza os serviços de Saúde Mental Comunitários, resultando assim numa maior cobertura e eficiência (HSE, 2020).

Quanto aos assistentes sociais integrados na área da Saúde Mental, Portugal encontra-se em desvantagem, apresenta somente 12 profissionais por 100.000 habitantes, ficando aquém dos 18 na Irlanda e dos 21 no Canadá (OMS, 2020). A escassa contratação de assistentes sociais em Portugal tem prejudicado o acesso a tratamentos e sobrecarregado os profissionais dos serviços existentes. Thornicroft et al. (2017), num estudo publicado no *The Lancet Psychiatry*, refere que a contratação de mais profissionais encontra-se associada a melhores resultados, quer na redução de taxas de suicídio e quer numa maior adesão aos tratamentos. Este é, sem dúvida, um dos maiores desafios que Portugal enfrenta para melhorar a qualidade dos cuidados.

Os serviços comunitários revelam resultados distintos. Portugal tendo outras equipas constituídas, contempla unicamente em Despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho 10 equipas de Saúde Mental Multidisciplinares de Saúde Mental Comunitária em território nacional. A OMS reforça o pensamento que descentralizar os serviços é crucial para garantir melhores cuidados à comunidade. O Canadá apresenta uma abordagem integrada, no qual o seu objetivo recai na prevenção e no tratamento precoce. (CIHI, 2021).

Quanto às políticas públicas de Saúde Mental praticadas em Portugal classificam-se num nível “moderado” de desenvolvimento atendendo à falta de robustez de respostas e atualização de medidas atuais, porém contrasta com o nível “elevado” da Irlanda e do Canadá (OMS, 2020). Em Portugal, embora se tenham verificado alguns

avanços, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 revelou-se insuficiente na resposta às necessidades comunitárias emergentes. A escassez de financiamento contribuiu para a fragmentação dos serviços, comprometendo a coesão e a eficácia da estrutura de cuidados (Almeida et al., 2018).

A OECD (2021) reforça que o acesso universal aos serviços tem sido um desafio global, nos vários países. Portugal tem avançado gradualmente na área da saúde mental, embora o investimento proveniente do PRR tenha sido insuficiente. Ainda assim, continuamos desfasados quanto a distribuição das respostas dirigidas à saúde mental, pois continuamos a centralizá-las nas áreas metropolitanas e a esquecer-las nas periferias, devido ao escasso financiamento concedido a área da saúde mental, aos poucos profissionais do Serviço Social qualificados/formados na área da saúde mental e à fragmentação dos serviços.

Em países como a Irlanda e o Canadá encontram-se respostas direcionadas para a comunidade de pessoas com doença mental e a evolução destas respostas é notória.

Para melhor compreender esta diferença entre os três países em análise, elaborou-se um quadro comparativo (*benchmarking*) (Quadro 1.5) com algumas iniciativas de saúde mental nos três países — Portugal, Irlanda e Canadá — com base nos critérios mais relevantes: tipo de iniciativa, população-alvo, nível de abrangência, evidência de impacto e grau de integração comunitária.

Quadro 1.5 – Quadro comparativo de iniciativas de saúde mental para entre Portugal/ Irlanda/ Canadá. Elaboração própria.

Iniciativa	País	Tipo	População-Alvo	Abrangência	Evidência de Impacto	Integração Comunitária
Equipas Comunitárias de Saúde Mental	Portugal	Serviço público descentralizado	Pessoas com doença mental	Nacional (10 equipas)	Baixa – cobertura ainda limitada	Moderada – atuação próxima da comunidade
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Portugal	Apoio continuado em saúde mental	Pessoas em situação de dependência	Nacional	Moderada – cobertura heterogénea	Baixa – não é exclusiva da saúde mental
Encontrar+se	Portugal	ONG / Projeto de inclusão	Pessoas com doença mental e famílias	Regional	Limitada – boas práticas, mas pouco alargadas	Alta – envolvimento direto com utentes
Vision for Change (HSE)	Irlanda	Estratégia nacional governamental	População geral	Nacional	Elevada – melhoria de acesso e reorganização	Elevada – foco em cuidados comunitários
See Change	Irlanda	Campanha anti estigma	População geral	Nacional	Elevada – reconhecimento nacional	Alta – ações em escolas e locais de trabalho

Iniciativa	País	Tipo	População-Alvo	Abrangência	Evidência de Impacto	Integração Comunitária
Jigsaw	Irlanda	Organização juvenil especializada	Jovens dos 12 aos 25 anos	Nacional	Elevada – serviços acessíveis e integrados	Muito Alta – foco em integração comunitária
Mental Health Services (plataforma online)	Irlanda	Repositório digital de serviços	População geral	Nacional	Alta – facilita acesso a serviços	Média – apoio digital, não presencial
Bell Let's Talk	Canadá	Campanha de sensibilização	População geral	Nacional	Elevada – visibilidade pública e angariação de fundos	Média – ações mediadas por media
CAMH	Canadá	Hospital especializado	Pessoas com perturbações mentais	Regional (Toronto, ON)	Muito elevada – investigação, formação e cuidados	Média – hospitalar com programas externos
MindBeacon	Canadá	Plataforma online de terapia	Adultos com ansiedade/depressão	Nacional	Elevada – acesso remoto e validado	Moderada – interface digital
School Mental Health Ontario	Canadá	Programa escolar de intervenção	Crianças, jovens, famílias, professores	Provincial (Ontário)	Alta – integração no sistema educativo	Alta – articulação entre escola e saúde
AEIPS/ FNERDM	Portugal	Organizações da sociedade civil	Pessoas com doença mental	Regional / Nacional	Variável – boas práticas, mas com pouca escala	Alta – base comunitária e reabilitação

Fonte: Elaboração própria

A intervenção comunitária em Portugal é maioritariamente assegurada por associações e organizações com atuação territorial ampla, não estando especificamente orientadas para pessoas com doença mental. Em contraste, países como a Irlanda e o Canadá apresentam respostas direcionadas à comunidade com doença mental, revelando uma evolução significativa na oferta e estruturação dos serviços.

Na Irlanda, a Saúde Mental, é analisada, vista e/ou tratada como uma questão importante é um tópico de crescente preocupação, como revela a atual Lei da Saúde Mental do país (Mental Health Ireland, s.d.). O governo irlandês e várias organizações de saúde têm unido esforços para abordar as questões de saúde mental e promover o bem-estar da população. Dos principais desafios relacionados com a saúde mental na Irlanda incidem no estigma e na equidade aos serviços de saúde mental para atender às necessidades da população (Department of Health, 2021).

Todavia, os recursos, os serviços e os projetos disponíveis à população onde a finalidade é apoiar, melhorar o apoio social da pessoa com doença mental, entre outros, são mais que muitos: Das iniciativas listadas no quadro 1.5, destaca-se, entre outra, o *Mental 'Health' Services*: consiste numa plataforma disponível 'online' que faculta

apoios e serviços de saúde mental a toda a população, ou seja, podem pesquisar e encontrar clínicas de saúde mental, programas de apoio, e linhas de autoajuda (HSE, 2022); o *See Change* que é uma plataforma ‘online constituída por voluntários que têm como missão/objetivos realizar campanhas com o intuito de reduzirem o estigma e a discriminação associada à saúde mental (See Change. s.d.).

O Jigsaw, uma organização criada em 2006 com a missão numa abordagem integrada, em apoiar a saúde mental dos jovens. A Jigsaw tem o compromisso de ajudar os jovens irlandeses a continuarem integrados na sua comunidade, a terem apoio e serviços de fácil acesso para enfrentarem os desafios da sua saúde mental Jigsaw. (Jigsaw, 2020). O *Connecting for Life*: é uma estratégia Nacional do governo da Irlanda para reduzir a taxa de suicídio. O *Mental Health Ireland* é uma organização que trabalha a promoção da saúde mental, o bem-estar e a recuperação de todos os indivíduos e comunidades, inclusive familiares de pessoas com doença mental. Facultam à população workshops, educação sobre saúde mental e campanhas (*Mental Health Act*, 2001). O *Aware Defeat Depression* é uma instituição de solidariedade onde a missão é direcionada especificamente para pessoas com depressão e doença bipolar. Têm como apoio 23 grupos, intervêm em zonas rurais e urbanas de todo o país, geridos pelos voluntários formados na área. Os grupos de apoio acolhem pessoas com depressão, com doença bipolar, bem como, os cuidadores de pessoas com a doença (Aware, 2020). A *Pieta House's Darkness into Light* consiste num evento anual o qual tem como finalidade arrecadar fundos e consciencializar a população para a saúde mental e prevenção de suicídio (The details, s.d.).

Contudo, a forma como a comunidade percebe e reage aos projetos relacionados à saúde mental e ao serviço social pode variar amplamente com base em uma série de fatores, incluindo a conscientização pública, o estigma social associado à saúde mental e experiências pessoais.

No Canadá a Saúde Mental é uma área que desperta preocupação (...) “na década de 60 o processo de desinstitucionalização de doentes psiquiátricos cresceu (...) denúncias de internos que apontavam para necessidade de humanizar as instituições e práticas psiquiátricas. Esse movimento tinha como objetivo o acompanhamento e a assistência dos doentes fora do hospital psiquiátrico, privilegiando, os serviços de base comunitária. (Desviat, 2015; Rodriguez & CYR, 2018, p. 56). O país reconhece a importância de promover o bem-estar psicológico da população e trabalhar ativamente

para melhorar o acesso aos serviços de saúde mental, sempre com a finalidade de reduzir o estigma associado às questões de saúde mental.

Uma das ferramentas indicadas, para a população ter respostas, foi a criação de projetos e iniciativas específicas dirigidas à saúde mental da população canadiana. Mercier e White (1995) consideram que o surgimento de Organismos Comunitários tem a intenção de melhorar o acesso e o suporte da comunidade aos serviços. Rodriguez et al. (2006) compreendem que a emergência deste recurso na área da saúde mental surgiu quando os cidadãos e/ou pessoas implicadas diretamente pelos problemas de saúde mental, criaram serviços e uma rede de organismos de defesa dos seus direitos.

Com uma população aproximadamente de 38,4 milhões de pessoas, a saúde mental apresenta-se como uma prioridade mundial, tendo também já uma enorme expressão no Canadá. No entanto, em resultado do crescimento populacional, a nível da imigração, o governo, as organizações de saúde, as instituições do setor social e a própria comunidade têm trabalhado juntos para melhorarem o acesso aos serviços de saúde mental de quem precisa e assim, reduzirem o estigma associado aos distúrbios mentais.

A Estratégia de Saúde Mental do Canadá, tem como finalidade melhorar a saúde mental da população canadiana e abranger mais umas quantas áreas de intervenção, incluindo a prevenção do suicídio, a promoção da resiliência, redução do estigma e equidade aos serviços de saúde mental. Destaca-se, a título de exemplo, as iniciativas listadas no quadro 1.5 como a *Bell Let's Talk* que é uma empresa de telecomunicações a qual lançou a campanha “*Bell Let's Talk*” para promover a consciencialização sobre a saúde mental e arrecadar fundos para outros serviços de saúde mental (The positive impact of your efforts, s.d.). A CAMH, que é o maior hospital de saúde mental do Canadá, é líder em pesquisa, tratamento e educação em saúde mental. Desenvolvem inúmeras iniciativas relacionadas à saúde mental e vícios (The Centre for Addiction and Mental Health, 2024); A MindBeacon, baseia-se numa plataforma ‘online’ que concede a população terapia cognitivo-comportamental, tratamento contra a ansiedade e depressão. É um exemplo de como a tecnologia é utilizada para conceder serviços de saúde mental à população (MindBeacon, s.d.). A *School Mental Health Ontario* e *Children's Mental Health Ontario*, duas escolas canadianas as quais visam implementar formações e iniciativas para promoverem educação e a da saúde mental dos alunos, professores, funcionários e famílias.

Ter consciência da importância em promover e prevenir a saúde mental tem tornado o pensamento basilar do país, sendo que o mesmo continua a desenvolver estratégias e políticas para enfrentar os desafios associados.

No que concerne, sobre as respostas de saúde mental que Portugal concedeu à população, a título de exemplo e conforme o apresentado no quadro 1.5, identificamos o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos (Lisboa), (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – CHPL, n.d.), pela tendência de desinstitucionalização, em que ainda existem hospitais especializados para casos que exigem internamento. As Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que prestam cuidados de saúde mental próximos das comunidades, evitando hospitalizações desnecessárias. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006, pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados resulta numa entre o Ministério do Trabalho Solidariedade, a Segurança Social e do Ministério da Saúde e tem como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio social continuamente e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (gov.pt., 2025). A AlerTamente: Associação Nacional para a Saúde Mental (AlertaMente, s.d.), que promove debates sobre a saúde mental. A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, s.d.) que promove a formação e a investigação em psiquiatria e saúde mental. A Encontrar+se: Criada em 2006 com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde mental e dar acesso às melhores práticas no tratamento da doença mental. A Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB, s.d.), criada em 1991, tem como missão implementar respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental destinadas a pessoas com diagnóstico da doença Unipolar e Bipolar. A Aria Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA, s.d.), criada em 1991 com a missão de trabalhar com pessoas com problemas de saúde mental, em desvantagem psicossocial. A Familiarmente Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental (FamiliarMente, s.d.), que contribui para a implementação de medidas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de bem-estar, das famílias e das pessoas com experiência de doença mental. A Voz Amiga (SOS VOZ AMIGA, 2016) linha de apoio emocional e prevenção ao suicídio. O Observador/Labirinto – Conversas sobre Saúde Mental (OBSERVADOR, s.d.) programa de rádio criado em 2021 e que fala sobre diagnósticos de depressão, ansiedade, perturbação bipolar, perturbação obsessivo-compulsiva, *burnout* ou adição. O Programa Nacional para a Saúde Mental

(s.d.) Estratégia Nacional e a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Saúde Mental, s.d.) A AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial: criada 1987 com o objetivo desenvolver programas e serviços de suporte a pessoas com doença mental, nos domínios da habitação, educação e emprego. E a FNERDM (s.d.), Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais realiza ações de sensibilização/educação que despertem o público para uma nova visão e uma atitude favorável à integração e participação social das pessoas com doença mental.

Portugal conta com uma rede diversificada de organizações, associações, projetos comunitários, entre outros, que desempenham um papel estratégico no apoio a pessoas com doença mental e as suas famílias. No entanto, é de salientar que a maioria das respostas continuam situadas nos centros metropolitanos, e a periferia permanece com escassez de respostas. Matos (2012) expressa “*Os hospitais clássicos e os hospitais de dia, pelos horários de actividade terapêutica e de funcionamento que praticam, prestam apoio no período mais intenso de vida comunitária, deixando o doente entregue à sua depressão e angústia nas horas em que, em regra, a sociedade menos o apoia.*” (p.113).

O aumento do financiamento na saúde mental, permitiria, possivelmente, expandir os serviços comunitários e promover campanhas de sensibilização, seguindo exemplos bem-sucedidos dos outros países em análise, como o *Vision for Change da Irlanda* ou o *Mental Health Strategy*.

1.2.6 Abordagens em Saúde Mental: Comunitárias e Hospitalares

As abordagens em saúde mental, comunitárias e hospitalares, representam dois pilares fundamentais no cuidado das pessoas que enfrentam problemas psicológicos ou psiquiátricos. Ambas têm objetivos distintos, mas complementares; a sua articulação é essencial para garantir um atendimento integral e humanizado.

A saúde mental, enquanto área de intervenção, tem evoluído ao longo das últimas décadas, afastando-se de um modelo exclusivamente hospitalar e clínico para abraçar uma perspetiva mais comunitária e inclusiva. Este movimento foi impulsionado por autores como Franco Basaglia (1968), um dos principais defensores da reforma psiquiátrica, criticava a institucionalização prolongada e defendia a desinstitucionalização para promover a dignidade e a autonomia das pessoas com doença mental. Afirmava que o manicómio é uma instituição total que destrói a

identidade do indivíduo, reduzindo-o à sua doença. Esta crítica levou à criação de modelos alternativos, centrados na comunidade.

As abordagens comunitárias têm como principal foco a prevenção, a promoção da saúde mental e a reinserção social. Parte-se do princípio de que este modelo de que a saúde mental não pode ser dissociada do contexto social no qual a pessoa vive. Como refere Erving Goffman (1961), a institucionalização em hospitais psiquiátricos tradicionais tende a estigmatizar e a marginalizar as pessoas, retirando-lhes a sua identidade e autonomia. Goffman (1961) descreve também o processo de “morte civil” como o momento em que um indivíduo perde a sua identidade social e sente-se reduzido ao estatuto de pessoa com doença mental.

Em contrapartida, as intervenções comunitárias procuram integrar os indivíduos na sua comunidade, promovendo a sua participação ativa na sociedade. Um exemplo prático desta abordagem são os centros de saúde mental comunitários, que oferecem apoio psicológico, psiquiátrico e social, evitando a necessidade de internamento sempre que possível. Os centros funcionam como uma rede de suporte, onde as equipas multidisciplinares trabalham em conjunto para auxiliar as pessoas a lidarem com os seus problemas, de forma mais autónoma e menos “rotulado”. As abordagens comunitárias incluem programas de educação e prevenção, que visam sensibilizar a população para as questões de saúde mental e reduzir o estigma associado às doenças psiquiátricas. Oficinas terapêuticas e grupos de apoio são também estratégias comuns. Elas permitem a partilha de experiências e o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Estas intervenções visam promover a recuperação individual, e o fortalecimento dos laços comunitários, criando um ambiente mais inclusivo. Benedetto indica que, *“a desinstitucionalização exige não somente a mudança das estruturas, mas também uma transformação cultural profunda, que envolva toda a sociedade”* (Saraceno, 2001, p. 78).

Em contrapartida, outros preferem designar a desinstitucionalização como a *“substituição dos hospitais psiquiátricos para o internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental”* (Bachrach, 2000, citado por Carvalho, 2012, p. 236).

Segundo Guterres, a desinstitucionalização e a Lei da Saúde Comunitária provocaram o tratamento de doentes mentais graves em ambientes comunitários, em vez dos hospitais psiquiátricos tradicionais, *“o desenvolvimento de novos fármacos*

com menos efeitos secundários e uma diminuição de sintomatologia têm permitido que a atenção se vire para outras preocupações, incluído a qualidade de vida destes doentes” (Meltzer, 1993, citado por Guterres, 2002, p. 87).

No entanto, segundo o relatório de OMS sobre a saúde no mundo (2001), a prestação com base na comunidade tem um melhor resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas:

“A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para comunidade é também eficaz em relação ao curso e respeito dos direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenção precoces e limitar o estigma associado com o tratamento” (OMS, 2001, p. 112).

Estas mudanças apontam para a necessidade de recursos adequados e um compromisso coletivo. Por outro lado, as abordagens hospitalares continuam a ser indispensáveis em crises ou de uma maior gravidade.

No doente agudo (surto psicótico, depressão severa ou um risco iminente de suicídio), o internamento pode ser o necessário para garantir a segurança e estabilização clínica. Neste contexto, os hospitais psiquiátricos ou as unidades de saúde mental em hospitais gerais desempenham um papel importante. Contudo, como defende Basaglia, *“o internamento deve ser uma medida temporária, orientada para a reinserção comunitária, e nunca uma solução definitiva” (Basaglia, 1979, p. 102).*

As equipas multidisciplinares, caracterizadas pela diversidade de profissionais provenientes de várias áreas que incluem psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, trabalham em conjunto para proporcionar um tratamento holístico, que vai além da mera medicação. Apesar das suas vantagens, as abordagens hospitalares enfrentam críticas significativas.

Michel Foucault (1961, 1987, 2008), argumenta que a psiquiatria tradicional tende a virar-se para as patologias e a controlar os indivíduos, em vez de os empoderar.

Foucault descreve o asilo *“(...) como um lugar de "poder disciplinar", onde a pessoa é submetida a um regime de controle e normalização” (Foucault, 1961, p. 56).* Esta crítica provocou uma análise mais aprofundada sobre o papel das instituições psiquiátricas e a necessidade de humanizar os cuidados prestados.

O desafio atual tem sido encontrar um equilíbrio entre a intervenção hospitalar, necessária em emergências e a promoção de um modelo comunitário que valorize a

autonomia e a integração social. A complementaridade entre as abordagens comunitárias e hospitalares é, portanto, essencial para um sistema de saúde mental eficaz e justo. Tem-se constatado que “*o ideal é um modelo integrado que combine a intervenção hospitalar em situações agudas com um plano de cuidados comunitários a longo prazo*” (Saraceno, 2001, p. 89).

Uma pessoa que sofre um surto psicótico pode necessitar de um breve internamento para estabilizar e ser posteriormente acompanhado num centro de saúde mental da sua área de residência. Esta articulação permite não só detetar os sintomas, como também, trabalhar as causas subjacentes e promover a recuperação integral. No entanto, a implementação deste modelo enfrenta desafios consideráveis. A falta de recursos, a dificuldade em garantir a continuidade dos cuidados e a resistência à mudança por parte de alguns profissionais e instituições são obstáculos frequentes. Além disso, o estigma associado às doenças mentais continua a ser uma barreira significativa, tanto para as pessoas como para as suas famílias. Como refere Goffman, “*o estigma é uma marca que desacredita socialmente o indivíduo, reduzindo-o a uma condição inferior*” (Goffman, 1963, p. 3). Esta realidade reforça a necessidade de campanhas de sensibilização e de educação pública.

No entanto, a implementação deste modelo enfrenta desafios consideráveis. A falta de recursos, a dificuldade em garantir a continuidade dos cuidados e a resistência à mudança por parte de alguns profissionais e instituições são obstáculos frequentes. Além disso, o estigma associado às doenças mentais continua a ser uma barreira significativa, tanto para as pessoas como para as suas famílias. Esta realidade reforça a necessidade de campanhas de sensibilização e de educação pública.

Os assistentes sociais desempenham um papel central no que diz respeito apresentar soluções diante das lacunas dos cuidados clínicos, o apoio psicossocial e a participação comunitária. A Rede de Cuidados Psicossociais, criada em 2011, veio reforçar a integração dos cuidados de saúde mental em diferentes níveis de cuidados, posicionando os assistentes sociais como elementos fundamentais nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental comunitárias, nos cuidados psicossociais e noutros serviços de saúde mental.

Os desafios que têm sido enfrentados pelos profissionais na área da saúde mental, incluindo os assistentes sociais, não se encontram devidamente documentados na literatura.

Salientam-se as questões relacionadas sobre a colaboração entre profissionais, ou seja, quer a nível de gestão, quer a nível de empoderamento dos profissionais de Serviço Social integrados nas equipas multidisciplinares. A ênfase da profissão de assistente social em abordagens holística bem como o seu compromisso na defesa dos direitos e a inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental, têm sido importantes para a transformação dos cuidados de saúde mental (Hori & Nascimento, 2014; Amadei et al., 2023).

Ambas as abordagens desempenham papéis essenciais no sistema de saúde mental, com o objetivo final de fornecer um tratamento humano, centrado na pessoa com doença mental, adaptando-se às suas necessidades individuais e específicas.

1.3 Dimensão social

1.3.1 Equipas Comunitárias de Saúde Mental: definições e impactos

Um problema com repercussão na metodologia de atuação dos assistentes sociais é a questão da interdisciplinaridade. Nos anos 60 do século passado, a inclusão dos assistentes na saúde mental foi determinada pela criação de equipas multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. As equipas foram constituídas não só para resolver problemas agudos, mas também para o Serviço Social atuar como “apaziguador” das questões sociais:

“(...) o surgimento e disseminação das equipas multidisciplinares. Quanto a esse aspeto, será interessante situar a origem de sua implantação nas instituições assistenciais. Esta origem está profundamente vinculada ao agravamento da “questão social”,

especialmente das condições de saúde da população dos países dependentes (Iamamoto e Carvalho, 1999, p. 328).

Contudo a problematização da inclusão de saberes nas equipas multidisciplinares visa a interdisciplinaridade ao debate do Serviço Social em saúde mental. A prática mostra que apesar das intenções pessoais ou dos interesses corporativos, há dificuldade da interlocução quando se usam paradigmas diferentes:

“(...) na enfermeira psiquiátrica, o médico pode ter uma visão positivista da saúde mental, o psicólogo pode usar diversas teorias

psicodinâmicas, terapeuta familiar pode ter uma conceção sistémica e o assistencial social, com sua visão histórica-estrutural, pode ficar tão ilhado quanto aos outros profissionais” (Bisneto, 2007, p. 51).

Tendo decorrido o movimento de reforma Psiquiátrica entre os anos 70 e 80 nesta altura o assistente social era chamado para fazer parte da equipa multidisciplinar e sem um perfil exato sobre a sua atuação, o que veio originar muitas das vezes é que se tornasse auxiliar do psiquiatra nos problemas sociais.

Todavia, os profissionais desde muito cedo reclamam das disfuncionalidades do trabalho coletivo, mas não analisam as contradições socialmente implícitas aos conflitos de interesses nele contido. A abordagem comunitária enquanto prestação de cuidados em saúde mental tem adquirido destaque como uma alternativa eficaz aos modelos tradicionais de tratamento centrados em hospitais.

Contudo, a inquietação dos serviços locais acresce, sendo que os cuidados ambulatoriais e/ou outras intervenções na comunidade dos serviços locais de saúde mental, *são asseguradas por equipas comunitárias de saúde mental, que abrangem toda área assistencial a cargo do serviço.*

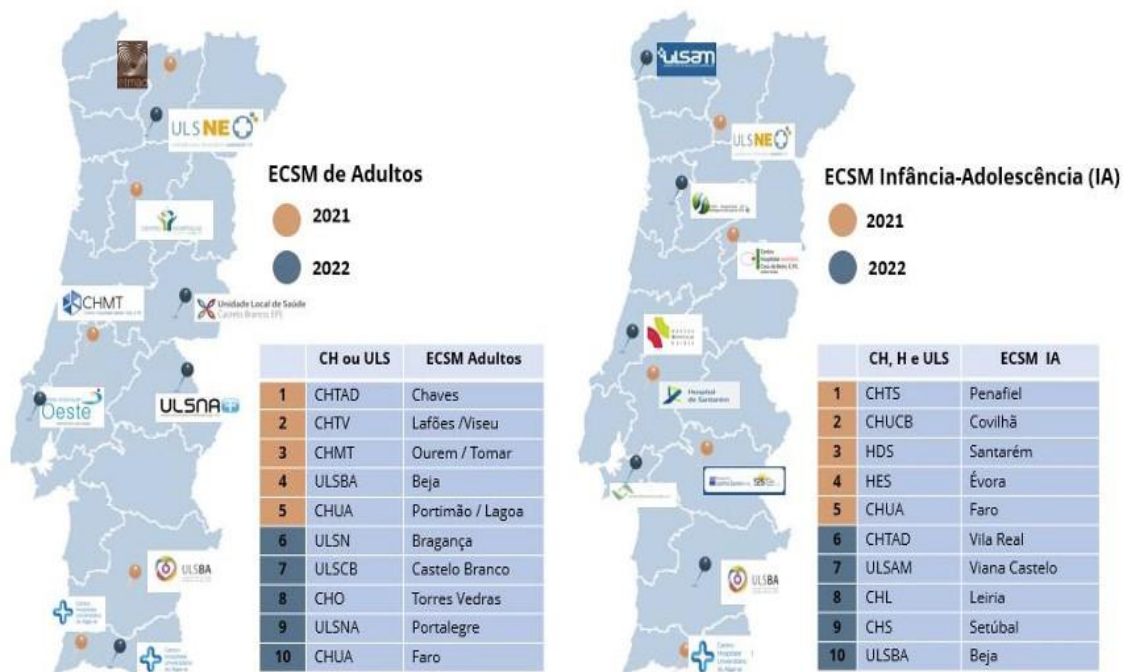


Figura 1.5 – Organização Espacial das Equipas de Saúde Mental Comunitárias. DGS/ Plano Nacional de Saúde Mental (2023)

Diante as preocupações sentidas e face aos compromissos assumidos do Programa do XXII Governo Constitucional, foi criado, através do Despacho n.º 2753/2020, de 21 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro de 2020, um projeto-piloto de Saúde Mental constituído por 10 equipas comunitárias de saúde mental (ECSM, Figura 1.5).

Como referido na *Saúde Mental Newsletter n.º 05/2022*, da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2022):

“As equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) são responsáveis por assegurar, todas as funções necessárias num nível de atendimento especializado e diferenciado, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental. As ECSM asseguram a prestação de cuidados a uma população de 50 000 a 100 000 habitantes, pela qual assumem responsabilidade, dando resposta às suas necessidades, em estreita articulação com os utentes e respetivas famílias e com os elementos significativos da comunidade” (p. 16).

A criação das equipas representou uma importante alteração do paradigma da intervenção na área da saúde mental, mediante reforço das respostas de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental.

Todavia como estava previsto no PRR através do Despacho n.º 8455/2022 foram criadas 10 equipas, as quais são cinco equipas comunitárias de saúde mental dirigidas à população adulta (ECSM-PA) e cinco equipas comunitárias dirigidas para a infância e adolescência (ECSM-IA).

Como mencionado na *Saúde Mental Newsletter n.º 05/2022*, da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2022), as Equipas Comunitárias de Saúde Mental surgem como uma resposta abrangente e integrada às necessidades de saúde mental das comunidades. Neste contexto, *“A criação de novas equipas comunitárias de saúde mental é um passo decisivo (...) e os assistentes sociais têm uma palavra a dizer sobre o seu papel neste contexto”* (p.9).

A equipa comunitária é multidisciplinar, ou seja, constituída por profissionais de várias áreas de atuação (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros especializados em saúde mental, terapeutas ocupacionais, entre outros).

A Saúde Mental comunitária aquando referida, o modelo que se encontra preconizado pela OMS e que se encontra consagrado na Lei da Saúde Mental nº36/98, quanto à prestação de cuidados centrados na comunidade é a visão biopsicossocial³ (...) “o que reflete uma mudança de paradigma, uma outra forma de conhecer uma outra epistemologia” (Jardim & Jardim, 2020, p. 1).

A visão biopsicossocial, (...) “O modelo biopsicossocial é o termo preferido usado atualmente pelos serviços de saúde mental para descrever a base teórica das respostas práticas” (Francis, 2014, p. 15).

De acordo com Frota (2012), do indivíduo não se foca apenas em si e no tratamento, mas em todos os aspetos que estariam diretamente relacionados ao fenómeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, porém, a intervenção comunitária em rede, encontram-se na génese do Serviço Social.

A saúde é uma das mais importantes áreas de intervenção do Serviço Social. Atualmente, a intervenção dos profissionais de Serviço Social desenvolve-se em diversas valências médicas e em diferentes níveis de atuação, desde a prevenção até aos cuidados primários, secundários e terciários, cuidados de reabilitação e cuidados continuados (Guerra, 2019) integrados e paliativos, saúde mental e comunitária e promoção da saúde com grupos específicos (Carvalho, 2012).

No seio da Saúde Mental Comunitária o Assistente Social reúne as condições para desenvolver a sua prática, quer a nível de elaboração de diagnóstico multidimensional, quer a nível de elaboração do plano integrado de cuidados/reabilitação da pessoa com doença mental,

“A principal missão da profissão de Serviço Social é melhorar o bem-estar humano e ajudar a satisfazer as necessidades humanas básicas de todas as pessoas, com particular atenção às necessidades e ao empoderamento das pessoas vulneráveis, oprimidas e que vivem na pobreza. Uma característica histórica e definidora do Serviço Social é o foco da profissão no bem-estar individual num contexto social e no bem-estar da sociedade. Fundamental para o Serviço Social é a atenção às forças ambientais que

³ O modelo biopsicossocial é um avanço na prática de saúde, mas ainda continua sendo um grande desafio para a prestação do serviço de saúde ampliado. Faz-se necessário a mudança de paradigmas na formação académica de profissionais de saúde em destituir-se do “ser” especialista, disposto a construir planos de intervenção com o interlocutor, não somente prescrevê-los, refletir sobre o adjetivo “paciente”, entre outras formas dominação, além de formato no tempo de consulta e os benefícios da indústria bio farmacêutica com o método. (Rer. Longeviver, Ano III, n.9, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021: 2021: ISSN 2596 – 027X).

criam, contribuem e abordam os problemas da vida” (National Association of Social Workers [NASW], n.d.).

O Assistente Social enquanto elemento Equipas de Saúde Mental Comunitária participa e intervém no desenvolvimento do processo terapêutico. Integra as reuniões de discussão de casos e colabora/contribui para a elaboração do projeto terapêutico. Realiza a avaliação e acompanhamento psicossocial a utentes e famílias, avaliando o nível de risco social e intervindo na redução dos problemas psicossociais com vista ao desenvolvimento das suas potencialidades e autodeterminação.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental, as ECSM para a população adulta e as ECSM para a infância e adolescente, têm como objetivo aproximar os serviços de saúde mental da população que acompanha e assegurar respostas focadas na prevenção.

Importa, referir que as ECSM seguem um modelo sistémico que segundo Bertalanffy (1973) biólogo alemão que trouxe para o campo das psicoterapias muitos princípios dos sistemas (...) considerando que, no processo psicoterapêutico, as pessoas e, sobretudo, ou seja, como um conjunto integrado de elementos, em interação, com uma função predeterminada “(...) o paradigma sistémico de intervenção psicoterapêutica é utilizado essencialmente em terapias familiares ou em grupos de idêntica natureza” (p.79).

Além disso, é importante delinear as funções e responsabilidades destas equipas no contexto como prestadores de cuidados em saúde mental na comunidade:

“As equipas de Saúde Mental Comunitária são equipas multidisciplinares que asseguram os cuidados psiquiátricos a uma determinada população pela qual assumem responsabilidade, em estreita articulação com os utentes e as suas famílias e com elementos significativos da Comunidade. As equipas comunitárias são responsáveis pela articulação com os Cuidados de Saúde Primários e com outros parceiros da sua zona de responsabilidade geográfica assistencial, de que são exemplo as Câmaras. Junta de Freguesia, IPSS, Associações de Bairro (...)” (Newsletter Serviço Social na Saúde Mental, n.º 9).

1.3.2 Rede formal e informal do doente mental: serviços, família e comunidade.

A análise das múltiplas discussões e perspetivas em torno da saúde mental evidencia que o seu curso não se explica apenas por determinantes biológicos, sendo

igualmente moldado por fatores de natureza social. Como referem Rodrigues e Madeira (2009), persiste desde há muito a preocupação em compreender o comportamento e as emoções a partir de influências internas, de base biológica, e externas, de matriz ambiental e psicossocial, que em conjunto ajudam a esclarecer o funcionamento fisiológico e patológico dos indivíduos. Esta leitura integrada sustenta a ideia de que a saúde mental resulta de um entrelaçamento complexo de variáveis, cuja compreensão requer abordagens articuladas e sensíveis ao contexto de vida de cada pessoa.

Entre as influências de origem externa destaca-se o apoio social, passível de ser aferido pela forma como cada indivíduo se integra no seu meio, pela inserção na rede de serviços e pela disponibilidade efetiva de pessoas significativas. O conceito de apoio social acolhe diferentes perspetivas teóricas e modelos explicativos que nem sempre se sobrepõem de modo pleno.

Para Barrón (1996), trata-se de um termo abrangente que remete para a quantidade e a coesão das relações que envolvem a pessoa, para a solidez dos vínculos estabelecidos, para a frequência do contacto e para a perceção de que existe um sistema de suporte. Este sistema assenta em trocas de recursos entre pelo menos dois intervenientes, o destinatário e o fornecedor, podendo este último corresponder a um indivíduo, a vários indivíduos ou a uma instituição.

Kaplan (1993) sublinha a dimensão relacional ao definir o apoio social como o número de contactos que ligam o indivíduo aos outros, traduzindo a presença ou a disponibilidade de pessoas de confiança que manifestam preocupação e cuidado. Cobb (1976) acrescenta a vertente informacional, entendendo o apoio social como o conjunto de mensagens que levam o sujeito a acreditar que é amado e objeto de cuidado, que possui valor e é reconhecido pelos demais, e que integra uma rede de comunicação e de obrigações mútuas, formulação citada por Ribeiro (1999).

Ornelas (2008) enfatiza o apoio social como via de circulação de informação, aconselhamento e orientação. Este associa a este conceito a noção de redes, defendendo que os membros de uma rede social podem fornecer suporte, promover a avaliação dos problemas e apresentar sugestões que sustentem a decisão do indivíduo, oferecendo pistas úteis para a resolução das dificuldades identificadas. Esta compreensão reforça o papel das interações quotidianas e das estruturas de pertença na proteção e na recuperação em saúde mental, em estreita articulação com os recursos disponíveis na família, nos serviços e na comunidade envolvente.

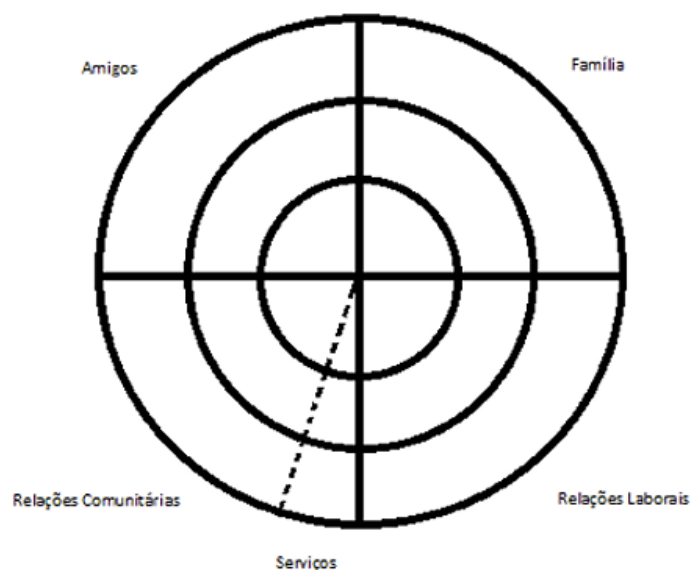


Figura 1.6 – Esquema sobre a Rede Social. Mapa da Rede Social (Sluzki, 2007)

A figura 1.6 revela que a partir das redes, o apoio social pode ter um efeito direto no bem-estar, promovendo a saúde independentemente do nível de stress, o que significa que quanto maior o apoio social, menor o sofrimento psíquico vivido, e quanto menor o apoio social, maior a incidência de perturbações. Em termos da sua conceptualização, verificamos que tem sido utilizado em diversas áreas científicas e engloba diversos conteúdos e interpretações.

Tal como referido por Guadalupe (2001, 2016), Georg Simmel (1908) recorreu ao conceito de rede para explicar a pertença dos indivíduos a múltiplos círculos sociais que se cruzam e interagem na sociedade.

Na mesma linha, Fazenda (2008) entende as redes sociais como a soma de todas as relações que o indivíduo reconhece como significativas e que o distinguem dos restantes membros da comunidade. Essas relações podem envolver familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e outros membros da comunidade, contribuindo para o reconhecimento social do sujeito pelo papel que desempenha, pela competência que evidencia e pelo protagonismo que assume, bem como para a sua capacidade de enfrentar adversidades e situações de crise.

As redes sociais configuram uma teia de relações que tornam possível a ligação, a troca e a transformação dos atores sociais. Nesta perspetiva, as relações são vistas como um conjunto de nós e ligações entre nós, sendo os nós indivíduos, grupos ou instituições, e a rede pode ser analisada como uma agregação de atores sociais,

considerados individualmente ou em conjunto, ou como um conjunto de relações específicas no interior de um grupo finito de atores (Guadalupe, 2010).

No domínio da saúde mental, Ornelas (1996), citado por Vera Rodrigues (2009), evidencia que o apoio social e a saúde mental se articulam de forma indissociável no plano da saúde psicológica. São variáveis que só adquirem pleno significado quando consideradas em relação, já que a presença de apoio social favorece a saúde mental e a sua ausência a limita.

Costa e Ludemir (2005) defendem igualmente a existência dessa relação, sublinhando que a saúde mental é fortemente influenciada por dimensões emocionais proporcionadas pela família e pelos amigos, como o afeto, o companheirismo e o cuidado, que fazem o indivíduo sentir-se amado e seguro. O apoio social contribui para que a pessoa encontre sentido para a vida e para que exercite um maior controlo sobre si própria e sobre o contexto em que se move. No que respeita às redes de apoio social, estas podem desempenhar um papel decisivo na satisfação dos indivíduos, ajudando a garantir que o esforço despendido encontra resultados positivos e possibilitando que a ajuda chegue no momento oportuno, como sustenta Ornelas (2008).

Rodrigues e Madeira (2009) clama, na atenção à saúde mental, para intervenções que criem alternativas de trabalho sobre a realidade social, com o objetivo de promover o apoio mútuo, a democracia participativa e os movimentos sociais. Nesta ótica, as redes sociais revelam grande relevância não apenas na reconstrução da vida quotidiana, muitas vezes comprometida pelo sofrimento psíquico, mas também como suporte do tratamento através de mecanismos diversos de apoio e solidariedade. Este enquadramento reforça o seu lugar na reintegração e reabilitação de pessoas com perturbações mentais na sociedade e na recuperação da sua autonomia.

A intervenção em saúde mental valoriza de modo particular as redes primárias e secundárias enquanto fontes de apoio social, ainda que Guadalupe (2001, 2016, 2020) alerte que a mera existência de uma rede não garante, por si só, a eficácia do apoio desde o início. As redes primárias correspondem ao conjunto natural de indivíduos que interagem entre si com afinidades pessoais num contexto não institucional. Nelas avulta a família, seguida das amigas e da vizinhança, constituindo um tipo de rede em que os vínculos são predominantemente afetivos.

As redes secundárias dizem respeito a conjuntos de pessoas unidas por uma função comum no quadro institucional, sobretudo organizações e instituições. Nesta esfera, as relações estabelecem-se num contexto formal e orientado por finalidades funcionais,

podendo estas redes assumir um carácter formal ou informal consoante o grau de estrutura, organização, objetivos e padrões relacionais existentes (Guadalupe, 2001).

A literatura mostra que uma rede social estável, ativa e fiável tem um efeito protetor no quotidiano do indivíduo, favorece a construção e a manutenção da autoestima e acelera os processos de recuperação em saúde. Contudo, Guadalupe (2001) adverte que pode existir uma rede incapaz de prestar um apoio adequado, cuja fragilidade e insuficiência se transformam em fator de vulnerabilidade para a saúde. A autora sublinha que a rede social de cada pessoa reflete o contexto histórico, cultural, social e político, e é composta por sujeitos com interesses, desejos, intenções e vontades próprios. Assim, indivíduos com perturbações mentais que se encontrem isolados e sem suporte social ou familiar enfrentam maiores dificuldades para superar o sofrimento, o que pode conduzir a quadros mais graves. Em sentido inverso, aqueles que dispõem de apoio social tendem a lidar com os problemas com maior eficácia e a promover o seu bem-estar.

Para Cassel, pessoas com problemas sociais e perturbações no meio familiar apresentam uma maior vulnerabilidade a problemas de saúde, sendo que o sentimento de impotência na gestão da própria vida e o isolamento social se relacionam diretamente com o processo saúde/ doença.

O contacto social assume, por isso, um papel importante na estabilização das doenças, e a adaptação ao meio social pode reduzir a suscetibilidade à doença, conforme referido por Ribeiro (1999).

Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) reforçam que o apoio social constitui um recurso com potencial de promover a saúde de quem vivencia sofrimento psíquico.

Quando o indivíduo está inserido num ambiente social e cultural que lhe garante o apoio da sociedade e da família, tende a encontrar menos barreiras no processo terapêutico e no regresso ao trabalho, ao lazer e ao exercício dos direitos civis, fortalecendo as suas relações.

A leitura convergente da literatura consultada sustenta que o apoio social influencia o bem-estar e a saúde, o que significa que níveis mais elevados de apoio se associam a uma menor incidência de desajustes psicológicos. Reafirma-se, assim, o entendimento de que o apoio social funciona como um recurso estruturante para a promoção da saúde de pessoas em sofrimento psíquico e para a reconstrução de trajetórias de vida com uma maior autonomia e participação.

1.4 Dimensão saúde mental

1.4.1 Saúde Mental Comunitária

O debate contemporâneo sobre saúde mental comunitária consolidou-se, em grande medida, como reação crítica às deficiências históricas do modelo manicomial e, simultaneamente, como afirmação de uma visão holística do sofrimento psíquico enquanto fenómeno social, cultural e político (Viapiana et al., 2018).

Ao longo das últimas três décadas, investigações internacionais, entre as quais se destacam os trabalhos de Graham Thornicroft, demonstraram que os sistemas de “*balanced care*” produzem resultados mais robustos e equitativos do que as estratégias centradas exclusivamente em cuidados hospitalares. Thornicroft insiste na ideia de que nenhum tratamento é verdadeiramente clínico se não for também comunitário, sublinhando que a proximidade geográfica deve ser acompanhada por proximidade relacional, participação dos utentes e uma abordagem orientada pela recuperação («*recovery-oriented*») (Thornicroft & Tansella, 2013; Thornicroft et al., 2024). Esta perspetiva tem sido corroborada por diversas investigações e revisões sistemáticas que indicam que modelos de cuidados comunitários, quando estruturados com equipas multidisciplinares, financiamento adequado e capacidade de atuação flexível, estão associados a reduções significativas nas readmissões hospitalares e nos dias de internamento, particularmente nos casos de internamentos involuntários (Brekke et al., 2025; Barnett et al., 2018). Embora as percentagens de redução variem entre os estudos, os dados sugerem uma tendência consistente para melhores resultados clínicos e maior eficácia assistencial quando os cuidados são organizados em torno de princípios de continuidade, proximidade e recuperação.

Os profissionais de Serviço Social irrompem, neste contexto, como mediadores cruciais entre as ciências da saúde e as ciências sociais, ocupando uma posição estratégica que lhes permite articular lógicas de cuidado, direitos humanos e desenvolvimento comunitário (Budeva, 2021; Harms-Smith et al., 2018). Malcolm Payne (1995; 2005a; 2005b; 2014) preconiza que a saúde mental comunitária não constitui somente uma deslocação de local, mas antes uma verdadeira transição de paradigma: da lógica do tratamento para a da convivência, da prescrição para a coprodução e do caso clínico para o trajeto biográfico. Esta mudança exige mais do que

uma reorganização espacial dos cuidados, trata-se de repensar os fundamentos da intervenção psicossocial, em diálogo com as biografias e os contextos dos sujeitos. Nos seus estudos sobre boas práticas, Payne (2005) aponta três requisitos essenciais para evitar que a transição comunitária se converta numa mera externalização de custos: clareza ética — que implica o primado da dignidade humana —, coerência metodológica — isto é, práticas sustentadas em evidência empírica — e inteligência ecológica, entendida como a capacidade de ler os contextos locais e reconfigurar respostas em tempo real (Payne, 2005, 2014; Björkenheim, 2018).

Estes princípios parecem encontrar eco em Portugal, nos Planos Nacionais de Saúde Mental desenvolvidos após 2007, que adotam formalmente o modelo de *recovery* como vetor orientador das políticas públicas. O Decreto-Lei n.º 113/2021 consagra explicitamente a recuperação como princípio estruturante da organização dos serviços de saúde mental (Diário da República, 2021), e o *Manual para a Implementação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental* reafirma a necessidade de uma abordagem centrada na autonomia, participação e integração dos utentes (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2023). Ainda assim, a concretização deste paradigma permanece desigual entre regiões, como reconhecido no relatório oficial *Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação*, que aponta assimetrias expressivas na implementação das medidas propostas (Ministério da Saúde, 2024).

Ao avaliarmos o ciclo histórico que conduziu à atual arquitetura dos serviços de saúde mental, torna-se patente que a desinstitucionalização não ocorreu de modo linear nem isento de contradições (Bartlett & Wright, 2019). Em diversos contextos, o encerramento de hospitais psiquiátricos precedeu a criação de respostas comunitárias adequadas, o que gerou significativas lacunas de acesso e expôs populações vulneráveis a processos de exclusão sócio espacial e institucional. Como demonstra Braga (2019), a transição para modelos comunitários foi, por vezes, marcada por descontinuidades estruturais, ausência de planeamento integrado e fragilidade na articulação intersectorial, resultando em respostas fragmentadas e desigualdade territorial no acesso aos cuidados. Um estudo de caso sobre o processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico no Brasil, evidenciou que a (des)hospitalização ocorreu antes da implementação de uma rede de serviços comunitários eficaz, levando a problemas substanciais para a reintegração dos utentes na comunidade (do Carmo Araújo et al., 2019).

O conceito de “transinstitucionalização” — a migração de utentes dos hospitais psiquiátricos para prisões, lares ou ruas — serve de alerta para estratégias de corte orçamental disfarçadas de modernização.

Estudos demonstram que as pessoas em situação de sem-abrigo apresentam uma prevalência notavelmente elevada de perturbações mentais graves, o que evidencia os limites das políticas fragmentadas de resposta social e sanitária. Uma meta-análise publicada na *PLOS Medicine* revelou que cerca de 76% das pessoas sem-abrigo em países de alto rendimento apresentam alguma perturbação mental, com prevalências específicas de 12,4% para perturbações do espectro da esquizofrenia e 12,6% para depressão major (Fazel et al., 2014). De forma complementar, a *Mental Health Foundation* do Reino Unido relatou que entre 25% e 30% das pessoas em situação de sem-abrigo vivem com doenças mentais graves como esquizofrenia, perturbação bipolar ou depressão recorrente (Mental Health Foundation, s.d.). Também os resultados de estudo realizado por Monteiro et al. (2022) com 500 pessoas em situação de sem-abrigo em Lisboa, revelaram que 94% apresentavam diagnósticos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia, perturbações afetivas e perturbações de personalidade. Além disso, observou-se uma elevada taxa de comorbilidade com consumo de substâncias.

O Serviço Social, dotado de instrumentos de análise estrutural, tem vindo a denunciar as sucessivas “transferências de responsabilidade” que transferem para os indivíduos vulnerabilizados o ónus da sua própria exclusão, desresponsabilizando as estruturas sociais e políticas pela reprodução da pobreza e da marginalização (Jones & Shahrokh, 2013). Neste enquadramento crítico, o Serviço Social advoga soluções centradas nos direitos humanos e na justiça social, como é o caso da abordagem *Housing First*. Esta metodologia rompe com os modelos tradicionais de escada habitacional, ao assegurar de forma imediata e incondicional o acesso à habitação, com apoio psicossocial contínuo e personalizado (O’Campo et al., 2022). A sua eficácia tem sido vastamente documentada em contexto nacional. O estudo de Duarte et al. (2019), centrado na implementação do programa *Casas Primeiro* em Lisboa, revelou uma taxa de retenção habitacional entre 85% e 90% ao fim de 12 meses, acompanhada por melhorias notáveis na saúde mental, redução de internamentos hospitalares e maior integração social dos participantes. Mais recentemente, os dados de monitorização do programa *É UMA CASA, Lisboa Housing First*, gerido pela associação CRESCER, indicaram que 90% dos beneficiários se mantêm em habitação permanente mesmo após vários anos de acompanhamento, reforçando a consistência e sustentabilidade desta

abordagem em populações com experiências prolongadas de sem-abrigo (CRESCER – Associação de Intervenção Comunitária, 2022).

Payne (2014) salienta que o exercício profissional do Serviço Social deve ocorrer simultaneamente nos planos micro, meso e macro, implicando uma prática coordenada que vá além da intervenção individual. Neste enquadramento teórico, o assistente social é chamado a agir sobre a história pessoal do utente (nível micro), a configuração e mediação das redes sociais e institucionais (nível meso), e a transformação de políticas públicas e estruturas sociais (nível macro). Este modelo desafia práticas isoladas, promovendo uma abordagem integrada que reconhece a interdependência entre experiências individuais e contextos sociais. Para tal, o profissional deve deter competências múltiplas e complementares: *advocacy* política, que lhe permita representar interesses coletivos junto de decisores; literacia estatística, essencial para interpretar e mobilizar dados na formulação de diagnósticos sociais fundamentados; e capacidade de comunicação estratégica, que facilite o diálogo com atores políticos, técnicos e comunitários, promovendo alianças em torno da justiça social. Trata-se, assim, de um modelo de prática reflexiva, crítica e interventiva, que posiciona o Serviço Social como mediador entre experiências concretas e dinâmicas estruturais (Payne, 2014).

Estudos realizados em contexto português sugerem que a presença de assistentes sociais com experiência em trabalho de base territorial nas equipas comunitárias contribui consideravelmente para o fortalecimento das redes locais de cooperação (Brinca, 2017; Sousa, 2017). A presença de profissionais com conhecimento aprofundado do território, aliado à capacidade de mediação entre os recursos institucionais e as necessidades das populações, potencia a construção de redes colaborativas e respostas integradas, nomeadamente no âmbito da inclusão social e da inserção laboral. No contexto da intervenção com pessoas em situação de consumo de substâncias psicoativas, por exemplo, verifica-se que os assistentes sociais em equipas de rua desempenham um papel fulcral na articulação entre os serviços de saúde, habitação e emprego, favorecendo percursos de reintegração socioeconómica (Brinca, 2017). De forma similar, em contextos de reabilitação de pessoas com deficiência, a intervenção do serviço social revela-se imperativo para facilitar a ligação com estruturas comunitárias, promover a capacitação dos utentes e apoiar o seu processo de reintegração profissional (Sousa, 2017). Estes estudos reafirmam a importância do trabalho de base territorial e da prática reflexiva no seio das equipas interdisciplinares,

com impacto significativo na criação de alternativas adaptadas e sustentáveis para populações em situação de vulnerabilidade.

A pluralidade cultural representa outro desafio de magnitude crescente. De acordo com dados oficiais, em 2023, residiam em Portugal mais de um milhão de cidadãos estrangeiros com autorização de residência, representando cerca de 10% da população, com origens diversas como o Brasil, Índia, Nepal ou Guiné-Bissau (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - AIMA, 2024). Esta realidade demográfica complexifica o trabalho clínico e social, exigindo práticas culturalmente competentes que reconheçam e integrem diferentes formas de expressão e compreensão do sofrimento psíquico. Estudos realizados no contexto nacional reiteram a importância de legitimar visões alternativas da dor emocional — como interpretações de ordem espiritual ou manifestações somáticas — sem desvalorizar a necessidade de tratamento terapêutico delineado. A construção de competências culturais entre os profissionais de saúde mental e o recurso a mediadores culturais têm-se revelado estratégias de suma importância para promover o acesso, à adesão e a eficácia das respostas junto das comunidades migrantes (Pussetti et al., 2009; Oliveira, 2019). Apers et al. (2023) evidenciam que as intervenções culturalmente adaptadas, desenvolvidas com base em teorias sólidas e abordagens participativas, são eficazes na promoção da saúde mental entre migrantes e minorias étnicas na Europa. Estas intervenções, ao considerarem as especificidades culturais e envolverem ativamente as comunidades, contribuem para uma maior continuidade e eficácia no tratamento.

No terreno, os assistentes sociais podem atuar como mediadores culturais, desempenhando um papel-chave na tradução simbólica e prática entre diferentes sistemas de valores e normas sociais. Esta função exige não apenas competências de escuta e empatia, mas também uma compreensão crítica das relações de poder, das estruturas sociais opressivas e das diferenças culturais que moldam a experiência dos indivíduos. Como argumenta Dominelli (2010), a intervenção culturalmente sensível deve ser capaz de modular expectativas, desmontar preconceitos internalizados e reformular os planos de intervenção, respeitando códigos de honra, papéis de género ou sistemas de crença que, muitas vezes, entram em conflito com os paradigmas dominantes das políticas públicas. Assim, o assistente social atua como um agente de negociação intercultural, promovendo justiça social sem impor modelos uniformizadores ou descontextualizados (Dominelli, 2010).

A par dos desafios culturais, a revolução digital introduz novas possibilidades e riscos. Durante a pandemia de COVID-19, a telepsicologia registou uma expansão sem precedentes, assegurando a continuidade terapêutica em contextos de confinamento físico (Ruggiero et al., 2024). Estudos recentes demonstraram que esta modalidade manteve os cuidados em saúde mental, bem como melhorou também a assiduidade e reduziu interrupções no acompanhamento psicoterapêutico. Por exemplo, um estudo de Appleton et al. (2021) revelou que a implementação da telepsicologia foi eficaz e bem recebida por muitos profissionais e utentes durante a pandemia. Além disso, uma revisão sistemática conduzida por Hatef et al. (2024) comparou a eficácia dos cuidados de saúde prestados por telemedicina com os presenciais durante a pandemia, concluindo que, a telemedicina proporciona benefícios significativos.

Não obstante, a literatura aponta barreiras como as desigualdades de acesso à Internet, lacunas de literacia digital e preocupações com a confidencialidade. Por exemplo, Obermeyer et al. (2019) demonstraram que um algoritmo amplamente utilizado na gestão da saúde subestimava sistematicamente as necessidades de saúde de utentes afrodescendentes, por recorrer às despesas com cuidados de saúde como indicador de necessidade — uma escolha que reproduzia desigualdades raciais no acesso aos cuidados. De forma idêntica, Garb (2021) evidenciou que as ferramentas digitais de diagnóstico psicológico, bem como as avaliações clínicas mediadas digitalmente, podem apresentar validade enviesada em função da etnia e do género, o que contribui para diagnósticos incorretos ou insuficientes em grupos minoritários.

Face a tais riscos, o Serviço Social assume um papel de vigilância ética e crítica reflexiva, procurando assegurar que a inteligência artificial e as novas tecnologias sejam mobilizadas não para substituir, mas para amplificar a dimensão relacional e humana da intervenção profissional. Tal como defende Ferreira (2017), num contexto caracterizado por rápidas transformações tecnológicas, pela automatização de processos e pela desmaterialização de relações laborais, o assistente social deve manter uma postura ativa e ética, centrada na preservação da dignidade humana e na defesa dos direitos fundamentais das pessoas, especialmente das mais vulneráveis. Neste enquadramento, as experiências-piloto que articularam a triagem digital com as visitas domiciliárias, demonstraram que a satisfação dos utentes tende a aumentar quando a tecnologia é integrada num modelo de “*blended care*”, ou seja, como complemento — e não substituto — do contacto presencial. Esta evidência é corroborada por Valério (2020), cujo estudo concluiu que a combinação entre acompanhamento digital e sessões

presenciais promove o autocuidado e a adesão ao tratamento, precisamente por preservar a dimensão humana do cuidado. De igual modo, Wu et al. (2022) verificaram, num programa de terapia cognitivo-comportamental em regime híbrido, que a integração equilibrada entre componentes digitais e apoio humano não apenas diminui a taxa de abandono, como também melhora a satisfação dos utilizadores, nomeadamente quando o envolvimento com os recursos digitais é promovido desde as fases iniciais da intervenção.

A operacionalização do modelo comunitário requer, ainda, instrumentos fiáveis de avaliação. Nesse sentido, o *Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults*, promovido pelo NHS England em colaboração com o *National Collaborating Centre for Mental Health* (2019), estabelece um conjunto abrangente de orientações para a monitorização da eficácia e qualidade dos serviços de saúde mental comunitários. Este quadro propõe a utilização de indicadores multidimensionais que incluem critérios de natureza clínica (como a remissão sintomática e a estabilidade do estado mental), social (nomeadamente emprego, acesso à habitação, envolvimento em atividades significativas e redes de apoio) e subjetiva (como níveis de esperança, sentido de propósito e perceção de qualidade de vida). Ao privilegiar uma abordagem centrada na pessoa, este modelo pretende avaliar resultados terapêuticos, assim como recolher os efeitos das intervenções sobre o quotidiano e o bem-estar global dos utentes, promovendo uma perspetiva integrada e humanizada do cuidado em saúde mental.

A literatura científica tem destacado as limitações de abordagens exclusivamente clínicas ou exclusivamente subjetivas na avaliação da recuperação em saúde mental. Uma abordagem centrada apenas na remissão sintomática pode negligenciar fatores fundamentais da experiência do indivíduo, como o isolamento social ou a ausência de um projeto de vida significativo. Por outro lado, confiar exclusivamente em indicadores subjetivos, sem considerar parâmetros funcionais objetivos, pode levar à subestimação da gravidade das perturbações mentais (Slade, 2009; 2010; Davidson et al., 2007; Ruggeri et al., 2002). O contributo de Payne (2014) é fundamental para equilibrar estes pólos: ao propor modelos lógicos de intervenção co-elaborados com utentes, propicia-se uma teoria da mudança que explicita pressupostos, metas e indicadores pactuados, estimulando a responsabilização recíproca.

No plano macro, a sustentabilidade financeira continua a ser preocupação central. A OMS (2022) estima que a depressão e a ansiedade resultam na perda de 12 mil milhões de dias de trabalho por ano, o que representa um custo anual de cerca de 1

trilião de dólares para a economia global, principalmente devido à diminuição da produtividade. Um estudo realizado por Christensen et al. (2020) mostrou que as perturbações mentais representam um fardo económico significativo a nível global, com algumas categorias, como a depressão e a ansiedade, a revelarem-se sistematicamente mais dispendiosas. A investigação, que analisou dados de 48 países, salientou ainda a escassez de estudos provenientes de contextos de baixo e médio rendimento, colocando em evidência a necessidade de fortalecer o investimento em dados económicos nesta área.

Em Portugal, um estudo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) revelou que, em 2022, o stress e os problemas de saúde psicológica no trabalho originaram uma perda de produtividade calculada em 5,3 mil milhões de euros para as empresas portuguesas. Este valor compreende 1,8 mil milhões de euros atribuídos ao absentismo (dias de trabalho perdidos devido a faltas) e 3,5 mil milhões de euros ao *presentismo* (presença no trabalho com desempenho reduzido por motivos de saúde psicológica) (OPP, 2023).

De acordo com o relatório *Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação* (2024), são necessários investimentos estruturais para assegurar a cobertura universal de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM), consideradas elementos centrais dos Serviços Locais de Saúde Mental. A sua expansão é vista como condição indispensável para garantir cuidados integrados, de proximidade e orientados para a comunidade, exigindo o reforço de recursos humanos, formação especializada e infraestruturas adequadas (Ministério da Saúde, 2024).

A mobilização de evidência económico-social tem sido uma ferramenta estratégica para profissionais como os assistentes sociais, frequentemente envolvidos no diálogo com decisores políticos. Neste âmbito, estudos como o de McCutchan et al. (2022) demonstram que intervenções estruturadas na área da prevenção do suicídio, como o modelo *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS), não só são clinicamente eficazes na redução da ideação suicida, como também revelam uma relação custo-benefício favorável.

Outro domínio em que Serviço Social e saúde mental comunitária se entrecruzam é o da participação cívica e direitos humanos. O movimento “*Nothing about us without us*”, originado no ativismo das pessoas com deficiência, tornou-se um discurso recorrente para as políticas de saúde mental (Charlton, 2000). Em Portugal, a Lei n.º 35/2023 introduziu restrições significativas ao uso de contenção física em contextos de

saúde mental (Assembleia da República, 2023). No entanto, estudos recentes apontam que fatores como escassez de recursos, falta de formação adequada e atitudes institucionais continuam a influenciar a persistência de práticas coercivas (Aluh et al., 2023; Prata-Ribeiro, 2016). Os profissionais de saúde mental destacam a necessidade de reformas estruturais e maior envolvimento dos utilizadores na tomada de decisões para efetivamente reduzir o uso de medidas coercivas (Aluh et al., 2023). O Serviço Social tem protagonizado processos de monitorização e denúncia, contribuindo para a criação de mecanismos independentes de escrutínio, em linha com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Ribeiro, 2022; Santos & Guilherme da Cunha, 2022; Campos Pinto, 2020).

A violência doméstica e o trauma complexo constituem, de igual modo, áreas em que a lente comunitária mostra a sua potência. Estudos qualitativos indicaram que mulheres sobreviventes de violência tendem a beneficiar de programas de grupo baseados em segurança emocional, valorizar a partilha de narrativas e desenvolver competências parentais reparadoras (Matos & Machado, 2016; Santos et al., 2024; Sani & Cunha, 2011). A presença do Serviço Social, apoiando a elaboração de círculos de segurança e coordenando parcerias com forças policiais, creches e centros de emprego, promove trajetórias de cura que transcendem a clínica individual (Martins, 2015; Dias, 2022; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2024).

No campo específico da juventude, os serviços “*headspace-like*” (modelos de porta aberta para adolescentes e adultos jovens) têm sido reproduzidos em várias regiões europeias, com foco em intervenções precoces (Bjørkedal et al., 2025; Uhlhaas et al., 2023). A literatura aponta que atrasos no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental e física em crianças e adolescentes estão associados a um aumento no risco de abandono escolar. Por exemplo, dificuldades de aprendizagem não identificadas rapidamente podem levar à desmotivação e eventual desistência da escola (Ringbom et al., 2024; Allison et al., 2019). Os assistentes sociais, integrados em tais equipas, aplicam estratégias de *engagement* baseadas em arte, desporto e mediação digital, conseguindo reduzir indicadores de “não comparência” substancialmente (Yılmaz & Duyan, 2024; Wahab et al., 2024). Esta experiência revela a importância de acolher os interesses dos jovens como porta de entrada, em vez de centrar o primeiro contacto na sintomatologia.

É pertinente recordar que saúde mental comunitária não equivale a “tratar barato”. Os custos de intervenções intensivas no domicílio ou de programas de emprego apoiado são consideráveis, mas alguns estudos de viabilidade económica de longo prazo evidenciaram poupanças em hospitalizações, cuidados residenciais e subsídios de invalidez (Park et al., 2022; Grimes et al., 2011). Ao articular estes dados com narrativas de vida que ilustram melhorias em autonomia e dignidade, o Serviço Social reforça a legitimidade de políticas públicas que privilegiam o investimento preventivo e inclusivo (Gilabert, 2024; Cavalcante Silva, 2011).

Finalmente, a noção de “direito à saúde mental” começa a emergir em documentos internacionais, apoiando-se em jurisprudência que reconhece a interligação entre saúde física, saúde mental e bem-estar social (*World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2023; Comissão Europeia, 2023*). Em 2024, o Parlamento Europeu adotou uma resolução que enfatiza o direito das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais a uma vida plena e significativa. A resolução solicita aos Estados-Membros que promovam a capacitação e a integração social dessas pessoas, reconhecendo a importância de políticas centradas na pessoa e respeitadoras dos direitos humanos (Parlamento Europeu, 2024).

Esta evolução normativa converge com o ethos do Serviço Social, fundado em princípios de autodeterminação, justiça social e solidariedade (Associação dos Profissionais de Serviço Social., 2018). Ao levar a sério a interdisciplinaridade — no sentido profundo de partilhar poder epistemológico, não apenas de coexistir —, a saúde mental comunitária coloca-se na vanguarda de uma nova prática social que se recusa a separar o clínico do social, o individual do coletivo, o tratamento da emancipação (Castrillo et al., 2017; Malone & Stanley, 2013).

1.4.2 Saúde Mental e Serviço Social

Sabemos que saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas habilidades, lida com as tensões normais da vida, trabalha produtivamente e consegue contribuir para a sua comunidade (OMS, 2001). Pilar de bem-estar reconhecido globalmente, que influencia a qualidade de vida individual e coletiva e a coesão comunitária, a saúde mental transcende a mera ausência de doença, configurando-se

como um direito fundamental e uma condição para o desenvolvimento do ser humano pleno.

Neste contexto, o Serviço Social emerge como uma profissão crucial, atuando na interseção entre as necessidades psicossociais e os sistemas de apoio disponíveis, e desempenha um papel central na promoção da saúde mental e no apoio a indivíduos e comunidades.

As intervenções e práticas do Serviço Social na área da saúde mental destacam-se na sua evolução histórica, seja pelos princípios éticos, pelos desafios contemporâneos e/ou pelas perspectivas futuras.

O envolvimento do Serviço Social na área da saúde mental remonta ao final do século XIX, quando assistentes sociais começaram a atuar em hospitais psiquiátricos, oferecendo apoio aos utentes e às suas famílias. Inicialmente, o foco era predominantemente assistencialista, visando aliviar o sofrimento e melhorar as condições de vida das pessoas com doença mental internadas.

No entanto, com o tempo, a profissão foi expandindo a sua intervenção, inserindo uma variedade de serviços e abordagens, influenciada por movimentos sociais e mudanças nas políticas de saúde. A Reforma Psiquiátrica, movimento social e político, ganhou força na segunda metade do século XX, representando um ponto de virada crucial. Como afirmava Basaglia, “(...) *a verdade cura não está no isolamento, mas na reintegração do indivíduo na sua comunidade*” (Basaglia, 1968, p. 45).

Esta mudança de paradigma trouxe o impulso ao Serviço Social a adotar uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, focada na promoção da autonomia, da inclusão social e da justiça social. O estigma associado às doenças mentais, a escassez de recursos e a complexidade dos casos exigem dos profissionais uma formação sólida e uma postura crítica e reflexiva.

Como refere Benedetto Saraceno (2001) “(...) *a saúde mental não é apenas uma questão clínica, mas também um desafio político e social*” (p. 78). Neste sentido, o Serviço Social não se limita só a intervir em situações de crise, mas também, atua na prevenção e na promoção da saúde mental, contribuindo assim para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. A intervenção do Serviço Social em saúde mental tem sido movida por um conjunto de princípios éticos e valores que garantem a dignidade, a autonomia e o respeito pelos direitos da pessoa.

Importa destacá-los, pela grande importância que representam no Serviço Social, a saber, o respeito pela dignidade e autonomia, a promoção da justiça social e da equidade, a defesa dos direitos humanos, a confidencialidade e privacidade.

Sendo abrangida por uma ampla gama de intervenções e práticas, o Serviço Social em saúde mental pretende adotar as necessidades e as circunstâncias específicas a cada indivíduo. Algumas das intervenções e práticas executadas pelo assistente social, são a avaliação psicossocial, planejar intervenções individualizadas, articular com equipas multidisciplinares, mobilizar recursos comunitários; apoiar as famílias e cuidadores, defender os direitos da pessoa com doença mental (advocacy), promover a inclusão social e intervir na crise.

O Serviço Social, ao longo da sua história, no decorrer da profissão tem se adaptado às mudanças sociais e políticas, e evoluindo de uma abordagem assistencialista para uma perspectiva mais crítica e emancipadora.

O investimento a ter-se no Serviço Social, na área da saúde mental, pode originar num futuro a oportunidade de alcançar o bem-estar, a inclusão e a justiça social pretendida. A violência e o abuso praticados nas pessoas com doença mental são um problema social, sério e difuso, que resultam em efeitos duradouros na saúde mental e física dessas pessoas (OMS, 2013).

No entanto, relembra-se que a saúde mental não é apenas um problema social, mas também um problema de saúde pública. Os transtornos mentais são responsáveis por uma carga significativa da doença em todo o mundo e a falta de tratamento adequado pode levar a consequências graves para a saúde física e mental das pessoas diagnosticadas (Patel et al., 2018).

Considera-se, no entanto, que a saúde mental é um problema social, que afeta indivíduos, famílias e comunidades em todo o mundo. As consequências deste flagelo são notórias, através dos problemas e da exclusão social. Kessler et al., (2005), OMS (2005, 2013, 2015, 2018) Patel et al., (2018) salientam que a saúde mental é um problema de saúde pública bastante significativo, requerendo uma ação e uma coordenação urgentes entre setores e disciplinas, para poder que as pessoas recebam o cuidado e o apoio necessário.

O Serviço Social é uma profissão que visa promover mudanças sociais, solucionar conflitos e capacitar as pessoas a alcançar o seu bem-estar pessoal e coletivo “*A profissão do Serviço Social tem uma esfera de ação do tamanho da nação*” (Bartlett, Harriett, 1970, p. 16).

Marques e Mouro (2004) frisam que a partir de 1974, com a constituição do regime democrático em Portugal, a profissão “regenerou-se” e criou uma imagem moderna e interventiva. A profissão de assistente social desenvolveu-se, de forma, mais consistente, com a implementação do regime democrático, com a institucionalização das ciências sociais e a assunção de responsabilidades sociais por parte do Estado através da consagração de direitos cívicos, políticos e sociais.

É importante referir que a democratização do país foi consolidada não só com a Constituição de 1976, mas também com um novo Código Civil de 1977 e com a entrada na União Europeia em 1986. No entanto, uma das dimensões essenciais deste enquadramento passa pela formação e pela qualificação necessária dos profissionais integrados na área da saúde mental. O Serviço Social norteia o seu conhecimento para a intervenção, em que as competências para a ação superam a experiência “(...) é balizado por padrões de atuação orientados por intervenções “tradicionais” e “paternalistas” (...) a gestão de casos e a burocracia estão a substituir o acompanhamento real dos casos sociais. (...) a promoção dos direitos humanos e da justiça social são postos em causa e desafiam o Serviço Social a procurar outras formas de atuação”. (Campanini, 2011, p. 649).

Mas nem sempre a evolução histórica progride de forma positiva. Em 2011, medidas aplicadas pelo governo português diante as orientações do FMI, do Banco Central europeu e da União Europeia para Portugal, produziram cortes nas pensões, diminuição das isenções das taxas de medicamentos e de transportes, aumento das taxas moderadoras, e a falta de investimento em respostas sociais e da saúde (Programa do governo português, 2011). As medidas de austeridade na época colocaram também em causa as políticas sociais, principalmente as da saúde, da segurança social e as do ensino.

As políticas sociais designaram-se pela fragmentação e por se dirigirem a um grupo de pessoas com múltiplas carências nas quais se identificaram situações de dependência e de uma grave pobreza, por serem efetivadas num quadro de recursos escassos e por vezes inexistentes. Esta transformação colocou em causa o campo de atuação do Serviço Social nas políticas sociais.

Numa sociedade global e tecnicista, o Serviço Social tende a ser mais racional, controlado por legislação e protocolos de atuação, enfatizando a técnica como “quase” um fim, e não como um meio da sua ação “(...) a política social e o Serviço Social da/na sociedade de risco tornam-se reflexivos quando se confrontam necessariamente

com os seus resultados, tensões, conflitos, contradições e desafios” (Zinn, 2008, p.122).

O Serviço Social vê-se na contingência de continuar a ser aquele que tem de atender a velhos e novos riscos. Constitui-se como um agente promotor da reflexividade implícita em processos de criação e superação de riscos sociais, pelas várias dinâmicas organizacionais. O duplo mandato do Serviço Social, quanto à emancipação e o controlo, permite a profissão e os profissionais um clima de incerteza e de ambiguidade. Assim, deve ultrapassar o risco de adotar posturas meramente reativas e defensivas, que alimentam uma visão mitificada da profissão. Em Portugal, a profissão tem mais a ganhar ao posicionar-se de forma proativa, afirmando os seus princípios e a sua legitimidade com base no conhecimento e na prática crítica.

É fundamental não temer as transformações sociais, políticas ou profissionais, nem a colaboração com outras áreas ou colegas de diferentes formações. O assistente social valoriza a sua intervenção e dignifica a profissão através da cooperação, da solidariedade multidisciplinar e transdisciplinar, evitando a criação de “guetos” corporativos que, em vez de fortalecer, tendem a fragilizar a profissão. A abertura multidisciplinar a outras áreas do saber e, por outro, a construção de um saber transdisciplinar específico do Serviço Social, que possibilite a construção da sua identidade cognitiva, operativa e deontológica (Carvalho et al., 2013).

As questões sobre a visibilidade do Serviço Social não devem ser conferidas exclusivamente aos profissionais. O Serviço Social é o resultado do modo como a sociedade e o Estado estão organizados. Para que o Serviço Social se destaque na função da construção do bem-estar das populações, é necessário que os profissionais se encontrem motivados em participar nesse processo, mas também que a sociedade e o Estado estejam recetivos a esta mudança. Pinto (2011) destaca que o Serviço Social intervém, por ser o fator de *empowerment* dos profissionais.

Carmo e Pinto (2011) salientam a necessidade de melhorar as qualificações dos profissionais, bem como também o desenvolvimento de uma cultura profissional fundada na confiança recíproca e na colaboração solidária. Para que o Serviço Social, vingue na área de conhecimento e como profissão essencial nos tempos futuros, vai necessitar, viver em autenticidade, e assumir perante “si próprio” os seus valores, saberes e práticas, de uma forma reflexiva e integrada. Segundo Iamamoto (2004, 2008, 2011), o Serviço Social é uma profissão de intervenção social que tem como objetivo

investigar, entender e resolver problemas sociais complexos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e da comunidade em que vivem.

Netto (2009) refere que o Serviço Social, tendo uma longa história de luta pelos direitos humanos, pela justiça social e pela igualdade, foi desenvolvendo uma profissão comprometida com a transformação social e procura por uma sociedade mais justa e igualitária. Com uma formação interdisciplinar, o assistente social usufrui de ferramentas, tais como: a pesquisa, a análise de políticas públicas, a mediação, o aconselhamento, orientação e o encaminhamento das necessidades das pessoas e comunidades em situação de vulnerabilidade social.

Todavia, para Silva, (2016) o campo de atuação do Serviço Social recai em variadas áreas, como a saúde, a educação, a justiça, a habitação, com o propósito de conceder respostas às mais variadas populações (crianças, jovens, idosos, pessoas com deficiência, migrantes, refugiados, entre outras). Profissionalmente tem como meta promover o bem-estar social, resolver conflitos, praticar a autonomia e capacitação das pessoas e das comunidades em situação de vulnerabilidade social. É uma profissão direcionada para a transformação social, com objetivo de obter uma sociedade justa e igualitária.

A atuação do Serviço Social na área da saúde mental iniciou-se na década de 1950, quando a saúde mental começou a ser reconhecida como uma questão social. Tanto que a abordagem que predominava na época era a psiquiátrica, que persistia em tratar a saúde mental com internamentos intermináveis em hospitais psiquiátricos.

Nos 60 e 70, o movimento de reforma psiquiátrica, o Serviço Social começou a ter um papel relevante na luta contra a exclusão de pessoas com doença mental, tentando-se humanizar o tratamento e a integração destas pessoas na sociedade.

Também noutros países a reforma da saúde mental tem uma expressão assinalável. No Brasil, por exemplo, Amarante (1995) designa a reforma psiquiátrica, iniciada em 1987, como uma mudança significativa na abordagem à saúde mental por haver a necessidade de procurar alternativas aos internamentos em alas psiquiátricas. Como resposta, iniciou-se a abertura da valorização do trabalho comunitário e da participação social. Netto (2011) frisa que a atuação do assistente social na saúde mental engloba ações que avaliam e identificam as necessidades da pessoa com doença mental, como a elaboração e execução de projetos, a articulação com outros profissionais e instituições da rede de saúde mental e a promoção da participação dos indivíduos.

O Serviço Social na área da saúde mental a nível mundial enfrenta os mesmos obstáculos, incluindo a luta contra o estigma e a exclusão social. Nos Estados Unidos, o Serviço Social tem o papel fundamental na promoção de políticas e práticas centradas na pessoa com doença mental e na família, bem como na proteção dos direitos.

Segundo o Conselho Nacional de Trabalho Social dos Estados Unidos, o Serviço Social na saúde mental: “(...) *envolve avaliação, diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos psicológicos, emocionais e comportamentais e promoção da saúde mental e do bem-estar*”. (NASW, 2013). Indica haver um crescente reconhecimento da importância do Serviço Social na área da saúde mental, com um número crescente de profissionais integrados em clínicas e hospitais.

Na Europa, o Serviço Social também é importante na promoção da saúde mental e no tratamento da saúde mental. Noutros países o Serviço Social é frequentemente integrado em equipas multidisciplinares de saúde mental, os quais trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde com o intuito de facultar serviços de suporte e tratamentos abrangentes para pessoas com doença mental. Em conformidade com a Federação Internacional de Trabalhadores Sociais, o Serviço Social na área da saúde mental pode “*ajudar indivíduos e famílias a entender as suas necessidades e desenvolver um processo colaborativo de planeamento e tratamento*” (FIAS, 2020). Para enfrentar os desafios que a população tem de enfrentar diariamente, em resultado do estigma e da exclusão social, é necessário que haja quem atue para promover as políticas e as práticas centradas na pessoa com doença mental, sendo os assistentes sociais profissionais vocacionados e legitimados para enfrentar esses desafios com as populações.

1.5 Dimensão cultural

1.5.1 Diversidade cultural e novos contextos sociais

A diversidade cultural e o contexto social também têm sido cada vez mais valorizados na intervenção em saúde mental. Autores como Lorraine Gutierrez (1994) e Marlene Gerson (2011) chamam a atenção para a importância de considerar as diferenças culturais, étnicas, de género e socioeconómicas no planeamento das intervenções. Gutierrez (1994), desenvolveu o conceito de "competência cultural", que defende que

os profissionais devem ser capazes de compreender e respeitar as diferenças culturais dos utilizadores, adaptando as suas práticas em conformidade. Gerson, por sua vez, sublinha a importância de uma abordagem interseccional, que considere como as várias dimensões da identidade (como género, etnia e classe social) se intersectam e influenciam a experiência de saúde mental. Na prática, isto implica reconhecer que uma pessoa de uma minoria étnica ou de um contexto socioeconómico desfavorecido pode enfrentar desafios específicos que precisam de ser levados em conta no seu tratamento.

A pluralidade cultural representa outro desafio de magnitude crescente. De acordo com dados oficiais, em 2023, residiam em Portugal mais de um milhão de cidadãos estrangeiros com autorização de residência, representando cerca de 10% da população, com origens diversas como o Brasil, Índia, Nepal ou Guiné-Bissau (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - AIMA, 2024). Esta realidade demográfica complexifica o trabalho clínico e social, exigindo práticas culturalmente competentes que reconheçam e integrem diferentes formas de expressão e compreensão do sofrimento psíquico. Estudos realizados no contexto nacional reiteram a importância de legitimar visões alternativas da dor emocional — como interpretações de ordem espiritual ou manifestações somáticas — sem desvalorizar a necessidade de tratamento terapêutico delineado. A construção de competências culturais entre os profissionais de saúde mental e o recurso a mediadores culturais têm-se revelado estratégias de suma importância para promover o acesso, a adesão e a eficácia das respostas junto das comunidades migrantes (Pussetti et al., 2009; Oliveira, 2019). Apers et al. (2023) evidenciam que as intervenções culturalmente adaptadas, desenvolvidas com base em teorias sólidas e abordagens participativas, são eficazes na promoção da saúde mental entre migrantes e minorias étnicas na Europa. Estas intervenções, ao considerarem as especificidades culturais e envolverem ativamente as comunidades, contribuem para uma maior continuidade e eficácia no tratamento.

No terreno, os assistentes sociais podem atuar como mediadores, desempenhando um papel-chave na tradução simbólica e prática entre diferentes sistemas de valores e normas sociais. Esta função exige não apenas competências de escuta e empatia, mas também uma compreensão crítica das relações de poder, das estruturas sociais opressivas e das diferenças culturais que moldam a experiência dos indivíduos. Como argumenta Dominelli (2010), a intervenção culturalmente sensível deve ser capaz de modular expectativas, desmontar preconceitos internalizados e reformular os planos de intervenção, respeitando códigos de honra, papéis de género ou sistemas de crença que,

muitas vezes, entram em conflito com os paradigmas dominantes das políticas públicas. Assim, o assistente social atua como um agente de negociação intercultural, promovendo justiça social sem impor modelos uniformizadores ou descontextualizados (Dominelli, 2010).

A par dos desafios culturais, a revolução digital introduz novas possibilidades e riscos. Durante a pandemia de COVID-19, a telepsicologia registou uma expansão sem precedentes, assegurando a continuidade terapêutica em contextos de confinamento físico (Ruggiero et al., 2024). Estudos recentes demonstraram que esta modalidade manteve os cuidados em saúde mental, bem como melhorou também a assiduidade e reduziu interrupções no acompanhamento psicoterapêutico. Por exemplo, um estudo de Appleton et al. (2021) revelou que a implementação da telepsicologia foi eficaz e bem recebida por muitos profissionais e utentes durante a pandemia. Além disso, uma revisão sistemática conduzida por Hatef et al. (2024) comparou a eficácia dos cuidados de saúde prestados por telemedicina com os presenciais durante a pandemia, concluindo que, a telemedicina proporciona benefícios significativos.

Não obstante, a literatura aponta barreiras como as desigualdades de acesso à Internet, lacunas de literacia digital e preocupações com a confidencialidade. Por exemplo, Obermeyer et al. (2019) demonstraram que um algoritmo amplamente utilizado na gestão da saúde subestimava sistematicamente as necessidades de saúde de utentes afrodescendentes, por recorrer às despesas com cuidados de saúde como indicador de necessidade — uma escolha que reproduzia desigualdades raciais no acesso aos cuidados. De forma idêntica, Garb (2021) evidenciou que as ferramentas digitais de diagnóstico psicológico, bem como as avaliações clínicas mediadas digitalmente, podem apresentar validade enviesada em função da etnia e do género, o que contribui para diagnósticos incorretos ou insuficientes em grupos minoritários.

Face a tais riscos, o Serviço Social assume um papel de vigilância ética e crítica reflexiva, procurando assegurar que a inteligência artificial e as novas tecnologias sejam mobilizadas não para substituir, mas para amplificar a dimensão relacional e humana da intervenção profissional. Tal como defende Ferreira (2017), num contexto caracterizado por rápidas transformações tecnológicas, pela automatização de processos e pela desmaterialização de relações laborais, o assistente social deve manter uma postura ativa e ética, centrada na preservação da dignidade humana e na defesa dos direitos fundamentais das pessoas, especialmente das mais vulneráveis. Neste enquadramento, as experiências-piloto que articularam a triagem digital com as visitas

domiciliárias, demonstraram que a satisfação dos utentes tende a aumentar quando a tecnologia é integrada num modelo de “*blended care*”, ou seja, como complemento — e não substituto — do contacto presencial. Esta evidência é corroborada por Valério (2020), cujo estudo concluiu que a combinação entre acompanhamento digital e sessões presenciais promove o autocuidado e a adesão ao tratamento, precisamente por preservar a dimensão humana do cuidado. De igual modo, Wu et al. (2022) verificaram, num programa de terapia cognitivo-comportamental em regime híbrido, que a integração equilibrada entre componentes digitais e apoio humano não apenas diminui a taxa de abandono, como também melhora a satisfação dos utilizadores, nomeadamente quando o envolvimento com os recursos digitais é promovido desde as fases iniciais da intervenção.

A operacionalização do modelo comunitário requer, ainda, instrumentos fiáveis de avaliação. Nesse sentido, o *Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults*, promovido pelo NHS England em colaboração com o *National Collaborating Centre for Mental Health* (2019), estabelece um conjunto abrangente de orientações para a monitorização da eficácia e qualidade dos serviços de saúde mental comunitários. Este quadro propõe a utilização de indicadores multidimensionais que incluem critérios de natureza clínica (como a remissão sintomática e a estabilidade do estado mental), social (nomeadamente emprego, acesso à habitação, envolvimento em atividades significativas e redes de apoio) e subjetiva (como níveis de esperança, sentido de propósito e perceção de qualidade de vida). Ao privilegiar uma abordagem centrada na pessoa, este modelo pretende avaliar resultados terapêuticos, assim como recolher os efeitos das intervenções sobre o quotidiano e o bem-estar global dos utentes, promovendo uma perspetiva integrada e humanizada do cuidado em saúde mental.

A literatura científica tem destacado as limitações de abordagens exclusivamente clínicas ou exclusivamente subjetivas na avaliação da recuperação em saúde mental. Uma abordagem centrada apenas na remissão sintomática pode negligenciar fatores fundamentais da experiência do indivíduo, como o isolamento social ou a ausência de um projeto de vida significativo. Por outro lado, confiar exclusivamente em indicadores subjetivos, sem considerar parâmetros funcionais objetivos, pode levar à subestimação da gravidade das perturbações mentais (Slade, 2009; Davidson et al., 2005, 2007, 2008; Ruggeri et al., 2002). O contributo de Payne (2014) é fundamental para equilibrar estes pólos: ao propor modelos lógicos de intervenção co-elaborados com utentes, propicia-

se uma teoria da mudança que explicita pressupostos, metas e indicadores pactuados, estimulando a responsabilização recíproca.

No plano macro, a sustentabilidade financeira continua a ser preocupação central. A OMS (2022) estima que a depressão e a ansiedade resultam na perda de 12 mil milhões de dias de trabalho por ano, o que representa um custo anual de cerca de 1 trilião de dólares para a economia global, principalmente devido à diminuição da produtividade. Um estudo realizado por Christensen et al. (2020) mostrou que as perturbações mentais representam um fardo económico significativo a nível global, com algumas categorias, como a depressão e a ansiedade, a revelarem-se sistematicamente mais dispendiosas. A investigação, que analisou dados de 48 países, salientou ainda a escassez de estudos provenientes de contextos de baixo e médio rendimento, colocando em evidência a necessidade de fortalecer o investimento em dados económicos nesta área.

Em Portugal, um estudo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) revelou que, em 2022, o stress e os problemas de saúde psicológica no trabalho originaram uma perda de produtividade calculada em 5,3 mil milhões de euros para as empresas portuguesas. Este valor compreende 1,8 mil milhões de euros atribuídos ao absentismo (dias de trabalho perdidos devido a faltas) e 3,5 mil milhões de euros ao presentismo (presença no trabalho com desempenho reduzido por motivos de saúde psicológica) (OPP, 2023).

De acordo com o relatório *Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação* (2024), são necessários investimentos estruturais para assegurar a cobertura universal de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM), consideradas elementos centrais dos Serviços Locais de Saúde Mental. A sua expansão é vista como condição indispensável para garantir cuidados integrados, de proximidade e orientados para a comunidade, exigindo o reforço de recursos humanos, formação especializada e infraestruturas adequadas (Ministério da Saúde, 2024).

A mobilização de evidência económico-social tem sido uma ferramenta estratégica para profissionais como os assistentes sociais, frequentemente envolvidos no diálogo com decisores políticos. Neste âmbito, estudos como o de McCutchan et al. (2022) demonstram que intervenções estruturadas na área da prevenção do suicídio, como o modelo *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS), não só são clinicamente eficazes na redução da ideação suicida, como também revelam uma relação custo-benefício favorável.

Outro domínio em que Serviço Social e saúde mental comunitária se entrecruzam é o da participação cívica e direitos humanos. O movimento “*Nothing about us without us*”, originado no ativismo das pessoas com deficiência, tornou-se um discurso recorrente para as políticas de saúde mental (Charlton, 2000). Em Portugal, a Lei n.º 35/2023 introduziu restrições significativas ao uso de contenção física em contextos de saúde mental (Assembleia da República, 2023). No entanto, estudos recentes apontam que fatores como escassez de recursos, falta de formação adequada e atitudes institucionais continuam a influenciar a persistência de práticas coercivas (Aluh et al., 2023; Prata-Ribeiro, 2016). Os profissionais de saúde mental destacam a necessidade de reformas estruturais e maior envolvimento dos utilizadores na tomada de decisões para efetivamente reduzir o uso de medidas coercivas (Aluh et al., 2023). O Serviço Social tem protagonizado processos de monitorização e denúncia, contribuindo para a criação de mecanismos independentes de escrutínio, em linha com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Ribeiro, 2022; Santos & Guilherme da Cunha, 2022; Campos Pinto, 2020).

A violência doméstica e o trauma complexo constituem, de igual modo, áreas em que a lente comunitária mostra a sua potência. Estudos qualitativos indicaram que mulheres sobreviventes de violência tendem a beneficiar de programas de grupo baseados em segurança emocional, valorizar a partilha de narrativas e desenvolver competências parentais reparadoras (Matos & Machado, 2016; Santos et al., 2024; Sani & Cunha, 2011). A presença do Serviço Social, apoiando a elaboração de círculos de segurança e coordenando parcerias com forças policiais, creches e centros de emprego, promove trajetórias de cura que transcendem a clínica individual (Martins, 2015; Dias, 2022; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2024).

No campo específico da juventude, os serviços “*headspace-like*” (modelos de porta aberta para adolescentes e adultos jovens) têm sido reproduzidos em várias regiões europeias, com foco em intervenções precoces (Bjørkedal et al., 2025; Uhlhaas et al., 2023). A literatura aponta que atrasos no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental e física em crianças e adolescentes estão associados a um aumento no risco de abandono escolar. Por exemplo, dificuldades de aprendizagem não identificadas rapidamente podem levar à desmotivação e eventual desistência da escola (Ringbom et al., 2024; Allison et al., 2019). Os assistentes sociais, integrados em tais equipas, aplicam estratégias de *engagement* baseadas em arte, desporto e mediação

digital, conseguindo reduzir indicadores de “não comparência” substancialmente (Yılmaz & Duyan, 2024; Wahab et al., 2024). Esta experiência revela a importância de acolher os interesses dos jovens como porta de entrada, em vez de centrar o primeiro contacto na sintomatologia.

É pertinente recordar que saúde mental comunitária não equivale a “tratar barato”. Os custos de intervenções intensivas no domicílio ou de programas de emprego apoiado são consideráveis, mas alguns estudos de viabilidade económica de longo prazo evidenciaram poupanças em hospitalizações, cuidados residenciais e subsídios de invalidez (Park et al., 2022; Grimes et al., 2011). Ao articular estes dados com narrativas de vida que ilustram melhorias em autonomia e dignidade, o Serviço Social reforça a legitimidade de políticas públicas que privilegiam o investimento preventivo e inclusivo (Gilbert, 2024; Cavalcante Silva, 2011).

Finalmente, a noção de “direito à saúde mental” começa a emergir em documentos internacionais, apoiando-se em jurisprudência que reconhece a interligação entre saúde física, saúde mental e bem-estar social (*World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2023; Comissão Europeia, 2023*). Em 2024, o Parlamento Europeu adotou uma resolução que enfatiza o direito das pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais a uma vida plena e significativa. A resolução solicita aos Estados-Membros que promovam a capacitação e a integração social dessas pessoas, reconhecendo a importância de políticas centradas na pessoa e respeitadoras dos direitos humanos (Parlamento Europeu, 2024).

Esta evolução normativa converge com o ethos do Serviço Social, fundado em princípios de autodeterminação, justiça social e solidariedade (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018). Ao levar a sério a interdisciplinaridade — no sentido profundo de partilhar poder epistemológico, não apenas de coexistir —, a saúde mental comunitária coloca-se na vanguarda de uma nova prática social que se recusa a separar o clínico do social, o individual do coletivo, o tratamento da emancipação (Castrillo et al., 2017; Malone & Stanley, 2013).

1.6 Dimensão ética

1.6.1 Direitos Humanos e Saúde Mental: Desafios para o Serviço Social

O Serviço Social emerge como uma profissão e como disciplina académica em resposta às profundas transformações sociais e económicas do século XIX, marcadas pela Revolução Industrial e pela expansão do capitalismo. A sua história é complexa e multifacetada, influenciada por correntes filosóficas, movimentos políticos e contextos nacionais distintos.

As primeiras formas de assistência social organizada surgiram na Europa e nos Estados Unidos, associadas a iniciativas religiosas e filantrópicas. Desta génese, destacam-se dois modelos. A *Charity Organization Societies* (COS), no Reino Unido e EUA, inspiradas no pensamento de Octavia Hill e Mary Richmond, que defendiam uma abordagem científica da assistência, baseada no diagnóstico social e na “ajuda para a autoajuda”. No entanto, e sendo identificada, como a primeira forma de Serviço Social, representa, pelo menos é seguramente, “*uma primeira iniciativa técnica e com relevância científica de Serviço Social*” (Veja, 1993, p. 51).

O *Settlement Movement*, liderado por Jane Addams e Samuel Barnett, promovia a instalação de centros comunitários em bairros pobres, como a *Hull House* (1889), que evidenciava a educação e a participação cívica. Os *Settlements* não prestavam auxílio material, nem nenhuma das tarefas assistenciais comuns à época e pretendiam, através das ações de educação e formação, levar os mais pobres a consciencializar-se acerca da sua situação, a empenharem-se nas soluções, entre outras.

Embora bem-intencionadas, essas iniciativas eram frequentemente paternalistas, refletindo a moralidade burguesa da época.

Em Portugal, o Serviço Social surge tardiamente em comparação com outros países europeus, ganhando força nos anos 1930 – 1940 sob influência da Doutrina Social da Igreja Católica. A Escola Superior de Serviço Social de Lisboa (1935) e a do Porto (1940) foram fundadas com apoio da Igreja, surgindo um modelo assistencialista.

No Brasil, o processo foi semelhante, com a criação da primeira escola em São Paulo (1936), ligada à Ação Católica.

Autores como Albertina Ramos de Oliveira e José Lucena Dantas (1940) destacaram o papel do Serviço Social na mediação entre Estado e as classes populares, sob uma ótica conservadora.

Nos anos 1950, o Serviço Social sofre uma influência crescente do modelo norte-americano, baseado no método de caso (Mary Richmond, 1917), grupo (Grace Coyle, 1935) e comunidade (Murray Ross, 1952). Esta fase, conhecida como “Serviço Social de Caso”, foi criticada por autores como Manuel de Albuquerque e por José Paulo Netto (2004) por reforçar uma visão funcionalista e adaptativa da pobreza.

Na América Latina, surge um movimento crítico denominado O movimento de Reconceituação (na década de 60-70), que questiona o alinhamento do Serviço Social com o capitalismo e propõe uma abordagem mais comprometida com as lutas populares.

Em Portugal, o 25 de Abril de 1974 trouxe mudanças significativas, com o Serviço Social a afastar-se do modelo caritativo e a aproximar-se das políticas públicas de bem-estar. Atualmente, o Serviço Social é uma profissão regulamentada, com um projeto ético-político baseado nos direitos humanos e na justiça social.

Hoje, a profissão enfrenta novos desafios, como a precarização laboral, as migrações e as crises económicas, exigindo uma prática crítica e reflexiva.

Os direitos humanos são um conjunto de normas que reconhecem e protegem a dignidade de todos os seres humanos. São um conceito-chave que coloca qualquer pessoa, sem preconceitos ou discriminação, no centro da preocupação universal.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, assegura o respeito universal e efetivo desses direitos. A alínea primeira do artigo 25.º da DUDH indica que

“Todos os seres humanos têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e bem-estar de si mesmo e da sua família, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora do seu controlo”.

A importância que os direitos humanos deveriam ter para todos nós tem sido ignorada e desrespeitada há décadas, principalmente na área da saúde mental.

O Serviço Social, na intervenção psicossocial, tem a equacionado a sua dimensão sociopolítica. Jane Addams (1861–1935), Prémio Nobel da Paz em 1931 e pioneira do

Serviço Social, militante dos direitos humanos, afirmava que “(...) *os trabalhadores dos settlements não têm o direito de se implicarem na vida de uma comunidade e ignorarem a política.*” (Martinez, 1991, pp. 138–46).

Quando referimos que os direitos humanos são desrespeitados ou simplesmente pouco valorizados, foquemo-nos no exemplo dos imigrantes irregulares. A doença mental surge com mais facilidade e frequência neste grupo de risco: “(...) *os migrantes, requerentes de asilo e refugiados enfrentam situações adversas que contribuem para traumas psicológicos.* (...) (DGS, *Relatório sobre saúde mental*, 2023).

Têm surgido dificuldades e condicionalismos nesta “viagem” feita pelos imigrantes, os quais procuram uma vida melhor por vários motivos, mas uma delas a mais proeminente a guerra. As consequências deste flagelo levam a que estes cidadãos fiquem sujeitos a diversas fragilidades. Os traumatismos do foro psicológico, resultam da fuga do seu país de origem até ao país de destino, deixando estes homens e mulheres mais vulneráveis.

O acesso e a utilização de serviços de saúde são dificultados em várias vertentes, sejam elas, políticas, estruturais ou organizacionais.

A ERS revela que os imigrantes não documentados ou em situação irregular têm uma menor propensão a recorrer ao SNS, atendendo à falta de conhecimento dos seus direitos, temerem que os serviços os denunciem às autoridades e sejam conseqüentemente deportados. Também o tempo de estadia pode constituir uma justificação para o facto de os imigrantes serem mais propensos a usar os serviços de emergência do que serviços de cuidados de saúde primários.

Os direitos humanos e a saúde mental são temas complexos, mas interligados, têm sido constantemente discutidos por diversas personalidades em diferentes contextos e países.

A desconsideração pelos direitos humanos tem levado ao surgimento de problemas de saúde mental, tais como, o stress, a ansiedade, a depressão e ao trauma.

Sabe-se que “(...) *acontecimentos traumáticos podem ter efeitos psicológicos duradouros e prejudiciais para a Saúde Mental de uma pessoa*” (Patel et al., 2018, p. 43).

Por outro lado, os problemas de Saúde Mental podem afetar o pleno exercício dos direitos humanos, como o direito à educação, ao trabalho e à participação na vida social. “*Os direitos humanos são uma ferramenta importante para a promoção da saúde*

mental e para a prevenção da violação dos direitos humanos em contextos de saúde mental” (Ezer & Shuman, 2017, p. 43).

As Nações Unidas (ONU, 2017) destaca que a discriminação contra pessoas com doença mental pode levar à restrição dos seus direitos vigentes, como o direito ao emprego e ao tratamento igualitário.

Atualmente, em pleno século XXI, ainda somos confrontados com diálogos que debitam frases como “a pessoa com doença mental é maluco”, “a pessoa com doença mental é uma pessoa agressiva”, “a pessoa com doença mental não tem nenhuma capacidade para ser integrado no mercado de trabalho”, “a pessoa com doença mental é um coitadinho” ou até mesmo “aquela pessoa não tem nenhum problema, é só mania”, entre outras afirmações depreciativas emanadas sem qualquer conhecimento e compaixão, ou até mesmo por falta de compreensão ou por desinteresse para com o outro.

De acordo com Xavier, et al (2013), Philippe Pinel introduziu o conceito de “tratamento moral”, defendendo que as pessoas afetadas por doença mental deveriam ser cuidadas humanamente, sem qualquer recurso à crueldade *“Durante o século XX, os direitos humanos evoluíram como um enquadramento moral, político e jurídico e como linha de orientação para desenvolver um mundo sem medo e sem privações. No século XXI, é mais imperativo do que nunca tornar os direitos humanos conhecidos e compreendidos.”* (Xavier, Klut, Neto, da Ponte, & Melo, 2013, p. 13).

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (1948) está incluído o direito de todo o ser humano a um padrão de vida adequado para a saúde e bem-estar, abrangendo a saúde mental.

Funk, Drew e Knapp (2012) e a Nações Unidas (1948, 1966) sugerem que, em vários tratados internacionais de direitos humanos, como a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966), reconhece-se explicitamente a importância da saúde mental, introduzindo valores específicos relacionados à sua proteção e promoção.

Segundo a OMS (2014), os direitos humanos devem ser uma preocupação central quanto à prestação de serviços de saúde mental. A organização destaca a importância da promoção da autonomia e da participação ativa dos doentes mentais na tomada de decisões sobre o seu tratamento, bem como, a proteção dos direitos das pessoas com doenças mentais que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Também em resultado, do flagelo do confinamento a que todos fomos submetidos em 2020, a despreocupação política e social para com as pessoas com doença mental e as suas famílias, originou uma desigualdade de acesso de oportunidade aos serviços.

As dificuldades em conseguir um mero emprego são avultadas, para a pessoa com doença mental vê os seus direitos humanos desrespeitados, sente muitas vezes a discriminação ofuscada por palavras e ações dúbias por quem entrevista.

Estes factos vêm suscitar outra série de violações dos direitos humanos, tais como, maus-tratos em ambientes hospitalares, falta de higiene, negligência na alimentação, concedida, abandono por familiares nas ruas e até mesmo em asilos.

O fraco olhar direcionado para a pessoa com doença mental como um ser “incapaz” de efetivar as suas vontades, os seus direitos e desejos na sociedade, onde se encontra inserido, persiste. Enfrenta atitudes de rejeição não somente da sociedade, mas também de elementos da família e dos profissionais a quem pedem ajuda.

Para Leff e Warner (2008), toda a pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si, a sua família, a saúde e bem-estar, também a, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controlo.

A Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, sobre a Proteção das Pessoas com Doenças Mentais e a melhoria dos Cuidados em Saúde Mental, adotada em 1991, transmite-nos que apesar da não validade em termos jurídicos, esta reúne um conjunto de direitos básicos que a comunidade internacional considera invioláveis.

Apesar da importância de os Direitos Humanos terem sido gradualmente reconhecidos pela comunidade internacional nos últimos 50 anos, a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), até ao presente não há, qualquer declaração vinculativa referente aos direitos das pessoas com problemas mentais.

Segundo Jaimes-Maldonado e Pérez-Méndez (2019) a luta pelos direitos humanos na saúde mental deve ser entendida como uma luta por uma sociedade mais justa e equitativa, que respeita a diversidade humana e promove a inclusão social.

Ambos destacam a importância da participação ativa das pessoas com experiência em saúde mental, quer na defesa dos seus direitos, quer na construção de políticas públicas mais democráticas e inclusivas.

É essencial que os assistentes sociais que integram as equipas multidisciplinares na área saúde mental sejam capacitados para lidar com as pessoas com doença mental e as

suas famílias, de uma forma, humanizada e respeitosa, com o intuito de reconhecerem a importância da autonomia e da participação ativa das pessoas com doença mental no processo de reabilitação.

No entanto, este processo implica adotar uma abordagem centrada na pessoa, que desenvolva uma relação de confiança e de parceria entre o utente e o profissional de saúde, e assim utilizar-se práticas terapêuticas que respeitem a dignidade e os direitos humanos das pessoas com doença mental.

Por vezes, garantir o respeito e a promoção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais é desafiador e requer um esforço por parte da sociedade, dos profissionais de saúde mental e do poder político.

Aplicar uma mudança na forma como a sociedade vê e trata as pessoas com doença mental, exige a implementação de políticas públicas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde mental e a inclusão social destas pessoas.

A promoção dos direitos humanos na área da saúde mental carece de uma abordagem integrada que envolva várias partes interessadas.

Esta abordagem, vem, inclui o reconhecimento dos direitos das pessoas com doença mental à informação, à tomada de decisão e ao consentimento informado, bem como, a sua participação ativa nas decisões.

Os direitos humanos são o principal eixo de intervenção do Serviço Social, que perante os desafios contemporâneos suscitam a necessidade de uma reflexão.

Na saúde mental, a configuração dos direitos humanos é promovida por *advocacy empowerment* e da reabilitação, com fundamento na integração, participação e justiça social em todos os contextos ecológicos.

Metodologia de Investigação

Este capítulo tem como objetivo apresentar, de forma detalhada, as opções metodológicas que sustentam a investigação, bem como o modelo de análise adotado. É nesta fase que se concretiza a articulação entre teoria e prática, operacionalizando os conhecimentos que fundamentam o estudo. A metodologia adotada permite conjugar o objeto de estudo, os objetivos e questões de investigação, o universo da pesquisa, a caracterização da amostra e as técnicas de recolha e análise de dados, com o intuito de responder à pergunta de partida.

Como sublinha Barbosa (2016, p. 195), “a metodologia (...) não é adoção de mero ferramental facilitador da análise empírica, sendo decorrente de princípios epistemológicos e nos quais estão envolvidas premissas fundamentais do conhecimento científico”. Assim, a escolha metodológica não é neutra, mas orientada por uma visão crítica e reflexiva sobre o papel do Serviço Social na Saúde Mental.

A natureza exploratória da investigação justifica-se pelo caráter recente das Equipas Comunitárias de Saúde Mental, criadas apenas em 2022, através do Despacho n.º 8455/2022. Estas equipas encontram-se ainda em fase de implementação e consolidação, o que implica uma estrutura organizacional em desenvolvimento, marcada por desafios operacionais, escassez de recursos e indefinições quanto aos papéis profissionais. Este cenário reforça a pertinência de um estudo que se propõe a mapear e compreender as práticas emergentes dos assistentes sociais neste novo contexto.

Importa destacar que o número de profissionais afetos a estas equipas é reduzido (cf. Quadro 2.3), o que limita a capacidade de resposta e a abrangência das intervenções. Em particular, o número de assistentes sociais é extremamente limitado: existe apenas um assistente social por equipa — quando existe. Esta realidade evidencia não só a sobrecarga de trabalho destes profissionais, mas também a fragilidade da presença do Serviço Social nas respostas comunitárias em saúde mental, comprometendo a efetividade da intervenção social.

A recolha de dados foi orientada pela triangulação metodológica, que permitiu uma abordagem mais robusta e multifacetada da realidade estudada. Esta triangulação compreendeu três momentos distintos.

Num primeiro momento realizaram-se entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais e coordenadores das equipas, que permitiram recolher narrativas e perceções sobre a prática profissional, os desafios enfrentados e as estratégias adotadas. Num segundo momento foi realizada uma observação não participante, em contexto de trabalho de equipa, que possibilitou captar dinâmicas institucionais, interações entre profissionais e utentes, e práticas informais que nem sempre emergem no discurso verbal. Por fim, foi realizada uma análise qualitativa das frequências temáticas das entrevistas, com o objetivo de identificar padrões recorrentes e tendências nas práticas relatadas, sem perder de vista a singularidade das experiências individuais.

Esta abordagem metodológica permitiu uma compreensão mais contextualizada da realidade empírica, respeitando a complexidade do campo e a diversidade das experiências profissionais.

O acesso ao campo empírico revelou-se particularmente desafiante, tanto pela fase inicial de funcionamento das equipas — marcadas por uma elevada carga de trabalho, escassez de recursos e indefinições organizacionais —, como pelas restrições institucionais impostas pelo setor da saúde. Trata-se de um campo altamente regulado, onde a partilha de informação está sujeita a normas rigorosas de confidencialidade e proteção de dados. As comissões de ética hospitalares, por norma, impõem limitações significativas à divulgação de dados, especialmente quando envolvem informações sensíveis que possam comprometer a privacidade dos utentes ou a integridade dos serviços. Esta realidade exigiu um esforço adicional na negociação do acesso, na construção de confiança com os interlocutores e na elaboração de instrumentos de recolha de dados que respeitassem os princípios éticos e legais em vigor. Justamente, não foram feitas caracterizações sobre os doentes nem foram solicitados quaisquer dados que envolvessem informação de caracterização dos doentes, famílias, terapêuticos ou qualquer informação sobre dados pessoais ou de saúde.

A escolha das equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária como universo da investigação justifica-se pela necessidade de compreender e valorizar o papel do Serviço Social neste novo modelo de intervenção. As dez equipas estão distribuídas pelas cinco regiões de Portugal Continental, sendo cinco destinadas a adultos e cinco à infância e adolescência. Estas equipas, compostas por profissionais de diversas áreas, adotam uma abordagem multidisciplinar que permite uma resposta mais integrada às necessidades das pessoas com doença mental. O Serviço Social, como parte integrante destas equipas, assume um papel essencial na promoção de um

atendimento centrado na pessoa, indo além do diagnóstico médico ao considerar as dimensões sociais, económicas e familiares que influenciam a saúde mental.

A atuação do assistente social em saúde mental comunitária é particularmente relevante, pois este profissional atua como mediador entre os utentes, as suas famílias e os serviços de saúde, facilitando o acesso a direitos sociais e promovendo a inclusão social.

Para a realização das entrevistas com coordenadores e assistentes sociais, foi necessário o envio de documentos como o pedido de consentimento informado, o guião de entrevista e a autorização da orientadora da investigação, com vista à obtenção da validação institucional.

No caso das entrevistas realizadas nas regiões do Alentejo e Algarve, foi necessário submeter documentação à Administração Hospitalar para aprovação, assegurando a fiabilidade, validade, transparência e credibilidade da investigação.

2.1 A Questão de investigação

Esta investigação é orientada pela seguinte questão central: *Como se caracteriza a intervenção do/a assistente social na área da saúde mental, considerando os modelos teóricos, à prática profissional, os desafios institucionais, os enquadramentos éticos e as influências socioculturais?*

Nicola (2008) afirma que a questão de investigação é o princípio e o fim de todo o processo de investigação, ou seja, age como o “motor” de toda a pesquisa, contribuindo para o reconhecimento da investigação junto da comunidade científica.

Assim, partir do *Modelo de Desenvolvimento em Saúde da EUHPID (European Union Health Promotion Indicator Development)*, concebido como uma estrutura teórica para classificar indicadores de saúde pública, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de políticas e práticas de promoção da saúde na Europa, desenvolveu-se uma estrutura em forma de modelo de análise que pretende representar a evolução do quadro teórico inicial, para um novo modelo de análise que norteia a interpretação da realidade social (Figura 2.1). Este modelo de análise parte da conceção de saúde, através da integração das dimensões física, mental e social da saúde, reconhecendo que a saúde se desenvolve a partir da interação entre determinantes individuais e ambientais. A esta conceção, junta-se uma ideia de tema abordado de forma exploratória descritiva,

uma vez, para compreender a prática do assistente social em contexto de saúde mental. Esta perspectiva tem também como objetivo, a compreensão de realidades complexas e de significados atribuídos pelos sujeitos às suas ações. Com esta abordagem pretendemos essencialmente, compreender e analisar a realidade tal como ela é, experienciada pelos assistentes sociais que trabalham na saúde mental, possibilitando compreender e formular novas alternativas à prática profissional (Ferreira, 2011).

Esta investigação privilegia, essencialmente, a compreensão do processo de intervenção social a partir do olhar dos assistentes sociais que estão na ação direta com esta população. Contudo, a análise dos dados respeita a origem e a contextualização que (...) *“define a análise de conteúdo a partir das «inferências» como uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis dos dados do contexto”* (Krippendorff, 1979, citado em Guerra, 2006, p. 62).

A escolha das equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária como universo desta investigação foi motivada pela necessidade de compreender e destacar o papel profissional do serviço social integrado em contexto da saúde mental.

Com este objeto de estudo pretendeu-se analisar e categorizar as novas configurações das práticas profissionais dos assistentes sociais, na área da Saúde Mental, em que

“(...) o Serviço Social tem vindo a desempenhar um papel cada vez mais central na saúde mental, exigindo dos profissionais uma constante adaptação às mudanças nas políticas e nas necessidades dos utentes, o que torna essencial a investigação sobre estas novas práticas” (Almeida, 2015, p. 67).

A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa *“A análise qualitativa apresenta certas características particulares (...) na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferências precisa, e não em inferências gerais”* (Bardin, 2008, p. 141), pois esta investigação é definida pela descrição rigorosa dos dados recolhidos.

“Os dados incluem transcrições de entrevistas, registos de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias e gravações de vídeos. Os investigadores analisam as notas tomadas em trabalho de campo, os dados recolhidos, respeitando, tanto quanto possível, a forma segunda a qual foram registados ou transcritos.” (Ferreira, in Hermano Carmo, 1995, p.198).

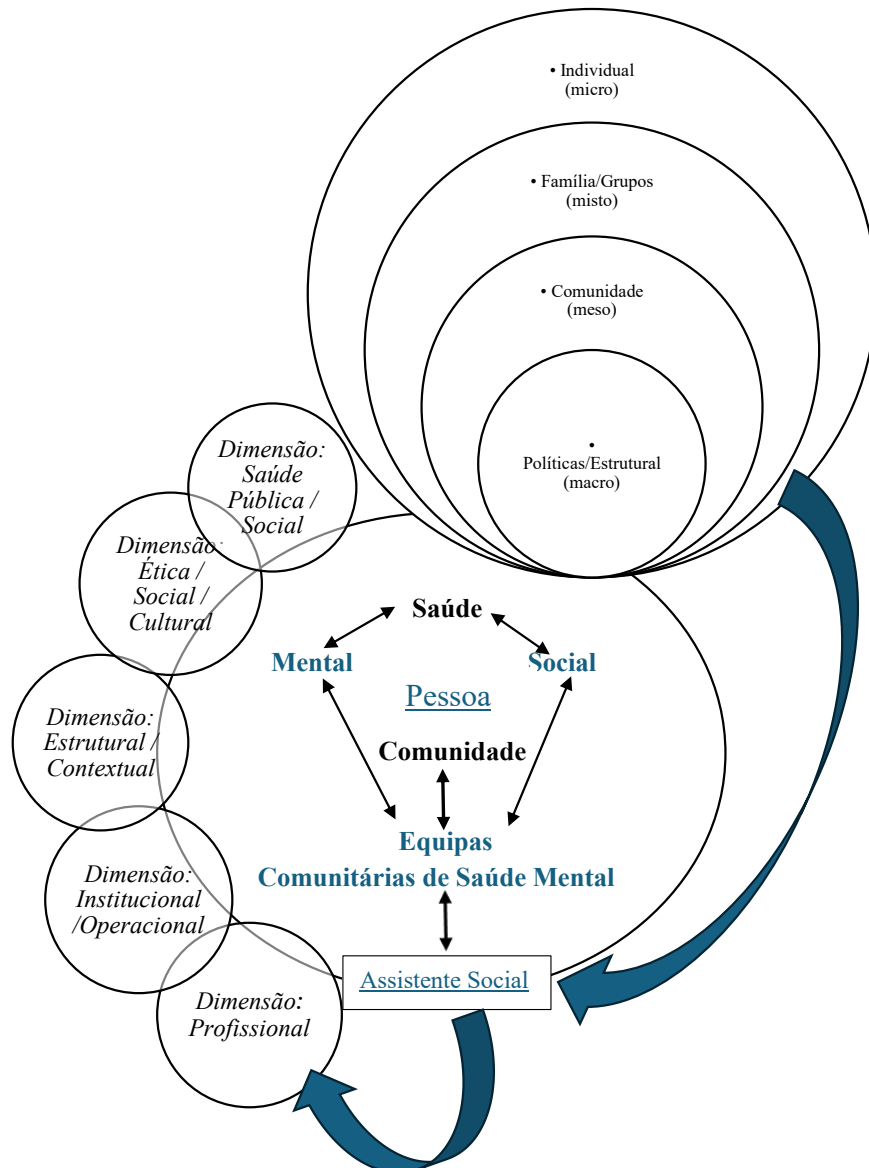


Figura 2.1 – Modelo de Análise. Elaboração própria Adaptado de Bauer et al., 2006

2.2 Objetivos de investigação

A intervenção do/a assistente social em saúde mental é sustentada por diversos modelos teóricos que procuram articular uma compreensão do sofrimento psíquico com abordagens éticas e sociais. Destacam-se os modelos psicossociais e os paradigmas de cuidados comunitários e centrados na recuperação (*recovery-oriented*). Estes rejeitam a visão biomédica exclusiva, privilegiando uma abordagem integrada, onde a subjetividade do utente, as redes sociais e a participação ativa ganham centralidade. O

referencial do “*balanced care*” de Thornicroft reforça esta ideia, ao propor sistemas que combinam cuidados hospitalares e comunitários com forte componente social. O Serviço Social, inserido neste campo, apropria-se de contributos das teorias críticas, do construcionismo social, da ecologia social e das perspetivas antiopressivas, adaptando-os às dinâmicas do território e da interdisciplinaridade. Nesta premissa, foi formulado o objetivo geral desta pesquisa de *analisar e compreender a intervenção do assistente social no domínio da saúde mental, à luz dos modelos teóricos de referência, dos contextos institucionais e profissionais, dos quadros ético-deontológicos e das dinâmicas socioculturais envolventes.*

Assim, pretendeu-se *identificar os principais modelos teóricos que fundamentam a intervenção do Serviço Social em saúde mental (obj.1).*

A prática profissional do assistente social em saúde mental é caracterizada por uma atuação interdisciplinar, próxima das pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial. As suas funções incluem o acompanhamento psicossocial individual e familiar, a mediação institucional, a promoção de redes de suporte, a defesa de direitos, o trabalho em equipa multiprofissional, e a intervenção comunitária orientada para a autonomia e inclusão social. O profissional atua enquanto elo entre a pessoa, a comunidade e os recursos, desenvolvendo planos de intervenção personalizados, promovendo a escuta qualificada e combatendo o estigma social associado à doença mental. O papel do assistente social é simultaneamente técnico, ético e político, exigindo uma forte capacidade de análise crítica dos contextos e das políticas públicas.

Com este pressuposto, estabeleceu-se o objetivo específico, *caracterizar as práticas profissionais desenvolvidas pelos/as assistentes sociais neste domínio (obj.2).*

O campo institucional apresenta-se ambivalente: por um lado, oferece possibilidades de atuação em equipas multidisciplinares; por outro, impõe limitações estruturais que condicionam a autonomia do profissional. Entre os principais constrangimentos encontram-se: a falta de recursos humanos e financeiros, a hierarquização das profissões em saúde, a burocratização excessiva, e a prevalência de modelos médicos centrados na medicação. Estes fatores limitam a capacidade do Serviço Social em intervir com profundidade nas dimensões psicossociais. Contudo, existem também potencialidades institucionais, nomeadamente a valorização crescente da saúde mental como prioridade pública, a emergência de programas territoriais integrados e o reconhecimento do papel dos assistentes sociais nos cuidados de proximidade. A atuação do/a profissional depende, assim, da sua capacidade de

negociação, resistência e criatividade institucional. Assim, pretendeu-se *analisar os constrangimentos e potencialidades institucionais que moldam a intervenção (obj 3)*.

A saúde mental confronta os assistentes sociais com dilemas éticos complexos, que exigem uma permanente reflexão crítica e situada. Os princípios de autonomia, justiça social, não maleficência e respeito pela dignidade humana estão frequentemente em tensão, sobretudo em contextos de internamento involuntário, medidas tutelares ou intervenções em situações de risco. A gestão da confidencialidade e o respeito pela vontade do utente são fundamentais, mesmo quando se anteveem riscos para o próprio ou terceiros. Nestes contextos, o/a profissional deve recorrer ao seu código deontológico, mas também à ética do cuidado, à ética da responsabilidade e à mediação ética institucional. O compromisso com os direitos humanos e com uma prática centrada na pessoa é o eixo estruturante da decisão ética no Serviço Social em saúde mental. *Explorar os enquadramentos éticos e os dilemas deontológicos associados à atuação nesta área, foi outro objetivo definido (obj.4)*.

As dimensões sociais e culturais são determinantes na experiência da saúde mental e na construção das respostas. Fatores como o género, etnia, condição socioeconómica, religião, orientação sexual e idade influenciam não só a forma como a doença mental é vivida e percebida, mas também o acesso aos serviços. O assistente social deve, por isso, desenvolver uma intervenção culturalmente competente, assente em princípios de interseccionalidade e de reconhecimento da diversidade identitária. A sensibilidade às representações sociais da loucura, à história institucional do sofrimento psíquico e às estratégias de resistência e resiliência das pessoas e comunidades é essencial. Tal implica uma postura profissional atenta às narrativas dos utentes, à sua história de vida e às formas simbólicas e sociais de significação do sofrimento mental. *Compreender de que forma as dimensões sociais e culturais influenciam a prática profissional em saúde mental (obj.5)*.

2.3 Campo empírico: Universo e amostra

As dez equipas comunitárias de Saúde mental, são constituídas por profissionais de diferentes áreas, para uma abordagem multidisciplinar que possibilita a articulação de diferentes saberes e práticas, permitindo uma resposta mais abrangente e integrada às necessidades das pessoas com doença mental.

O campo empírico desta pesquisa, centrou-se exclusivamente nas equipas criadas nas instituições descritas no quadro 2.1:

Quadro 2.1 – Criação das Equipas de Saúde Mental Comunitárias

Administração Regional de Saúde	Tipo de Equipa	Instituição	Localização
Administração Regional de Saúde do Norte, IP	ECSM-PA	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Nordeste
	ECSM-IA	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Trás-os-Montes e Alto Douro
	ECSM-IA	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Alto Minho
Administração Regional de Saúde do Centro, IP	ECSM-PA	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Castelo Branco
	ECSM-IA	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Leiria
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	ECSM-PA	Centro Hospitalar do Oeste, EPE	Oeste
	ECSM-IA	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Setúbal
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP	ECSM-PA	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Norte alentejano
	ECSM-IA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Baixo Alentejo
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP	ECSM-PA	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	Algarve

Fonte: Elaboração própria

Após ter sido definida a população-alvo desta investigação, foram delineadas as etapas necessárias para alcançarmos a amostra⁴, ou seja, chegarmos aos profissionais

⁴ “(...) conduz à seleção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ao universo que se denomina amostra, de tal maneira que os elementos que constituem amostra representam a população a partir da qual foram selecionados. O número que fazem parte de uma amostra designa-se por dimensão ou grandeza da amostra e representa-se por n (...)” (Ferreira, Maria Manuela Malheiro *in* Hermano Carmo *cit in* Metodologia de Investigação, 1995, p.209).

de Serviço Social das equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária. Iniciámos o processo contactando telefonicamente cada unidade hospitalar de diferentes regiões do país, com o objetivo de obter os respetivos endereços de email.

Após a recolha dos contactos das equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária, procedeu-se ao contacto do profissional de Serviço Social de cada equipa e solicitar a sua participação, posteriormente foi necessário o envio de documentação para a obtenção da aprovação para a realização de entrevistas com os assistentes sociais de cada equipa. A (...) *“a condução da entrevista é, em geral, orientada por um guião que se construiu, mas que se procurou interiorizar nas suas linhas”* (Kaufmann, 1996, p. 48).

Tod as as equipas assentiram a participar, através de um elemento, e assim se iniciou o agendamento. Todo o processo desde os contactos à concretização das entrevistas aos profissionais de Serviço Social integrado na Equipa de Saúde Mental Comunitária ocorreu desde o mês de abril até ao mês de junho de 2024, de acordo com a sistematização no quadro 2.2.

Quadro 2.2 – Caracterização da Amostra

Entrevista	Cargo	Formação Académica	Constituição da equipa
1	Assistente Social	Serviço Social	2 enfermeiros a tempo integral (1 generalista e 1 especialista em saúde mental) e a Assistente Social
2	Coordenador	Medicina	Equipa completa, mas o Assistente Social não faz parte exclusiva da equipa.
3	Assistente Social	Serviço Social	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa.
4	Assistente social	Serviço Social	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa
5	Coordenador	Medicina	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa
6	Coordenador	Medicina	A equipa não tem Assistente Social há mais de 1 ano.
7	Assistente Social	Serviço Social	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa
8	Coordenador	Medicina	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa
9	Coordenador	Medicina	Coordena 5 equipas comunitárias nas quais os

Entrevista	Cargo	Formação Acadêmica	Constituição da equipa
			Assistentes Sociais não fazem parte exclusiva das equipas.
10	Assistente Social	Serviço Social	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa
11	Assistente Social	Serviço Social	O Assistente Social não está em exclusividade na equipa

Fonte: Elaboração própria

A entrevista foi conduzida, segundo os objetivos definidos na investigação, ou seja, não se tratava de ouvir qualquer relato ou história sem estrutura.

As entrevistas tiveram uma duração média de 40 a 60 minutos cada “(...) sendo que o tempo desejável para não criar mal-estar no entrevistado é de duas a três horas” (Guerra, 2006, p.60).

Após a caracterização da amostra e para se iniciar a realização das entrevistas junto de coordenadores e dos profissionais de Serviço Social integrados nas equipas multidisciplinares de saúde mental foi necessário o envio dos seguintes documentos: pedido de consentimento informado (ANEXO C); envio do guião de entrevista (ANEXO B) e a autorização da orientadora da investigação para posteriormente obter-se a validação institucional, assim como a carta de memorando (ANEXO A).

No que concerne, na realização das entrevistas com os assistentes sociais das regiões (Alentejo e Algarve) foi considerada a necessidade de ser submetida a documentação para aprovação da (Administração Hospitalar), com a finalidade de fiabilidade e validade da investigação, incluindo, a transparência e a credibilidade, revisão e aprovação institucional.

Da realização das entrevistas foi retirada uma pequena caracterização profissional dos entrevistados (Quadro 2.2).

O entrevistado 1 é uma assistente social com quatro anos de experiência na área da saúde, tendo trabalhado anteriormente numa IPSS, porém tem trabalhado com foco em questões sociais complexas, incluindo imigração irregular, violência doméstica e saúde mental, colaborando com equipas multidisciplinares.

O entrevistado 2 é o coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental. Salaria a importância de uma abordagem multidisciplinar, com o assistente social, psicólogo, médicos, enfermeiros e terapeuta ocupacional. Salaria a melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental na região, apesar de dificuldades como a falta de recursos e a coordenação limitada com outras estruturas de saúde.

O entrevistado 3 é o coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental. Salienta a importância da experiência e das competências do assistente social no apoio a pessoas em situação de vulnerabilidade social e discriminação. Para além de participar nas visitas domiciliárias, o assistente social é responsável por promover a inclusão social e a autonomia dos utentes, de acordo com os objetivos gerais da equipa. No entanto, a falta de recursos humanos e financeiros adequados limita a eficácia do trabalho da equipa nesta área.

O entrevistado 4 é o coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental. Salienta a importância do assistente social, que contribui com a sua experiência para a inclusão social e para a resolução dos problemas da pessoa com doença mental. A equipa enfrenta desafios como a falta de recursos, mas tem sido bem recebida pela comunidade, reduzindo as hospitalizações e promovendo cuidados preventivos.

O entrevistado 5 é o coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental que atua na zona. Salienta a importância da assistente social, referindo que esta não faz parte exclusivamente da equipa, mas apoia-a sempre que necessário. Aponta a falta de recursos como um obstáculo, mas reconhece a importância da intervenção comunitária na redução dos internamentos e reinternamentos psiquiátricos.

O entrevistado 6, coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental, salienta a ausência de um assistente social na equipa há cerca de um ano, o que afeta a intervenção. Salienta a necessidade de recursos humanos, espaço físico e viaturas adequadas. Refere a importância da comunicação dentro da equipa, a redução dos internamentos hospitalares e o bom acolhimento da comunidade como indicadores de sucesso.

O entrevistado 7 assistente social integrou a equipa comunitária de saúde mental em 2002, sendo pioneiro na área. Salienta a importância da proximidade com a comunidade, a redução dos internamentos e o impacto social da intervenção da assistente social, que ajuda a pessoa com doença mental sem apoio familiar. A maior dificuldade atual é a falta de viaturas e recursos humanos.

O entrevistado 8, coordenador de uma equipa comunitária de saúde mental, descreve os desafios enfrentados pela equipa no último ano, destacando a vasta área de intervenção e a necessidade de recursos adequados, como viaturas. Destaca a importância do serviço social na articulação com a comunidade e a redução dos internamentos hospitalares.

O entrevistado 9, coordenador de cinco equipas comunitárias de saúde mental, salienta a necessidade de assistentes sociais com formação específica em saúde mental e psicoterapia. Salienta a importância da intervenção comunitária e multidisciplinar, embora a falta de recursos, como viaturas e mais assistentes sociais, limite o seu trabalho. Vê progressos na integração social dos doentes, apesar dos desafios do estigma.

O entrevistado 10 é um assistente social com uma vasta experiência na área da saúde mental, tendo trabalhado anteriormente em equipas comunitárias. Foi contratado através de uma bolsa de recrutamento e está a trabalhar numa equipa comunitária desde julho do ano anterior. A sua formação em psicologia e o seu conhecimento prévio do território facilitam-lhe o trabalho com a população local, especialmente com os jovens com patologias mentais graves. Destaca a importância do trabalho social na área da saúde mental e a necessidade de maior integração e recursos para atender à crescente necessidade, principalmente nas regiões mais isoladas.

O entrevistado 11 é um assistente social com experiência anterior em ERPI, com enfoque nas demências. Faz parte de uma equipa comunitária de saúde mental no âmbito do PRR 2022. O entrevistado salienta a importância do assistente social na identificação e intervenção nas necessidades sociais, nomeadamente nos casos de esquizofrenia e psicose, promovendo a proximidade com as famílias e a comunidade, reduzindo os internamentos e facilitando a articulação com outras instituições. Reconhece também a falta de formação específica e de recursos adequados para melhorar o trabalho no terreno.

Quadro 2.3 – Equipas de Saúde Mental Comunitárias em Portugal

Equipas de Saúde Mental Comunitárias						
Composição da Equipa	Área de Atuação	População-Alvo	Metodologia de Trabalho	Parcerias	Desafios	Resultados esperados
3 Profissionais (não têm AS)	Norte Alentejo	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos	Instituições Locais.	Escassez de recursos humanos e materiais	Diminuição dos internamentos da pessoa com doença mental grave.
5 profissionais	Nordeste	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Não foi referido	Os profissionais não estarem a tempo inteiro na equipa	Que as equipas se multipliquem para outras áreas do país.
3 profissionais (AS também assume outro serviço)	Setúbal	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Instituições locais	Escassez de recursos humanos e materiais	Mais disponibilidade de tempo por parte dos profissionais da equipa
3 profissionais (AS só comparece quando necessário)	Baixo Alentejo	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Instituições locais; Seg. Social	Escassez de recursos humanos.	Diminuição dos internamentos da pessoa com doença mental grave.
3 profissionais	Trás dos Montes Alto Douro	Infância adolescência	Visitas domiciliarias; Visitas às escolas	Escolas e CPCJ	Recursos materiais e humanos	Diminuição de recorrência às urgências
4 profissionais (não têm AS)	Oeste	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Instituições locais	Ausência de recursos humanos	Diminuição de internamentos
Equipa completa	Alto Minho	Infância-Adolescência	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Instituições locais	Ausência de mais um carro	Diminuição de internamentos
Equipa completa	Castelo Branco	Adulta	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos; Discussão de casos	Instituições locais	Recursos materiais	Diminuição de internamentos e de recorrência às urgências
5 Equipas (com duas AS) prestam apoio nas equipas e a doentes internados	Algarve	Adulta- Jovem	Visitas domiciliarias; Contactos telefónicos.	Instituições Locais	Recursos materiais e humanos	Diminuição de internamentos; Diminuição dos atendimentos nos Centros de Saúde.

Fonte: Elaboração Própria

2.4 Recolha e Análise de dados

A metodologia desta investigação sendo qualitativa, quantitativa e exploratória para que se obtenham resultados que validam os dados conseguidos junto das equipas de saúde mental comunitárias, foi planeada para garantir a recolha de dados de forma rigorosa e ética, respeitando todas as diretrizes e procedimentos necessários no âmbito da investigação científica. Segundo Santos (1999) a triangulação⁵ consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados numa mesma pesquisa para que possamos obter como resultado um retrato mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa do fenómeno a analisar. A maior diversidade e integração de métodos produz uma maior confiança nos resultados.

O foco principal da recolha de dados nesta pesquisa centrou-se na pesquisa bibliográfica, pesquisa documental nacional e internacional, entrevistas semiestruturadas e observação direta.

Na presente investigação procedeu-se à análise dos dados recorrendo ao método de análise de conteúdo segundo Bardin. O objeto da análise de conteúdo “*é a fala, isto é, o aspeto individual e atual (em ato) da linguagem*” (Bardin, 2009, p. 45).

A análise de conteúdo tem como objeto de estudo o discurso dos entrevistados, de forma a compreender os significados que se encontram contidos neste.

Contudo, os documentos estudados foram utilizados como fonte principal de recolha e análise de dados, para obtenção dos resultados. O autor completa dizendo que a análise de conteúdo “*procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...) é a busca de outras realidades através das mensagens*” (Bardin, 2009, p.45)

No entanto, apresentamos cada uma das técnicas que utilizamos na recolha de informação:

A *pesquisa documental*, envolve a análise de documentos que não foram previamente tratados, mas que contêm informações relevantes ao objeto de estudo. Esta

⁵ Denzin Lincoln (2005) destaca, inclusive, que essa terminologia (triangulação) está relacionada com uma técnica qualitativa inserida em um universo múltiplo de métodos de pesquisa de diversos campos de conhecimento. De acordo com Goldenberg, Marsiglia e Gomes (2006) a triangulação metodológica é utilizada com bons resultados em pesquisas voltadas à Saúde.

técnica “*permite ao investigador apropriar-se de fontes primárias que são produtos diretos da ação de instituições ou indivíduos*” (Cellard, 2008, p. 295).

A revisão de literatura realizada no âmbito desta investigação foi orientada pelas questões de investigação e focada em documentos relevantes para os objetivos do estudo. O propósito foi avaliar criticamente cada documento, com o objetivo de desenvolver uma base teórico-analítica que sustente a análise e interpretação dos dados.

Saliento que a nível internacional foi particularmente importante os relatórios, a legislação, os projetos comunitários e as avaliações publicados por entidades internacionais de referência, tais como, a Organização Mundial de Saúde (OMS); Declaração de Saúde Mental dos Direitos Humanos; *Health Service Executive* (HSE) - órgão responsável pela saúde pública na Irlanda; Programas de *Assertive Community Treatment* (ACT) - são amplamente utilizados no Canadá para fornecer apoio intensivo e contínuo a indivíduos com graves transtornos mentais, permitindo que vivam na comunidade em vez de serem hospitalizados; Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde.

A saúde mental tem sido uma preocupação crescente a nível global, exigindo comparações entre diferentes países para que se possam identificar boas práticas e adaptá-las ao contexto nacional. De acordo com WHO (2022), as disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde mental são significativas entre os países, o que reforça a importância de explorar políticas e intervenções bem-sucedidas além-fronteiras. Implementar respostas inovadoras e projetos adaptados à realidade populacional de Portugal é essencial para promover a saúde mental de forma eficaz, contribuindo para a prevenção e o tratamento adequado dos problemas que afetam inúmeras pessoas e famílias.

Ainda assim, é crucial reconhecer o papel de excelência desempenhado pelos profissionais de Serviço Social nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitárias. A sua intervenção, marcada por uma abordagem holística e centrada na pessoa, tem sido determinante no apoio a indivíduos e comunidades, contribuindo para um sistema de saúde mental mais inclusivo e acessível.

No entanto, apesar da criação das equipas multidisciplinares de Saúde Mental Comunitárias em 2022, Portugal ainda carece de um fórum de debate ou encontro entre estas equipas. A ausência de um espaço formal para a partilha de experiências sobre os desafios e benefícios sentidos no terreno limita o potencial de aprendizagem mútua e de desenvolvimento das boas práticas. Facilitar esta troca de conhecimentos entre os

profissionais é essencial para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e para o fortalecimento da colaboração dentro das equipas de saúde mental.

Num estudo que recorre a métodos qualitativos, o trabalho de campo assume um papel central na recolha de dados. Ao contrário da investigação quantitativa, onde a relação entre o investigador e os inquiridos é geralmente mais distante e estruturada, com respostas a questões previamente estabelecidas, a pesquisa qualitativa destaca-se pela presença ativa do investigador no terreno.

Neste contexto, a interação direta e a relação de proximidade que se desenvolve entre o investigador e os participantes são fundamentais para assegurar a profundidade e a qualidade dos dados recolhidos.

As *entrevistas semi-estruturadas* constituem uma técnica qualitativa que possibilita ao investigador uma compreensão mais aprofundada das perceções e experiências dos entrevistados.

Minayo (2012) sublinha que, nas entrevistas semi-estruturadas, o investigador segue um guião previamente construído com perguntas abertas, tendo presente a flexibilidade para explorar de forma mais aprofundada ou abordar temas emergentes ao longo da conversa.

Esta flexibilidade torna as entrevistas semi-estruturadas a ferramenta mais utilizada em investigações qualitativas, pois permite captar/recolher as nuances das respostas e o contexto em que estas se manifestam.

A entrevista proporciona “*sentir o real*” durante o processo em que o investigador esclarece o entrevistado, sobre os seus objetivos e sobre a estrutura.

As entrevistas desta investigação foram gravadas e posteriormente transcritas no MS Word, de acordo sugerido por Bogdan e Biklen (1994).

Após a transcrição das entrevistas procedeu-se à leitura das mesmas, onde existiu o cuidado da informação irrelevante ser retirada. No entanto, as perguntas pilares da presente investigação foram devidamente respondidas, através da informação recolhida aos assistentes sociais entrevistados.

A *observação direta/não participativa* é uma técnica de recolha de dados frequentemente utilizada em investigações qualitativas, na qual o investigador observa comportamentos, ações ou fenómenos tal como ocorrem no seu ambiente natural, sem intervir ou participar ativamente. Esta abordagem distingue-se por ser não participativa, ou seja, o investigador mantém-se à margem do contexto em estudo, com o objetivo de captar, de forma objetiva e rigorosa, as dinâmicas observadas.

No âmbito da investigação realizada no terreno, foi efetuado o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar de saúde mental comunitária.

Este relato revela as dificuldades enfrentadas pelas equipas de saúde mental no terreno, mas também a sua resiliência e compromisso com a prestação de cuidados à comunidade, mesmo perante constrangimentos de recursos.

Procedeu-se à *análise dos dados* com recurso ao método de análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

O objeto da análise de conteúdo “*é a fala, isto é, o aspeto individual e atual (em ato) da linguagem*” Bardin (2009, p. 45). Ou seja, a análise de conteúdo tem como objeto de estudo o discurso dos entrevistados, de forma a compreender os significados que se encontram contidos neste. O autor completa dizendo que análise de conteúdo “*procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...) é a busca de outras realidades através das mensagens*” (Bardin, 2009, p. 45).

2.5 Técnicas e procedimentos de recolha dos dados

Nesta investigação a técnica central usada nas metodologias de análise foi a codificação⁶ dos dados (Quadro 2.4), que permitiu identificar padrões recorrentes nas respostas dos participantes, destacando os principais temas emergentes relacionados com a colaboração interdisciplinar, os desafios na prática profissional e as boas práticas de intervenção.

Quadro 2.4 – Tabela de codificação de entrevistas

Dimensão	Categoria temática	Subcategoria	Exemplo de respostas
Aqui são agregados os grandes temas da entrevista.	Subtemas mais importantes dentro de um determinado grande tema da entrevista.	Fragmentos de texto que se tomam por indicativo de uma característica (categoria e subcategoria).	Encontram-se fragmentos do texto que englobam a unidade de registo, contextualizando a unidade de registo no curso da entrevista.

Fonte: Adaptado de Bardin (2009). Elaboração Própria

⁶ “A codificação é o processo pelo qual os dados em brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.” (Bardin, 2009, p.129).

Todavia, importa mencionar (Bardin, 2009) as etapas da codificação, que começa na segmentação do conteúdo, seguida da atribuição de rótulos ou códigos e por fim a organização em categorias.

A realização das entrevistas com assistentes sociais e coordenadores de equipas comunitárias multidisciplinares de saúde mental exigiu uma análise aprofundada das questões éticas e de proteção de dados. Foi imperativo garantir o respeito pelos direitos e a dignidade dos participantes durante todo o processo de investigação. O consentimento informado foi fundamental: os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais riscos e benefícios e a natureza voluntária da sua participação. Este consentimento foi obtido de forma explícita e documentada, garantindo que os participantes compreendiam plenamente as implicações da sua colaboração.

A proteção dos dados pessoais foi também crucial, especialmente de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Os dados recolhidos foram tratados com estrita confidencialidade e foram implementadas medidas de segurança robustas para impedir o acesso não autorizado ou a violação de dados. Foi adotada a anonimização da informação para salvaguardar a identidade dos participantes. Além disso, foi aplicado o princípio da minimização dos dados, recolhendo apenas as informações estritamente necessárias para os fins específicos da investigação.

Os participantes foram informados sobre a forma como os seus dados seriam utilizados, quem teria acesso aos mesmos e durante quanto tempo seriam armazenados. Foram também informados dos seus direitos, incluindo o acesso aos dados pessoais, a retificação de informações incorretas, a eliminação de dados e o direito de retirar o consentimento em qualquer altura, sem qualquer prejuízo. A relação entre o investigador e os participantes foi baseada na integridade e no respeito, evitando qualquer forma de coação ou influência indevida. Os temas foram abordados com sensibilidade e empatia, especialmente considerando a natureza delicada da saúde mental, garantindo o bem-estar dos participantes durante e após as entrevistas.

Apresentação e Discussão dos Resultados

3.1. Entrevistas semiestruturadas

A apresentação e discussão dos resultados deste estudo foram organizados para reconstruir os dados analisados na totalidade, estruturados e significativos, explicitando o fruto da investigação e a interpretação que deles surge (Gómez et al., 1999).

Para tal, partiu-se das dimensões previamente definidas, que serviram como eixo orientador tanto para a condução das entrevistas como para a análise dos dados.

Estas dimensões, alinhadas com os objetivos da investigação, permitiram estabelecer uma ligação clara entre os dados empíricos recolhidos e os conceitos teóricos explorados na revisão da literatura.

Os resultados foram interpretados com base nas categorias analíticas que surgiram de um processo de codificação, seguindo uma abordagem exploratória, conforme preconizado por Braun e Clarke (2019).

Esta metodologia garantiu que os códigos identificados refletissem, fielmente, o discurso dos entrevistados, preservando a autenticidade e a riqueza dos dados qualitativos.

A figura apresentada ilustra os códigos extraídos das falas dos participantes, evidenciando a relação entre as categorias analíticas e os conceitos investigados.

Na discussão de resultados, estes foram confrontados com as conceções teóricas previamente estabelecidas, possibilitando uma análise crítica e reflexiva.

Esta triangulação entre os dados empíricos, a teoria e a questão central do estudo proporcionou não só validar as hipóteses iniciais, como também identificar algumas “nuances” e perspetivas que aumentam a compreensão do fenómeno investigado.

Além disso, destacaram-se as convergências e divergências nas descobertas, deste estudo e dos resultados obtidos, contribuindo para o avanço do conhecimento na área.

Por fim, a discussão dos resultados foi orientada pela questão de partida do estudo, procurando responder aos objetivos específicos propostos para contribuir para futuras investigações.

A análise evidenciou a relevância das dimensões e categorias definidas perante a temática em questão.

O “*software*” de Análise de Dados Qualitativos Assistida por Computador (CAQDAS) utilizado foi o MaxQDA, versão 2024.

A análise de conteúdo teve como objetivo “(...) *conhecer aquilo que está por detrás das palavras (...)*” (Bardin, 2008, citado em Nico, 2021, p. 36) expressas pelos profissionais de Serviço Social integrados nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária.

A dimensão de análise constituiu um conceito essencial no âmbito da análise de dados, referindo-se a uma variável ou atributo que permita a segmentação e categorização da informação, possibilitando uma exploração mais rigorosa e precisa dos dados.

Neste estudo, destacam-se as dimensões cultural, ética, institucional, profissional, saúde e social, tendo cada uma, proporcionando perceções fundamentais sobre os diferentes aspetos do público-alvo em análise.

Estas dimensões contribuem para uma compreensão mais aprofundada e detalhada da questão em estudo, impulsionando uma avaliação mais holística e esclarecedora.

3.1.1. A análise da evolução da Saúde Mental no contexto sociopolítico, legislativo e histórico e o enquadramento do Serviço Social neste domínio.

A evolução da Saúde Mental no contexto sociopolítico, legislativo e histórico reflete uma profunda transformação na forma como as sociedades entendem e abordam as questões relacionadas à Saúde Mental.

O asilo dirigido ao internamento, na época de Pinel (citado por Xavier, et al, 2013), não representava a “medicalização” de um espaço social, mas sim a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas coercitivas-punitivas tinham um carácter de precaução social, caracterizado pelo isolamento e institucionalização de pessoas com doenças mentais em hospitais psiquiátricos.

Este modelo, embora inicialmente visto como uma solução, revelou-se desumano, perpetuando a exclusão social e o estigma.

A partir da década de 1970, iniciou-se um movimento global de reforma psiquiátrica, a qual propunha a circulação dos doentes pelas ruas da cidade, exigindo-se assim o reconhecimento da sua cidadania, porém na conferência sobre Saúde Mental e Ordem Pública, Jacques-Alain Miller (1999) afirma que “*a saúde mental não tem*

outra definição que a da ordem pública” (p. 20–21) que impulsiona a defesa de um tratamento mais humano e integrado na comunidade.

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força na década de 1980 e perdura até hoje. Mantém a sua expressividade e importância crescente no panorama da Saúde Mental, culminando na Lei n.º 10.216/2001, que redirecionou o modelo para a Saúde Mental Comunitária.

Em Portugal, a reforma também avançou, com o encerramento progressivo de hospitais psiquiátricos e a criação de serviços comunitários, como exemplo as Equipas Multidisciplinares de Saúde Mental Comunitárias, que segundo Iamamoto e Carvalho (1988) surgem devido ao agravamento da questão social, nomeadamente pelas condições de saúde da população dependente.

No contexto legislativo, a evolução da Saúde Mental foi marcada por avanços significativos, tais como a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência Mental (1971) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) da ONU, foram marcos importantes na defesa dos direitos das pessoas com doenças mentais.

No Brasil, a Lei n.º 10.216/2001 estabelece diretrizes de proteção e dos direitos das pessoas com doença mental, para promover a desinstitucionalização e a criação de serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) trouxe clareza sobre os direitos dos utentes dos serviços de Saúde Mental e veio ajudar a regulamentar o processo de internamento compulsivo e consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental.

No entanto, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007–2016) diante a evolução das políticas de Saúde Mental em Portugal, aprovado em 2007, permitiu o início da concretização da reforma da Saúde Mental, (aprovada recentemente a nova Lei de Saúde Mental).

A visão orientadora deste Plano recai em *“assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados, promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.”* (PNSM, Resumo Executivo, p.13).

Estas mudanças legislativas refletem uma crescente conscientização sobre a importância da inclusão social e da promoção da autonomia das pessoas com doença mental.

No âmbito desta transformação, para Payne (2007) cabe ao Serviço Social o papel de participação, de mediar (comunidade e autoridades), para atingir os objetivos do bem-estar social.

Contudo, Fernanda Rodrigues (2015) afirma que o Serviço Social permite uma abordagem mais completa e eficaz onde o foco não é apenas o tratamento dos sintomas, mas também a promoção de um ambiente social que suporte a recuperação.

Nas principais funções dos assistentes sociais inclui-se a avaliação social, que identifica as necessidades sociais, as económicas e os familiares que impactam a saúde mental do utente. Posteriormente, a elaboração de planos de intervenção individualizados, que devem incluir encaminhamentos para serviços de apoio, a intervenção familiar e a promoção de autonomia.

Helena Barata (2016) defende que os desenvolvimentos de políticas integradas promovam a saúde mental e que reconheçam o papel crucial do Serviço Social como basilar.

Como destacou uma das entrevistadas (E8): *“Nós não criamos respostas novas, o que nós fazemos é uma articulação, muitas vezes, do ponto de vista social, entre as necessidades das pessoas e as respostas locais.”* Esta articulação com a comunidade é essencial para garantir o acesso a recursos e serviços, como escolas, juntas de freguesia, centros de saúde e instituições de solidariedade social.

A participação das famílias é outro fator crucial como complemento na eficácia da intervenção, especialmente em casos de doenças mentais graves, como menciona Leff & Warner (2008) que muitas famílias escolhem conceder uma resposta semelhante à questão, mantendo a doença do familiar em segredo e retirando-o das atividades sociais de maneira a evitar uma exposição.

Como mencionou uma das profissionais (E4): *“Claro que, como família, também interagimos. Quando se trata de doença grave, é obrigatório até.”* O trabalho com as famílias inclui intervenções emocionais e psicossociais, Leff & Warner (2008) asseguram que este trabalho com as famílias cuidadoras alivia o sentimento de culpa e diminui as dificuldades de falar abertamente sobre a doença. Outra entrevistada (E9): *“Intervenções de âmbito da adequação emocional, pronto, trabalhar a parte emocional das famílias.”* Estas intervenções visam fortalecer os laços familiares e melhorar o ambiente social do utente, contribuindo para a sua recuperação e inclusão social.

Além disso, a valia das redes formais e informais de apoio são essenciais. Segundo Sónia Guadalupe (2001, p.1) a rede primária citando Lacroix, (1990, citado por

Guadalupe, 2001, p. 79), é o “conjunto natural de indivíduos em interação uns com os outros, (...) [que] formam a trama de base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo”, por outras palavras, “indivíduos, com afinidades pessoais num quadro não institucional”, nestes casos, a família é normalmente apontada como o “núcleo duro”.

Quanto às redes secundárias, Sónia Guadalupe (2001, p.2) refere citando (Blanchet et al., 1981, citado por Lacroix, 1990, p.79) correspondem ao “conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucionalizado”, reportando-nos fundamentalmente a organizações e instituições.

Como mencionou uma das profissionais (E3): “Fomenta ainda o suporte das redes formais e informais.” Essa abordagem permite que as famílias e a comunidade desempenhem um papel ativo no processo de recuperação, como destacou outra entrevistada (E6): “O maior contacto das famílias nota-se agora. Quando existe alguma instabilidade nos doentes, a própria família contacta a equipa, a comunidade em si ou até outras estruturas.”

No entanto, a intervenção do Serviço Social enfrenta alguma falta de conhecimento sobre as respostas comunitárias por parte dos utentes e das suas famílias. Esta lacuna encontra-se bastante saliente pelo Conselho Nacional de Saúde (2019) que expressa que a ausência de respostas leva, com frequência, à necessidade de recorrer a serviços privados, quando existe capacidade financeira para tal, o que irá resultar na existência de iniquidades de acesso aos serviços de saúde mental.

Mencionado pela (E7): “Também têm muito pouco conhecimento sobre as respostas que existem na comunidade.” Além disso, a aceitação de pessoas com doença mental pela comunidade nem sempre é fácil e de acordo com Almeida (2018) e Barata (2016) o estigma associado às doenças mentais continua a ser uma barreira significativa ao acesso aos serviços de saúde, conforme relatado por outra entrevistada (E9): “Foi difícil, não havia aceitação, havia recusa, havia receio. É uma pessoa seguida na psiquiatria e vem aqui os técnicos da psiquiatria pedir-nos que aceitassem esta pessoa, por exemplo, em centro de dia.” Estes desafios exigem um trabalho contínuo de sensibilização e educação da comunidade, bem como o fortalecimento das redes de apoio social.

Apesar dos obstáculos, o impacto do Serviço Social nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitárias é inegável, segundo a (E8): “(...) o Serviço Social, é uma resposta absolutamente fundamental. Não pode, a equipa comunitária não funcionar sem um assistente social, mas tem sido absolutamente isto.”

O trabalho de proximidade dos assistentes sociais tem contribuído para a redução de internamentos, para a melhoria da qualidade de vida da população e pela promoção da inclusão social.

Quanto ao respeito pela autonomia, na articulação com as redes de apoio e na prevenção e promoção da inclusão social, os assistentes sociais desempenham um papel-chave na qualidade de vida da pessoa com doença mental.

As equipas multidisciplinares de saúde mental comunitárias são fundamentais no que diz respeito à implementação destas mudanças. A intervenção de proximidade com a comunidade tem reduzido e muito a necessidade de internamentos primários ou reinternamentos. Como menciona (E6): *“E, portanto, uma forma de dar resposta é ter uma equipa comunitária que esteja mais perto da comunidade.”*

A comunicação e a colaboração entre os elementos das equipas multidisciplinares é essencial para o sucesso nestas intervenções, segundo (E3): *“Há uma boa comunicação entre todos os elementos da equipa.”*

Segundo João Ferreira (2017) a necessidade de financiamento e a escassez de recursos humanos são alguns dos maiores obstáculos ao desenvolvimento de um serviço de Saúde Mental eficaz em Portugal, no entanto, apesar dos recursos limitados e dos desafios enfrentados, as equipas comunitárias têm demonstrado um impacto positivo na saúde mental das populações, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos utentes, como reforça a (E8): *“Objetivamente, há uma clara melhoria da saúde mental destas populações, e isso é um indicador absolutamente único.”*

A evolução da Saúde Mental no contexto sociopolítico, legislativo e histórico tem sido marcada por avanços significativos e com a criação de equipas comunitárias segundo a (E1): *“Eu acho que o caminho feito pelas equipas comunitárias vai, penso eu, dar algum apoio a esse nível para que esses números não sejam tão altos.”*

Esta transformação demonstra a importância de um modelo centrado na comunidade e nos direitos humanos.

3.1.2 Descrição da prática profissional do Serviço Social no domínio da Saúde Mental.

A atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental é pautada por uma complexa articulação entre teoria e prática, fundamentada em referenciais teóricos e

metodológicos que procuram promover a autonomia, a cidadania e a inclusão social das pessoas com doença mental.

Esta intervenção é marcada por um diálogo constante entre as políticas públicas, Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios da Reforma Psiquiátrica, que designam a desinstitucionalização e a humanização do cuidado a ter-se na saúde mental.

A prática profissional é enriquecida por projetos inovadores, como mencionado por (E1): *“Temos um projeto muito interessante que costuma levar alegria às pessoas.”*

Este projeto, descreve a iniciativa de uma empreendedora social que visita duas vezes por semana idosos vestida de palhaça, ilustra a importância de intervenções criativas e humanizadas que promovem bem-estar emocional e social.

Mas um dos principais referenciais teóricos que recai na prática do assistente social na saúde mental é a teoria social crítica, que permite analisar as determinações sociais das pessoas com doença mental, relacionando-os às desigualdades sociais, à exclusão e às condições de vida precárias.

Como destaca Netto (2011), a crítica às estruturas sociais opressoras é essencial para compreender as expressões da questão social, incluindo o agravamento da saúde mental. Esta perspectiva teórica permite ao profissional identificar as contradições presentes na realidade das pessoas com doença mental e intervir para promover as devidas transformações sociais. (E2) reforça essa ideia ao afirmar: *“Intervém, socialmente, na comunidade com função de desenvolver os laços sociais na sua esfera, na educação e na prevenção”*, evidenciando o papel do Assistente Social no fortalecimento dos vínculos comunitários.

A Reforma Psiquiátrica, devido à história que a envolve, é um marco bastante influenciador na atuação do assistente social. Conforme Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica no Brasil propôs uma mudança de paradigma, substituindo o modelo asilar por uma abordagem centrada na comunidade, na reinserção social e na garantia de direitos.

Neste contexto, o assistente social atua como um agente facilitador da desinstitucionalização, promovendo assim a integração da pessoa com doença mental, em serviços territoriais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e fortalece as suas redes de apoio social. Como mencionado por (E7): *“A intenção era reduzir o número de internamentos e que estas pessoas realmente tivessem uma intervenção muito mais centrada neles mesmos”*, refletindo o compromisso com a desinstitucionalização e a atenção centrada na pessoa com doença mental, (E11)

complementa: *“Eu acho que nós intervimos na Comunidade, reduz muito os internamentos”*, destacando o impacto positivo da atuação comunitária na redução de hospitalizações e reincidências.

No que concerne sobre a abordagem centrada na pessoa, inspirada em Carl Rogers, é definitivamente relevante para a prática profissional. Esta abordagem valoriza a escuta qualificada, a empatia e o respeito à singularidade da pessoa com doença mental, aspectos essenciais para construir vínculos de confiança e promover a adesão ao tratamento.

Como afirma Rogers (1983), a relação terapêutica deve ser pautada pela aceitação incondicional e pela compreensão empática, princípios que se alinham à ética profissional do Serviço Social.

Esta perspectiva é reforçada por (E4), que destaca: *“O próprio, digamos, a resolução dos problemas dos doentes, não é? Já estão noutra nível. Quando trabalhamos assim”*, evidenciando a importância de uma abordagem que valoriza a autonomia e a evolução da pessoa com doença mental.

Quanto aos instrumentos de trabalho, o diagnóstico social e a entrevista são as ferramentas centrais na atuação do assistente social.

Segundo Iamamoto (2009), a entrevista permite ao profissional captar os pedidos e as necessidades da pessoa com doença mental e da sua família, além de construir um plano de intervenção que considere todas as suas particularidades.

Outro instrumento importante é realizar o levantamento das redes sociais, que possibilitem identificar os recursos formais e informais disponíveis para a pessoa com doença mental, como serviços públicos, organizações comunitárias e redes de apoio familiar.

Conforme Mito (2007), o fortalecimento das redes sociais é essencial para promover a inclusão e a autonomia da pessoa com doença mental. (E1) complementa a ideia ao afirmar: *“Nós costumamos aplicar o questionário de avaliação das necessidades e depois a partir daí fazemos o plano individual de cuidados e o plano de prevenção de recaídas”*, demonstrando a utilização de instrumentos específicos para avaliar as necessidades e planeamento das intervenções.

A intervenção em crise e o acompanhamento psicossocial são atuações bastantes frequentes na prática do Assistente Social na Saúde Mental.

A intervenção em crise ocorre em emergências ou no agravamento da saúde mental, exigindo do profissional uma atuação rápida e eficaz para estabilizar a situação e garantir o encaminhamento adequado (Carvalho, 2020).

Já o acompanhamento psicossocial é um processo contínuo, que visa apoiar a pessoa com doença mental na sua reinserção social, na adesão ao tratamento e na superação das suas vulnerabilidades. Como destacam Yasui e Costa-Rosa (2008), o acompanhamento psicossocial deve ser pautado pela integralidade do cuidado e a articulação entre diferentes setores e serviços. (E3) reforça esta prática ao relatar: *“A equipa realiza diariamente, no período da manhã, visitas domiciliárias”*, evidenciando a importância do contacto direto com o contexto de vida da pessoa com doença mental. (E4) complementa: *“Depois, às vezes vale até fazer visitas domiciliárias connosco quanto à necessidade de avaliar uma pessoa que não se pode deslocar, não tem, não tem capacidade para isso (...)”*, ressaltando a adaptação das intervenções às necessidades individuais.

A articulação intersectorial consiste noutra estratégia fundamental, permitindo ao assistente social integrar diferentes setores, como a saúde, a educação, a justiça, segurança social, entre outros, para se garantir um atendimento integral à pessoa com doença mental. A integração dos serviços de saúde mental no complexo do Serviço Nacional de Saúde facilitará muito o processo de descentralização.

Conforme Oliveira e Silva (2010), a intersetorialidade é essencial para superar a fragmentação dos serviços e promover uma abordagem mais ampla e eficaz nos pedidos de saúde mental. (E8) menciona: *“Eu tento fazer no meu serviço, com o apoio de tudo isto, com o conhecimento e com o apoio do Conselho de Administração, tentamos fazer uma equipa-espelho que depois fique com o resto da área de intervenção (...)”*, ilustra a procura por uma atuação integrada, eficiente e coordenada. (E10) reforça também a importância da intersetorialidade ao afirmar: *“Temos mantido tanto uma relação estreita, principalmente com as escolas”*, destacando a colaboração com outros setores para promover a saúde mental.

Por fim, importa destacar o papel do assistente social no combate ao estigma e na defesa dos direitos. A luta contra o estigma relacionado à saúde mental tem sido uma tarefa constante, que muito tem exigido do profissional uma postura crítica.

Como aponta Goffman (1988), o estigma é uma forma de violência simbólica que exclui e marginaliza os indivíduos, sendo fundamental combatê-lo por meio de ações educativas e de conscientização.

Além disso, o assistente social atua como um defensor dos direitos da pessoa com doença mental, garantindo o acesso a políticas públicas e combatendo as ofensas ainda infligidas.

(E11) exemplifica esta atuação ao afirmar: *“Identificamos aqui no internamento situações sociais que merecem mesmo acompanhamento da nossa parte. Pedem a avaliação da assistente social, o acompanhamento e a visita domiciliária para avaliação”*, destacando a importância da avaliação social e do acompanhamento contínuo.

A atuação do assistente social na saúde mental é pautada numa base teórico-metodológica sólida. Como destacado por (E1):

“(...) desde a entrada em funcionamento da equipa o número de consultas realizadas, o número de visitas domiciliárias realizadas, mas penso que o principal indicador é mesmo isso, é a diminuição do número de internamentos de doentes com doença mental grave”,

evidenciando o impacto positivo desta atuação na melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença mental e na diminuição de internamentos.

Os instrumentos técnico-operativos, são definidos no quotidiano da prática profissional como elementos predominantes para o assistente social.

As utilizações dos instrumentais técnico-operativos podem ser consideradas uma estratégia para executar ações, na prática, profissional, como revela Martinelli (2009), que a utilização criativa do instrumental com a habilidade técnica, vai *abranger não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e habilidades*.

3.1.3. Tipificação dos modelos, referenciais teóricos, instrumentos e abordagens de intervenção dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental.

A atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental é pautada por uma complexa articulação entre teoria e prática, fundamentada em referenciais teóricos e metodológicos que procuram promover a autonomia, a cidadania e a inclusão social das pessoas com doença mental.

A prática profissional é enriquecida por projetos inovadores, como mencionado por (E1): *“Temos um projeto muito interessante que costuma levar alegria às pessoas.”*

Este projeto, descreve a iniciativa de uma empreendedora social que visita duas vezes por semana idosos vestida de palhaça, ilustra a importância de intervenções criativas e humanizadas que promovem bem-estar emocional e social.

Mas um dos principais referenciais teóricos que recai na prática do assistente social na saúde mental é a teoria social crítica, que permite analisar as determinações sociais das pessoas com doença mental, relacionando-as às desigualdades sociais, à exclusão e às condições de vida precárias.

Como destaca Netto (2011), a crítica às estruturas sociais opressoras é essencial para compreender as expressões da questão social, incluindo o agravamento da saúde mental. Esta perspectiva teórica permite ao profissional identificar as contradições presentes na realidade das pessoas com doença mental e intervir para promover as devidas transformações sociais. (E2) reforça essa ideia ao afirmar: *“Intervém, socialmente, na comunidade com função de desenvolver os laços sociais na sua esfera, na educação e na prevenção”*, evidenciando o papel do Assistente Social no fortalecimento dos vínculos comunitários.

A Reforma Psiquiátrica, devido à história que a envolve, constitui um marco de grande influência na atuação do assistente social. Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica no Brasil propôs uma mudança de paradigma, substituindo o modelo asilar por uma abordagem centrada na comunidade, na reinserção social e na garantia de direitos.

Neste contexto, o assistente social atua como um agente facilitador da desinstitucionalização, promovendo assim a integração da pessoa com doença mental, em serviços territoriais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e fortalece as suas redes de apoio social. Como mencionado por (E7): *“A intenção era reduzir o número de internamentos e que estas pessoas realmente tivessem uma intervenção muito mais centrada neles mesmos”*, refletindo o compromisso com a desinstitucionalização e a atenção centrada na pessoa com doença mental, (E11) complementa: *“Eu acho que nós intervirmos na Comunidade, reduz muito os internamentos”*, destacando o impacto positivo da atuação comunitária na redução de hospitalizações e reincidências.

No que concerne a abordagem centrada na pessoa, inspirada em Carl Rogers (1983), é definitivamente relevante para a prática profissional. Esta abordagem valoriza a escuta qualificada, a empatia e o respeito à singularidade da pessoa com doença

mental, aspetos essenciais para construir vínculos de confiança e promover a adesão ao tratamento.

Como afirma Rogers (1983), a relação terapêutica deve ser pautada pela aceitação incondicional e pela compreensão empática, princípios que se alinham à ética profissional do Serviço Social.

Esta perspectiva é reforçada por (E4), que destaca: *“O próprio, digamos, a resolução dos problemas dos doentes, não é? Já estão noutra nível. Quando trabalhamos assim”*, evidenciando a importância de uma abordagem que valoriza a autonomia e a evolução da pessoa com doença mental.

Quanto aos instrumentos de trabalho, o diagnóstico social e a entrevista são as ferramentas centrais na atuação do assistente social.

Segundo Iamamoto (2009), a entrevista permite ao profissional captar os pedidos e as necessidades da pessoa com doença mental e da sua família, além de construir um plano de intervenção que considere todas as suas particularidades.

Outro instrumento importante é realizar o levantamento das redes sociais, que possibilitem identificar os recursos formais e informais disponíveis para a pessoa com doença mental, como serviços públicos, organizações comunitárias e redes de apoio familiar.

Conforme Mioto (2007), o fortalecimento das redes sociais é essencial para promover a inclusão e a autonomia da pessoa com doença mental. (E1) complementa a ideia ao afirmar: *“Nós costumamos aplicar o questionário de avaliação das necessidades e depois a partir daí fazemos o plano individual de cuidados e o plano de prevenção de recaídas”*, demonstrando a utilização de instrumentos específicos para avaliar as necessidades e planeamento das intervenções.

A intervenção em crise e o acompanhamento psicossocial são atuações bastantes frequentes na prática do Assistente Social na Saúde Mental.

A intervenção em crise ocorre em emergências ou no agravamento da saúde mental, exigindo do profissional uma atuação rápida e eficaz para estabilizar a situação e garantir o encaminhamento adequado.

Já o acompanhamento psicossocial é um processo contínuo, que visa apoiar a pessoa com doença mental na sua reinserção social, na adesão ao tratamento e na superação das suas vulnerabilidades. Como destacam Yasui e Costa-Rosa (2008), o acompanhamento psicossocial deve ser pautado pela integralidade do cuidado e a articulação entre diferentes setores e serviços. (E3) reforça esta prática ao relatar: *“A*

equipa realiza diariamente, no período da manhã, visitas domiciliares”, evidenciando a importância do contacto direto com o contexto de vida da pessoa com doença mental. (E4) complementa: *“Depois, às vezes vale até fazer visitas domiciliares conosco quanto à necessidade de avaliar uma pessoa que não se pode deslocar, não tem, não tem capacidade para isso (...)”*, ressaltando a adaptação das intervenções às necessidades individuais.

A articulação intersectorial consiste noutra estratégia fundamental, permitindo ao assistente social integrar diferentes setores, como a saúde, a educação, a justiça, segurança social, entre outros, para se garantir um atendimento integral a pessoa com doença mental. A integração dos serviços de saúde mental no complexo do Serviço Nacional de Saúde facilitara muito o processo de descentralização.

Conforme Oliveira e Silva (2010), a intersectorialidade é essencial para superar a fragmentação dos serviços e promover uma abordagem mais ampla e eficaz nos pedidos da saúde mental. (E8) menciona: *“Eu tento fazer no meu serviço, com o apoio de tudo isto, com o conhecimento e com o apoio do Conselho de Administração, tentamos fazer uma equipa-espelho que depois fique com o resto da área de intervenção (...)”*, ilustra a procura por uma atuação integrada, eficiente e coordenada. (E10) reforça também a importância da intersectorialidade ao afirmar: *“Temos mantido tanto uma relação estreita, principalmente com as escolas”*, destacando a colaboração com outros setores para promover a saúde mental.

Por fim, importa destacar o papel do assistente social no combate ao estigma e na defesa dos direitos. A luta contra o estigma relacionado a saúde mental tem sido uma tarefa constante, que muito tem exigido do profissional uma postura crítica.

Como aponta Goffman (1988), o estigma é uma forma de violência simbólica que exclui e marginaliza os indivíduos, sendo fundamental combatê-lo por meio de ações educativas e de conscientização.

Além disso, o assistente social atua como um defensor dos direitos da pessoa com doença mental, garantindo o acesso a políticas públicas e combatendo as ofensas ainda infligidas.

(E11) exemplifica esta atuação ao afirmar: *“Identificamos aqui no internamento situações sociais que merecem mesmo acompanhamento da nossa parte. Pedem a avaliação da assistente social, o acompanhamento e a visita domiciliar para avaliação”*, destacando a importância da avaliação social e do acompanhamento contínuo.

A atuação do assistente social na saúde mental é pautada numa base teórico-metodológica sólida. Como destacado por (E1):

“(...) desde a entrada em funcionamento da equipa o número de consultas realizadas, o número de visitas domiciliárias realizadas, mas penso que o principal indicador é mesmo isso, é a diminuição do número de internamentos de doentes com doença mental grave”,

evidenciando o impacto positivo desta atuação na melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença mental e na diminuição de internamentos.

Os instrumentos técnico-operativos, são definidos no quotidiano da prática profissional como elementos predominantes para o assistente social.

As utilizações dos instrumentais técnico-operativos podem ser consideradas uma estratégia para executar ações, na prática, profissional, como revela Martinelli (2009), que a utilização criativa do instrumental com a habilidade técnica, vai *abranger não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e habilidades.*

3.1.4. A intervenção do assistente social integrado nas equipas de Saúde Mental Comunitária

Embora o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) aprovado em 2021, o Despacho n.º 8455/2022 e o Manual para a implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias de Saúde Mental Comunitárias de 2023 apresentem a constituição das equipas multidisciplinares de Saúde Mental Comunitárias: um médico com especialidade de psiquiatra dois enfermeiros um com a especialidade de Saúde Mental e psiquiatria; um psicólogo clínico; uma assistente social, terapeuta ocupacional; assistente técnico, tem-se verificado que as 10 equipas encontram-se com falta de recursos humanos.

A falta de profissionais, sobretudo assistentes sociais, dificulta a intervenção na comunidade, como disse uma (E2): *“Todas as equipas de saúde mental, no projeto inicial, foram concebidas para serem multidisciplinares, com psicólogo, assistente social, médico, enfermeiros e terapeuta ocupacional.”*

Esta visão é reforçada por outra entrevistada quando sublinha a importância da constituição total da equipa multidisciplinar de saúde mental comunitária na comunidade: (E8) *“Não pode, a equipa comunitária não funcionar sem um assistente social e tem sido muito isto (...)”*

Segundo João Ferreira (2017) a falta de financiamento adequado e a escassez dos recursos humanos tem sido um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento de um serviço de saúde mental eficaz em Portugal.

No entanto, apesar da sua importância, o assistente social enfrenta dificuldades pela falta de supervisão no terreno, material adequado e atualizado, pela sobrecarga em resultado dos poucos recursos humanos e a falta de infraestruturas adequadas, que podem comprometer a intervenção eficaz, como constatado por uma (E11):

“Muitas vezes telefonamos do nosso telefone, metemos o número anónimo e ligamos, por exemplo, se não soubermos uma morada ou de como chegar lá.” “Então temos um portátil quando nem sempre temos sítio para trabalhar.”

“(...) temos um portátil, que nos foi comprado com o apoio do PRR e entregue numa sessão há 1 ano no Porto e desde novembro que tenho o portátil, mas não tenho net. O portátil está na caixa porque ainda ninguém me conseguiu resolver a situação da ‘internet’. Claro que eu podia comprar uma pen, mas não faz sentido.”

Considerado um elemento indispensável nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária, o assistente social desempenha um papel central na integração das dimensões clínicas e sociais da saúde mental.

Como afirma Iamamoto (2007), o Serviço Social assume uma função mediadora entre as políticas sociais e as necessidades da população, garantindo a defesa dos direitos e a promoção da cidadania. Esta mediação é crucial para assegurar que as intervenções sejam holísticas e adaptadas às necessidades da pessoa com doença mental.

No entanto, apesar de ser reconhecido (E11): *“(...) quem define se é ou não um caso social são as assistentes sociais (...)”*, na prática, a sua voz nem sempre é valorizada na tomada de decisões clínicas, o que pode restringir a eficácia das intervenções. (E8) afirma que: *“O serviço social, é a resposta absolutamente fundamental. (...)”*. Esta afirmação sublinha a importância do assistente social, mas também evidencia a necessidade de um maior reconhecimento e empoderamento do seu papel na equipa.

Uma das características da intervenção do assistente social é o trabalho de proximidade, que permite uma atuação contextualizada e adaptada às necessidades específicas da comunidade.

Faleiros (2010) destaca que o contacto direto com a população e a intervenção comunitária são estratégias fundamentais para garantir a acessibilidade, a equidade aos serviços de saúde mental, a promoção da inclusão social dos grupos mais vulneráveis.

O assistente social conhece a comunidade onde a equipa está inserida, sendo um aspeto importante para a sua intervenção. Este conhecimento inclui associações comunitárias, estruturas locais e parceiros sociais desse local específico. Este conhecimento permite-lhe identificar recursos e estabelecer parcerias que facilitem a integração da pessoa com doença mental e haja respostas direcionada a sua família. (E5) descreve esta proximidade: *“Portanto, alguém que conheça bem a comunidade, quando digo a comunidade, não é só a população em si, mas também associações, projetos locais e até entidades mais particulares”*.

No entanto, a falta de reconhecimento neste trabalho pode levar a uma subutilização das competências do assistente social noutros serviços, fazendo que não esteja a tempo integral na equipa.

O assistente social desempenha um papel ativo na prevenção de situações de risco, como a violência entre adultos jovens, e na intervenção precoce para evitar o agravamento de problemas sociais e de saúde mental.

Yazbek (1993) sublinha que a prevenção e a intervenção precoce são fundamentais para evitar um agravamento de problemas sociais e de saúde mental, cabendo ao assistente social identificar e atuar sobre estes casos proativamente. (E1) relata: *“Nós fazíamos parte da equipa de prevenção da violência de adultos jovens em risco”*, e outro (E3) acrescenta: *“Estas situações são frequentemente sinalizadas pela comunidade”*.

A intervenção do assistente social não se centra unicamente na pessoa com doença mental, mas também é direcionada para a sua rede de suporte, incluindo a família e os cuidadores informais. Martinelli (1997) defende que a saúde mental é um fenómeno complexo que envolve não apenas o indivíduo, mas também o seu contexto familiar e social.

Esta abordagem holística é essencial para garantir que as intervenções sejam abrangentes e adaptadas às necessidades tanto da pessoa com doença mental como da sua família.

(E6) explica: *“Sim, o foco é sempre o doente, sendo previstas também intervenções familiares e, portanto, sim, é para o doente e para a família e cuidadores informais. Todos os que o rodeiam”*.

Outra (E4) reforça: *“Claro que também interagimos com a família, quando se trata de doença grave, até é obrigatório”*.

Outro ponto vigente, recai na falta de supervisão no assistente social integrado na equipa multidisciplinar de saúde mental comunitária, atendendo que lida com situações complexas de saúde mental e especialmente por estas envolverem também dinâmicos familiares difíceis.

O assistente social tem como princípio facilitar a equidade e a justiça social no que concerne ao acesso da pessoa com doença mental aos serviços e a outros recursos comunitários.

Boschetti, Behring e Santos (2009) destacam que a mediação e a desburocratização são inevitáveis para garantir que as necessidades das pessoas com doença mental sejam atendidas eficientemente, promovendo o acesso equitativo aos serviços. (E2) indica: *“(...) portanto, viu-se nas equipas comunitárias de saúde mental como um meio de conseguir esta facilidade de acesso para os doentes”*. (E9) acrescenta *“Nós tivemos de nos socorrer de todas as estruturas que a Comunidade tem para as pessoas serem integradas nelas”*.

Todavia, a falta de autonomia para tomar decisões rápidas e eficazes podem resultar em atrasos no acesso a serviços essenciais, comprometendo a qualidade do cuidado que pode ser prestado.

O assistente social procura sempre contribuir para a inclusão e/ou reinserção da pessoa com doença mental na sociedade, promovendo a sua autonomia, a sua capacitação e a garantia de acesso a direitos e recursos sociais.

Segundo Netto (2011), a promoção da autonomia, a capacitação e a garantia de acesso aos direitos do utente e da sua família são os pilares fundamentais da intervenção social em saúde mental. Neste sentido, cabe sempre ao assistente social desenvolver estratégias que promovam a inclusão social destes utentes. (E2) *descreve*:

“A nossa assistente social, é a técnica de referência ela ajuda no plano individual dos doentes, para evitar comportamentos não saudáveis, (...) intervém, socialmente, na comunidade com a função de desenvolver laços sociais, prevenir e facilitar o nosso doente em termos sociais na comunidade e também tenta auxiliar na parte financeira, de modo que ele tenha acesso àquilo que necessita para se manter bem (...)”.

A natureza multifacetada e intensa do trabalho do assistente social, combinada com a necessidade de supervisão no terreno e alívio da sobrecarga que o profissional tem ao ser “dividido” por vários serviços e sem as mínimas condições para dar resposta.

3.2 Observação direta e não participativa de uma equipa

A observação direta e não participante é uma técnica de recolha de dados amplamente utilizada em investigações qualitativas, permitindo ao investigador observar comportamentos, ações ou fenómenos no seu ambiente natural, sem intervir ou participar ativamente.

Esta abordagem foi aplicada durante o acompanhamento realizado a uma equipa de saúde mental comunitária, composta por 3 profissionais (assistentes sociais, médico e enfermeira). Estes profissionais não estão dedicados exclusivamente ao trabalho comunitário, desenvolvendo, também, trabalho noutros serviços.

A observação direta centrou-se na rotina matinal de preparação da saída da equipa e durante as visitas domiciliárias, previstas para aquele dia, sendo que estas encontram-se organizadas numa grelha previamente agendada por dias da semana e localidades.

A organização da equipa permitiu captar a autenticidade das dinâmicas sociais aplicadas na comunidade. De manhã a equipa realiza visitas a doentes já com diagnóstico. Em cada visita foi perceptível a dedicação dos profissionais no tempo “doado” e empatia que facultam a cada pessoa.

Verificou-se também, o porquê de apenas terem sido realizadas três visitas naquela manhã. Acima dos profissionais não estarem a tempo integral na equipa multidisciplinar, as áreas nas quais intervêm são longínquas.

Um dos autores de referência para a conceptualização desta técnica é Bardin (2008), que define a observação direta como um método que permite recolher informações sobre interações e fenómenos sociais de forma objetiva, mantendo o investigador distante do contexto observado. Sublinha a importância de um planeamento rigoroso, incluindo a definição clara dos objetivos da observação e a elaboração de um guia ou grelha de registo para documentar os dados de forma sistemática.

No caso da equipa multidisciplinar de saúde mental comunitária observada, foi possível identificar os obstáculos e desafios estruturais, sentidos pela equipa. Foi

relatado a falta de recursos humanos, de materiais, como por exemplo um carro novo, um computador e um telemóvel novo, iriam impactar a continuidade e a qualidade do atendimento à população.

Um dos membros da equipa referiu:

“As acessibilidades para chegarmos a certos sítios são difíceis, e no que respeita aos recursos materiais, temos falta de um carro, de um computador e de um telemóvel novos.”

Este relato ilustra as dificuldades sentidas pela equipa constituída por três elementos, as barreiras logísticas e operacionais que enfrentam semanalmente na prestação de serviços em áreas de muito difícil acesso ou em situações que exigem agilidade. Além disso, um dos profissionais da equipa indicou que: *“Se esta equipa estivesse completa, no que se refere aos recursos humanos, teríamos população para ser acompanhada a tempo inteiro.”*

Este testemunho vem evidenciar a necessidade que as equipas sentem com a escassez de recursos humanos e que inevitavelmente vai limitar a capacidade de atendimento, e impedir que a equipa atinja o seu potencial máximo de atuação.

No âmbito da observação direta e não participante, Yin (2014) enfatiza a importância desta técnica para estudos de caso e investigações que visam compreender fenómenos complexos em contextos reais. Destaca também que a observação direta permite captar detalhes contextuais e interações que poderiam passar despercebidos noutras abordagens, como entrevistas ou questionários.

No entanto, alerta para a necessidade de garantir a fiabilidade e a validade dos dados, através da triangulação com outras fontes de informação e da documentação rigorosa do processo de observação.

Neste caso, especificamente a observação direta permitiu captar não apenas as práticas dos profissionais, mas também, a resiliência e o compromisso que os mesmos têm para com a sua profissão e comunidade. Apesar das limitações que os envolve, esmeram-se para conceder uma resposta ágil e eficaz às necessidades da população, independentemente das várias limitações que enfrentam na intervenção.

Concluiu-se que a ausência de ferramentas adequadas pode resultar em frustração, desgaste emocional, falta de motivação e a eficácia do trabalho e até mesmo gerar um sentimento de desvalorização entre os profissionais.

As limitações de recursos, por exemplo, uma viatura adequada ao transporte da equipa, consegue limitar o acesso a comunidades com acessos mais reduzidos, perpetuando desigualdades.

A sobrecarga e a resiliência dos profissionais foram bastantes evidentes. Apesar das condições adversas, os profissionais demonstram um forte compromisso ético e emocional com o trabalho. No entanto, esta resiliência pode mascarar um problema mais profundo e normalizar a precariedade.

A dedicação excessiva, sem suporte adequado, pode levar ao esgotamento profissional, comprometendo a qualidade do atendimento e a saúde dos próprios profissionais.

3.2.1 Diretrizes para a Atuação do Assistente Social na Saúde Mental Comunitária: Uma Proposta de Sistematização com base na observação

Como princípios Orientadores da Intervenção, a atuação do assistente social na saúde mental comunitária deve assentar em princípios fundamentais que garantam a centralidade da pessoa, a promoção da cidadania e a defesa dos direitos humanos. Entre os *princípios orientadores* destacam-se, os direitos humanos e cidadania, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e participação ativa dos utentes nos processos de decisão que lhes dizem respeito; a abordagem centrada na pessoa, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo e valorizando o seu percurso de vida, contexto social e escolhas, a Inclusão social, combatendo o estigma associado à doença mental e promovendo a integração plena na comunidade; a interdisciplinaridade, através do trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde, educação, justiça e setor social; e o *empowerment*, fortalecendo a capacidade de decisão, autodeterminação e protagonismo dos utentes nos seus projetos de vida.

A intervenção do assistente social na saúde mental comunitária é multifacetada e desenvolve-se em diferentes níveis:

a) Avaliação Social

O diagnóstico social constitui uma etapa fundamental, permitindo identificar as necessidades, recursos e vulnerabilidades do utente e do seu contexto. Esta avaliação deve ser contínua, participativa e contextualizada, integrando dimensões como a

situação habitacional, rede de apoio, condições económicas, percurso escolar e profissional, entre outras.

b) Intervenção Individual e Familiar

O acompanhamento psicossocial visa apoiar o utente na gestão do seu quotidiano, na mobilização de recursos e no acesso a direitos sociais. A mediação com instituições e serviços, bem como o apoio às famílias e cuidadores informais, são igualmente dimensões centrais desta intervenção.

c) Intervenção Comunitária

A promoção de redes de suporte informal, a dinamização de grupos de ajuda mútua e a realização de ações de sensibilização comunitária são estratégias fundamentais para fomentar a inclusão social e reduzir o isolamento das pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

d) Advocacia e Defesa de Direitos

O assistente social deve assumir um papel ativo na denúncia de situações de exclusão, discriminação ou violação de direitos, promovendo a justiça social e a equidade no acesso aos cuidados e aos recursos da comunidade.

e) Articulação Interinstitucional

A intervenção eficaz em saúde mental comunitária exige uma forte articulação com outros setores, nomeadamente saúde, educação, habitação, justiça e setor solidário. A participação em Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) constitui uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de práticas integradas e centradas na pessoa.

O exercício profissional do assistente social neste domínio requer um conjunto de *competências específicas*, entre as quais, o conhecimento aprofundado das políticas públicas, legislação e instrumentos normativos em saúde mental, a capacidade de escuta ativa, empatia, comunicação intercultural e gestão de conflitos, o domínio de metodologias participativas e centradas na pessoa e o compromisso com os princípios éticos da profissão, nomeadamente a confidencialidade, o respeito pela autodeterminação e a promoção da justiça social.

No que se refere às metodologias e aos instrumentos de intervenção, a prática do assistente social deve ser sustentada por instrumentos técnicos que permitam planear, monitorizar e avaliar a intervenção. Entre os mais relevantes destacam-se:

- *Plano Individual de Intervenção (PII)*, construído em conjunto com o utente e a equipa multidisciplinar;

- *Registos e relatórios sociais*, que documentam o percurso de intervenção e fundamentam decisões;
- *Entrevistas, visitas domiciliárias e dinâmicas de grupo*, como técnicas de recolha de informação e intervenção.

A definição de diretrizes claras e fundamentadas para a atuação do assistente social na saúde mental comunitária constitui um contributo essencial para a qualificação das práticas profissionais e para a consolidação de um modelo de cuidados centrado na pessoa, na comunidade e nos direitos humanos. Da observação retira-se a necessidade de criação de *guidelines* específicas para o assistente social, cujas orientações deveriam apoiar os profissionais na sua missão de promover o bem-estar, a inclusão e a cidadania das pessoas em situação de sofrimento psíquico, contribuindo para uma sociedade mais justa, solidária e humanizada.

Quadro 3.1 – Grelha de observação direta das visitas domiciliárias

Dados de Identificação

Data: 21.5.2024 | Distrito: Setúbal | Turno: Manhã Tarde Noite

Equipa: Fixa Móvel

Visita: Domiciliar Institucional

Tabela de Registro de visitas domiciliárias

Nº	Hora	Local de Intervenção	Profissionais Presentes	Utente(s) Família	Tipo de Intervenção	Descrição Factual da Observação	Competências Demonstradas	Barreiras Identificadas
1		Azeitão	Médico/ Enfermeira e Assistente Social	Utente F	Acompanhamento domiciliário/gestão da medicação	Idosa encontra-se a viver sozinha. Não existe vaga em lar. Indicou inúmeras vezes que “ele” aparecia de moto todos os dias para lhe pedir dinheiro;	Gestão de medicação/ empatia da equipa para com a utente e procura de resposta por parte da AS.	Acesso geográfico (15Km)
2		Sesimbra	Médico/Enfermeira e Assistente Social	Utente F	Monitorização/Gestão de medicação injetável	Mulher jovem diagnosticada com surtos psicóticos. A enfermeira administrou o injetável que a utente necessita mensalmente;	Empatia, gestão de conflito e confiança da família na equipa.	Acesso geográfico/recursos materiais atuais. (14Km)
3		Sesimbra	Médico/Enfermeira e Assistente Social	Utente M	Gestão de medicação	Utente masculino que após se reformar foi-lhe detetado psicose. Já tentou agredir a esposa e o vizinho por ciúmes e porque acredita que têm um “caso extraconjugal). Obrigada, a esposa a dormir no sofá Casal casado há mais de 45 anos	Empatia, gestão de conflito e comunicação ativa.	Acesso geográfico/recursos materiais atuais. (3km)
4		Quinta da Conde	Médico/Enfermeira e Assistente Social	Utente F	Acompanhamento/receitas médicas	Utente feminina com depressão há vários anos e raramente sai de casa.	Linguagem empática, escuta ativa e ativação gradual comportamental por parte do médico.	Acesso geográfico/recursos materiais atuais. (20 Km)

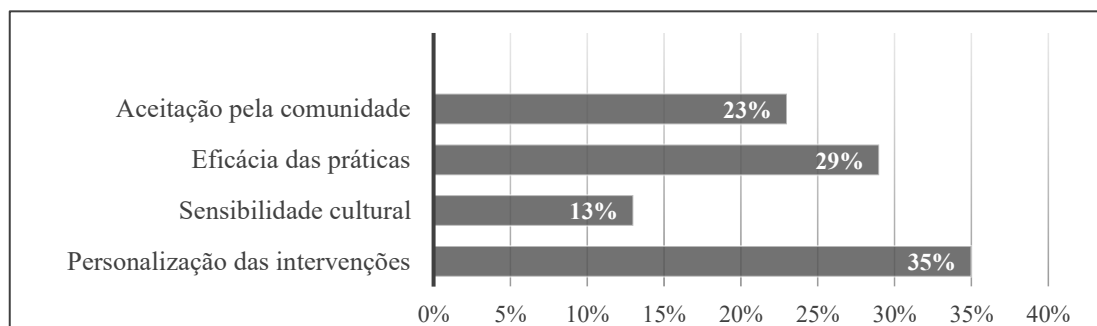
Fonte: Elaboração Própria

3.3 Estudo quanti-qualitativo das Respostas por Dimensão de Análise

A análise quantitativa das respostas dadas pelos entrevistados revela contributos importantes para a compreensão das novas configurações da intervenção do Serviço Social na área da saúde mental, destacando-se, em particular, a crescente integração destes profissionais em equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária.

Os gráficos apresentados resultam da análise quali-quantitativa de entrevistas realizadas no âmbito do estudo. Foram codificados 243 segmentos de texto (frases) no software MAXQDA, correspondentes às unidades de análise consideradas.

Quadro 3.2 – Análise da Dimensão Cultural

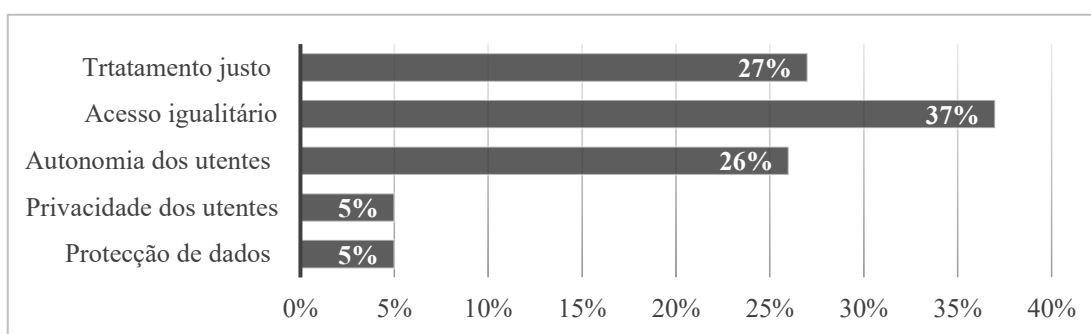


Fonte: Elaboração própria

A análise das respostas relativas à dimensão cultural (Quadro 3.1) mostra como as práticas dos assistentes sociais na área da saúde mental são moldadas por fatores culturais, tais como valores e normas sociais. A personalização das intervenções, destacada por 35% dos inquiridos, demonstra a importância de adaptar as práticas às especificidades culturais dos indivíduos.

A eficácia das práticas, apontada por 29%, reflete a preocupação de obter resultados tendo em conta o contexto cultural. No entanto, apenas 13% mencionaram explicitamente a sensibilidade cultural, o que sugere que há espaço para uma maior integração desta dimensão. A aceitação pela comunidade, mencionada por 23%, sublinha a necessidade das práticas estarem alinhadas com os valores culturais, a fim de garantir a eficácia e o impacto positivo das intervenções no domínio da saúde mental.

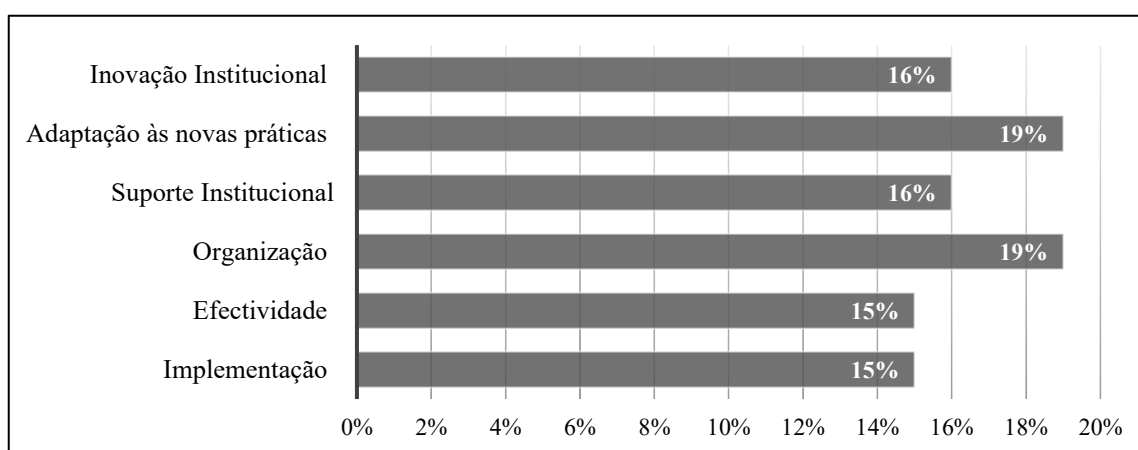
Quadro 3.3 – Análise da Dimensão Ética



Fonte: Elaboração própria

A análise quantitativa das respostas relativas à dimensão ética (Quadro 3.3) evidencia que as principais preocupações éticas nas novas intervenções na área de saúde mental devem estar centradas na equidade, com destaque para o acesso igualitário (37%) e o tratamento justo (27%). A autonomia dos utentes também é relevante (26%), refletindo o respeito pelas escolhas individuais da pessoa com doença mental. com menor percentagem, foram mencionadas a proteção de dados e a privacidade da pessoa com doença mental (ambas com 5%), sugerindo que, embora importantes, estas questões não estejam no centro das atuais preocupações. No geral, o foco está na justiça e no respeito pelos direitos da pessoa com doença mental.

Quadro 3.4 – Análise da Dimensão Institucional

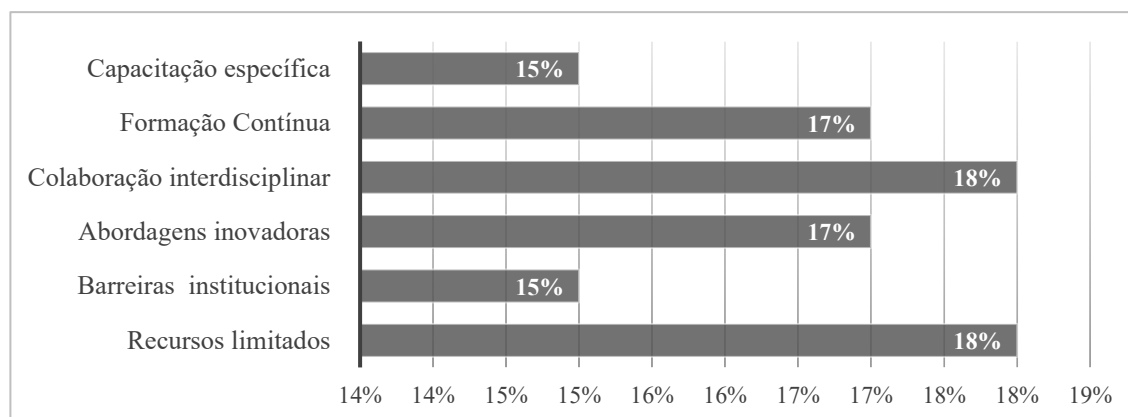


Fonte: Elaboração própria

A análise das respostas mostra que as mudanças nas práticas dos assistentes sociais na área da saúde mental são fortemente influenciadas pelas políticas e estruturas institucionais (Quadro 3.4). A adaptação às novas práticas, destaca-se com 19%, sendo o fator mais relevante, indicando a necessidade de flexibilidade dos profissionais. A

inovação institucional e o suporte institucional, representados por 16%, refletem a importância de novas abordagens e do apoio facultado pelas instituições. A organização surge com (16%), a implementação com (15%) e a efetividade com (15%) e a soma de ambas reforça que a eficácia das mudanças depende de uma integração estruturada e de um processo de adaptação eficiente.

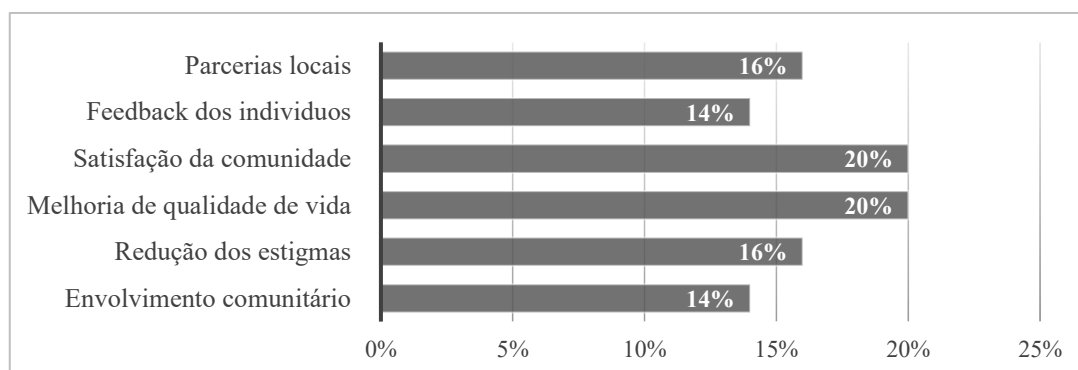
Quadro 3.5 – Análise da Dimensão Profissional



Fonte: Elaboração própria

A análise quantitativa das respostas revela aspectos importantes sobre as mudanças nas práticas profissionais (Quadro 3.5) dos assistentes sociais na área da saúde mental. A análise, revela que a mudança nas práticas dos assistentes sociais na área da saúde mental destaca a colaboração interdisciplinar com (18%) e a adoção de abordagens inovadoras com (17%), mostrando a importância do trabalho em equipes multidisciplinares e da incorporação de novas metodologias. A formação contínua com (17%) é essencial para manter os profissionais atualizados, enquanto as barreiras institucionais somam (15%) e os recursos limitados (18%), representam os desafios que afetam a implementação de inovações. A formação específica com (15%) aparece como uma necessidade, atendendo a escassez de especialização em áreas-chave como a saúde mental.

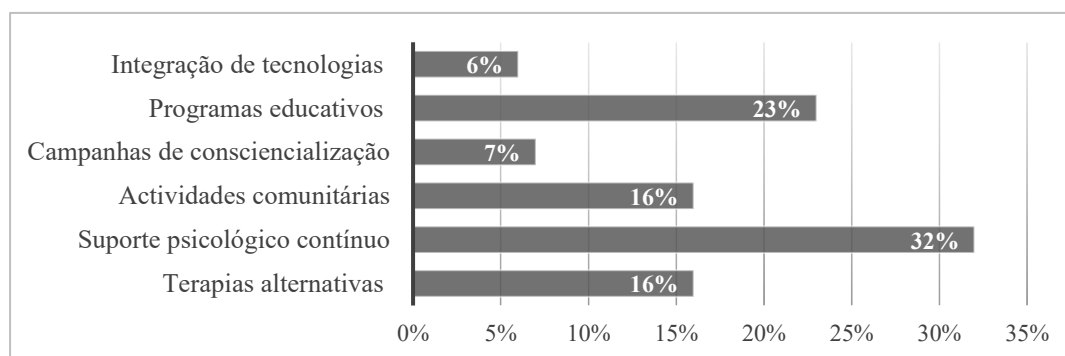
Quadro 3.6 – Análise da Dimensão Social



Fonte: Elaboração própria

A análise quantitativa das respostas relacionadas à dimensão social (Quadro 3.6) revela um panorama sobre o impacto das práticas profissionais dos assistentes sociais na sociedade, particularmente no contexto da área da saúde mental. A análise das respostas revela que o impacto das práticas dos assistentes sociais na sociedade reflete-se principalmente na melhoria da qualidade de vida (20%) e na satisfação da comunidade (20%). A redução dos estigmas e as parcerias locais, ambas somam 16%, demonstrando a importância de desmistificar questões relacionadas à saúde mental e colaborar com organizações locais. O envolvimento comunitário com (14%) e o feedback dos indivíduos com (14%) destacam pela relevância da interação direta com a comunidade e da escuta ativa para com a pessoa com doença mental e a sua família, aspectos fundamentais para ajudar a fortalecer as intervenções e garantir o seu sucesso.

Quadro 3.7 – Análise da Dimensão Saúde Mental



Fonte: Elaboração própria

Sistematizando, a análise quantitativa das respostas dadas pelas/os assistentes sociais entrevistados/as para a presente investigação facultam uma visão abrangente

sobre as mudanças que devem ser tidas em conta nas práticas profissionais dos assistentes sociais no domínio da saúde mental.

As respostas indicam que os fatores culturais influenciam significativamente estas práticas, mostrando uma enorme necessidade de se adaptar as intervenções às especificidades culturais a nível individual e a nível coletivo. A aceitação da comunidade e a eficácia das práticas são fundamentais para garantir que as intervenções sejam bem-sucedidas e obtenham um impacto positivo.

Quanto à ética, a equidade surge sendo uma enorme preocupação, mostrando a importância de se garantir um acesso justo e um tratamento adequado a todos os indivíduos. As questões direcionadas para a autonomia da pessoa com doença mental são relevantes, embora os aspetos sobre a proteção de dados e a privacidade ainda não estejam cimentados nas preocupações dos profissionais.

No que respeita às estruturas institucionais, a flexibilidade e a capacidade de adaptação a novas práticas são essenciais para o sucesso das intervenções. A inovação e o apoio facultado pelas instituições exercem um papel importante, como também, a organização destas mudanças vem influenciar diretamente a sua implementação e eficácia.

Profissionalmente, a colaboração interdisciplinar e a adoção de abordagens inovadoras são apresentadas como cruciais, reforçando a importância das equipas multidisciplinares no terreno e a necessidade de implementação de formação contínua na área da saúde mental. No entanto, as barreiras institucionais e os recursos limitados são desafios que urgem em ser ultrapassados, para se garantir a plena integração de novas práticas e metodologias.

As transformações nas práticas relacionadas com a área de saúde mental apresentam com grande relevo no aconselhamento psicológico contínuo e na integração de tecnologias, ponderando-se a importância das ferramentas digitais nas intervenções. Os programas educativos, as terapias alternativas e as atividades comunitárias desempenham papéis complementares, enquanto as campanhas de sensibilização, embora menos frequentes, continuam a ser essenciais para moldar a perceção pública da área da saúde mental.

Por último, na esfera social, o impacto das práticas profissionais dos assistentes sociais é evidenciado pela melhoria da qualidade de vida e pela satisfação da comunidade. A redução de estigmas e a colaboração com parcerias locais reforçam o papel central das práticas inclusivas e participativas. A interação com a comunidade e

o feedback dos utentes são elementos cruciais para reforçar as intervenções e garantir que estas atingem os resultados desejados.

3.4 Limitações do Estudo

As limitações deste estudo centraram-se, sobretudo, na dificuldade de aceder a literatura nacional atualizada sobre o Serviço Social e Saúde Mental, o que se revelou particularmente desafiante, tendo em conta que a investigação incide sobre o papel dos profissionais de Serviço Social integrados na área da saúde mental especificamente nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental comunitária. Este desafio é acentuado pelo facto de esta ser uma das primeiras investigações académicas a explorar esta temática específica, o que evidencia a escassez de material de referência.

A minha situação profissional, enquanto Técnica Superior de Intervenção Local nos Bairros Sociais do Município de Lisboa, constituiu igualmente uma limitação relevante em termos de gestão de tempo. A exigência de qualidade que imponho ao meu trabalho tornou difícil conciliar responsabilidades profissionais e académicas, uma situação ainda mais complexa pela impossibilidade de usufruir do estatuto de trabalhador-estudante desde o início da investigação. Saliento também que a presente jornada foi marcada por grandes desafios financeiros, atendendo ser sempre difícil aceder a apoios que nos auxiliem no adquirir conhecimento.

O agendamento das entrevistas online com os profissionais de Serviço Social e coordenadores/as também se revelou desafiante, pois os horários disponíveis coincidiram frequentemente com o meu período laboral ou com horário noturno.

No entanto, a empatia e a flexibilidade demonstradas pelos profissionais envolvidos permitiram ultrapassar estas dificuldades, viabilizando a realização das entrevistas. Em alguns casos, foi necessário reagendar, devido a imprevistos externos que impediram a sua realização no momento inicialmente previsto.

A amplitude do tema e o facto de muitos aspetos se revelarem cientificamente relevantes constituíram igualmente desafios, exigindo uma seleção criteriosa e um foco rigoroso para assegurar a objetividade e coerência deste estudo pois tal como referem Bogdan e Biklen (1994):

Dado que tudo é interessante e o universo que se quer estudar parece não ter limites, as escolhas tornam-se difíceis. Tem de se disciplinar no sentido de não querer estudar

tudo e precisa de colocar alguns limites à sua mobilidade física porque, se assim for, obterá dados demasiados difusos e inapropriados para aquilo que se propôs fazer (p.207).

No entanto, o foco seletivo revelou-se essencial para responder adequadamente aos objetivos delineados e para garantir a relevância dos resultados alcançados.

Conclusões

Esta investigação, desenvolvida por meio de uma metodologia qualitativa assente numa análise documental aprofundada, permitiu apurar a complexa realidade das novas configurações do profissional do Serviço Social inserido nas Equipas Multidisciplinares de Saúde Mental Comunitária em território nacional. A escolha por uma abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de compreender em profundidade as dinâmicas sociais, institucionais e profissionais que moldam a atuação dos assistentes sociais neste contexto específico, permitindo captar significados, percepções e experiências que dificilmente seriam apreendidos por métodos quantitativos.

Os dados recolhidos, provenientes de entrevistas semiestruturadas realizadas aos assistentes sociais e coordenadores inseridos nas 10 equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária criadas através do Despacho n.º 8455/2022 de 1 de julho de 2022, evidenciaram de forma inequívoca o valor singular da intervenção social neste domínio. Esta intervenção revelou-se particularmente relevante em três dimensões fundamentais: (1) na promoção da recuperação psicossocial por via de estratégias de inclusão comunitária, contribuindo para a reintegração social e o reforço da identidade dos utentes; (2) na redução significativa de internamentos reincidentes, proporcionando alternativas sustentadas à institucionalização prolongada e ao recurso contínuo aos serviços de urgência; e (3) no reforço das redes formais e informais de apoio, promovendo o envolvimento de famílias, comunidades e organizações na construção de respostas mais holísticas e eficazes.

Apesar dos resultados tangíveis obtidos pela prática dos assistentes sociais, a investigação revela uma incoerência preocupante entre os impactos positivos da intervenção e as fragilidades estruturais e institucionais que comprometem o seu exercício profissional. Esta dissonância manifesta-se, sobretudo, na precariedade dos vínculos laborais que, para além de afetarem a estabilidade dos profissionais, impossibilitam a continuidade dos cuidados e o acompanhamento duradouro necessário em contextos de saúde mental, onde o vínculo terapêutico e a relação de confiança com os utentes são determinantes.

A ausência de carreiras especializadas, a limitação dos contratos a prazos curtos e a inexistência de planos de progressão na carreira contribuem para um sentimento de

desvalorização e instabilidade, que impacta negativamente a motivação e o investimento dos profissionais. Adicionalmente, a falta de mecanismos institucionais que assegurem a formação contínua específica na área da saúde mental constitui um obstáculo ao desenvolvimento de competências técnicas e à atualização científica necessária para lidar com a complexidade das situações apresentadas.

A escassez de recursos humanos dedicados exclusivamente às funções propostas é notória e agrava-se com a sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos os poucos profissionais disponíveis. São poucas as equipas que contam com assistentes sociais a tempo inteiro, facto que limita significativamente a implementação de planos de intervenção individualizados e o acompanhamento sistemático dos utentes. Esta limitação compromete também o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária que visam trabalhar os determinantes sociais da saúde mental, tais como a pobreza, o desemprego, a exclusão social ou a violência.

A instabilidade dos postos de trabalho, aliada à ausência de formação específica em saúde mental, limita severamente a eficácia e autonomia técnica dos assistentes sociais. Sem uma base sólida de conhecimentos técnicos e teóricos nesta área, os profissionais enfrentam dificuldades em legitimar o seu papel dentro das equipas multidisciplinares, onde predomina uma lógica biomédica e clínica.

A hegemonia do modelo biomédico continua a dominar o campo da saúde mental, relegando a dimensão social para um papel secundário. Este desequilíbrio impede uma verdadeira interdisciplinaridade nas equipas e restringe a influência dos assistentes sociais nos processos decisórios. O predomínio da linguagem médica, da farmacoterapia e da lógica inviabiliza muitas vezes a construção de abordagens integradas, centradas na pessoa e na sua rede de suporte. A ausência de formação especializada agrava este cenário, dificultando o reconhecimento do seu contributo e a sua legitimidade técnica.

A avaliação do trabalho dos assistentes sociais baseia-se essencialmente em critérios quantitativos, como o número de diligências realizadas ou de doentes atendidos, negligenciando os aspetos qualitativos da intervenção. Tal abordagem penaliza estes profissionais, desvalorizando os princípios éticos e os objetivos de inclusão e bem-estar que regem a sua prática. Esta lógica produtivista não só distorce a natureza do trabalho social, como gera pressões e stress acrescido, contribuindo para o *burnout* e a rotatividade dos profissionais.

De acordo com Núncio (2010), a formação contínua é essencial para o desenvolvimento de competências críticas e baseadas em evidências. Só assim será possível consolidar práticas fundamentadas e criar indicadores estruturais específicos para o Serviço Social, dando maior visibilidade e valorização ao trabalho desenvolvido nesta área. O investimento na formação deve ser acompanhado pela criação de redes de supervisão técnica e científica, que permitam aos profissionais refletir sobre a prática, partilhar desafios e encontrar soluções coletivas para problemas complexos.

Outro fator crítico identificado é a elevada rotatividade dos assistentes sociais entre diferentes serviços e organizações, o que compromete diariamente a continuidade e eficácia das intervenções comunitárias. Esta rotatividade é muitas vezes impulsionada pela instabilidade contratual, pela ausência de incentivos à permanência e pela falta de reconhecimento institucional do trabalho desenvolvido. Acresce a existência de hierarquias que desvalorizam o conhecimento social em favor do saber médico, influenciando negativamente a qualidade das respostas oferecidas à população.

Para uma análise mais robusta, a investigação procedeu a uma comparação com modelos internacionais, nomeadamente do Canadá e da Irlanda. Nestes países, os assistentes sociais desempenham papéis de liderança no planeamento terapêutico, gerem casos com autonomia, participam na definição de políticas públicas e usufruem de supervisão profissional regular. Estes contextos evidenciam a importância da valorização institucional e política do Serviço Social, não apenas como prestador de cuidados, mas como agente transformador das políticas e práticas em saúde mental.

Tais modelos demonstram que a valorização do Serviço Social fortalece os sistemas de saúde mental comunitária e melhora a qualidade de vida das populações. Esta valorização traduz-se em melhores condições de trabalho, maior reconhecimento social, acesso a formação especializada e inclusão nas estruturas de decisão. Além disso, reflete uma visão mais abrangente da saúde mental, que integra os determinantes sociais, a participação comunitária e a construção coletiva do bem-estar.

A investigação sublinha ainda a ausência generalizada de supervisão profissional nas equipas. Segundo Tony Morrison (2005), a supervisão é um processo essencial para o desenvolvimento da identidade profissional e para garantir uma prática ética e reflexiva. A falta de supervisão impede a análise crítica das práticas, o apoio técnico em situações complexas e o desenvolvimento profissional contínuo, fatores essenciais para garantir uma intervenção de qualidade.

Os modelos analisados reforçam a importância da inclusão social como pilar das intervenções em saúde mental. A recuperação dos utentes com doença mental é mais eficaz e sustentável quando inserida numa lógica comunitária de apoio, autonomia e participação. A comunidade deve ser entendida não apenas como espaço geográfico, mas como rede de relações, recursos e significados, que influencia diretamente a saúde mental dos seus membros.

No entanto, não basta reconhecer teoricamente a relevância do Serviço Social. Portugal deve adotar medidas concretas que assegurem a autonomia e protagonismo dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária.

Essas medidas devem ser realistas e sustentadas por uma visão política clara, por investimento financeiro adequado e por reformas institucionais que criem condições estruturais para o exercício pleno da profissão.

A investigação culmina com a apresentação de um plano integrado de intervenção baseado em *quatro eixos estratégicos*: qualificação, empoderamento institucional, desenvolvimento científico e reconhecimento político.

O *primeiro eixo*, propõe a criação de mestrados em Intervenção Psicossocial com ênfase na saúde mental e a certificação obrigatória para atuar neste campo, acompanhados de programas de formação contínua e estágios práticos em parceria com universidades. Esta proposta visa assegurar que os assistentes sociais possuam as competências específicas exigidas por um campo de atuação altamente especializado e em constante transformação.

O *segundo eixo*, empoderamento institucional, defende a criação de carreiras especializadas com progressão baseada na qualificação e desempenho, a inclusão dos assistentes sociais na gestão estratégica das unidades de cuidados primários e a igualdade de representação nas equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária. Estas propostas estão em linha com as ideias de Lena Dominelli (2002), que advoga a valorização do saber social e a superação de estruturas hierárquicas desiguais. A institucionalização de estruturas de coordenação social dentro das equipas permitirá maior coerência e impacto nas intervenções.

O *terceiro eixo*, centrado no desenvolvimento científico, propõe a criação de um Observatório de Práticas Sociais em Saúde Mental, o financiamento de investigação e a produção de métricas de impacto reconhecidas internacionalmente. A articulação entre academia, prática profissional e instituições é crucial para fomentar inovação e sistematização do conhecimento. A produção científica própria e rigorosa é

condição fundamental para afirmar o Serviço Social como área de saber autónoma e relevante.

O *quarto eixo*, reconhecimento político, sugere-se a integração explícita do Serviço Social no Plano Nacional de Saúde Mental, a reserva de pelo menos 25% dos recursos humanos das equipas para assistentes sociais e a criação de Gabinetes de Apoio Social nas unidades. Estas medidas devem ser sustentadas por um reforço orçamental adequado para garantir estabilidade, expansão e inovação nas respostas sociais. A consagração legal do papel dos assistentes sociais permitirá um reconhecimento formal e efetivo do seu contributo.

A recente criação da Ordem dos Assistentes Sociais constitui um passo histórico para a regulamentação da profissão. A Ordem terá um papel fundamental na definição de padrões de qualidade, na promoção da formação de supervisores especializados e na defesa de condições laborais dignas.

Como refere Neil Thompson (2009), a supervisão contínua é um fator chave para melhorar a qualidade dos serviços e proteger os profissionais e as comunidades. A Ordem dos Assistentes Sociais (OAS) deve ainda promover a ética profissional, a responsabilização e a construção de uma identidade coletiva forte.

Os exemplos internacionais demonstram que a excelência em saúde mental comunitária depende diretamente do empoderamento do Serviço Social. Portugal tem agora uma oportunidade histórica para implementar estas mudanças, não só como forma de reconhecimento profissional, mas como imperativo para a melhoria dos serviços e do bem-estar coletivo. Trata-se de um compromisso com uma sociedade mais justa, inclusiva e solidária, onde a saúde mental seja entendida como um direito humano fundamental e não apenas como um problema clínico.

Face aos desafios identificados, esta investigação defende a criação de uma agenda estratégica nacional para o Serviço Social em saúde mental comunitária, assente em quatro pilares essenciais: a qualificação técnica especializada, o empoderamento institucional, o desenvolvimento científico e o reconhecimento político. Reconhece-se, no entanto, como limitação do estudo, o facto de a análise se ter centrado exclusivamente nas 10 equipas atualmente em funcionamento, o que, sendo uma realidade ainda em fase inicial de implementação, pode não refletir a diversidade potencial de práticas e contextos futuros. Ainda assim, os dados recolhidos revelam tendências consistentes e apontam caminhos viáveis para a consolidação da intervenção social neste domínio. Estas medidas não se limitam à valorização profissional dos

assistentes sociais, mas representam um imperativo ético e social para transformar os sistemas de saúde mental em Portugal. O futuro exige uma resposta integrada, sustentada por investimento público, supervisão contínua e uma visão centrada na dignidade humana. Consolidar um modelo verdadeiramente interdisciplinar e inclusivo não é apenas desejável — é urgente e necessário para garantir o direito à saúde mental como um pilar de uma sociedade mais justa, solidária e equitativa.

Referências bibliográficas

- ADEB - Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares. (n.d.). Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.adeb.pt/>
- Agência para a Integração, Migrações e Asilo - AIMA. (2024). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2023. Agência para a Imigração, Mobilidade e Asilo*. <https://aima.gov.pt/documents/rma-2023.pdf>
- Albuquerque, C. P., & Arcoverde, A. C. B. (2017). *Serviço social contemporâneo: Reflexividade e estratégia*. Pactor.
- AlertaMente: Associação Nacional para a Saúde Mental, Portugal. (n.d.). AlertaMente. <https://www.alertamente.org/>
- Allison, M. A., Attisha, E., Lerner, M., de Pinto, C. D., Beers, N. S., Gibson, E. J., Gorski, P., Kjolhede, C., O’Leary, S. C., Schumacher, H., & Weiss-Harrison, A. (2019). *The Link Between School Attendance and Good Health*. *Pediatrics*, 143(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3648>
- Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Aluh, D. O., Santos-Dias, M., Silva, M., Pedrosa, B., Grigaitė, U., Silva, R. C., de Almeida Mousinho, M. F., Antunes, J. P., Remelhe, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2023). *Contextual factors influencing the use of coercive measures in Portuguese mental health care*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 90, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101918>
- Alves, F. (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade aberta.
- Alves, F. (2001). *Sociologia da saúde: Perspetivas críticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amadei, G. N., Barbosa, G. C., Pinho, P. H., Oliveira, M. A. F. D., & Domingos, T. D. S. (2023). Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220163.
- Amadei, J., Silva, R. M., & Torres, L. (2023). *Participação social e saúde mental: Caminhos para a cidadania*. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 15(1), 45–60.
- Amaro, F. (2005). *Saúde mental: Conceitos e práticas*. Lisboa: Editora Saúde.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Apers, H., Chibanda, D., Bass, J., Tol, W., & Ventevogel, P. (2023). Interventions to improve the mental health or mental well-being of migrants and ethnic minority groups in Europe: A scoping review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e23. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.15>
- Appleton, R., Williams, J., Vera San Juan, N., Needle, J. J., & Schlieff, M. (2021). *Implementation, adoption, and perceptions of telemental health during the COVID-19 pandemic: Systematic review*. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e31746. <https://doi.org/10.2196/31746>
- ARIA (2023). Apoio Aos Doentes Depressivos E Bipolares. <https://www.adeb.pt/>
- Assembleia da República. (2023). *Lei n.º 35/2023, de 21 de julho: Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexas, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho*. Diário da República n.º 141/2023, Série I, 2–23. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/35-2023-213207547>

- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código deontológico dos assistentes sociais*. <https://www.eas.pt/wp-content/uploads/2018/12/C%C3%B3digo-Deontol%C3%B3gico-dos-Assistentes-Sociais-C%C3%B3pia-1.pdf>
- Barata, H. (2016). *Políticas públicas de saúde mental em Portugal: O papel do Serviço Social*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., & Johnson, S. (2018). *Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013–1022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)
- Bartlett, H. M. (1993). *The common base of social work practice*. National Association of Social Workers.
- Bartlett, P., & Wright, D. (2019). *Outside the walls: Histories of deinstitutionalization in Europe*. Palgrave Macmillan.
- Basaglia, F. (1968). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. M. (2006). *The EUHPID health development model for classification of public health indicators*. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159.
- Beresford, P. (2014). Public participation in health and social care: Exploring the co-production of knowledge. *Frontiers in Sociology*, 3, 1–11.
- Berrios, G. E. (1996). *Adolf Meyer e o desenvolvimento da psiquiatria americana: uma revisão seletiva com foco na demência precoce*. *História da Psiquiatria*, 7(27 Pt 3), 427-448.
- Binesto, José Augusto (2007). *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática - São Paulo*.
- Bjørkedal, S. T. B., Christensen, T. N., Poulsen, R. M., Ranning, A., Thorup, A. A. E., Nordentoft, M., Bojesen, A. B., Hastrup, L. H., Ustrup, M., & Epløv, L. F. (2025). *Study protocol: an effectiveness, cost-effectiveness, and process evaluation of headspace Denmark*. *Frontiers in Public Health*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1491756>
- Bjørkenheim, M. (2018). *Towards Biographical Agency in Health Social Work*. Recuperado de https://fskc.fi/Site/Data/2067/Files/Bjo%CC%88rkenheim_08_2018_ED%20SLU_TLIG.pdf
- Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y.-T. (2020). *Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*. *Psychological Medicine*, 51(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Boschetti, I., Behring, E. R., & Santos, S. M. (2009). *Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas*. São Paulo, SP: Cortez.
- Braga, C. P. (2019). *A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma*

- psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 198–213. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019190125>
- Brasil. (2001, 6 de abril). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos crônicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brekke, E., Lamu, A. N., Angeles, R. C., Clausen, H., & Landheim, A. S. (2025). *Changes in inpatient mental health treatment and related costs before and after flexible assertive community treatment: a naturalistic observational cohort study*. *BMC Psychiatry*, 25(164), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06614-9>
- Brinca, J. A. S. S. da. (2017). *O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de prática(s)* [Tese de doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14846>
- Budeva, S. (2021, maio). *Mediation and social work*. Comunicação apresentada na 2.^a Conferência do Forum on Studies of Society, Chieti-Pescara, Itália. St. Cyril and St. Methodius University of Veliko Tarnovo (pp. 39–48).
- Caldas de Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos portugueses* (Ensaio da Fundação; 82). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos Pinto, P. (Coord.). (2020). *Monitorização dos direitos das pessoas com deficiência em Portugal* [Relatório]. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. <https://paulacampospinto.com/wp-content/uploads/2020/03/Monitorizac%CC%A7a%CC%83o-dos-direitos-humanos-das-pessoas-com-deficiencia-em-portugal.pdf>
- Carmo Araújo, N., de Araújo, T. M., do Carmo Araújo, T., & Macedo Carvalho Freitas, A. (2019). *Desinstitucionalização da saúde mental em um hospital psiquiátrico na Bahia, Brasil*. *Revista de Saúde Coletiva Da UEFS*, 9, 132–137. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.4715>
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carvalho, A. L. B. de, & Oliveira, A. G. A. de. (2009). *A atuação do serviço social na saúde mental*. *Revista Kairós*, 12(2), 273–286.
- Carvalho, M. I. (2020). *Serviço Social em catástrofes, intervenção em crise e emergência social*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I. (Org.) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Editora Pactor
- Casquilho-Martins, I., & Belchior-Rocha, H. (2022). *Responses to COVID-19 social and economic impacts: A comparative analysis in southern European countries*. *Social Sciences*, 11(2), 36.
- Cassel, E. J. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645.
- Castrillo, P., Guijarro, R., & Cerviño, M. (2017). *Multidisciplinary Approach to Several Mental Disorders: Clinical Case*. *European Psychiatry*, 41(1), 712–712. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1271>
- Cavalcante Silva, J. M. (2011). Políticas públicas como instrumento de inclusão social. *Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização*, 7(2), 1–52. <https://doi.org/10.5102/prismas.v7i2.1114>

- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – CHPL. (n.d.). *Hospital Júlio de Matos*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.chpl.min-saude.pt/instituicao/hospital-julio-de-matos/>
- Charlton, J. I. (2000). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment* (1.^a ed.). University of California Press.
- Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., Weye, N., Momen, N. C., Whiteford, H. A., Iburg, K. M., & McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e161. <https://doi.org/10.1017/S204579602000075X>
- Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal. Aprovado na Assembleia Geral da APSS em 25 de outubro de 2018
- Comissão as Comunidades Europeias (2005). Livro verde - *Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/livroverdemental?r=771>
- Comissão europeia. (2023). *Comunicação da Comissão: Uma abordagem abrangente da saúde mental*. Direção-Geral da Saúde e da Segurança dos Alimentos. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_pt
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2024). *Mapeamento de boas práticas no âmbito da promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens*. CNPDPCJ. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14801/Mapeamento+de+Boas+Pr%C3%A1ticas/69060c17-56ca-424b-bf44-1b5ab281ca89>
- Conselho Nacional de Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2020–2030: Termos de referência* (p. X). Ministério da Saúde. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf>.
- CRESCER – Associação de Intervenção Comunitária. (2022). *Podemos erradicar as situações crónicas de sem-abrigo?* <https://crescer.org/wp-content/uploads/2022/06/BOOKLET-PT-A5.pdf>
- Cunha, A. C., Pio, D. A. M., & Raccioni, T. M. (2017). Acompanhamento terapêutico: Conceções e possibilidades em serviços de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 638-651.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davidson, L., O'Connell, MJ, & Tondora, J. (2008). *Recuperação em doença mental grave: um novo vinho ou apenas uma nova garrafa?* *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 39(5), 487-494.
- Davidson, L., O'Connell, MJ, Tondora, J., Lawless, MS, & Evans, AC (2005). *Recuperação na doença mental grave: Um novo vinho ou apenas uma nova garrafa*. *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 36(5), 480.
- Department of Health. (2021). *Mental Health Strategy 2021-2031*. <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/doh-mhs-strategy-2021-2031.pdf>
- Diário da República. (2021). *Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-174197926>.
- Dias, C. I. A. (2022). *O modus operandi do gestor de caso: A intervenção ao nível da promoção e proteção de crianças e jovens em CPCJ* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/40906>

- Direção-Geral da Saúde - DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde Mental 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2023). *Manual para a Implementação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental*. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Manual_para_a_Implementa_o_de_ECSM_v2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017-2020). *Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável — de tod@s para tod@s*. DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. Palgrave Macmillan.
- Dominelli, L. (2010). *Social work in a globalizing world*. Polity Press.
- Domingos, P. & Fazenda, I. (2016). *Serviço social na saúde mental, uma visão multidimensional*. In APSS, Serviço Social na Saúde Mental. Sítio do Livro.
- Duarte, T., Costa, P., & Ornelas, J. (2019). *Implementation of Housing First in Lisboa, Portugal: A Fidelity Study of Casas Primeiro Programme*. *European Journal of Homelessness*, 13(3), 199–227. https://www.feantsa.org/download/12-3_ejh_2018_duarte5123425204035460814.pdf
- ECD. (2021). *Health at a glance 2021: Mental health indicators*. Paris: OECD Publishing. *Entre o Cuidado Psicossocial e o passatempo: as oficinas terapêuticas no campo da saúde mental*. Disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/37791>
- Ellem, K., O'Connor, M., Wilson, L., & Williams, A. (2013). *Social work with marginalized people who have a mild or borderline intellectual disability: Practicing gentleness and encouraging hope*. *Australian Social Work*, 66(4), 519–531. Disponível: <https://doi.org/10.1080/0312407x.2012.710244>.
- Esteves, M. (2012). *Estudo da competência ortográfica: A influência da frequência lexical na aprendizagem da ortografia do português europeu* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/4505/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20Esteves.pdf>.
- Ezer, T., & Shuman, S. (2017). *Direitos humanos e saúde mental: Perspectivas atuais*. *Jornal Internacional de Sistemas de Saúde Mental*, 11(1), 43.
- Faleiros, V. P. (2010). *Estratégias em serviço social*. São Paulo, SP: Cortez.
- Familiarmente. (n.d.). *Missão e objetivos*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://familiarmente.pt/missao-e-objectivos/>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Fazenda, I. (2017). *Saúde mental em Portugal: Constrangimentos e desafios para o serviço social*. *Ciências e Políticas Públicas*, 3(1), 81–104. Federação Internacional dos Assistentes Sociais. (2010). *Standards in social work practice meeting human rights*.
- Fazenda, Isabel (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandes, A. C., Marques, C., Monteiro-Grillo, I., Pisco, L., Delgado, M., França, M., & Dotti, T. (2011). *A Qualidade em Saúde face aos novos desafios do*

- Sistema de Saúde. *Cadernos Saúde e Sociedade*. Loures: Diário de Bordo Editores.
- Ferreira, J. (2011). *A investigação em serviço social: modelos para a compreensão da realidade*. *Intervenção Social*, 0(38), 99–113.
- Ferreira, P. I. (2017). Serviço Social e vulnerabilidades laborais: desafios face à complexidade do mundo atual. Lusíada. *Intervenção Social*, (49/50), 63–90. <https://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2654>
- FNERDM (s.d.) Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. *Página inicial*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.fnerdm.pt/>
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.
- Foucault, M. (1987). *História da loucura*. São Paulo: Edições Perspectiva.
- Foucault, M. (2008). *Doença mental e psicologia*. Texto & Grafia, Lda.
- Francis, A. P. (2014). *Contexts and theories for practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Freitas, M. C. (2010). *Saúde mental e atenção psicossocial: A clínica entre a tradição e a inovação*. Editora Fiocruz.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de saúde mental e psicopatologia*. Edições Salesianas.
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 90, 102087. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102087>
- Gilabert, P. (2024). Inclusive dignity. *Politics, Philosophy & Economics*, 23(1), 22–46. <https://doi.org/10.1177/1470594X231178499>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Nova Iorque: Anchor Books.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., van Wijngaarden, B., Papoila, A. L., Schene, A., Caldas-de-Almeida, J. M., & the MINDMAP consortium. (2018). *Sistema de saúde e análise política dos sistemas de saúde mental em Portugal*. *Jornal Internacional de Sistemas de Saúde Mental*, 12(1), 1-15.
- GOV.pt. (2025). Guia do cuidador informal. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.gov.pt/guias/cuidador-informal>
- Grimes, K. E., Schulz, M. F., Cohen, S. A., Mullin, B. O., Lehar, S. E., & Tien, S. (2011). Pursuing cost-effectiveness in mental health service delivery for youth with complex needs. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14(2), 73–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21881163>
- Guadalupe, S. (2001). *Intervenção em Rede e Doença Mental*. Disponível em: file:///C:/Users/gbl0530/Downloads/intervencao_em_rede_2ed.pdf
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede. Serviço Social, sistémica e redes de suporte social* (2a edição). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guadalupe, S., Gonçalves, M. D. J. M., Fonseca, P., Silva, A. M. F. F., & Ávila, O. (2020). *Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios*. *Emancipação*, 20, 1-22.
- Guerra, I. (2010). *Intervenção social e cidadania*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Harms-Smith, L., Martinez-Herrero, M. I., Arnell, P., Bolger, J., Butler-Warke, A., Cook, W., Downie, M., Farmer, N., Nicholls, J., & MacDermott, D. (2018). *Social work and human rights: A practice guide*. *Care Inspectorate Hub*. <https://hub.careinspectorate.com/media/3938/social-work-and-human-rights-a-practice-guide.pdf>

- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Principia.
- Hatef, E., Wilson, R. F., Zhang, A., Hannum, S. M., Kharrazi, H., Davis, S. A., Foroughmand, I., & Weiner, J. P. (2024). *Effectiveness of telehealth versus in-person care during the COVID-19 pandemic: A systematic review*. *Digital Medicine*, 7 (157). <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01152-2>
- Hori, M. I., & Nascimento, A. F. (2014). *Atenção psicossocial e práticas interdisciplinares: Desafios para o cuidado em saúde mental*. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 123–130.
- HSE. (2022). *Mental health supports and services*. HSE.ie. <https://www2.hse.ie/mental-health/services-support/supports-services/>
- Iamamoto, M. V. (2004). *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez.
- Iamamoto, M. V. (2008). *Serviço social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social* (p. 53). Cortez Editora.
- Iamamoto, M. V., & Carvalho, R. A. (1999). *Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. Cortez Editora.
- Instituto Nacional de Saúde Mental. (2019). *Informações sobre saúde mental*: Disponível: <https://www.nimh.nih.gov/health/index.shtml>
- International Federation of Social Workers & International Association of Schools of Social Work. (2000, julho). *Definition of social work*. Montreal: IFSW/IASSW. <https://www.ifsw.org/mental-health/>
- International Federation of Social Workers. (2000). *Definition of Social Work*.
- Jaimes-Maldonado, D., & Pérez-Méndez, L. I. (2019). *La lucha por los derechos humanos*. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 3-8.
- Jardim, P. M., & Jardim, K. S. S. (2020). *Modelo biopsicossocial: Uma questão teórica ou epistemológica?* *Revista CIF Brasil*, 12(2), 1–7.
- Jesus, S. N. (2007). *Saúde mental em Portugal: O percurso histórico das políticas e dos serviços*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 117-123.
- Jones, N., & Shahrokh, T. (2013, abril). *Social protection pathways: Shaping social justice outcomes for the most marginalised, now and post-2015* (ODI Background Note). Overseas Development Institute. <https://media.odi.org/documents/8390.pdf>
- Justino, E. & Ferreira, J. (2022). *Determinantes sociais da saúde e os desafios da transformação digital. Uma breve reflexão sobre populações vulneráveis*. *Cadernos de Saúde Societal*. 3, 19-28 https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2022/11/24/1669293875177_cadernos_Saude_Societal_03_2022_PT.pdf
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). *Prevalência ao longo da vida e distribuições da idade de início dos transtornos do DSM-IV na Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidade*. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Keyes, C. L. M. (2002). *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., Rousseau, C., & editores. (2011). *Consulta cultural: Encontrando o outro no cuidado em saúde mental* (Vol. 6). Springer Science & Business Media.
- Kleinman, A. (1988). *Repensando a psiquiatria: Da categoria cultural à experiência pessoal*. Imprensa Livre.

- Kuipers, E., Garety, P. A., & Fowler, D. (2000). *Cognitive-behavioral therapy for psychosis: A manual for therapists*. Routledge.
- Lavall, C., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2009). *A rede de saúde mental: Reflexões sobre o cuidado em liberdade*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17(2), 197–203.
- Leal, I. (2010). *Os hospitais psiquiátricos em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Almedina.
- Livro verde (2005). *Melhorar a Saúde Mental da população-Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*.
- Loughran, H. (2016). *Understanding Mental Health: A Critical Realist Exploration*. Bristol: Policy Press
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2021). *Promover a saúde: Dos fundamentos à ação*. Almedina.
- Malone, J. L., & Stanley, D. (2013). *Community-based mental health initiatives in a First Nations health centre: Reflections of a transdisciplinary team*. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 11(3), 433–439. <https://journalindigenousandwellbeing.co.nz/wp-content/uploads/2014/02/08MaloneStanley-rev.pdf>
- Mancini, A. D., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). *Dando sentido ao modelo social da deficiência: Implicações para a prática do aconselhamento em reabilitação*. Boletim de Aconselhamento de Reabilitação, 48(4), 194-202.
- Marques, E., & Mouro, H. (2004). *Portugal*. In A. Campanini & E. Frost (Eds.), *European Social Work, commonalities and differences* (pp. 182–188). Roma: Caracci Editori.
- Martinelli, M. L. (1997). *Serviço social: Identidade e alienação*. São Paulo, SP: Cortez.
- Martins, Alcina (1999). *Serviço social e investigação. Serviço social profissão & identidade, que trajetória?* Lisboa/S. Paulo: Veras Editora.
- Martins, H. S. P. (2015). *O trabalho das parcerias nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens: Articulação entre as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e os Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/Helena%20Sofia%20Martins.pdf>
- Matos, A. C. de. (2012). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. I. H. (2013). *Serviço social e saúde mental em contexto hospitalar* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/8550>
- Matos, M., & Machado, A. (2016). *Violência doméstica: Intervenção em grupo com mulheres vítimas – Manual para profissionais*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2690.6644>
- McCutchan, P. K., Yates, B. T., Jobes, D. A., Kerbrat, A. H., & Comtois, K. A. (2022). *Costs, benefits, and cost-benefit of Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus enhanced treatment as usual*. PLOS ONE, 17(2), e0262592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262592>
- Mendes, A. C., & Santos, J. M. (2016). *Lei de saúde mental portuguesa: Realidade e utopia*. Revista de Enfermagem Referência, IV (9), 191-199.

- Mental Health Act 2001 (No. 25/2001). *Ireland*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2001/act/25/enacted/en/pdf>
- Mental Health Commission of Canada. (2021). *National mental health strategy*. Ottawa: MHCC.
- Mental Health Foundation. (s.d.). *Homelessness: Statistics*. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/homelessness-statistics>
- Mental Health Ireland. (n.d.). What we do. Acedido a 30 de dezembro, 2025, from <https://www.mentalhealthireland.ie/what-we-do/>
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., & Olschowsky, A. (2009). *Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. Cogitare Enfermagem*, 14(1), 125-131. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14102/9486>
- Miller, P. (1999). *Saúde mental e cidadania: A construção de novos paradigmas*. Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (11ª ed.). Hucitec.
- MindBeacon. (n.d.). *Guided CBT Programs*. Acedido a 30 de dezembro, 2025. <https://www.mindbeacon.com/guided-cbt-programs>
- Ministério da Saúde. (2024). *Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação*. <https://saudemental.min-saude.pt/relatorio-reforma-da-saude-mental-em-portugal-3-anos-de-transformacao/>
- Mioto, R. C. T. (2007). *Família e redes sociais: desafios para o serviço social*. Serviço Social & Sociedade, 90, xx–xx.
- Monteiro, A., Gama Marques, J., Bento, A., & Telles-Correia, D. (2022). Mental illness among 500 people living homeless and referred for psychiatric evaluation in Lisbon, Portugal. *CNS Spectrums*, 27(6), 699–708. <https://doi.org/10.1017/S1092852921000547>
- Nações Unidas. (2017). *Direitos humanos e saúde mental: Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos*. Recuperado de <https://www.oh>
- National Association of Social Workers (NASW). (2013). *Saúde mental*. Recuperado de <https://www.socialworkers.org/Practice/Behavioral-Health/Mental-Health>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2019). *The community mental health framework for adults and older adults*. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.pdf>
- Netto, J. P. (2004). *Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64* (7ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Netto, J. P. (2011). *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo, SP: Cortez.
- Nico, B. (2021). *Análise de conteúdo e pesquisa qualitativa: Aplicações práticas com base em Bardin*. Editora Vozes.
- Nicola, P. (2008). Como construir uma boa questão de investigação. In E. Silva (Coord.), *Investigação passo a passo – Perguntas e respostas para a investigação clínica*. Lisboa: APMCG.
- Núncio, M. J. da S. (2010). *Introdução ao serviço social: História, teoria e métodos*. Coleção manuais pedagógicos.
- O'Campo, P., Stergiopoulos, V., Davis, O., Lachaud, J., Nisenbaum, R., Dunn, J. R., Ahmed, N., & Tsemberis, S. (2022). *Health and social outcomes in the Housing*

- First model: Testing the theory of change. EClinicalMedicine*, 47, 101387.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101387>
- Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). *Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. Science*, 366(6464), 447–453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>
- OBSERVADOR. (n.d.). *Labirinto*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://observador.pt/programas/labirinto/>
- Oliveira, M. (2007). Como fazer pesquisa qualitativa. *Vozes*.
- Oliveira, M. A., & Silva, A. T. C. (2010). *Intersectorialidade e saúde mental: desafios para o cuidado integral*. *Saúde em Debate*, 34(85), xx–xx.
- Oliveira, T. B. de. (2019). *Saúde, competência cultural e imigração: Estudo de caso da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Baixa. Projeto de aproximação das necessidades em saúde dos imigrantes em Portugal* [Dissertação de mestrado, Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_relatorio_prosperidadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.pdf
- Organização Mundial da Saúde [World Health Organization]. (2018). *Problemas mentais*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organização Mundial da Saúde [World Health Organization]. (2019). *Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
- Organização Mundial da Saúde [World Health Organization]. (2020). *Mental health atlas 2020*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [World Health Organization]. (2022). *Mental health at work*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Organização Mundial de Saúde [World Health Organization]. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Ornelas, J. (2018). *Tecnologias de saúde mental na América Latina e no Caribe: avanços recentes, desafios atuais*. In F. X. Barrios & R. Montenegro (Eds.), *Saúde e doença mental na cidade* (pp. 121-137).
- Park, A.-L., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Aars, N. A. P., Mykletun, A., & McDaid, D. (2022). *Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: A systematic review. European Psychiatry*, 65(1), e51. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2309>
- Parlamento Europeu (2023). *Relatório sobre saúde mental*. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_PT.html
- Parlamento Europeu. (2024). *Resolução do Parlamento Europeu sobre Saúde Mental. Jornal Oficial da União Europeia, C 4162, 2 de agosto de 2024*. Recuperado de https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ%3AC_202404162
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & *Comissão Lancet sobre Saúde Mental Global e Desenvolvimento Sustentável*. (2018). A Comissão Lancet sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Payne, M. (1995). *Social work and community care*. Red Globe Press.

- Payne, M. (2005a). *The origins of social work: Continuity and change* (1st ed.). Red Globe Press.
- Payne, M. (2005b). *The Routledge Handbook of Social Work Theory*. Routledge.
- Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory* (4.^a ed.). Palgrave Macmillan.
- Pinto, R. (2014). *Saúde Mental em Portugal: Perspetiva Histórica e Contexto Atual*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(1), 17-26.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - *Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Portugal, Ministério da Saúde, *Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental* (2008).
- Portugal. (1998). Lei n.º 36/98, de 24 de julho. *Estabelece os direitos das pessoas com doença mental e as bases da sua proteção e regula o internamento compulsivo*. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/144402/details/maximized>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde Mental 2021-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Prata-Ribeiro, H. (2016). *The Portuguese Mental Health Law –the Criteria for Compulsory Internment*. *European Psychiatry*, 33(S1), S489–S489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1798>
- Programa Nacional para a Saúde Mental - Saúde Mental*. (n.d.). Saudemental.min-Saude.pt. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://saudemental.min-saude.pt/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Pussetti, C., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural (Estudos OI, N.º 33)*. ACIDI. <https://hdl.handle.net/10316/33292>
- Quem Somos*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://www.aria.com.pt/a-aria/quem-somos/>
- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2014). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 64–70. <https://doi.org/10.1177/0020764012461230>
- Rego, S. C., & Canavarro, M. C. (2014). *Política de Saúde Mental em Portugal: evolução e desafios*. *Análise Psicológica*, 32(3), 325-339.
- Ribeiro, V. (2022). *Serviço Social, pessoa com deficiência e Direitos Humanos*. *SER Social*, 24(51), 510–525. <https://doi.org/10.26512/sersocial.v24i51.33861>
- Ringbom, I., Suvisaari, J., Sourander, A., Gissler, M., & Gyllenberg, D. (2024). Temporal changes in the associations between diagnosed psychiatric disorders and dropping out of school early. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1443–1450. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02252-2>
- Rodrigues, F. (2015). *Integração de serviços de saúde mental: Uma abordagem multidisciplinar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Rodrigues, S. (2013). A história da psiquiatria em Portugal. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 2(2), 41-47.
- Rodrigues, S., & Madeira, A. (2009). *Intervenção em saúde mental: Práticas e desafios no contexto português*. Coimbra: Almedina.
- Rodriguez, J. J., Smith, A., & Cyr, C. (2006). Recovery and family involvement in mental health: A qualitative study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 123–138.

- Rodriguez, J., Cyr, C., & Smith, A. (2018). Family involvement in mental health recovery: Perspectives from service users and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 215–223.
- Rogers, C. (1983). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C., & Tansella, M. (2002). *Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services*. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 131–140. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01293.x>
- Ruggiero, F., Zirone, E., Mellace, D., Capetti, B., Molisso, M. T., Ferrucci, R., Barbieri, S., di Guida, L., Pizzo, S., & Marnetti, F. (2024). *How the COVID-19 pandemic reshaped telepsychology: Insights from an Italian survey*. *Internet Interventions*, 38, 100764. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100764>
- Sakellarides, C. (2003). Saúde pública prospectiva: Editorial. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 3–4.
- Santos, A. (2013). *A reforma da saúde mental em Portugal: do internamento à inclusão*. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 13(2), 243-250.
- Santos, A. C. dos. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Santos, A. M. dos, Ramos, L. S., Colleti, M., Cardim, E. G., & Scorsolini-Comin, F. (2024). *Vivências de mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo*. *Caderno Pedagógico*, 21(9), e 7626. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-069>
- Santos, B. S. (1999). *Pelos caminhos da mão esquerda: A reinvenção da emancipação social*. Cortez.
- Santos, W., & Guilherme da Cunha, O. (2022). *A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como um novo paradigma para implementação de políticas sociais*. In *SURGência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*, 10(1), 665–693. <https://doi.org/10.26512/revistainsurgncia.v10i1.43223>
- Sarmiento, EM, Vicente, AM, & Duarte, CR (2015). *A reforma da saúde mental em Portugal: reflexão sobre o passado, presente e futuro*. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 30(1), 55-65.
- Satcher, D. (2000). Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 5
- Saúde Mental - Página Inicial. (n.d.). Acedido a 30 de dezembro, 2025, <https://saudemental.min-saude.pt/>
- See Change. (n.d.). Mission statement. In *See Change*. Acedido a 30 de dezembro, 2025, from <https://seechange.ie/mission-statement/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022, julho 5). *Newsletter Saúde Mental, n.º 05/2022: Princípios de política | Órgãos e Serviços* (p. 15). Ministério da Saúde. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/SAUDE-MENTAL_Newsletter_5_2022.pdf
- Serviço social de saúde mental / org. Programa Nacional para a Saúde Mental (2016). Associação de Profissionais de Serviço Social. - 1ª ed. - Lisboa: Associação de Profissionais de Serviço Social. ISBN 978-989-8714-54-1
- Silva, JM (2016). *O Serviço Social e a luta por direitos: uma história de quatro décadas*. Serviço Social & Sociedade, (126), 771-796.
- Silva, RF (2014). *O sistema hospitalar psiquiátrico português: história e atualidade*. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 69-81.

- Slade, M. & Drake, RE (2010). Uma revisão dos estudos de resultados de reabilitação psicossocial: O que sabemos sobre a eficácia dos programas de reabilitação psicossocial? *Psiquiatria Mundial*, 9(2), 85-91.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (n.d.). *Relatórios sobre saúde mental*. Sani, A. I., & Cunha, D. M. M. da. (2011). *Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 429–437. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400006>
- SOS VOZ AMIGA. (2016). SOS VOZ AMIGA. <https://www.sosvozamiga.org/pt/>
- Sousa, M. A. E. de. (2017). *O Serviço Social no contexto da reabilitação: Compreender o processo de reintegração social, familiar e laboral do indivíduo com Lesão Vertebro-Medular* [Relatório de estágio de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral – Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/84308>
- Springer; Danielson, DK (2020). *Telepsiquiatria: um guia para profissionais de saúde mental*. Publicação da Associação Americana de Psiquiatria.)
- The Centre for Addiction and Mental Health. (2024). CAMH. <https://www.camh.ca/>
- The details. (n.d.). *Darkness into Light*. Acedido a 30 de dezembro, 2025. <https://www.darknessintolight.ie/about/the-details>
- The positive impact of your efforts | Bell Let's Talk. (n.d.). Letstalk.bell.ca. <https://letstalk.bell.ca/our-impact/>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). *The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare*. *British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246–248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Thornicroft, G., Drake, R. E., Gureje, O., Mueser, K., & Szmukler, G. (Eds.). (2024). *Oxford Textbook of Community Mental Health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Thornicroft, G., et al. (2017). *The Lancet Psychiatry Commission on the future of mental health services*. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 87–165. Disponível: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30308-4)
- Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., Allen, N. B., Avenevoli, S., Bella-Awusah, T., Chanen, A., Chen, E. Y. H., Correll, C. U., Do, K. Q., Fisher, H. L., Frangou, S., Hickie, I. B., Keshavan, M. S., Konrad, K., Lee, F. S., Liu, C. H., ... Wood, S. J. (2023). *Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap*. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3171–3181. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z>
- Valent, P. (2021). *Impacto da pandemia na saúde mental*. Lisboa: Editora Mental.
- Valério, A. (2020). *Application of blended care as a mechanism of action in the construction of digital therapeutics*. *Einstein (São Paulo)*, 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020MD5640
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. de. (2018). *Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença*. *Saúde Em Debate*, 42(4), 175–186. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s414>
- Wahab, A., Manjunathswamy, M., & Preethi., D, P. (2024). *Social Work Competencies In School Settings: Addressing Adolescent Adjustment Challenges*.

- Journal of Humanity and Social Justice*, 6(1), 48–59.
<https://doi.org/10.38026/jhsj.v6i1.31>
- Windle, G., Bennett, K. M., & MacLeod, C. (2020). *The influence of life experiences on the development of resilience in older people with co-morbid health problems*. *Frontiers in Medicine*, 7, 502314. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.502314>
- [WHO] World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>
- [WHO] World Health Organization. (2001). *The World health report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- [WHO] World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44489>
- [WHO] World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Wu, M. S., Chen, S.-Y., Wickham, R. E., Leykin, Y., Varra, A., Chen, C., & Lungu, A. (2022). *Predicting non-initiation of care and dropout in a blended care CBT intervention: Impact of early digital engagement, sociodemographic, and clinical factors*. *Digital Health*, 8, 205520762211337. <https://doi.org/10.1177/20552076221133760>
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). *Atenção psicossocial e reabilitação psicossocial: Estratégias para a autonomia e a cidadania*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), xx–xx.
- Yazbek, M. C., (2000). *Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade*. Cadernos Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília.
- Yazbek, M. C. (1993). *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo, SP: Cortez.
- Yılmaz, A., & Duyan, V. (2024). *The impact of social work practice with groups on adolescents' delinquent behaviors at school: An experimental study from Turkey*.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). Sage Publications.

Anexos

ANEXO A

Memorando⁷

Chamo-me Marta Isabel Honório Matos e dirijo-me a si, enquanto aluna do 4º Ano do Doutoramento em Serviço Social no prestigiado ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Encontro-me atualmente a desenvolver um trabalho de pesquisa que pretende aprofundar o estudo sobre as equipas de Saúde Mental Comunitárias, com um enfoque especialmente voltado para o tema "Saúde Mental: Novas Configurações de Intervenção do Serviço Social".

Venho por este meio solicitar a possibilidade de agendar uma entrevista, tendo em vista o meu trabalho de investigação. Como coordenador/a de uma equipa de Saúde Mental Comunitária, a sua experiência e perspetiva são de extrema importância para o desenvolvimento da minha investigação, pois pretendo compreender as dinâmicas dessas equipas, os desafios enfrentados e as inovações implementadas no âmbito da intervenção social em saúde mental, como também, os contributos que esperam dos assistentes sociais.

Comprometo-me a conduzir a entrevista de acordo com as melhores práticas éticas de pesquisa, garantindo total confidencialidade e respeito das suas opiniões e vivências.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção a este pedido e pelo valioso tempo que estará dedicando a contribuir para a expansão do conhecimento.

Caso não esteja disponível/a para participar neste projeto, solicitamos que possa indicar alguém da sua equipa que o represente (através de um contacto de telefone e/ou email).

Agradeço toda a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Isabel Honório Matos

Doutoramento em Serviço Social, Iscte-Instituto Universitário de Lisboa.

⁷ memorando foi enviado, juntamente com o guião de entrevista e com consentimento, a todos os entrevistados no âmbito desta investigação, antes da realização da entrevista.

ANEXO B

Estruturação do Guião de Entrevista

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Temas
Profissional	Habilidades adquiridas	Formação contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Tipologias de formação contínua • Formação que impacta com o trabalho comunitário
		Capacitação específica	<ul style="list-style-type: none"> • capacitações específicas com relevância para o trabalho em equipa/saúde mental
		Capacitação específica	<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos para a contratação de Assistentes Sociais • Condições formais e formativas necessárias para que o assistente social integre a equipa • Experiências significativas • Competências do assistente social na equipa
	Desafios enfrentados	Recursos limitados	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos necessários • Recursos em Falta • Recursos ideais
		Recursos limitados	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de Recursos humanos e financeiros • Identificação de lacunas
		Barreiras institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Barreiras institucionais na organização do trabalho • Outras barreiras impostas pela organização
		Barreiras institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desafios da coordenação da equipa • Desafios e limitações que impactam nos resultados
	Estratégias de enfrentamento	Abordagens inovadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias inovadoras • Estratégias e desafios da prática profissional
		Colaboração interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de colaboração interprofissional • Organização e divisão de tarefas • Lideranças
		Colaboração interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação interna • Gestão do tempo • Organização formal da equipa
		Colaboração interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de instrumentos de avaliação de forma partilhada • Utilização de escalas de • Identificação de escalas para as áreas do bem-estar social
		Colaboração interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de rotinas da equipa • Identificação de formas de gestão da equipa
		Colaboração interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de objetivos para a equipa • Alinhamento dos objetivos da equipa com os da organização

Principais perguntas diretivas da entrevista semi-estruturada

- 1) Que requisitos e/ou condições são necessários apresentar para que o assistente social integre a equipa de Saúde Mental Comunitária? Que experiência e que competências tem o assistente social de desenvolver para contribuir para a multidisciplinariedade da equipa?
- 2) De que forma, foi identificada a necessidade de este território dar resposta de proximidade dirigida à pessoa com doença mental?
- 3) Qual o contributo que lhe parece estar a dar o Serviço Social na área da Saúde Mental?
- 4) Na avaliação dos utentes, são utilizadas escalas de aferição de dependência? Se sim, identifique as escalas e refira se essas escalas avaliam também áreas do bem-estar social?
- 5) Quais as rotinas de gestão da equipa (Saúde Mental Comunitária)?
- 6) Como gestor/responsável pela equipa, quais têm sido os principais contributos dos profissionais da área do Serviço Social?
- 7) Na sua opinião o assistente social é imprescindível na equipa? Porquê?
- 8) Quais as principais rotinas que estão distribuídas ao assistente social. Ele tem sido integrado nas deslocações pelo território?
- 9) Os objetivos designados para a equipa (saúde mental comunitária) encontram-se alinhados com os objetivos gerais da organização?
- 10) Que desafios/obstáculos acha que enquanto coordenador está a sentir que podem impedir de atingir os resultados pretendidos?
- 11) Como avalia a comunicação interna entre os elementos que integram a equipa multidisciplinar?
- 12) Têm os recursos humanos e financeiros necessários para trabalharem de forma eficaz ou há lacunas que consegue imediatamente identificar?
- 13) Que indicadores pode indicar que espelhem o desempenho da equipa junto das pessoas com doença mental da comunidade?
- 14) Como e com que meios poderia ser melhorado o desempenho da equipa no terreno?
- 15) Como tem sido o acolhimento da comunidade em relação aos serviços prestados pela equipa?
- 16) Existem condições /resultados que justifiquem a continuação do trabalho da equipa de saúde mental comunitária no território onde está a intervir?

ANEXO C

Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito do Doutoramento em Serviço Social no
Iscte- Instituto Universitário de Lisboa.

O estudo tem por objetivo analisar e categorizar as novas configurações das práticas profissionais dos assistentes sociais na área da Saúde Mental. A sua participação em responder às perguntas apresentadas no guião de entrevista, será muito valorizada, contribuirá para o avanço do conhecimento neste domínio do conhecimento.

O Iscte-IUL é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento o art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

O estudo é realizado por Marta Isabel Honorio Matos – mihms@iscte-iul.pt, que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é confidencial. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O ISCTE garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado.

Os seus dados pessoais serão conservados por 1 ano, após o qual serão destruídos ou anonimizados, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. Aceito participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas.

Sim Não
(local), ____/____/(data)

Nome:

Assinatura:

Nota: O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dado.

ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa Av. das Forças Armadas, 1649-025 Lisboa ☎ 351 217 903 000
www.iscte-iul.pt www.facebook.com/ISCTEiul twitter.com/iscteul www.linkedin.com/company/iscte-iul www.flickr.com/photos/iscteul www.youtube.com/user/iulv



ANEXO D

Resumo dos segmentos de texto codificados por categoria e subcategoria

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
Profissional	Habilidades adquiridas	Formação contínua	<p>"Trabalhei numa IPSS a primeiramente na trabalhei alguns anos sem ter dia. Serviço de apoio domiciliário. E depois, entretanto, estive desempregada há algum tempo e dei formação." E1</p> <p>"O objetivo é que todos os serviços de psiquiatria de saúde mental de Portugal trabalhem neste modelo, dentro das equipas comunitárias." E2</p> <p>"O assistente social da equipa intervém junto do utente e/ou das famílias sempre que seja identificado necessidade de orientação do ponto de vista social." E3</p> <p>"Não temos aqui muita formação que possamos assistir ou fazer para irmos evoluindo no nosso conhecimento." E4</p> <p>"Não temos aqui muita formação que possamos assistir ou fazer para irmos evoluindo no nosso conhecimento." E5</p> <p>"Sim, sim, sim, acho. Por exemplo, equipa fez formação só para a equipa que eu nem fiz que estava de licença. Mas além dessa formação, eu acho que há necessidade de fazer mais formação e mesmo em termos de psicopatologia, de doença mental grave, de intervenções." E6</p> <p>"Deveria ser um assistente social que já tivesse alguma formação nesta área. Portanto, pronto tivesse com complemento as suas competências." E9</p> <p>"Sim estava numa bolsa de recrutamento, por acaso já estava numa equipa comunitária de adultos por acaso tinha experiência na área da saúde mental também." E10</p> <p>"Não pronto, só a nível da ERPI mais na questão das doenças, das demências e assim mais avançadas." E11</p>
		Capacitação específica	<p>"Entretanto abriu concurso para técnica de serviço social, concorri e fiquei." E1</p> <p>"Tentou-se que a pessoa escolhida fosse alguém que já tivesse alguma experiência em lidar com pessoas com doença mental." E2</p> <p>"Em termos de formação, sim, até mesmo em termos de formação, para que a profissão. Não temos formação?" E4</p> <p>"Acima de tudo temos um médico e uma enfermeira e isso temos de tempo completo para a equipa." E5</p> <p>"Um deve conhecer a Comunidade em que está integrada a equipa comunitária na região. Ou se não conhecer, procurar conhecer, não é? E fazer um levantamento</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>dos recursos disponíveis e todos os contactos." E6</p> <p>"Um dos requisitos que estava previsto para integração seria experiência na área da saúde. É depois seria experiência também em equipas comunitárias." E7</p> <p>"Não exigimos nenhuma formação prévia específica, mas exigimos algum conhecimento de psiquiatria comunitária, confesso." E8</p> <p>"Que conferem pela sua formação numa área específica e eventualmente até quanto a mim seria desejável que até tivesse formação em psicoterapia." E9</p> <p>"Pronto e tinha formação também específica na área da psicologia, portanto, mas não foi um critério. Um fator de contratação." E10</p> <p>"Sim, porque eu já estou cá? Sim, nós começámos a funcionar, não como equipa comunitária, não se chamava assim, mas já íamos ao centro de saúde São Brás, Vila Real, com o médico, terapeuta ocupacional, uma enfermeira e já fazíamos ao fim ao cabo, não tão estruturado como é agora." E11</p>
	<p>Desafios enfrentados</p>	<p>Recursos limitados</p>	<p>"Nós ficamos reduzidos a 3 pessoas e então para uma zona para Elvas, Campo Maior, Sousel todas muito distantes umas das outras e com situações bastante complexas." E1</p> <p>"Supostamente, isto devia ter um coordenador médico a tempo inteiro. Eu não consigo estar a tempo inteiro nesta equipa." E2</p> <p>"Os elementos da equipa não têm horário em tempo integral dedicado à Equipa, assumindo simultaneamente funções noutros serviços." E3</p> <p>"Os elementos da equipa não têm horário em tempo integral dedicado à Equipa, assumindo simultaneamente funções noutros serviços." E4</p> <p>"A nossa equipa é um bocadinho parca em recursos, portanto, acima de tudo temos um médico e uma enfermeira e isso temos de tempo completo para a equipa." E5</p> <p>"O serviço tentou crescer com muitos com poucos recursos humanos. Aliás, os recursos estão a desaparecer." E6</p> <p>"Temos muitas utentes que vivem sozinhos sem qualquer retaguarda." E7</p> <p>"O carro que nós usamos é um carro velho. Ouça, a minha equipa tem... Num ano tem 10 mil quilómetros feitos." E8</p> <p>"Os meios que temos não são suficientes para assistir da forma que é considerada." E9</p> <p>"As outras 2 colegas trabalhavam. Portanto, por exemplo, terapeuta ocupacional trabalhava no meio ali. É uma equipa local de intervenção precoce no entorno das crianças E outra colega trabalhava numa estrutura de apoio na Comunidade." E10</p> <p>"Eu posso fazer uma vez por semana ou 2, mas também estamos um bocadinho limitados por causa do transporte também, que é outra. Os carros Loulé, por exemplo, têm um carro só para elas, não é?" E11</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
		Barreiras institucionais	<p>"Nós não temos e instalações temos instalações, mas de uma forma que não é mais ideal em particular em Elvas e Campo Maior." E1</p> <p>"Não temos um nível de respostas sociais e intervenções direcionadas a nível de saúde mental nesta área." E2</p> <p>"Este facto implica que a Equipa tenha algumas limitações de tempo, as quais influenciam indiscutivelmente a atuação da Equipa." E3</p> <p>"A falta de recursos. Pois, por acaso referiu-os logo no início do texto. Desde 2018 que estamos à espera." E5</p> <p>"Há um excesso de atividade clínica. Eu consegui reunir com a equipa a esta hora da manhã e agora praticamente já não vou conseguir, porque tenho uma série de atividades para fazer." E6</p> <p>"Estamos a falar, que às vezes temos que fazer 1 hora e pouco de caminho. E depois a nível de respostas na comunidade também, existe um grande défice pelo que eles consideraram pela área geográfica." E7</p> <p>"Porque o meu serviço sofreu uma cambalhota monumental nos últimos dois anos. Foi a mudança de direção... E ao mesmo tempo, não foi ao mesmo tempo, mas foram concomitantes, acontece a introdução da equipa comunitária." E8</p> <p>"Há profissionais que são partilhados por equipas comunitárias. Por exemplo, nós temos uma carência grande de profissionais, assistentes sociais." E9</p> <p>"Pois, por exemplo, nós temos um portátil, que nos foi comprado com o apoio do PRR e entregue numa sessão há 1 ano no Porto e desde novembro que eu tenho o portátil, mas não tenho net. O portátil está na caixa porque ainda ninguém me conseguiu resolver a situação da internet." E11</p>
	Estratégias de enfrentamento	Abordagens inovadoras	<p>"Nós costumamos aplicar o questionário de avaliação das necessidades Camberwell e depois a partir daí fazemos o plano individual de cuidados, fazemos o plano de prevenção de recaídas." E1</p> <p>"A equipa realiza diariamente, no período da manhã, visitas domiciliárias." E3</p> <p>"O próprio, digamos, a resolução dos problemas dos doentes, não é? Já estão noutra nível. Quando trabalhamos assim." E4</p> <p>"A nossa equipa é sobretudo desenhada para doenças mentais graves, portanto estamos a falar de esquizofrenias, doenças mentais graves." E5</p> <p>"E o que nós fizemos fora disso, foi criado um programa de Psicoeducação para doentes com doença mental grave e para doentes com doença mental não grave, ou seja, quando, tipo de perturbações psiquiátricas menos graves." E6</p> <p>"A intenção era reduzir o número de internamentos e que estas pessoas realmente tivessem uma intervenção muito mais centrada neles mesmo." E7</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>"Eu estou a tentar fazer no meu serviço, com o apoio de tudo isto, com o conhecimento e com o apoio do Conselho de Administração, estamos a tentar fazer uma equipa-espelho que depois fique com o resto da área de intervenção." E8</p> <p>"Sempre que conseguimos ou técnicos com viatura, avançamos mais um bocadinho, não é?" E9</p> <p>"Foi claro que foi uma mais-valia, portanto. E claro, quando fui contratado foi explicado que iria para uma equipa comunitária, mas como já estava numa equipa comunitária." E10</p> <p>"Identificamos aqui no internamento situações sociais que merecem mesmo acompanhamento da nossa parte. Pede a avaliação da assistência social e o acompanhamento e a visita domiciliária para avaliação." E11</p>
		<p>Colaboração interdisciplinar</p>	<p>"Sempre trabalhei muito em articulação com outras colegas e com outras entidades, porque acho que nós sozinhos, não conseguimos fazer nada." E1</p> <p>"Nós vamos dividindo os doentes por terapeuta, ou seja, por cada pessoa da equipa comunitária fica a seguir o doente." E2</p> <p>"Realizamos ainda reuniões onde são discutidos os casos do ponto de vista multidisciplinar." E3</p> <p>"Temos uma reunião semanal. OK de toda a equipa em todo, digamos todos os elementos, né? Temos a reunião de que falamos sobre prontos assuntos da equipa, doentes e outras questões." E4</p> <p>"Temos reuniões mensais, sim. Temos reuniões mensais em que falamos de coisas mais organizacionais, outras vezes falamos também de eventos e planos, etc." E5</p> <p>"Nós comunicamos, embora não conseguíamos fazer reuniões todas como previsto, nós comunicamos pela temos o Grupo WhatsApp, temos o e-mail da equipa no meu gabinete. Está sempre aberto." E6</p> <p>"Nós, independentemente da área que cada um trabalha, nós somos terapeutas de referência." E7</p> <p>"Nós não criamos respostas novas, o que nós fazemos é uma articulação, muitas vezes, do ponto de vista social, entre as necessidades das pessoas e as respostas locais." E8</p> <p>"Há tarefas partilhadas e o assistente social também pode ser o terapeuta de referência." E9</p> <p>"E daí também a nossa coordenadora. Ter essa essa vantagem não é, portanto, isto porque poder pode deixar a equipa funcionar de uma forma quase autónoma, porque pronto já tínhamos aqui algumas pessoas com experiência." E10</p> <p>"Muitas vezes telefonamos o nosso metemos o número anónimo e ligamos, por exemplo, se não soubemos uma morada ou se como chegar lá." E11</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
Institucional	Políticas públicas de Saúde Mental	Implementação	<p>"Eu acho que o caminho que está a ser feito pelas equipas comunitárias vai, penso eu, dar algum apoio a esse nível para que esses números não sejam tão altos." E1</p> <p>"Chama-se Manual para Implementação e Desenvolvimento das Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta." E2</p> <p>"Equipas a equipas multidisciplinares de saúde mental, equipas comunitárias ou já têm ou vão ter emprego?" E4</p> <p>"Quando a nossa equipa se formou em 2018, percebemos que havia várias necessidades da nossa população." E5</p> <p>"E, portanto, uma forma de dar resposta é ter uma equipa comunitária que esteja mais perto da Comunidade." E6</p> <p>"Nós encontramos-nos coordenados com tudo. Desde os objetivos da ULS, aos objetivos das políticas de saúde mental, aos objetivos da OMS, a tudo." E8</p> <p>"Agora temos uma equipa em Loulé, que foi uma equipa financiada pelo PRR." E9</p> <p>"Os critérios da Seguridade foram, de facto, um. Foram um fator preponderante na criação da equipa e na delimitação geográfica." E10</p>
		Efetividade	<p>"Mas eu acho que o facto de existirem, existe. Existe muita solidão." E1</p> <p>"Estes dados têm sido recolhidos. E mostram um pouco a diminuição. Nos últimos 3 anos, foram registadas 1.614 visitas domiciliárias. E cerca de 3.000 contatos telefónicos." E2</p> <p>"A equipa desenvolve a sua intervenção de forma a diminuir a necessidade de internamento no serviço de doentes agudos, pelo que se justifica a continuação do seu trabalho." E3</p> <p>"Estão criadas equipas em todo o sítio." E4</p> <p>"O serviço, não diria o serviço social, mas a segurança social e as respostas sociais estão de extrema importância na resposta para os nossos doentes." E5</p> <p>"Eles consideraram e então colocaram a equipa para que houvesse um melhor atendimento presencial e para que estas famílias pudessem ser acompanhadas com maior regularidade." E7</p> <p>"Portanto, não foram recaídas. Ok. Digamos aqui, os cuidados primários fazem toda a diferença." E8</p> <p>"Eu penso se calhar é melhor. Não, nós vamos tentando chegar aos objetivos e àquilo que a coordenação nacional nos tem transmitiu mesmo a nível da formação." E10</p>
	Estruturas institucionais	Organização	<p>"Temos a neste momento temos 2 enfermeiros a tempo inteiro, uma das enfermeiras especialista na área da saúde mental, temos uma psicóloga, uma outra enfermeira enfermeiro generalista, temos uma psicóloga a tempo inteiro sou eu a tempo inteiro." E1</p> <p>"Nós fazemos uma reunião semanal onde discutimos os doentes que são seguidos." E2</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>"Há uma boa comunicação entre todos os elementos da equipa." E3</p> <p>"Nós temos uma equipa constituída já por 2000 ecos e enfermeiros e assistentes." E4</p> <p>"Temos reuniões mensais, sim. Temos reuniões mensais em que falamos de coisas mais organizacionais, outras vezes falamos também de eventos e planos, etc."</p> <p>"Temos reuniões mensais. Os cuidados saúde primários são sempre discutidos. Também há uma grande proximidade dos cuidados primários." E6</p> <p>"Na equipa toda. Pelo menos os que estão na equipa estão todos a tempo inteiro." E7</p> <p>"Portanto, a nossa área de cobertura está, para já, a ser só de 70 mil pessoas e ainda assim já é muito." E8</p> <p>"Deveríamos pronto. O que é suposto é que cada equipa fique sediada no concelho, ao qual presta assistência, não é?" E9</p> <p>"Seguinte, manhã na parte da manhã. o meu caso, não tenho essa, não tenho porque nós temos um carro só para a equipa e então conseguimos nos articular." E10</p>
		Suporte institucional	<p>"Nós ficamos reduzidos a 3 pessoas e então para uma zona para Elvas, Campo Maior, Sousel todas muito distantes umas das outras e com situações bastante complexas." E1</p> <p>"Nós temos um manual, que é o manual das equipas comunitárias." E2</p> <p>"Não é da equipa, mas é partilhado entre as 2 equipas e o serviço, mas. Pronto é. Para 2 estilos. Neste momento porque temos 2 equipas." E4</p> <p>"Portanto, estamos desde 2018 à espera de recursos. Já passaram 15, 16 anos, praticamente. Continuamos iguais, nomeadamente a aguardar pelo menos dois enfermeiros." E5</p> <p>"E quando precisamos de apoio do serviço social, pedimos o apoio ao serviço social do Departamento de Psiquiatria e saúde mental em que estamos inseridos." E6</p> <p>"Estamos sempre em contato, todos os dias. Alguma coisa precisa ser aferida na hora, é aferida na hora. Nós contactamos constantemente." E8</p> <p>"Eu acho que é muito boa. Eu acho que é muito boa de facto." (sobre a comunicação entre os elementos das equipas) E9</p> <p>"Então temos um portátil quando nem sempre temos sítio para trabalhar. E eu, quando falo, por exemplo, a questão do local, dos gabinetes, não sou só eu é a equipa. Não é, os médicos têm. Exatamente, pois, pois, às vezes estou lá e depois venho fazer." E11</p>
	Mudanças institucionais	Adaptação às novas práticas	<p>"Estamos a precisar... a terapeuta ocupacional ainda iria potencializar mais o trabalho da nossa equipa." E1</p> <p>"Portanto, viu-se nas equipas comunitárias de saúde mental como um meio de conseguir essa facilidade de acesso para os doentes." E2</p> <p>"A comunidade tem acolhido bem os serviços prestados pela equipa, uma vez que</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>sentem mais proximidade com o Serviço de Psiquiatria." E3</p> <p>"A nossa equipa é sobretudo desenhada para doenças mentais graves." E5</p> <p>"A única coisa que nós adaptámos foi a equipa para a criada para acompanhar doentes com doença mental grave." E6</p> <p>"Eu até às vezes comento o tema dos terapeutas de referência não é, portanto, nós, independentemente da área que cada um trabalha, nós somos terapeutas de referência." E7</p> <p>"A equipa comunitária fez em novembro passado um ano, mas nós efetivamente trabalho, coordenado no terreno." E8</p> <p>"O médico não podia trabalhar sozinho, e nós também tínhamos aqui a experiência no internamento. Nós trabalhávamos em equipa multidisciplinar." E9</p> <p>"Se viesse uma terceira para o psiquiatra não é a ideia seria termos mais consultas nestas regiões." E10</p> <p>"Tentamos ir ide encontro ao que pede, por exemplo, a questão do terapeuta de referência, tentamos estar Longe do objetivo que temos, porque nem sempre conseguimos ir fazer ao ritmo que às vezes achamos que deveríamos fazer, não é possível." E11</p>
		Inovação institucional	<p>"Implementamos um programa de apoio em termos de setorização das consultas externas." E1</p> <p>"O objetivo inicial é isto. É claro que isto era muito baseado em meios do PRR. Isto vai ser uma reforma que vai ser implementada em todo o país." E2</p> <p>"Agora existe a rede nacional de cuidados continuados em saúde mental, cujas respostas continuam a ser super precárias." E5</p> <p>"O que nós fizemos fora disso, foi criado um programa de Psicoeducação para doentes com doença mental grave e para doentes com doença mental não grave." E6</p> <p>"Estamos a tentar fazer uma equipa-espelho que depois fique com o resto da área de intervenção." E8</p> <p>"Temos uma equipa financiada pelo PRR." E9</p> <p>"Os critérios da Seguridade foram, de facto, um. Foram um fator preponderante na criação da equipa e na delimitação geográfica." E10</p> <p>"Tivemos logo eu estava aqui a sei lá uns 4 meses, tivemos uma formação 3 dias. Em que tiveram todos os elementos possíveis das equipas e tentamos ir chegando aos objetivos." E11</p>
Social	Interações com a comunidade	Envolvimento comunitário	<p>"Nós fazíamos parte da equipa de prevenção da violência de Adultos jovens em risco." E1</p> <p>"Estas situações são frequentemente sinalizadas pela comunidade." E3</p> <p>"O quê? A população a população na qual vocês intervêm? Aplicamos tudo, sim, tudo ISTO, entrevista começou, então nós não</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>vamos assim de bater à porta. Mas ISTO é tudo real na proximidade no centro de saúde." E4</p> <p>"Portanto, alguém que conheça bem a comunidade, quando eu digo a comunidade, não só a população em si, mas também associações, enfim, e às vezes até coisas mais particulares." E5</p> <p>"Sim o foco é sempre o doente e são previstas também intervenções familiares e, portanto, sim é para o doente e para a família e cuidadores informais. E todos os que o rodeiam." E6</p> <p>"A equipa comunitária faz o trabalho todo na rua, nos cuidados de saúde primários, nas casas dos doentes, em contacto com as juntas de freguesia, com o poder local, com os parceiros sociais." E8</p> <p>"Nós tivemos de socorrer de todas as estruturas que a Comunidade tem para que as pessoas tivessem integradas nela." E9</p>
		<p>Parcerias locais</p>	<p>"Há um certo reconhecimento a nível das estruturas. Quando existe algum problema, tem como comunicar. Para facilitar as pessoas a serem indicadas. A serem visitadas. A serem acompanhadas." E2</p> <p>"Fazem reuniões com colegas lá de segurança social de várias instituições." E4</p> <p>"Fazemos umas reuniões, chamam-se reuniões Intermunicipais, que têm os vários órgãos, todos envolvidos em saúde mental, no Conselho." E6</p> <p>"Depois a nível de respostas na comunidade também, existe um grande défice pelo que eles consideraram pela área geográfica." E7</p> <p>"Às vezes é um serviço social que toma conhecimento, porque é contactado, que toma conhecimento que determinado doente existe ou determinada família está doente e que precisa, portanto, estar no início, no meio e no fim da intervenção." E8</p> <p>"Portanto, a minha equipa, eu dou o exemplo da minha equipa. Sai para Albufeira às terças e quintas." E9</p> <p>"Foi mais uma decisão, não foi muito em termos de distância, porque acaba por estar ali no meio, mas também era uma zona fácil, de difícil acesso." E10</p> <p>"Muitas vezes telefonamos o nosso metemos o número anónimo e ligamos, por exemplo, se não soubemos uma morada ou se como chegar lá." E11</p>
	<p>Perceções da comunidade</p>	<p>Feedback dos indivíduos</p>	<p>"De forma geral, sim, há sempre alguns doentes que não aceitam a intervenção da equipa, mas por acaso têm sido muito poucos." E1</p> <p>"Tem os contatos das diretoras que oferecem contato. Há um reconhecimento que dá um pouco de empatia." E2</p> <p>"Nunca ninguém não vi ninguém assustado, pelo contrário." E4</p> <p>"A Comunidade acolhe muito bem a equipa, é excelente, recebem-nos bem." E6</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>"Muito bem. MUITÍSSIMO bem. Criou-se logo de imediato, em empatia, e a equipa..." E8</p> <p>"Como tem sido o acolhimento da Comunidade em relação aos serviços prestados pela equipa... Não também foi um percurso só passados, talvez uns 14 ou 15 anos, é que nós vemos esse percurso."E9</p> <p>"Sim, inicialmente havia aqui alguma desconfiança, porque nós criamos um modelo de referenciação." E10</p>
		<p>Satisfação da comunidade</p>	<p>"somos um bom apoio para as famílias" E1</p> <p>"Acho que é uma experiência que está a cumprir bem." E2</p> <p>"A comunidade tem acolhido bem os serviços prestados pela equipa." E3</p> <p>"A comunidade tem acolhido bem os serviços prestados pela equipa, uma vez que sentem mais proximidade com o Serviço de Psiquiatria." E4</p> <p>"A maior contato das famílias porque nota-se que agora, quando alguma instabilidade nos doentes, a própria família contacta a equipa, e a comunidade em si, outras estruturas." E6</p> <p>"Existe muita falta de informação e depois o que temos notado também, que mesmo a nível familiar existe muito pouco, muito pouco apoio familiar." E7</p> <p>"A partilha é ótima a sensação de alívio e de bem-estar que causamos ao outro." E8</p> <p>"Hoje em dia eu penso, parece-me que na generalidade. Estar junto da ou estar na comunidade foi permitindo que tudo fosse mais natural." E9</p> <p>"Neste momento, já há uma aceitação de parte das escolas, já identificaram a necessidade." E10</p> <p>"E acho isso muito, muito importante porque para já, porque aparecem muitas várias situações em que o primeiro caso sai aqui do internamento não é um dos primeiros surtos." E11</p>
	<p>Resultados observáveis</p>	<p>Melhoria da qualidade de vida</p>	<p>"Portanto, poderá ficar em suspenso se o doente conseguir uma integração num programa de emprego apoiado." E1</p> <p>"Conseguimos que haja menos perda de acompanhamento. Que haja mais cumprimento da medicação, das consultas."E2</p> <p>"A equipa é, muitas vezes, uma porta aberta para utentes que manifestam comportamentos sugestivos de doença mental, mas que recusam deslocar-se ao médico de família ou ao Serviço de Urgência." E3</p> <p>"Os indicadores que melhor espelham a nossa eficácia têm a ver com taxas de internamento, portanto internamentos, reinternamento e tempo de internamento." E5</p> <p>"Diminuição dos internamentos, diminuição das recaídas." E6</p> <p>"A intenção era reduzir o número de internamentos e que estas pessoas realmente tivessem uma intervenção muito mais centrada neles mesmo." E7</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>"Objetivamente ao uma clara melhoria da saúde mental destas populações, e isso é um indicador absolutamente único." E8</p> <p>"Número de utentes que estão apoiados pelas estruturas da Comunidade, quer em fóruns socio-ocupacionais, quer em centros de dia ou outras estruturas, como as universidades, séniores." E9</p> <p>"E claro, quando fui contratado foi explicado que iria para uma equipa comunitária, mas como já estava numa equipa comunitária." E10</p> <p>"E ao final de 1 ano conseguimos fazer e desenvolver muito mais do que inicialmente." E11</p>
		<p>Redução dos estigmas</p>	<p>"Mas sabe às vezes há pessoas que têm dificuldade em entender isso estigmatizam as pessoas. Para nós enquanto profissionais é terrível porque muitas vezes já não conseguimos ir buscar aquela pessoa novamente perdemo-la e é muito frustrante." E1</p> <p>"Muitas vezes tinham mais dificuldades, quer por uma questão de estigma, ou até mesmo dificuldades próprias de doença mental ao longo do tempo que vai se desenvolvendo nas pessoas." E2</p> <p>"As pessoas com perturbações mentais encontram-se, muitas vezes, em situações sociais muito vulneráveis. São situações que se caracterizam pelo estigma, discriminação e exclusão." E3</p> <p>"Depois, também somos uma área que não tinha praticamente apoios para a saúde mental, dirigidos para a saúde mental. Não tínhamos e continuamos sem ter." E5</p> <p>"Depois sentíamos também que havia uma grande discriminação dos doentes mentais por outras associações, que não nada tinham a ver, que davam apoio à população em geral, mas que acabavam por discriminar, estigmatizar." E6</p> <p>"Reduzindo o estigma e, portanto, havendo uma real integração a serem colocadas de lado." E9</p> <p>"Portanto, tudo isso é extremamente importante e aqui a parte social, nomeadamente o social, tem um papel preponderante." E10</p> <p>"Sim há muito estigma. Nós, nós, inclusive, já fomos fazer uma formação são no hospital. O serviço, médicos e pouca gente do hospital, aderiu." E11</p>
<p>Saúde Mental</p>	<p>Novas abordagens terapêuticas</p>	<p>Terapias alternativas</p>	<p>"Temos um projeto muito interessante que é, não sei se ouviu falar, que é a Maria da Alegria, que costuma dizer levar alegria às pessoas." E1</p> <p>"Foi criado um programa de Psicoeducação para doentes com doença mental grave e para doentes com doença mental não grave." E6</p> <p>"Intervenções do âmbito da adequação emocional, pronto trabalhar a parte emocional das famílias." E9</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			"Foi claro que foi uma mais-valia, portanto. E claro, quando fui contratado foi explicado que iria para uma equipa comunitária, mas como já estava numa equipa comunitária." E10 "Eu acho que nós entrevistamos na Comunidade, reduz muito os internamentos." E11
		Integração de tecnologias	"temos uma carrinha temos um computador portátil que nos foi oferecido pela aquela coordenação nacional" E1 "Mas, por exemplo, o enfermeiro deveria ter um portátil que lhe permitisse ligação à Internet." E9
	Métodos de prevenção	Programas educativos	"Ajuda em plano individual dos doentes, para evitar comportamentos não saudáveis, evitar que sejam mais distantes." E2 "Neste contexto, o Serviço Social acompanha a equipa na deslocação à habitação do utente e é efetuado o diagnóstico social." E3 "Foi criado um programa de Psicoeducação para doentes com doença mental grave e para doentes com doença mental não grave." E6 "É sempre ensinados fatores de risco, fatores de alarme. O que fazer nestas circunstâncias." E8 "Fazer grupos psicoeducação." E9 "Eu faço uma avaliação inicial no caso das crianças, acaba por ser mais complicado. Nós temos algumas escalas que poderemos utilizar e estamos a ponderar pelo menos os que têm questão com injetável, que são situações mais complexas." E10 "Mas se calhar, depois conseguirmos apresentar exemplos. Pessoas da mesma idade. Testemunhos, não é que queiram falar da idade deles? Experimentaram uma vez, o resultado não foi bom." E11
		Campanhas de consciencialização	"Esta parte da psicoeducação em termos das escolas, dos técnicos e tudo é extremamente importante, e aqui o social, é preponderante." E10 "Mas não existe muita de facto na saúde mental para o assistente social, existe muita oferta para a psicologia. Existe muita oferta para a medicina." E11
	Promoção da saúde mental	Atividades comunitárias	"Na área do envelhecimento temos um projeto muito interessante que é, não sei se ouvi falar que é a Maria da Alegria.... ela fazia a diferença na vida daquelas pessoas porque eram momentos em que ela levava alegria em que as pessoas se esqueciam um bocadinho por uns instantes das situações que fazem pensar se vale a pena continuar a viver ou se não" E1 "Intervém, a nível social, na comunidade com função de desenvolvimento dos laços sociais na sua esfera, educação e prevenção." E2 "A equipa comunitária abre muitas vezes as portas para eu chegar ao cliente." E8 "Foi difícil, não havia aceitação, havia recusa, havia receio. É uma pessoa que é seguida na ou pela psiquiatria e vem aqui os

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>técnicos da psiquiatria pedir-nos que aceitassem esta pessoa, por exemplo, em centro de dia." E9</p> <p>"Em termos do contexto escolar, como é que a situação corre, o que é que espoleta determinado comportamento? Portanto, tudo isso é extremamente importante." E10</p>
		<p>Suporte psicológico contínuo</p>	<p>"Nós temos 2 programas já devem ter conhecimento disto através das outras equipas nós além do programa de doente mental grave nós também damos apoio em termos de setorização das consultas externa" E1</p> <p>"Ajuda em plano individual dos doentes, para evitar comportamentos não saudáveis." E2</p> <p>"O Serviço Social procura contribuir para a inclusão dos utentes na sociedade, na promoção da autonomia, no acesso a direitos e recursos sociais." E3</p> <p>"Temos uma equipa constituída já por 2000 ecos e enfermeiros e assistentes." E4</p> <p>"A nossa equipa é sobretudo desenhada para doenças mentais graves." E5</p> <p>"Temos muitas utentes que vivem sozinhos sem qualquer retaguarda." E7</p> <p>"E se determinado utente tem uma descompensação, não sente necessária a intervenção do assistente social, todavia ele vinculou-se com o terapeuta de referência." E8</p> <p>"Mas hoje em dia eu penso, parece-me que na generalidade. Estar junto da ou estar na comunidade foi permitindo que tudo fosse mais natural." E9</p> <p>"Esperamos que seja, tenham capacidade 100%, com certeza que terá para que depois faça este acompanhamento." E10</p> <p>"Eu posso fazer uma vez por semana ou 2, mas também estamos um bocadinho limitados por causa do transporte também, que é outra." E11</p>
<p>Cultural</p>	<p>Adaptação das práticas</p>	<p>Personalização das intervenções</p>	<p>"É uma palhaça que é uma empreendedora social e ela visita pessoas idosas vestida de palhaça e tenta, como ela costuma dizer, levar alegria às pessoas." E1</p> <p>"Intervém, a nível social, na comunidade com função de desenvolvimento dos laços sociais na sua esfera, educação e prevenção." E2</p> <p>"Consoante o diagnóstico social é então definido o plano de intervenção." E3</p> <p>"Depois, às vezes vale até fazer visitas domiciliárias connosco quanto à necessidade de avaliar uma pessoa que não se pode deslocar, não tem, não tem capacidade para isso." E4</p> <p>"Sempre que nós precisamos da assistente social ela vem connosco." E5</p> <p>"Um deve conhecer a Comunidade em que está integrada a equipa comunitária na região. Ou se não conhecer, procurar conhecer." E6</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>"Nós somos terapeutas de referência. E às vezes acontece que por algum motivo vêm os primeiros casos de referências com isto e eu já sei que se eu não for na primeira visita, vou ter que acabar por ir à segunda ou terceira." E7</p> <p>"Mas percebemos com quem é que ele se vincula, com quem é que ele tem a máxima confiança, ok? E acaba por espontaneamente o terapeuta de referência ser escolhido." E8</p> <p>"O médico não podia trabalhar sozinho, e nós também tínhamos aqui a experiência no internamento. Nós trabalhávamos em equipa multidisciplinar." E9</p> <p>"Temos mantido tanto uma relação estreita, principalmente com as escolas." E10</p> <p>"Porque eu perco muito tempo. Porque não tenho um local estruturado para trabalhar. Eu. Hoje estou neste gabinete, agora vaga à que eu vou para ali." E11</p>
		Sensibilidade cultural	<p>"A Comunidade acolhe muito bem a equipa, é excelente, recebem-nos bem." E6</p> <p>"Se há sítios e poderes locais que são super-mentes abertas, e cuidados de saúde primárias são super-mentes abertas, e percebem isto que é inovador, bestial, há outros que são extremamente reservados e desconfiam de nós." E8</p> <p>"Sim, inicialmente havia aqui alguma desconfiança, porque nós criamos um modelo de referência." E10</p> <p>"E a nossa presença permite identificar. Não é porque, assim como o médico faz o diagnóstico clínico, nós defendemos. Que quem define se é ou não um caso social são as assistentes sociais." E11</p>
	Impacto dos contextos culturais	Aceitação pela comunidade	<p>"A nossa assistente social, como técnica de referência, ela ajuda em plano individual dos doentes, para evitar comportamentos não saudáveis, evitar que sejam mais distantes." E2</p> <p>"A equipa é, muitas vezes, uma porta aberta para utentes que manifestam comportamentos sugestivos de doença mental." E3</p> <p>"Nunca ninguém não vi ninguém assustado, pelo contrário." E4</p> <p>"Eu penso que a tutela percebeu que Castelo Branco era uma área extremamente carenciada, que era uma área exatamente com estas particularidades, de ser uma área extremamente vasta." E8</p> <p>"Estar junto da ou estar na comunidade foi permitindo que tudo fosse mais natural." E9</p> <p>"Neste momento, já há uma aceitação de parte das escolas, já identificaram a necessidade." E10</p> <p>"Acho que sim, e as colegas também, não é? colegas que conhecem muito, pelo menos ali na equipa de Loulé a presença e a articulação e a proximidade trouxe ao departamento e à equipa médica." E11</p>
		Eficácia das práticas	<p>"desde a entrada em funcionamento da equipa o número de consultas realizadas o</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>número de visitas domiciliárias realizadas mas penso que o principal o principal indicador é mesmo isso é a diminuição do número de internamentos doentes com doença mental grave."E1</p> <p>"Parece que há, efetivamente, uma palpável melhoria em relação aos cuidados destas pessoas."E2</p> <p>"A comunidade tem acolhido bem os serviços prestados pela equipa, uma vez que sentem mais proximidade com o Serviço de Psiquiatria." E4</p> <p>"Os indicadores que melhor espelham a nossa eficácia têm a ver com taxas de internamento, portanto internamentos, reinternamento e tempo de internamento."E5</p> <p>"A intenção era reduzir o número de internamentos e que estas pessoas realmente tivessem uma intervenção muito mais centrada neles mesmo." E7</p> <p>"Objetivamente ao uma clara melhoria da saúde mental destas populações, e isso é um indicador absolutamente único." E8</p> <p>"Objetivamente ao uma clara melhoria da saúde mental destas populações, e isso é um indicador absolutamente único." E9</p> <p>"Sim, fica mais a nível de território que estamos a acompanhar, como também nas outras áreas." E10</p> <p>"Mas ao final de 1 ano conseguimos fazer e desenvolver muito mais do que inicialmente." E11</p>
Ética	Confidencialidade	Proteção de dados	<p>"Não estamos aqui a pôr em causa a sua individualidade, nem o seu direito a ter alguma informação que não queira ser partilhada. Quando não quer, é claro que não é." E8</p>
		Privacidade dos pacientes	<p>"Não estamos aqui a pôr em causa a sua individualidade, nem o seu direito a ter alguma informação que não queira ser partilhada." E8</p>
	Respeito aos direitos	Autonomia dos pacientes	<p>"O médico disse-me que a Constituição da República portuguesa determina o respeito pela autonomia e pela determinação da pessoa."E1</p> <p>"Fomenta ainda o suporte das redes formais e informais." E3</p> <p>"Claro que como família também se interagimos como família, quando, quando se trata de doença grave, é obrigatório até. E4</p> <p>"Intervenções do âmbito da adequação emocional, pronto trabalhar a parte emocional das famílias." E9</p> <p>"Sim, fica mais a nível de território que estamos a acompanhar, como também nas outras áreas." E10</p>
	Princípios de equidade e justiça	Acesso igualitário	<p>"E, portanto, viu-se nas equipas comunitárias de saúde mental como um meio de conseguir essa facilidade de acesso para os doentes." E2</p> <p>"A maior contato das famílias porque nota-se que agora, quando alguma instabilidade nos</p>

Dimensão	Categoria Temática	Subcategoria	Análise primária
			<p>doentes, a própria família contacta a equipa, e a comunidade em si, outras estruturas." E6</p> <p>"As pessoas com perturbações mentais encontram-se, muitas vezes, em situações sociais muito vulneráveis." E3</p> <p>"Também tem muito pouco conhecimento sobre as respostas que existem na Comunidade." E7</p> <p>"Portanto, nós não criamos respostas novas, o que nós fazemos é uma articulação, muitas vezes, do ponto de vista social, entre as necessidades das pessoas e as respostas locais, ok?" E8</p> <p>"Número de utentes que estão apoiados pelas estruturas da Comunidade, quer em fóruns socio-ocupacionais, quer em centros de dia ou outras estruturas, como as universidades, séniores." E9</p> <p>"Foi claro que foi uma mais-valia, portanto. E claro, quando fui contratado foi explicado que iria para uma equipa comunitária, mas como já estava numa equipa comunitária. E10</p>
		Tratamento justo	<p>"Em termos dos objetivos principais, que é a facilitação do acesso das pessoas com doença mental para cuidados de saúde mentais e outros, porque na verdade elas também ajudam os doentes de outras áreas, não só da saúde mental."E2</p> <p>"Neste âmbito, o Serviço Social procura contribuir para a inclusão dos utentes na sociedade, na promoção da autonomia, no acesso a direitos e recursos sociais."E3</p> <p>"Portanto, o serviço social, a resposta é absolutamente fundamental. Não pode, a equipa comunitária não funciona sem um assistente social, tem sido absolutamente isso." E8</p> <p>"Foi difícil, não havia aceitação, havia recusa, havia receio. É uma pessoa que é seguida na ou pela psiquiatria e vem aqui os técnicos da psiquiatria pedir-nos que aceitassem esta pessoa, por exemplo, em centro de dia."E9</p> <p>"Acham que nós somos úteis, não é? Acho que sim, e as colegas também, não é?" E11</p>