

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Configuração dos Direitos Humanos no modelo de intervenção  
eco-social em Saúde Mental

Débora Cristina Gonçalves da Silva

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Helena Maria Belchior Campos Costa Lourenço Rocha,  
Professora Auxiliar,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021





SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

## Configuração dos Direitos Humanos no modelo de intervenção eco-social em Saúde Mental

Débora Cristina Gonçalves da Silva

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Helena Maria Belchior Campos Costa Lourenço Rocha,  
Professora Auxiliar,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021



*“To deny people their human rights is to challenge their very humanity.”*

- Nelson Mandela (1990)



*Aos meus pais*, por todo o amor, perseverança e dedicação incondicional na minha  
construção enquanto pessoa livre e de valor;

*À minha irmã*, pelo amor, pela resiliência e pela inspiração em tornar a felicidade um  
caminho consciente;

*Ao professor Crito Manuel Tavares*, por me ensinar a nunca brincar em Serviço.

*Embanha.*



## Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à *Professora Doutora Helena Rocha*, por todo o apoio ao longo do percurso de construção desta dissertação, assim como pela sua dedicação, motivação e partilha da sua visão em torno desta temática. Pela sua partilha de conhecimento, escuta ativa e inspiração nesta bela e desafiante jornada da minha vida pessoal e académica.

Um agradecimento ainda a *todos os professores do ISCTE-IUL que se cruzaram neste meu percurso académico*, e que contribuíram direta ou indiretamente na minha aprendizagem, desenvolvimento e posicionamento sobre que tipo de assistente social quero ser.

Agradeço também à *Dra. Júlia Cardoso* e à *Dra. Marta Borges* que, por intermédio da Associação de Profissionais de Serviço Social, me apoiaram nos contatos com os entrevistados, o que possibilitou a conclusão deste estudo, assim como me inspiram diariamente a contribuir mais e melhor pelo ativismo, reflexão e mobilização profissional.

Deixo também um agradecimento a *todos os assistentes sociais que participaram no processo de investigação*, colaboração que se verificou essencial para a sua realização, assim como pelo trabalho imensurável que fazem no seu quotidiano profissional.

Um agradecimento à *Rita Luís*, pelo apoio prestado na minha integração no ISCTE, pela ajuda técnica na construção da presente dissertação e por ser minha parceira nos múltiplos projetos associativos que juntas partilhámos, a par com o amor à nossa profissão.

Agradeço especialmente à minha *família* – a nuclear, a alargada e a de coração – por todo o amor e motivação. Em especial aos meus *pais*, pela força, dedicação e compreensão, e à minha *irmã*, pela inspiração, coragem e apoio. A sua paciência para ouvir e compreender os meus dilemas, a sua dedicação em poderem dar-me asas para realizar este objetivo e o seu apoio nas melhores e piores fases são o principal motivo desta dissertação estar hoje concluída. *A toda a minha árvore da vida.*

Agradeço ainda a todos os meus amigos, por todo o apoio, preocupação e alegria constantes ao longo da minha vida – *Francisca Carneira, Inês, Joana Gonçalves, Lia, Solange, Francisca Rodrigues, Adelaide, Carlos, Rita, Joana Mota, Adriana, Beatriz Nunes, Gwladys, Beatriz Caleia, Mariana, Canudo, Solange Passeira, Fabiana e Cristina Morais* – que comprovam o quanto as relações humanas são a construção, processo e reflexo da nossa felicidade. Em especial à *Inês Santos*, por ser a minha parceira em todas as alegrias e vicissitudes da vida, que diariamente me relembra da importância de ter os pés na terra e, simultaneamente, de nunca me fazer esquecer de sonhar bem alto.

Por último, um agradecimento a todas as organizações que contribuíram para a minha construção enquanto pessoa e profissional e pela inspiração diária. Aos *Leos*, à *Amnistia Internacional*, à *SOGA*, ao *NEPCESS*, ao projeto da *FIAS* e ao *Movimento de Estudantes de Serviço Social*.



## Resumo

Os Direitos Humanos constituem o principal eixo da intervenção do Serviço Social que, face aos desafios contemporâneos, dão origem à necessidade de reflexão. Na Saúde Mental a configuração dos Direitos Humanos é promovida através do *advocacy*, *empowerment* e reabilitação, com vista à integração, participação e justiça social em todos os contextos ecológicos, quer na dimensão da prevenção, reabilitação ou redução de danos, através do acesso a respostas integradas de proximidade junto das suas redes de suporte, ambiente e comunidade.

No presente estudo, de natureza exploratória, recorreremos a entrevistas semiestruturadas para perceber as estratégias, reflexões e posicionamento dos assistentes sociais na configuração dos Direitos Humanos em Saúde Mental, nomeadamente as potencialidades e desafios, de acordo com uma abordagem ecobiopsicossocial do ser humano. Através da análise de conteúdo categorial realizada e discussão dos resultados, a perceção é que os profissionais valorizam a importância de uma intervenção baseada em Direitos Humanos, embora se verifiquem alguns constrangimentos, nomeadamente nos dilemas no quotidiano profissional, nas respostas existentes e na formação e reflexão sobre os Direitos Humanos.

Os resultados indicam que assistente social deve adotar uma estratégia de posicionamento, capacitação e reflexão em torno da intervenção baseada em Direitos Humanos – a exemplo do modelo comunitário – dado o seu potencial para o desenvolvimento sustentável.

O contributo do presente estudo fixa-se na análise das perceções dos assistentes sociais em torno dos Direitos Humanos em Saúde Mental, assim como na proposta do modelo eco-social enquanto potencial ferramenta de promoção de desenvolvimento sustentável, deixando questões pertinentes para futura investigação.

**Palavras-Chave:** Serviço Social, Direitos Humanos, Saúde Mental, Modelo Eco-social.



## **Abstract**

Human Rights are the main axis of social work intervention, which, in the face of contemporary challenges, give rise to the need for reflection. In Mental Health, the configuration of Human Rights is promoted through advocacy, empowerment and rehabilitation, with a view to integration, participation and social justice in all ecological contexts, both in the dimension of prevention, rehabilitation or harm reduction, through access to integrated proximity responses to their support networks, environment and community.

In the present exploratory study, we used semi-structured interviews to understand the strategies, reflections and positioning of social workers in the configuration of Human Rights in Mental Health, namely the potentialities and challenges, according to an ecobiopsychosocial view of the human being. Through the analysis of category content performed and discussion of the results, the perception is that professionals value the importance of an intervention based on Human Rights, although there are some constraints, particularly in dilemmas in professional daily life, in existing responses and in training and reflection on human rights.

The results indicate that social workers should adopt a strategy of positioning, training and reflection around human rights-based intervention – as is the example of the community model – given its potential for sustainable development.

In this sense, the contribution of this study is based on the analysis of the perceptions of social workers about Human Rights in Mental Health, as well as on the proposal of the eco-social model as a potential tool for promoting sustainable development, leaving relevant questions for future research.

**Keywords:** Social Work, Human Rights, Mental Health, Eco-social Model.



## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| Índice de Figuras.....   | ix        |
| Índice de Tabelas.....   | x         |
| Glossário de Siglas .....  | xi        |
| Introdução.....  | 1         |
| <b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>   | <b>3</b>  |
| 1. Direitos Humanos e Saúde Mental: uma abordagem ecológica.....                                   | 3         |
| 1.1. Determinantes sociais em Saúde Mental.....  | 3         |
| 1.2. Enquadramento legal e político dos Direitos Humanos na Saúde Mental .....                     | 4         |
| 1.3. Modelo de Saúde Mental Comunitária .....  | 6         |
| 2. O Serviço Social em Saúde Mental enquanto agente promotor de Direitos Humanos....               | 7         |
| 2.1. A potencialidade do modelo eco-social.....  | 10        |
| 3. Saúde Mental, Direitos Humanos e Desenvolvimento Sustentável.....                               | 11        |
| <b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>  | <b>15</b> |
| 1. Campo empírico: Universo e Amostra.....   | 16        |
| 2. Lógica e estratégia de investigação .....   | 16        |
| 3. Técnicas de recolha de dados.....   | 17        |
| 4. Técnica de análise dos dados .....  | 17        |
| 5. Limitações e constrangimentos .....   | 18        |
| 6. Aspectos éticos.....  | 18        |
| <b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>                                 | <b>19</b> |
| 1. Categorias de Análise .....   | 20        |
| 1. Discussão de resultados .....   | 32        |
| 2. Abordagem ecobiopsicossocial da intervenção em Saúde Mental Comunitária – uma alternativa ..... | 34        |
| Conclusão .....  | 39        |
| Bibliografia .....   | 43        |
| Anexos .....   | 45        |



## **Índice de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> - Dez Princípios Básicos de Legislação de Atenção à Saúde Mental.....                                   | 5  |
| <b>Figura 2:</b> Orientações da OMS para a intervenção do Serviço Social em Saúde Mental .....                          | 8  |
| <b>Figura 3:</b> Intervenção do Serviço Social em Saúde Mental.....   | 8  |
| <b>Figura 4</b> - 11 princípios de promoção da afirmação dos Direitos Humanos na prática do Serviço Social .....        | 9  |
| <b>Figura 5:</b> Modelo eco-social em Serviço Social .....  | 10 |
| <b>Figura 6:</b> Visão holística e multidimensional do comportamento, bem-estar e desenvolvimento humano e social ..... | 35 |
| <b>Figura 7</b> - Intervenção no modelo eco-social em Serviço Social .....  | 37 |

## **Índice de Tabelas**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica ..... | 19 |
|--|----|

## **Glossário de Siglas**

ACDHNU – Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas

CDPD – Convenção para os Direitos das Pessoas com Deficiência

CLDS – Contrato Local de Desenvolvimento Social

CRP – Constituição da República Portuguesa

DH – Direitos Humanos

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

FIAS – Federação Internacional dos Assistentes Sociais

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGD – Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

SNS – Sistema Nacional de Saúde



## Introdução

Os Direitos Humanos (DH) e liberdades fundamentais têm sido, ao longo da História mundial, questões essenciais para a compreensão da vida em sociedade e do seu próprio desenvolvimento. O conceito de DH, na definição proposta pela ONU (2021), é definido pelos direitos e liberdades fundamentais inerentes à condição humana, e sem os quais o indivíduo não consegue desenvolver o seu potencial, satisfazer as suas necessidades e viver enquanto ser humano. Nesta ótica, e num contexto global cada vez mais complexo por via das transformações sociais que têm ocorrido na sociedade contemporânea, os DH desempenham um papel essencial dada a importância de definição de estratégias de implementação e afirmação dos mesmos, de forma a promover um desenvolvimento digno, justo e sustentável de todas as sociedades.

Por sua vez, ao refletir a definição de Saúde Mental proposta pela OMS (2002), a mesma é encarada como um estado completo de bem-estar e equilíbrio físico e mental, para além da mera ausência de patologia. Logo, à semelhança da dimensão dos DH, as questões em torno da Saúde Mental são igualmente relevantes e essenciais para a promoção do desenvolvimento sustentável, dado o direito inalienável à Saúde enquanto direito fundamental. Por este motivo, a promoção da Saúde Mental em todos os níveis de intervenção – desde a prevenção, reabilitação e redução de danos – torna-se fundamental em todas as problemáticas e dimensões sociais essenciais para o desenvolvimento humano, enquanto fonte de bem-estar e desenvolvimento sustentável

Desta forma, os DH são, cada vez mais, um princípio de relevância central para o Serviço Social, principalmente na problemática específica da Saúde Mental. Os assistentes sociais encontram-se, diariamente, na linha da frente enquanto agentes promotores de DH, por via do *advocacy*, do *empowerment* e da promoção da equidade e justiça social, onde a Ética e Deontologia profissional assume um carácter imperativo. Os assistentes sociais podem ser elementos fundamentais para a promoção da mudança social e desenvolvimento sustentável, por via da mediação das interações entre as várias dimensões ecológicas do desenvolvimento humano, e respetivo papel na Saúde Mental, e da participação nas tomadas de decisão. A participação ativa por parte do assistente social torna-se essencial em contextos de intervenção complexos, como é o caso da Saúde Mental e do seu impacto no desenvolvimento sustentável, pelo que se considera pertinente refletir sobre estratégias de afirmação dos DH nas várias dimensões sócio ecológicas em problemáticas de impacto para o desenvolvimento sustentável, nomeadamente a Saúde Mental.

O estudo tem como pergunta de partida “*Como é que o assistente social operacionaliza os Direitos Humanos na intervenção eco-social em Saúde Mental?*”.

O objetivo geral é analisar as estratégias de afirmação dos DH na intervenção em Saúde Mental, numa perspectiva de intervenção de acordo com o modelo eco-social (Rocha, 2016). Os objetivos específicos são: compreender a relação entre os DH e Saúde Mental numa abordagem ecobiopsicossocial da intervenção do Serviço Social e respetivas dimensões práticas, conceptuais e ético-políticas, com especial foque no potencial do modelo de Saúde Mental Comunitária; refletir sobre a importância da afirmação dos DH em Saúde Mental enquanto motor para o desenvolvimento sustentável; e sistematizar as respetivas competências do assistente social nessa promoção através da mediação e superação dos atuais desafios, constrangimentos e obstáculos à Saúde Mental e sustentabilidade das comunidades na dimensão ecológica e ético-global.

A investigação é de carácter exploratório, de natureza qualitativa, tendo como técnica de recolha de dados entrevistas semiestruturadas, aplicadas a uma amostra não probabilística e selecionada por conveniência, dirigida a assistentes sociais que exercem a sua intervenção profissional direta ou indiretamente na promoção e reabilitação em Saúde Mental, sendo este o objeto de estudo.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, procurou-se desconstruir os conceitos de DH e Saúde Mental, relacionando os mesmos e a sua complexidade sob a dimensão ecológica do ser humano, bem como uma análise dos determinantes sociais, do enquadramento legal e político e do modelo comunitário em Saúde Mental, e respetiva configuração e papel dos DH nos mesmos. Sintetizou-se a intervenção do assistente social enquanto promotor de DH em Saúde Mental, assim como a potencialidade do modelo eco-social (Rocha, 2016) nessa implementação, e integração desses direitos no desenvolvimento sustentável. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia de investigação utilizada e respetivas limitações. Por último, no terceiro capítulo, é feita uma análise e discussão dos resultados obtidos, articulando a bibliografia utilizada no enquadramento teórico ao longo do presente estudo, culminando com as conclusões da respetiva investigação.

Os resultados obtidos conduzem a novas questões e reflexões em torno das estratégias de configuração e afirmação dos DH na prática profissional do Serviço Social em Saúde Mental, assim como a necessidade de análise e investigações futuras em torno dos desafios e constrangimentos na perspectiva ecológica do ser humano. De igual modo, pretende-se assumir a proposta do modelo eco-social enquanto potencial para a promoção do desenvolvimento sustentável por via de uma intervenção em Saúde Mental centrada pelo *empowerment*, *advocacy* e promoção da justiça social, dignidade humana e autodeterminação, que possibilite contribuir para investigações futuras em torno do presente tema.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Direitos Humanos e Saúde Mental: uma abordagem ecológica

Define-se Saúde Mental como “a ausência de doença ou enfermidade, e um estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2002), sendo que esta não depende apenas de fatores individuais, mas também contextuais (Fazenda, 2008). Das dez doenças que mais contribuem para a incapacidade laboral, cinco são do foro psiquiátrico, e cerca de um em cada cinco portugueses sofreu ou sofre de doença mental, sendo Portugal o país europeu com maior prevalência (Oliveira, 2019).

Por sua vez, define-se Direitos Humanos (DH) como os direitos e liberdades fundamentais inerentes à condição humana, e sem os quais não conseguimos viver como seres humanos, permitindo-nos desenvolver e satisfazer as nossas necessidades (ONU, 2021). Estes não têm de ser adquiridos, pois são direitos de nascença para todos os seres humanos, reconhecendo os seus especiais interesses, e sendo os mesmos interdependentes, interdisciplinares e indivisíveis (Kelly, 2015).

Segundo Khan & Rasheed (2016), as interações entre o ser humano e o seu contexto representam um papel essencial na satisfação das suas necessidades, com forte impacto no seu bem-estar, objetivos e valores pessoais. Por sua vez, Guadalupe (2016) refere que esta visão ecológica do ser humano passou a relacionar-se com o Serviço Social por Mary Richmond e Jane Adams, dada a influência do contexto social e familiar no comportamento e desenvolvimento humano. Esta influência enquadra-se na visão ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, que visa explicar a influência das estruturas sociais no comportamento e desenvolvimento humano, numa hierarquia de *microsistema* (relações de proximidade), *mesossistema* (interação entre vários microsistemas), *exossistema* (estruturas e respostas comunitárias) e *macrossistema* (contexto cultural, político, social, económico e histórico)<sup>1</sup> (Guadalupe, 2016) .

#### 1.1. Determinantes sociais em Saúde Mental

Chantre & Fazenda (2016) definem determinantes sociais como a influência dos contextos de vida (sociais, económicos, culturais, raciais, psicológicos e individuais)<sup>2</sup> na saúde do indivíduo, com forte impacto das desigualdades sociais e estratificação social, tornando as pessoas em situação de vulnerabilidade social mais suscetíveis à ocorrência de problemas

---

<sup>1</sup> Consultar Anexo A (Hierarquia Sistémica no modelo ecológico)

<sup>2</sup> Consultar Anexo B (Fatores de influência em doença mental) e Anexo C (Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgreen e Whitehead)

de saúde. Estes determinantes manifestam-se em vários níveis ecológicos, nomeadamente no microsistema através das características individuais, no mesossistema através do capital social e das redes comunitárias, e na escala macro nível através das condições de vida, educação, trabalho e habitação, que dependem dos fatores políticos, económicos, socioculturais e estruturais (Fazenda, 2012).

Na presença de determinantes sociais desfavoráveis, o portador de doença mental pode ser alvo de discriminação, quer por via da sua condição de saúde quer por via do seu contexto de vida. Esta discriminação pode afetar o acesso aos serviços de cuidado, assim como integração nas várias esferas de vida cívica e social, piorando a sua condição de saúde, autoestima e bem-estar (OMS, 2005)<sup>3</sup>. A resposta a estes determinantes baseia-se na promoção dos DH, sendo essencial aliar a práticas de afirmação do direito à saúde e à proteção social (Dudley, Silove & Gale, 2012), com a dignidade dos utentes.

## **1.2. Enquadramento legal e político dos Direitos Humanos na Saúde Mental**

A implementação dos princípios de DH em Saúde Mental é fortemente necessária, enquanto obrigação legal dos Estados em promover a sua implementação e monitorização (Khan & Rasheed, 2016). A par com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP) o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência (CDPD) também desempenharam um papel fundamental na cooperação e orientação da implementação dos direitos do portador de doença mental, assim como do princípio da dignidade, não discriminação, liberdades, igualdade e proteção contra o tratamento desumano (OMS, 2005).

Os DH fundamentais são consagrados na maioria das constituições europeias, sendo o direito à saúde consagrado no artigo 25º da DUDH (Matias, 2009), no artigo 12º da PIDESC e no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP). O direito à saúde implica um padrão de serviços e cuidados digno, de acordo com os princípios da disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, qualidade e universalidade, a par com respostas de proteção social adequadas às necessidades, sendo obrigação dos Estados garantir este padrão (McPherson, 2015).

---

<sup>3</sup> Esta realidade é comprovada pela OCDE (2019), referindo que um indivíduo com boas condições de saúde encontra-se mais favorável a um maior rendimento e inserção social e laboral, assim como a ter uma maior participação cívica na comunidade, e menos vulnerável a vir ser alvo de um tipo de desigualdade social.

A legislação da proteção dos DH em Saúde Mental é limitada, pelo que seria importante implementar outros mecanismos a par com o PIDESC e PIDCP, através da formulação de políticas numa perspetiva ecológica, em relação com os restantes ecossistemas (Kelly, 2015). Um dos maiores desafios na Saúde Mental é a garantia e defesa dos DH à escala global, quer no que refere à melhoria da acessibilidade e qualidade de serviços através da monitorização do cumprimento dos mesmos, quer na formação profissional e consciencialização pública em torno dos DH em Saúde Mental, com especial enfoque na melhoria da efetividade da legislação progressista em Saúde Mental (Almeida, 2018). A legislação progressista em Saúde Mental visa a prevenção e combate às ameaças dos DH, assim como na garantia em condições de vida dignas e no acesso a cuidados através da formulação de políticas sociais e de saúde. Neste âmbito a OMS elaborou em 1996 os *Dez Princípios Básicos da Legislação de Atenção à Saúde Mental*, enquanto ferramenta de orientação para a implementação e monitorização dos DH em Saúde Mental (OMS, 2005).

**Figura 1 - Dez Princípios Básicos de Legislação de Atenção à Saúde Mental**

|   |   |
|---|---|
| Dez Princípios básicos da Legislação de atenção à Saúde Mental (1996) | Promoção e prevenção da Saúde Mental  |
|   | Acesso à atenção básica em Saúde Mental   |
|   | Avaliações de Saúde Mental em conformidade com os princípios internacionalmente aceites |
|   | Claúsula de tipo menos restritivo de atenção à Saúde Mental                             |
|   | Autodeterminação  |
|   | Direito a ser assistido no exercício da autodeterminação                                |
|   | Disponibilidade de procedimento de revisão  |
|   | Mecanismo automático de revisão periódica   |
|   | Tomada de decisão qualificada   |
|   | Respeito ao império da lei  |

Fonte: Elaboração própria, adaptado de OMS (2005)

Esta orientação internacional pretende promover a obrigação dos Estados em garantir e afirmar os DH e liberdades fundamentais, assegurando a implementação de políticas e serviços que sejam de acordo com estas normas, e integrando a perspetiva dos DH nos serviços, respostas e programas em Saúde Mental (ONU, 2016).

Em Portugal, com a Lei de Saúde Mental nº36/99 de 24 de julho, estabelece-se os princípios e orientações para os serviços de Saúde Mental, com especial foque nos cuidados de Saúde Mental comunitária, promoção de autonomia, reabilitação psicossocial e estabelecimento de direitos e deveres do utente. Posteriormente é aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), com o objetivo de assegurar o acesso equitativo e descentralizado dos cuidados de saúde, facilitar o acesso a respostas de Saúde Mental e promover os DH (Santos & Pedrosa, 2016). A Lei de Saúde Mental trouxe avanços significativos nesta realidade, regulamentando o processo de institucionalização e consagrando o modelo comunitário enquanto prestação de cuidados de proximidade, de forma a prevenir a violação dos seus direitos e liberdades fundamentais. Porém, só com a aprovação do PNSM é que esta lei assume um carácter oficial e vinculativo, verificando-se algumas vulnerabilidades no que respeita à qualidade, acessibilidade e universalidade dos serviços em Saúde Mental, causada maioritariamente pela falta de respostas comunitárias descentralizadas, de recursos humanos/técnicos e infraestruturas (Fazenda, 2012).

### **1.3. Modelo de Saúde Mental Comunitária**

Os cuidados no contexto comunitário ajudam a garantir o cumprimento dos direitos da pessoa, de forma a prevenir os seus abusos e ameaças. Segundo Pulla (2014), quando os cuidados em Saúde Mental são promovidos no contexto comunitário, existe um maior foque na promoção e efetivação dos direitos socioeconómicos inseridos no PIDESC, capacitando os portadores de doença mental a aceder e usufruir dos seus direitos, de forma a que consigam funcionar e integrar-se na comunidade (Stravert, 2007).

Com a desinstitucionalização em Saúde Mental, reforçada pelo enquadramento político da Lei da Saúde Mental, as respostas e recursos passaram a focar-se no contexto comunitário, principalmente através dos cuidados de saúde primária, regulamentando o processo de internamento compulsivo (Alves & Silva, 2004). Este modelo baseia-se na visão biopsicossocial da Saúde Mental, assumindo um papel multidimensional ao trabalhar nas redes de suporte, e na respetiva importância e influência no bem-estar e desenvolvimento, de forma a promover a sua reabilitação psicossocial a par com os recursos do seu meio envolvente, de acordo com os objetivos da integração social, acesso à cidadania e promoção dos DH (Fazenda, 2012).

O modelo de Saúde Mental Comunitária é uma metodologia de intervenção que visa reabilitar e integrar o individuo na sua própria comunidade, garantindo a afirmação dos DH, da cidadania, da inclusão e da participação social (Domingos & Fazenda, 2016). Segundo Fazenda (2009), pretende combater a discriminação, estigmatização e desigualdade social;

garantir a integração, eficácia e totalidade dos cuidados em saúde mental; promover a importância do bem-estar psicológico e social; responder à necessidade de recursos humanos e infraestruturas adequadas e eficientes; e envolver a comunidade no processo de planificação e implementação de respostas. Esta participação da comunidade no desenvolvimento de políticas e respostas sociais tem um impacto positivo na saúde comunitária, assim como na efetivação dos seus direitos (ACDHNU, 2017).

## **2. O Serviço Social em Saúde Mental enquanto agente promotor de Direitos Humanos**

Segundo Healy (2016) o Serviço Social define-se desde o seu início como uma profissão de DH, sendo os mesmos inseparáveis do exercício da profissão, dada a compatibilidade da sua missão e valores com os DH, e da contribuição dos assistentes sociais na sua promoção. Os DH assumem um papel fundamental na Ética e Deontologia Profissional no que toca à promoção do bem-estar, justiça social e dignidade enquanto imperativo de afirmação dos DH por via do *advocacy*, *empowerment* e mudança social. A implementação desta prática enquadra-se numa perspetiva holística, implementando, afirmando e monitorizando o seu enquadramento político e legal nas estruturas comunitárias de proximidade (Smith et al., 2019).

Considerado como princípio organizativo da profissão, com enfoque na intervenção centrada na afirmação dos direitos enquanto direito positivo perante o Estado e imperativo de justiça social, o cumprimento dos DH torna-se inseparável da satisfação das necessidades (ONU, 1999). É esta perspetiva que possibilita a sua promoção e conseqüente transformação social, onde os assistentes contribuem no combate aos abusos sistémicos intervém por via do *advocacy*, participação e mobilização comunitária (Chong & Francis, 2014). Segundo McPherson (2015), a afirmação dos DH segue uma natureza *top-down*, contudo cabe ao assistente social promover a sua efetivação e concretização numa prática de *bottom-up* à escala comunitária.

A promoção dos DH do portador de doença mental deve afirmar o direito à proteção assistencial, cidadania, humanização do tratamento, proteção legal, suporte familiar e social, acesso aos cuidados de saúde e não discriminação, enquanto ferramenta-chave na promoção da integração e participação cívica (Fazenda, 2012). Contudo, continuam a persistir ameaças aos DH do portador de doença mental, entre as quais a pobreza, discriminação e exclusão social, negando ao cesso a direitos e benefícios enquanto imperativo da justiça social, e dificultando a sua integração, reabilitação e participação social.

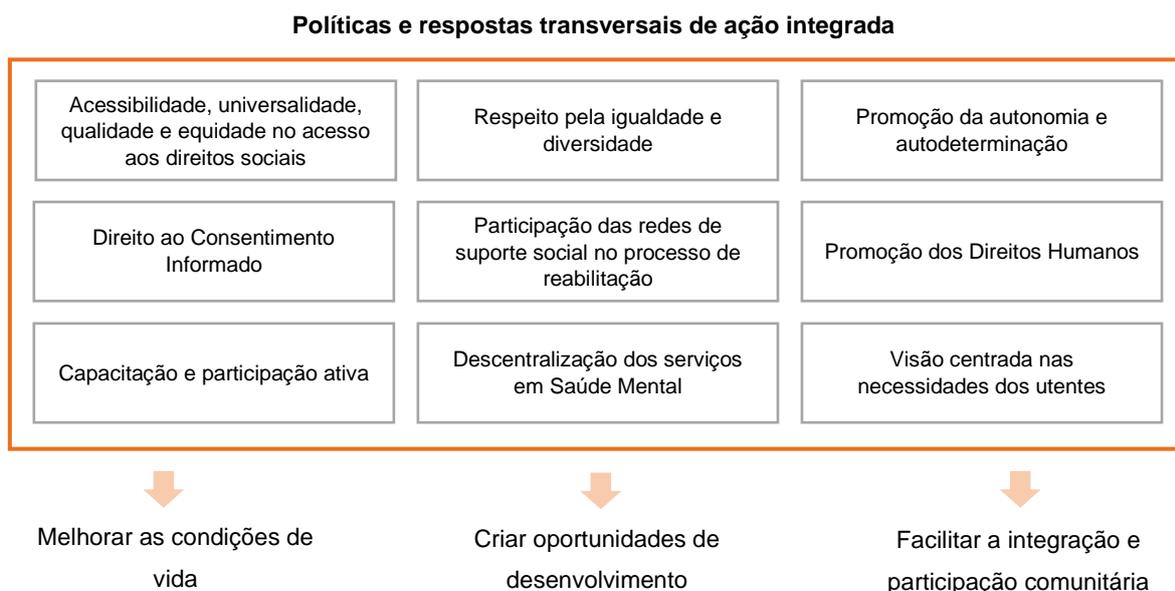
**Figura 2:** Orientações da OMS para a intervenção do Serviço Social em Saúde Mental



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Fazenda (2012).

Em relação à prática do Serviço Social em Saúde Mental, a sua intervenção baseia-se em promover os DH através do exercício das responsabilidades dos serviços e respostas da comunidade e do Estado (Fazenda, 2008). A tendência humanista na sua afirmação insere-se numa perspetiva multidimensional, por incidir no combate às causas e consequências dos determinantes sociais em Saúde Mental (Fazenda, 2017).

**Figura 3:** Intervenção do Serviço Social em Saúde Mental



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Fazenda (2012).

Nesta premissa, cabe ao assistente social garantir uma relação de humanização, empatia e escuta ativa, valorizando o respeito pela dignidade do portador de doença mental, assim como assegurar o acesso a recursos de resposta às necessidades e facilitar a sua participação cívica e política (Steen et al., 2017). Por sua vez, a FIAS - Europa definiu em 2015 um conjunto de *11 Princípios de Promoção da Afirmção dos Direitos Humanos na prática do Serviço Social*, indo ao acordo dos princípios e objetivos apresentados quer pela OMS, quer por Fazenda (2008), ao apresentar os objetivos do Serviço Social em Saúde Mental, nomeadamente a capacitação para uma cidadania de emancipação; promoção da justiça social, *empowerment*, autodeterminação e participação social; assim como promover uma maior consciencialização em torno dos DH e cidadania.

**Figura 4** - 11 princípios de promoção da afirmação dos Direitos Humanos na prática do Serviço Social

|   |   |
|---|---|
| O Serviço Social promove a afirmação dos Direitos Humanos através de: | Derrubar barreiras sociais que alimentam a desigualdade   |
|   | Mobilizar e promover o empowerment dos indivíduos, famílias e comunidade, de forma a promover o bem estar                                       |
|   | Formular e implementar políticas e programas que visem o bem-estar, desenvolvimento e direitos humanos  |
|   | Promover a participação cívica  |
|   | Promover o advocacy   |
|   | Garantir o acesso à proteção social dos mais vulneráveis, de forma individual e capacitadora, como é o caso dos portadores de doença mental     |
|   | Promover a ação política e social e torno da criação de políticas sociais que visem o desenvolvimento socioeconómico e combate às desigualdades |
|   | Assegurar o equilíbrio e bem-estar social   |
|   | Promover o respeito pelas diferentes culturas, crenças, ideologias e religiões, desde que não vão contra os direitos humanos fundamentais       |
|   | Facilitar a integração social dos grupos vulneráveis e excluídos  |
|   | Planear e administrar programas e organizações com vista a promoção dos objetivos citados   |

Fonte: Elaboração própria, adaptado de (FIAS, 2015)

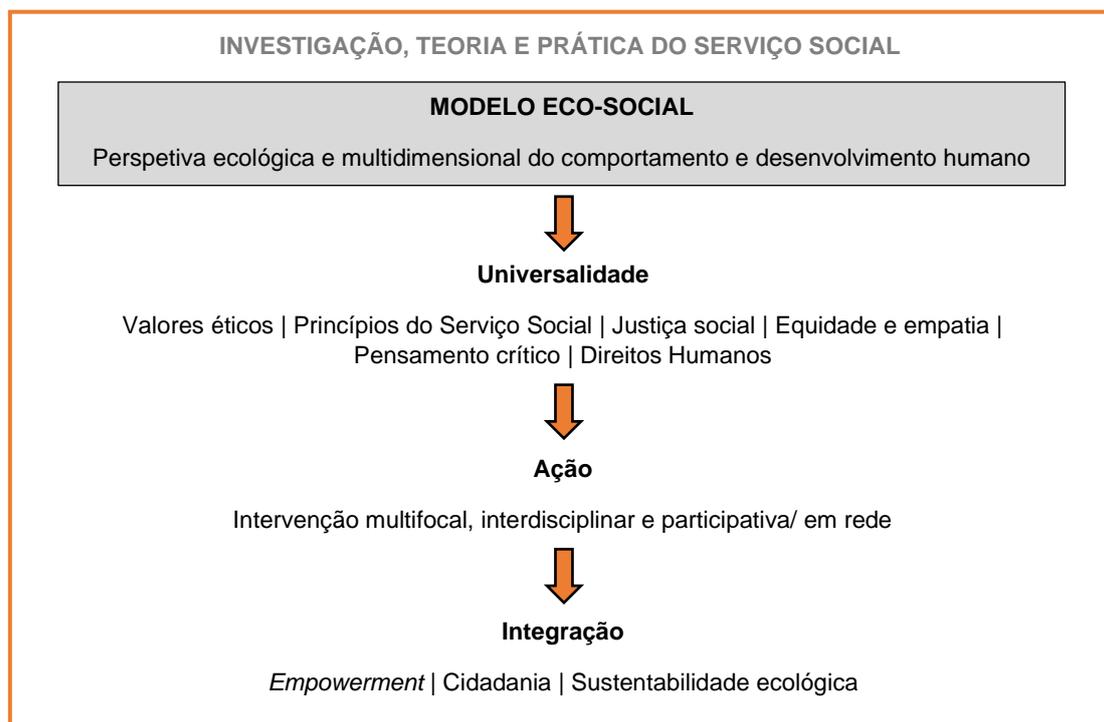
O cumprimento destes objetivos exige um posicionamento e mobilização política por parte dos profissionais, de forma a afirmar e defender os direitos individuais e coletivos, promover a satisfação das necessidades humanas enquanto direito positivo legitimado pelo Estado, e efetivar o respeito pelos direitos sociais, bem-estar e desenvolvimento (ONU, 1999). Esta mobilização é um dos principais objetivos da advocacia social, que consiste na defesa dos direitos do portador de doença mental, que em virtude da sua condição psíquica é discriminada no acesso aos direitos de participação e integração social, exigindo uma

cooperação interdisciplinar dada a interdependência dos seus direitos e do seu impacto no processo de reabilitação (Fazenda, 2009).

## 2.1. A potencialidade do modelo eco-social

O modelo eco-social baseia-se na perspetiva ecológica do desenvolvimento humano, numa visão holística da sociedade e da influência que os fatores ambientais exercem no comportamento humano (Rocha, 2016). A sua prática consiste num processo que passa pela *Universalidade*, enquanto princípios e valores éticos que norteiam a ação profissional, regendo a *Ação*, através de uma visão multifocal (Lee, 2001), interdisciplinar e participativa de acordo com o diagnóstico, e culminando na *Integração* enquanto meta da *Ação*, por via do *empowerment*, promoção da cidadania e sustentabilidade ecológica. Esta intervenção multidimensional concretiza-se pela inter-relação da pessoa com o seu ambiente e representa a promoção da sustentabilidade baseada na mudança e justiça social (Rocha, 2018).

**Figura 5:** Modelo eco-social em Serviço Social



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Rocha (2016).

Na relação com o Serviço Social, este modelo visa exercer uma influência em várias dimensões, criando ligação entre o ambiente e as condições de vida da população, assim como a perceção do bem-estar numa perspetiva sistémica e da respetiva influência enquanto

processo transacional e uma prática orientada para a ação e sociopolítica (Rocha, 2016; Närhi, 2004). Dada a necessidade de uma análise holística na intervenção social, torna-se essencial o seu posicionamento nas dimensões micro, meso, exo e macroestrutural dos sistemas ecológicos, recursos e problemas dos indivíduos e da comunidade, de forma a intervir e a trabalhar com as redes e contextos sociais do indivíduo, numa perspetiva de resiliência, *empowerment* e participação na construção de redes (Rocha, 2018).

Este modelo encontra-se organizado em 5 níveis, nomeadamente o individual, relacional, ambiental, estrutural e super-estrutural, os dois últimos associados ao enquadramento político-legal e sistema socioeconómico, e justiça social e DH, respetivamente. A sua intervenção incide no caminho percorrido desde a dimensão assistencial, passando para a da promoção humana, do desenvolvimento local e culminando na dimensão sociopolítica, onde o posicionamento e reflexão ético-política é essencial para responder a desafios ético-globais (Rocha, 2016). Segundo a mesma autora, o foco no desenvolvimento sustentável permite a equidade no acesso aos serviços essenciais, o respeito pela diversidade cultural, a participação cívica e a sustentabilidade social, onde a criatividade, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a inovação no processo de intervenção social, e a articulação entre a teoria, a prática e a investigação, deve ser permanente.

### **3. Saúde Mental, Direitos Humanos e Desenvolvimento Sustentável**

No Relatório de Burtland da ONU, publicado em 1987, o desenvolvimento sustentável define-se como “capacidade humana em assegurar o desenvolvimento e atender às necessidades do presente sem comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras”, correspondendo ao equilíbrio entre o Estado, Mercado e Sociedade Civil (Adolfo, Silva & Carvalho, 2015). O desenvolvimento sustentável consiste na transformação das relações ecológicas, de forma a responder a situações de vulnerabilidade e marginalização social, enquanto afirmação dos DH do ponto de vista social, cultural, ambiental, político e económico.

Por sua vez, (Adolfo, Silva & Carvalho, 2015) definem sustentabilidade social como o processo de concretização dos direitos e liberdades fundamentais, assim como a efetivação da acessibilidade a serviços e respostas sociais, satisfação de necessidades, bem-estar e qualidade de vida. O desenvolvimento sustentável deve estar ligado à sustentabilidade social, de forma a garantir o bem-estar individual e coletivo, e garantir o acesso aos benefícios da ação social enquanto garantia dos DH, segurança nos sistemas públicos de proteção social e equidade no que toca à igualdade de oportunidades, autonomia e participação social (Rocha, 2016).

Esta relação entre os DH e o desenvolvimento humano foca-se no reconhecimento das liberdades fundamentais (Mapp, 2008), e de acordo com esta abordagem, as pessoas que vivem em contexto de vulnerabilidade social devem ser possuidores ativos de direitos de cidadania e participação e não alvo de caridade numa ótica assistencialista de um Estado de Bem-Estar através de políticas paternalistas (Degener, 2016). A tendência política pode influenciar a afirmação plena dos DH, da dignidade e do *empowerment* e é provocada maioritariamente pela ausência de debate e mobilização pública em torno da Saúde Mental, da sua falta de definição e vinculação normativa legal, da ausência de tratamentos efetivos e da presença de atitudes de estigmatização, exclusão e discriminação (Kelly, 2015). Numa perspetiva paternalista, o facto de se assumir que o cidadão portador de doença mental é incapaz de se afirmar, representa um obstáculo à efetivação dos DH, da autonomia e do acesso aos cuidados e respostas de justiça social, constituindo um obstáculo ao desenvolvimento humano e social (Chong & Francis, 2014). Assim, para a promoção do desenvolvimento sustentável, sendo o direito à sustentabilidade um princípio constitucional é responsabilidade do Estado, assegurar a promoção do bem-estar, dos DH e da sustentabilidade social (Adolfo, Silva & Carvalho, 2015)

Segundo (Rocha, 2018), importa refletir sobre este processo, face aos dilemas éticos e desafios operacionais decorrentes da prática profissional e da respetiva manifestação em todas as suas dimensões, de forma a promover práticas de mobilização, participação e *empowerment* da comunidade. De acordo com Chantre & Fazenda (2016) o contexto ecológico do individuo apresenta uma relação de influência nos determinantes sociais de Saúde Mental, sendo que a intervenção do Serviço Social nestes contextos permite melhorar as condições de vida do individuo e promover o seu bem-estar e desenvolvimento.

No caso específico da Saúde Mental, a mesma foi incluída nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) enquanto prioridade para o desenvolvimento sustentável dado o seu impacto em outros fatores do desenvolvimento (ex. pobreza, emprego, crescimento económico, paz e justiça, entre outros) e a sua relação com os seus determinantes sociais. Neste sentido, cabe aos Estados promover a Saúde Mental e bem-estar da população, através da promoção da acessibilidade, equidade e universalidade dos cuidados de saúde (Votruba & Thornicroft, 2016). A relação entre a Saúde Mental e os ODS 2030 implica uma readaptação das políticas em Saúde Mental, reconhecendo o impacto dos determinantes sociais e da marginalização enquanto causas, que conduzem a consequências da falta de Saúde Mental no desenvolvimento, lembrando que não deixar ninguém para trás é o objetivo da Agenda para 2030 da ONU (ACDHNU, 2017).

Para efetivar o cumprimento dos DH em Saúde Mental na promoção do desenvolvimento sustentável, importa investir em infraestruturas, respostas e cuidados de saúde na

comunidade e integrados no respetivo sistema de saúde; na sensibilização e mobilização pública em torno do estigma em Saúde Mental; disponibilizar medicamentos, terapias e profissionais qualificados para a reabilitação; apoiar organizações na comunidade que desempenham um papel fundamental no bem-estar e qualidade de vida do portador de doença mental; conceptualizar políticas e respostas culturalmente sensíveis; e formular, implementar e monitorizar políticas de proteção e promoção da Saúde Mental, baseadas na perspetiva dos DH (OMS, 2002). Contudo, se por um lado estas questões estão refletidas em documentos e diretrizes oficiais, por outro a sua implementação falha na operacionalização.



## CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo a caracterização da investigação, a definição do objeto, objetivos e campo empírico, a caracterização do universo e amostra de análise e, por fim, das técnicas de recolha e análise de dados.

A investigação em ciências sociais é um processo objetivo, flexível e sistemático, que tem como objetivo descrever, explorar e compreender questões e problemas da realidade social (Coutinho, 2015). Permite a aquisição ou verificação de conhecimento científico, assim como a procura de resposta para diversos fenómenos, com vista à compreensão da realidade social (Fortin, Côte & Vissandjée, 1999). No campo do Serviço Social, a investigação desafia o profissional a analisar o contexto social e a questionar o conhecimento científico-metodológico, de forma a promover a eficácia da sua intervenção, dada a complexidade causada pela constante mudança da realidade social. Logo, torna-se essencial relacionar a investigação com a prática profissional em Serviço Social, de forma a sustentar a sua intervenção e assegurar a circularidade do conhecimento (Ferreira, 2011).

O objeto de estudo é investigar as práticas profissionais comunitárias do Serviço Social em Saúde Mental, que permitam compreender e atribuir significados às mesmas. Segundo Ferreira (2011), a construção do objeto de estudo baseia-se na relação entre a teoria e a problemática que é investigada, cuja resposta às questões de investigação permitem dar suporte à prática profissional, e cuja relação se torna essencial para a sustentabilidade das práticas do assistente social. No presente estudo o campo empírico é constituído por assistentes sociais que exercem a sua intervenção direta ou indiretamente na promoção, sensibilização e reabilitação em Saúde Mental nas mais diversas áreas, setores e populações-alvo, sendo que o seu objetivo é identificar as estratégias de configuração do princípio dos DH na prática profissional do Serviço Social.

Assim, a pergunta de partida é *“Como é que o assistente social operacionaliza os DH na intervenção eco-social em Saúde Mental?”*.

Tendo como objetivo geral: Analisar as estratégias de afirmação dos DH na intervenção em Saúde Mental, numa perspetiva de intervenção de acordo com o modelo eco-social. Os objetivos específicos são: compreender a relação entre os DH e Saúde Mental numa abordagem ecobiopsicossocial da intervenção do Serviço Social e respetivas dimensões práticas, conceptuais e ético-políticas, com especial enfoque no potencial do modelo de Saúde Mental Comunitária; refletir sobre a importância da afirmação dos DH em Saúde Mental enquanto motor para o desenvolvimento sustentável; e sistematizar as respetivas competências do assistente social nessa promoção através da mediação e superação dos atuais desafios, constrangimentos e obstáculos à Saúde Mental e sustentabilidade das comunidades na dimensão ecológica e ético-global.

Tendo essa realidade em conta, pretende-se caracterizar as dimensões da configuração do princípio dos DH na intervenção do Serviço Social em Saúde Mental, de forma a contribuir para a análise, compreensão e implementação do modelo de intervenção eco-social (Rocha, 2016), através de práticas profissionais para o desenvolvimento sustentável.

### **1. Campo empírico: Universo e Amostra**

O campo empírico deste estudo foi constituído por profissionais que trabalham com organizações de intervenção em Saúde Mental, quer na sensibilização, reabilitação ou promoção direta ou indireta, nos mais variados setores e populações-alvo.

O universo são os assistentes sociais que compõe as equipas multidisciplinares de intervenção e promoção em Saúde Mental, sendo uma amostra não probabilística, embora com base em dois critérios: ser assistente social (tendo formação base em Serviço Social) e estar a exercer a profissão de assistente social numa equipa multidisciplinar de intervenção em Saúde Mental nas regiões norte, centro, sul e ilhas no momento de entrevista. A amostra é constituída por onze assistentes sociais, recolhida segundo o método de amostragem por conveniência. Este é um procedimento pelo qual cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido para amostra.

### **2. Lógica e estratégia de investigação**

Optou-se na presente investigação pelo paradigma interpretativo, com vista a gerar informação que permita compreender a problemática e possibilitando uma maior relação entre sujeito e objeto de investigação. Este paradigma não pretende descobrir os factos e as causas de determinados fenómenos, mas sim compreender o significado desses acontecimentos e respetivas interações para os sujeitos. Este paradigma de investigação apresenta uma estratégia qualitativa e uma lógica indutiva, cuja teoria surge *a posteriori* da recolha e análise dos dados, com vista à produção de conhecimento por via da análise e compreensão do fenómeno social que é investigado (Coutinho, 2015)

Na investigação em Serviço Social o modelo qualitativo tem-se constituído como o modelo predominante, pois permite dar voz aos sujeitos que participam na investigação, de forma a informar a prática profissional através da captação de conhecimento por via da interpretação e compreensão da realidade social (Ferreira, 2011).

### 3. Técnicas de recolha de dados

A técnica escolhida foi a entrevista semiestruturada, que permite fornecer informação detalhada sobre um determinado fenómeno (Coutinho, 2015). Este tipo de entrevistas orienta-se por questões abertas, que permitem ao sujeito estimular o pensamento livre e favorecer a exploração e expressão profunda das respetivas respostas (Fortin, 1999).

As entrevistas realizaram-se de 15 de abril de 2021 a 31 de maio de 2021, permitindo uma maior flexibilidade e adaptação entre os diferentes participantes. Ao longo desse período foram realizadas onze entrevistas, via plataforma de videoconferência em virtude do plano de contingência da pandemia COVID-19, com duração média de 45 minutos, cuja análise e discussão é realizada no capítulo 3. A entrevista foi composta por duas partes, inquérito sociodemográfico, para efeitos de caracterização da amostra, e onze perguntas em torno do tema de investigação e problemática associada <sup>4</sup>.

Para o agendamento e realização destas entrevistas recorreu-se ao contacto junto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., pedindo uma autorização para entrevistar sete assistentes sociais das equipas de Psiquiatria Comunitária que a instituição abrange. Por motivos burocráticos, que atrasariam o processo da investigação, no estabelecimento de parceria com a instituição, definiu-se uma segunda alternativa de entrar em contacto direto com profissionais de várias instituições e regiões, de forma a definir uma amostra representativa e diversa, através de contactos diretos e solicitação de sugestões. Foi feito um contacto junto da Associação de Profissionais de Serviço Social, que por intermédio da Professora Helena Rocha, orientadora da presente dissertação de mestrado e da Dra. Marta Borges, diretora do Núcleo de Emergência Social do Instituto de Segurança Social e Coordenadora da Linha de Emergência Social, possibilitou o acesso a onze profissionais de nove instituições. Após o agendamento prévio e assinatura do consentimento informado, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

### 4. Técnica de análise dos dados

Os dados recolhidos foram analisados através do método de análise de conteúdo categorial, organizadas em categorias conceptuais, nomeadamente *Competências do Serviço Social na configuração dos Direitos Humanos, Constrangimentos na prática profissional, Acessibilidade aos direitos sociais e económicos, Acessibilidade aos cuidados de Saúde, Impacto dos determinantes sociais, Participação cívica, Papel das redes de suporte, Impacto socioeconómico e político da COVID-19, Respostas políticas e dilemas éticos, Vantagens da*

---

<sup>4</sup> Consultar Anexo E (Inquérito Sociodemográfico) e Anexo F (Guião de Entrevista)

*intervenção ecobiopsicossocial e comunitária, Modelo de Saúde Mental Comunitária e afirmação de Direitos Humanos e Papel da Saúde Mental no Desenvolvimento Sustentável*<sup>5</sup>.

## **5. Limitações e constrangimentos**

Com a necessidade de readaptação à realidade pandémica que vivemos, foram encontradas algumas limitações no processo de recolha de dados, exigindo que a realização das entrevistas tivesse de ser numa plataforma de videoconferência à distância. O primeiro contacto estabelecido para realizar o processo de investigação não se tornou viável por impedimentos burocráticos, pois teria de ser feita uma candidatura extensiva e demorada, com várias fases envolvidas, o que iria atrasar o decorrer do processo de investigação. Por sua vez, na escolha de uma amostra por conveniência, dificilmente se pode generalizar resultados, embora se considere que os resultados podem contribuir para evidenciar o tema e salientar a necessidade de produção científica sobre o mesmo.

## **6. Aspetos éticos**

As questões éticas na investigação assumem uma importância fundamental quando existe uma envolvimento ativo na recolha e análise de dados, por parte dos membros da comunidade. O processo de recrutamento, definição de amostra e recolha de dados exige especial atenção e cuidado para assegurar a participação voluntária por via do consentimento informado, assim como salvaguardar a confidencialidade e privacidade de todas as partes envolvidas (Padgett, 2008). Na aplicação dos instrumentos é fundamental salvaguardar e proteger os direitos e liberdades dos participantes no processo (Fortin, 1999).

Após o contacto, através do convite à participação e explicação da fundamentação e objetivos da investigação, os participantes deram o seu consentimento de forma livre e convicta, assim como para a gravação da entrevista, através do preenchimento do consentimento informado<sup>6</sup>. A transmissão de todos os elementos essenciais à participação dos sujeitos na investigação permitiu que os participantes pudessem avaliar as consequências da sua participação, como descrito por (Fortin, 1999).

Considera-se por isso, que os requisitos éticos fundamentais nesta investigação foram salvaguardados e cumpridos sem quaisquer conflitos de interesses.

---

<sup>5</sup> Consultar Anexo G (Análise categorial das entrevistas de investigação)

<sup>6</sup> Consultar Anexo D (Consentimento Informado)

### CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos, nomeadamente a caracterização dos entrevistados e posteriormente por categoria de análise, a qual foi tratada e analisada através do discurso dos entrevistados e cujos conteúdos foram escolhidos pelas informações obtidas, possibilitando posteriormente a sua discussão e o cumprimento dos objetivos desta dissertação.

Tabela 1

#### Caracterização Sociodemográfica

| Caracterização sociodemográfica dos assistentes sociais entrevistados |                   |                             |                                 |                                    |     |
|---|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----|
| <b>Género</b>   |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>Feminino</b>   |                   |                             | <b>Masculino</b>                |                                    |     |
| 7   |                   |                             | 4                               |                                    |     |
| <b>Formação académica</b>   |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>Licenciatura</b>   |                   | <b>Pós Graduação</b>        |                                 | <b>Mestrado</b>                    |     |
| 8   |                   | 2                           |                                 | 1                                  |     |
| <b>Função profissional</b>  |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>Estagiário</b>   |                   | <b>Assistente social</b>    |                                 | <b>Coordenador/Diretor técnico</b> |     |
| 1   |                   | 5                           |                                 | 5                                  |     |
| <b>Setor profissional</b>   |                   |                             |                                 |                                    |     |
| ONGD  | Misericórdia      | IPSS                        | Hospital                        | CLDS                               | ISS |
| 2   | 1                 | 4                           | 2                               | 1                                  | 1   |
| <b>Duração da atividade profissional</b>                              |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>&lt;5 anos</b>   |                   | <b>5-10 anos</b>            |                                 | <b>10-20 anos</b>                  |     |
| 2   |                   | 1                           |                                 | 7                                  |     |
| <b>Região</b>   |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>Norte</b>  |                   | <b>Centro</b>               |                                 | <b>Sul</b>                         |     |
| 2   |                   | 4                           |                                 | 4                                  |     |
| <b>Área de intervenção</b>  |                   |                             |                                 |                                    |     |
| <b>Toxicodependência</b>  | <b>Comunidade</b> | <b>Infância e Juventude</b> | <b>Tráfico de Seres Humanos</b> | <b>Saúde e Saúde Mental</b>        |     |
| 1   | 2                 | 2                           | 1                               | 5                                  |     |

Fonte: Elaboração própria

Os entrevistados são na sua maioria do sexo feminino, todas/os assistentes sociais, embora cerca de 45% a exercer cargos de gestão em simultâneo, na sua maioria com mais de 10 anos de prática profissional e com mais incidência no centro e sul do país. Embora as áreas sejam diversas, todas se relacionam com processos de intervenção ligada à Saúde Mental.

## 1. Categorias de Análise

### *Categoria 1 – Competências do Serviço Social na configuração dos Direitos Humanos*

A maioria dos entrevistados realçou a importância das competências de *advocacy* e *empowerment* no que se refere ao acesso aos direitos sociais, minimização do impacto dos determinantes sociais e estereótipos, e na promoção ativa dos direitos e liberdades fundamentais.

O nosso papel é de promoção dos direitos, mitigação dos preconceitos e estereótipos (...) (Ent.7).

As competências da nossa parte é salvaguardar que esses direitos são cumpridos (...) (Ent.10).

Evidenciaram o contributo do assistente social enquanto agente responsável pela mediação entre o individuo e o acesso às estruturas sociais e redes de suporte, e respetivo desenvolvimento, através da promoção da participação ativa do utente no processo de reabilitação.

O assistente social tem um papel de mediação entre o individuo e essas estruturas (...) (Ent.1).

A área de Saúde Mental obriga ao trabalho conjunto, e que passa também pelo trabalho com o utente que implica a participação do utente e da família (...) (Ent.8).

Ao nível do conhecimento técnico e metodológico entendem ser essencial que o profissional disponha e domine um conjunto de conhecimentos e competências transversais a diferentes áreas, principalmente na área dos DH. Também houve quem defendesse a importância de o assistente social ter competências de liderança, cooperação e gestão de equipas, assim como gestão financeira e comunicação, dada a importância nos processos de tomada de decisão e definição do modelo de intervenção no trabalho com equipas multidisciplinares e em rede.

Considero que somos um canivete suíço, com um conjunto de competências transversais a um conjunto de diferentes disciplinas (...) (Ent.3).

Conhecimento aprofundado do que são os Direitos Humanos e cidadania (Ent.5).

Foi defendida a importância de o assistente social ser resiliente, empático e persistente, numa abordagem ética e humanista da intervenção, assim como ter uma visão comunitária da Saúde Mental, encarando a pessoa, os serviços oferecidos pela instituição e o seu sistema social.

Temos de ser resilientes, empáticos (...) temos de ser persistentes, (...) (Ent.4).

Temos de ser íntegros, empáticos, temos que ter uma noção de respeito pela liberdade e especificidades do outro (Ent.9).

## *Categoria 2 - Constrangimentos na prática profissional*

Os principais constrangimentos mencionados foram o impacto do estigma dos próprios serviços e da comunidade em relação à pessoa portadora de doença mental, e o seu próprio *self* estigma, na adesão às respostas em Saúde Mental.

(...) o estigma que os próprios serviços têm em relação a determinando público com comportamento menos normativo ou mais difíceis de contactar (...) o próprio *self* estigma, em que eles próprios tem alguma dificuldade em aderir as estruturas formais de acompanhamento (...) (Ent.1).

Foram também levantadas questões como a falta de uma estratégia nacional de resposta em Saúde Mental, assim como falta de articulação interinstitucional e respostas instituições ou na comunidade e a sua ambivalência, que consigam promover a participação ativa do utente no seu processo de vida, através do conhecimento e reivindicação dos seus direitos, e respetiva promoção da autodeterminação e autonomia.

Constrangimentos é não haver um Plano de Saúde Mental nem respostas comunitárias (...) Temos uma total ausência de respostas comunitárias ao nível da Saúde Mental (...) assim como a falta de respostas de saúde mental comunitária de emergência devido à falta de um Plano Nacional de Saúde Mental (Ent.2).

(...) falta de conhecimento que as pessoas têm sobre os seus próprios direitos, e como reivindicar (...) próprios serviços nos quais as pessoas recorrem, que também desconhecem estes direitos e que de uma forma não propositada podem colocar barreiras no acesso das pessoas aos serviços (...) (Ent.7).

Referiram a importância de haver mais ações de promoção da Saúde Mental e de prevenção no primeiro nível de intervenção, e houve também quem referisse o impacto dos dilemas éticos no quotidiano profissional, por exemplo o impacto das práticas culturais menos permeáveis à mudança.

É também importante abordar o papel da dimensão da prevenção (...) temos falhado em promover e prevenir a Saúde Mental num primeiro nível nas nossas políticas sociais, na forma como investimos na educação, cidadania, combate a pobreza, distribuição de rendimentos ... (Ent.3).

O que eu tenho visto é que são praticas culturais mais fechadas. Nós temos comunidades/grupos mais permeáveis a mudança, e temos outros culturalmente mais fechados (...) há aqui questões culturais, que quanto mais fechadas forem, mais difícil será trabalhar com elas, e onde os técnicos têm mais dificuldade em aceder (Ent.5).

De forma geral, foi enfatizada a falta de financiamento e de recursos em respostas em Saúde Mental, o que dificultam a intervenção contínua.

Acho que faltam recursos, financiamentos, levar esta intervenção com uma resposta que deve ter continuidade (Ent.7).

### *Categoria 3 – Acessibilidade aos apoios e direitos socioeconómicos*

A maioria dos entrevistados afirmou que os direitos existentes são pouco acessíveis, maleáveis e insuficientes quanto à sua operacionalização, falta flexibilidade e eficiência de respostas, sendo inclusive excessivamente burocráticas e pouco adaptadas às realidades e necessidades específicas, fazendo com que os objetivos não sejam alcançáveis.

Considero que os apoios não estão adaptados à realidade, estão por vezes um pouco obsoletos, porque são demasiado burocráticos e exigentes (...) torna-se por vezes complicado, e falta pragmatismo, humanismo e trabalhar por objetivos mais alcançáveis (Ent.1).

Nós nunca podemos dizer de forma absoluta que são suficientes, porque perante em dificuldades que são cada vez maiores, as respostas podem ser boas, mas nunca vão ser suficientes (...) (Ent.5).

A Saúde Mental em Portugal não tem muitas respostas com que possamos trabalhar (Ent.10).

Foi igualmente referido que é essencial promover uma maior participação dos sujeitos no processo de saúde, assim como uma mediação no acesso a todas as dimensões dos direitos. Este acesso é dificultado pelos estereótipos, preconceitos e estigmas em Saúde Mental, assim como a falta de literacia e informação em torno dos direitos e respostas, sendo que o investimento em recursos nos centros de saúde primários e em escolas é essencial para uma maior prevenção e melhor intervenção.

(...) os direitos não estão disponíveis ou as pessoas não estão recetivas a esses direitos, e não há quem faça esse trabalho de mediação (Ent.3).

(...) os estereótipos que estão ligados à pessoa com doença mental dificultam o diagnóstico da própria pessoa e o acesso aos serviços (...) faltam recursos nos cuidados de saúde primários, nos hospitais, nas escolas, logo aí o acesso está bastante limitado (...) devíamos trabalhar melhor a dimensão da prevenção, que está muito aquém do que seria necessário (Ent.7).

### *Categoria 4 – Acessibilidade aos cuidados de saúde*

A maioria dos entrevistados referiu a importância de haver mais foco das respostas de saúde, nas necessidades, características e especificidades individuais.

(...) penso que as abordagens poderiam estar mais centradas no individuo e nas suas características particulares (...) (Ent.1).

O estigma e preconceito, mencionados mais uma vez, provocam dificuldade no acesso aos serviços e respostas, prejudicam o diagnóstico precoce, o que representa um impacto direto nas respostas dimensionadas, dada a falta de recursos ou distância geográfica entre o território natural da pessoa e o território onde se situam as respostas centralizadas em Saúde Mental.

Muita das vezes a autoimagem e estigma dificulta a aceitação do utente em ser ajudado, e isso tem um papel fundamental na sua reabilitação (Ent. 6).

O acesso é muito limitado para que as pessoas consigam ter o seu diagnóstico de problema de Saúde Mental, as pessoas ou não estão ou estão mal diagnosticadas, e isso não contribui para dar uma resposta direta e dimensionada aquela pessoa devido à falta de recursos, respostas que são cada vez mais demoradas e insuficientes (Ent.7).

Relativamente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), referem que foi uma grande conquista na democracia e DH, dado o esforço genérico na prestação de cuidados, contudo, a falta de avaliação por parte dos utentes e a falta de solicitação por parte do SNS faz com que a participação e avaliação no processo de saúde seja escassa, e aí o Serviço Social desempenha um papel fundamental.

Eu acho que os utentes do Sistema Nacional de Saúde avaliam pouco o serviço, e o Sistema solicita pouco o retorno da avaliação dessa experiência, e aí a participação da pessoa no processo de saúde é muito fraca (...) (Ent.2).

Uma grande conquista da nossa Democracia foi o Sistema Nacional de Saúde, e esses direitos e vitórias aumentaram exponencialmente a qualidade de vida dos portugueses, e muitas das vezes não valorizamos isso, e do ponto de vista dos Direitos Humanos isso devia orgulhar-nos a todos (Ent.3).

Também mencionaram que apesar da insuficiência de algumas respostas, tem havido alguma melhoria na facilidade do acesso aos serviços.

Em termos de acesso, de uma forma geral, a minha perceção é que sim, tem vindo a melhorar apesar de ainda haver trabalho a fazer (...) (Ent.5).

Contudo, houve quem defendesse que não existem barreiras no acesso a respostas e serviços de saúde, assim como na facilidade de encaminhamento para respostas de saúde rápidas e integradas.

Temos vários tipos de apoio, e quando verificamos que o utente precisa de outro tipo, fazemos o respetivo encaminhamento para outras respostas, principalmente a nível de cuidados de saúde física e mental, ou seja, há sempre uma resposta rápida e integrada à vítima, através das parcerias e protocolos que estabelecemos (Ent.4).

### *Categoria 5 – Impacto dos determinantes sociais*

Todos os entrevistados afirmam que os determinantes sociais representam um grande impacto no surgimento ou agravamento de problemas de Saúde Mental, e também que as intervenções nos mesmos representam uma grande parte da solução, embora haja a necessidade dos mesmos determinantes serem o fundamento para políticas públicas de intervenção precoce.

Para mim não existem determinantes sociais em Saúde Mental, para mim existem determinantes sociais para tudo, e para mim são 90% da solução (...) (Ent.2).

(...) há fatores sociais de influência determinante, mas também fatores que conduzem à doença mental. De facto, há um contexto, há situações que podem levar a doença mental e têm origem em fatores sociais, por outro lado também podem levar a um agravamento da doença e com um grande impacto (Ent.8).

O estigma em doença mental representa um grande impacto nas redes de pertença e na procura de apoio e acesso a serviços, e são estes determinantes que promovem a evolução

negativa ou positiva dos problemas de Saúde Mental, principalmente a condição económica e suporte familiar no acesso a respostas de saúde e de integração comunitária, assim como a educação e o emprego.

(...) têm um impacto brutal, principalmente em torno do estigma e preconceito e do seu impacto nas redes de pertença. O sentimento de pertença e integração socioprofissional é meio caminho andado (...) (Ent.2).

A doença mental tem determinantes biológicas e genéticas, mas é certo e está mais do que estudado que as condicionantes e determinantes sociais condicionam a evolução mais ou menos favorável das questões da doença mental, como a pobreza, habitação, emprego, condições de vida traumáticas, etc. (Ent.9).

### *Categoria 6 – Papel das redes de suporte*

A maioria dos entrevistados considera que em Saúde Mental existe uma fraca rede de suporte, quer informal quer formal, a nível das famílias e/ou instituições.

As redes de suporte social têm um papel determinante e fundamental, o problema é que sobretudo as redes de suporte formais são escassas, e mesmo as redes de suporte informais, que muitas vezes estão desgastadas e não conseguem dar o suporte necessário (Ent.8).

Uma pessoa que esteja bem inserida na comunidade e com boas relações de vizinhança mais facilmente tem apoio (...) muitos não têm qualquer tipo de suporte familiar ou institucional (Ent.5).

As redes de suporte são encaradas como uma forte proteção e apoio face determinantes negativos, tornando-se essencial essa articulação para a reabilitação em Saúde Mental, e o assistente social representa um importante papel na mediação entre as mesmas. Nas redes de suporte, a família representa um papel fundamental para o bem-estar, acompanhamento e apoio no processo terapêutico, e as boas relações de vizinhança representam um grande apoio para a integração comunitária. É referido que existe uma falta de suporte por parte da maioria das famílias e de suporte formal.

A família principalmente desempenha um papel fundamental, e a mediação do assistente social é essencial (...) Como rede de suporte a família é essencial no bem-estar, acompanhamento e apoio ao processo terapêutico (Ent.6).

(...) têm que se conjugar e haver uma rede de redes de suporte formais suficiente para haver um equilíbrio entre ambas, e que não há neste momento (Ent.8).

Nas redes de suporte formal torna-se essencial a promoção do trabalho colaborativo e em rede para uma melhor integração e acesso a respostas, serviços e direitos.

A nossa cultura é de sermos um “povo do desenrasca”, e por isso é importante construirmos a nossa rede de contactos de colaboração, principalmente no Serviço Social (Ent.3).

Depois do acolhimento este acesso é facilitado por via do trabalho em rede e contacto direto e de referência, o que permite uma maior e mais integrada resposta dentro dos *focal points*. (...) não existindo esta rede torna-se complicado uma pessoa com doença mental aceder a estes serviços (Ent.4).

## *Categoria 7 – Participação cívica*

Os entrevistados reforçam a participação cívica, exercício de cidadania e reconhecimento dos direitos cívicos enquanto dimensão deficitária ou residual, onde o estigma e por consequência a falta de motivação, representa um forte constrangimento na mesma participação.

Existe uma fraca, quase nula, participação das pessoas com problemas de Saúde Mental no exercício de participação cívica. E a próprio estigma social, quase como se tivesse culpa da sua doença, é muito mais complicado e é um constrangimento na sua participação (Ent.2).

Acho que é muito fraca e até residual, vai muito aquém do que é desejável. Como não há uma rede de saúde primária forte e um diagnóstico ou sinalização precoce, as pessoas chegam a nós já num estado de limite, o que é mais difícil de trabalhar a sua participação (Ent.11).

Contudo, também admitem que a mesma participação já foi pior e só com uma construção social mais justa permitirá a todos poder exercer os seus deveres e responsabilidades, sendo que a sua opinião é de que os grupos de autoajuda e autodeterminação representam uma aposta positiva.

Já foi pior, as pessoas já participaram menos. Há pessoas que com grupos de ajuda e autodeterminação têm feito um excelente trabalho na promoção da participação cívica e cidadania com pessoas com problemas de Saúde Mental, através de ações de advocacy (...) (Ent.3).

Os grupos terapêuticos contribuem bastante, pois os utentes comunicam mais entre si e apoiam-se mutuamente (Ent.6).

Para além do *advocacy* e *empowerment* através dos grupos de auto-ajuda, é salientada a importância da formação, educação e capacitação na promoção da participação cívica, e que é essencial ter instituições a trabalhar a dimensão da participação através dos projetos de Saúde Mental Comunitária.

Capacitação, educação e formação é a chave para a participação. (...) Também se torna muito importante acreditarmos genuinamente nelas, temos que olhar para elas como pessoas acima de tudo (Ent.4).

O que teria potencial seria algo institucional, ter instituições a trabalhar na promoção da saúde mental comunitária e na implementação da lei no terreno, de forma a potencializar e enquadrar a participação cívica (Ent.5).

É sublinhado que a dimensão da participação deve ter um papel fundamental na elaboração de políticas públicas, dado o seu papel no reconhecimento dos seus direitos e consequente integração comunitária e bem-estar. Defendem que não há participação sem integração comunitária e uma das funções do assistente social é precisamente promover essa participação e associativismo por parte dos utentes.

Na população em geral a participação cívica tem um papel, ou deveria ter, um papel fundamental na elaboração e fundamentação das políticas sociais e públicas (...) quando as pessoas se sentem envolvidas em determinados projetos e programas acabam por ajudar a implementação dos mesmos, e sentem-se parte integrante daquela resposta, e acaba por colmatar a falta de conhecimento que as pessoas tem sobre os seus direitos (Ent.7).

(...) esta participação acontece nos vários contextos de vida que nos inserimos, e as pessoas com doença mental não se inserem em muitos contextos como empregos, grupos familiares, grupos de amigos, colegas, vizinhos, e acho que os assistentes sociais têm de fazer mais para promover o associativismo e participação dos utentes (...) (Ent.9).

### *Categoria 8 – Impacto socioeconómico da COVID-19*

É consensual que a pandemia representou um enorme impacto não só na vida em geral, mas principalmente na Saúde Mental e no acesso a direitos, apoios e respostas sociais, reforçando a falta de estruturas e respostas, e expondo fragilidades já existentes e estruturais, provocando a suspensão de respostas existentes, prejudicando a qualidade da intervenção e, principalmente, a intervenção de proximidade. Reconhecem que houve um acréscimo de pedidos e necessidades, e agravamento das existentes, e que houve uma dificuldade em obter respostas formais para acompanhar esse acréscimo.

A COVID veio adensar a falta de tipos de estruturas e respostas (...) (Ent.2).

Sim, principalmente no acesso a bens e serviços. Nós não estávamos preparados para tal, não tínhamos os quartos de confinamento preparados, e logo aí bloqueou esse acesso, e acho que foi geral à maioria das instituições. A COVID 19 veio demonstrar as fragilidades estruturais (Ent.11).

É salientado ainda que a pandemia teve um impacto nos DH, nomeadamente no seu exercício, usufruto da liberdade, contacto social e autonomia devido ao confinamento.

Com a COVID-19 levantaram se algumas questões relacionadas com os Direitos Humanos importantes, desde logo questões relacionadas com a liberdade devido ao confinamento, contacto presencial com os familiares, autonomia (...) (Ent.9).

Contudo, referem que é difícil quantificar o verdadeiro impacto, devido à falta de um plano nacional em Saúde Mental ou à complexidade de avaliar o impacto que só será verdadeiramente sentido no futuro.

Eu acho que por não haver um plano não pode haver uma avaliação quantificável, e por isso nunca poderemos avaliar o verdadeiro impacto (...) (Ent.2).

E o verdadeiro impacto só conseguiremos perceber num contexto histórico mais alargado daqui a alguns anos (Ent.3).

### *Categoria 9 – Respostas políticas e dilemas éticos*

É salientada a importância de haver uma estratégia nacional em Saúde Mental. Nesta dimensão, o Estado deve munir e financiar o conhecimento do tecido social na prática.

É importante haver uma estratégia nacional de abordagem à Saúde Mental (Ent.1).

Primeiro há um conhecimento muito grande do tecido social e das instituições que trabalhem nesta área, e que não deve ser desvalorizado pois numa perspectiva colaborativa o Estado pode aprender muito com o trabalho que se realiza aqui e lá fora (...) O papel do Estado deve ser munir, trabalhar e financiar esse conhecimento na prática (...) (Ent.3).

Realça a importância de o Estado investir em cuidados de saúde comunitários e sensibilizações dirigidas às famílias e instituições, e a importância de nos cuidados de saúde primários haver um assistente social e um psicólogo de família no trabalho de intervenção precoce e trabalho colaborativo em equipas multidisciplinares. Acresce a importância de haver mais investimento em respostas intermédias, mais investimento em respostas de reabilitação e Saúde Mental Comunitária, maior financiamento, alocação de recursos e descentralização de respostas na comunidade, de forma a promover uma participação mais ativa das populações.

Para já acho que os centros de saúde não podem ter médico e enfermeiro de família se não tiverem Assistente social e psicólogo de família, dada a importância da intervenção precoce. São equipas que deviam ser fixas, multidisciplinares e de trabalho colaborativo (Ent.2).

Existe legislação, falta financiamento para pôr os projetos no terreno, principalmente na Saúde Mental Comunitária (...) (Ent.5).

É com mais financiamento, recursos, respostas nas comunidades e descentralizadas, com a participação ativa das populações e comunidades, é por aí que conseguimos levar a Saúde Mental mais a sério (...) (Ent.7).

No constrangimento da existência ou falta de respostas por parte do Estado, é referido que, apesar das orientações políticas nos projetos, há primazia da orientação técnica na implementação de respostas em função das necessidades.

Por muito que os nossos projetos e prática tenham claras orientações políticas, mais importante são as orientações técnicas que derivam do diagnóstico social local, uma imparcialidade técnica (Ent.5).

Dos principais dilemas éticos a serem levantados é o dilema da ética do cuidado, assim como do financiamento pontual e respetivo impacto na qualidade e continuidade das respostas.

O primeiro dilema é a ética do cuidado que deve ser transversal a todas as intervenções (...) (Ent.2).

Nós enquanto profissionais articulamos com outros colegas, mas que também não conseguem dar resposta. Clinicamente o utente está estável, mas é rejeitado pela família, e mesmo tendo condições para regressar necessita de supervisão, e não há na comunidade estruturas que o aceitem, e isso é um grande dilema (Ent.8).

(...) temos uma responsabilidade fundamental no reportar e reivindicar junto das entidades competentes para alertar todas estas questões políticas e sociais (...) (Ent.9).

É também salientado pelos entrevistados a capacidade do assistente social em reinventar e encontrar alternativas face ao constrangimento de falta de respostas ou recursos, principalmente dado o papel das redes de suporte em ultrapassar estes constrangimentos.

No Serviço Social há uma grande responsabilidade sobre isto, primeiro porque está em contacto com as pessoas, e quando não há esse recurso nós temos de encontrar maneira com que esse recurso exista, e encontrar soluções ou alternativas, principalmente nas redes de suporte e comunidade, para ultrapassar esses constrangimentos políticos. Nesse aspeto a nossa responsabilidade é muito grande, muitas vezes à custa do empenho a capacidade de

cada um de nós para fazer coisas em benefício de todos e a nossa capacidade de fazer as coisas acontecerem e reinventar, e nisso nós somos bons (Ent.3).

### *Categoria 10 - Vantagens da intervenção ecobiopsicossocial e comunitária*

É unânime a importância da perspectiva comunitária em Saúde Mental no bem-estar, reabilitação e suporte comunitário, dada a função biopsicossocial do ser humano em viver em comunidade.

A comunidade tem uma força muito grande do ponto de vista da reabilitação, inclusão e redução de danos, como se fosse uma força motriz, pois sem a comunidade isso não poderia acontecer pois é lá que as pessoas se integram e têm a sua funcionalidade social onde exercem, acedem e executam os seus direitos (Ent.3).

A lógica da Saúde Mental Comunitária vem promover o combate ao estigma e integração nas estruturas comunitárias, assim como do papel deste suporte e ligação no bem-estar e reabilitação do utente (...) Depois permite as pessoas viver em comunidade, que é uma função do ser humano enquanto ser biopsicossocial (Ent.9).

O modelo de Saúde Mental Comunitária permite um acompanhamento mais próximo, através da intervenção no problema no seu contexto.

Esta intervenção permite um maior acompanhamento no terreno e no contexto, também para ver o contexto onde a pessoa está e onde está o foco que se pode intervir no problema, assim como sinalizar e definir a melhor estratégia de intervenção (Ent.10).

É salientado que o foco da intervenção em Saúde Mental deve ser na comunidade, dado o facto de muitas vezes o contexto ser o determinante principal do surgimento de problemas de Saúde Mental, pois a comunidade representa um grande papel na reabilitação, inclusão e redução de danos, pois é lá que o utente exerce os seus direitos, se integra e tem a sua funcionalidade.

O contexto natural de vida muitas vezes é a causa da falta de Saúde Mental. Conhecer o contexto para trabalhar o contexto pode ser uma mais-valia em Saúde Mental (Ent.1).

A comunidade tem uma força muito grande do ponto de vista da reabilitação, inclusão e redução de danos, como se fosse uma força motriz, pois sem a comunidade isso não poderia acontecer pois é lá que as pessoas se integram e têm a sua funcionalidade social onde exercem, acedem e executam os seus direitos (Ent.3).

A perspectiva comunitária em Saúde Mental permite maior equidade no acesso a bens e serviços, uma maior integração na comunidade, um maior respeito pelos DH, uma visão de recuperação e um maior envolvimento das pessoas e famílias no processo de intervenção.

Permite uma maior equidade no acesso a bens e serviços, integração na comunidade, respeito pelos Direitos Humanos, visão total da recuperação e um maior envolvimento das pessoas e famílias no processo de intervenção (...) (Ent.11).

O Serviço Social comunitário possibilita a criação de uma relação de confiança com os utentes através do trabalho de proximidade e na identificação e diagnóstico dos principais

problemas e necessidades no terreno, identificação dos seus espaços e redes de suporte, autoestima, e o seu próprio papel na transformação dessa comunidade e criação de dinâmicas de mudança e desenvolvimento coletivo no *empowerment* comunitário, na reivindicação de direitos e sentimento de pertença.

Para mim o Serviço Social comunitário é a base de tudo o que se vai fazer (...) não devemos ser turistas da nossa intervenção porque aí nunca vamos criar uma relação de confiança com o utente (...) e a parte ecológica é irmos ao encontro da pessoa onde ela está, fora dos gabinetes, vemos quais as suas dificuldades diárias, onde vive, os espaços e a sua importância no suporte emocional, relações interpessoais e autoestima (Ent.2).

No que diz respeito a reabilitação a abordagem comunitária funciona muito melhor porque geram-se dinâmicas de mudança, porque as mudanças num individuo alargam-se à comunidade, as pessoas aprendem e crescem uns com os outros, e vêm que não estão sozinhos nesse processo de desenvolver competências (...) (Ent.5).

Contudo, este conhecimento teórico não acompanha o conhecimento na prática da Saúde Mental Comunitária, devendo haver uma maior disseminação de informação e prevenção, combate ao estigma e no investimento em respostas intermédias para prevenir o agravamento de problemas em Saúde Mental, pelo que existe um longo caminho a percorrer na criação de estruturas, redes e respostas comunitárias. É também reforçada a importância de rever e atualizar a Lei de Saúde Mental com o intuito de manter as pessoas no seu contexto natural enquanto direito fundamental durante o processo de reabilitação.

Neste momento quando falamos em Saúde Mental Comunitária sabemos o que estamos a falar teoricamente, mas na prática generalizada não sabemos, é quase inexistente (Ent.5).

A nossa Lei de Saúde Mental precisa de ser revista e atualizada, para manter as pessoas no seu contexto e meio natural de vida, que é um direito fundamental (...) (Ent.9).

Defendem que a intervenção em Saúde Mental deve consistir numa intervenção integrada e em rede, dada a importância das instituições comunicarem e articularem entre si.

Eu acho que a intervenção em Saúde Mental tem de ser intervenção integrada e em rede, e aquilo que se fazia antes de cada instituição trabalhar por si e centralizada em si já não funciona (...) É importante na comunidade existir mais trabalho em rede, comunicação e partilha (Ent.4).

### *Categoria 11 – Modelo de Saúde Mental Comunitária e Direitos Humanos*

A perspetiva comunitária em Saúde Mental é considerada, na generalidade, um método de intervenção para a afirmação e promoção dos DH, pois estando o utente inserido na sua comunidade é mais fácil trabalhar no seu acesso e conseqüentemente promover um maior bem-estar.

A partir do momento que começamos a perceber o contexto e o meio natural conseguimos de facto entender de que forma os Direitos Humanos naquela comunidade não estão a ser cumpridos (...) (Ent.1).

Pode contribuir e muito pois o utente está na sua comunidade, está mais livre, e estando no seu contexto contribuir para afirmar e aceder aos seus direitos e estar em maior bem-estar (Ent.10).

Consideram a intervenção comunitária a forma mais eficaz para afirmar os DH, pois preconiza o seu bem-estar, liberdade, autodeterminação e participação. Contribui para a afirmação dos DH em todas as dimensões, pois pressupõe a existência de uma rede de suporte e de um conjunto de serviços, respostas e direitos, o que conduz à melhoria de condições de vida do individuo e da comunidade no geral. Reforçam que é este trabalho em rede que permite dar resposta à afirmação dos DH.

Pressupõe a existência de uma rede de suporte, conjunto de serviços, acesso a estes serviços e direitos, e todas estas vertentes, sem isso não poderíamos trabalhar para melhorar a sua vida, a vida daquele grupo e da comunidade no geral (Ent.3).

O modelo de Saúde Mental Comunitária preconiza uma série de Direitos Humanos, a liberdade, autodeterminação, participação sem dúvida nenhuma que os seus princípios têm tudo a ver com aquilo que são os Direitos Humanos, e ambos andam de mãos dadas (Ent.9).

Entendem que as abordagens de proximidade, sensibilização e partilha de informação para uma maior literacia em Saúde Mental são essenciais para a capacitação da comunidade através da afirmação dos DH, na autoestima, integração, combate ao estigma e participação, essenciais para a reabilitação em Saúde Mental.

(...) e as abordagens de proximidade são a chave do empoderamento e informar aquelas pessoas (Ent.1).

O desenvolvimento de projetos de sensibilização é importante (...) assim como divulgar os direitos e informar dos seus direitos (...) (Ent.6).

Houve quem considerasse que o modelo de Saúde Mental comunitária se funde na visão do modelo biopsicossocial e espiritual ao encarar a pessoa no seu todo, embora seja uma abordagem com resultados significativos, entende-se que dada a complexidade dos processos societários é importante a transição para o modelo ecobiopsicossocial.

Acho que se funde na visão do modelo biopsicossocial e espiritual ao ver a pessoa no seu todo. Quando começarmos a fazê-lo aí começamos a ver que o eixo dos Direitos Humanos é central na intervenção (Ent.11).

É salientado que o direito à Saúde Mental é inseparável do direito inalienável à saúde no geral, sendo que o modelo de Saúde Mental Comunitária é uma via para promover esse direito fundamental. Na concretização do direito à saúde, o SNS representa um papel fundamental dado o seu carácter tendencialmente universal e inclusivo, pois dirige respostas e recursos para as pessoas acederem aos seus direitos, principalmente através da importância do meio onde se sentem confortáveis e onde é permitido um acompanhamento integrador através da perspetiva comunitária.

Se falarmos do direito inalienável à saúde não podemos descurar do direito à Saúde Mental. Se falarmos do modelo de Saúde Mental Comunitária estamos a promover os Direitos Humanos por essa via (Ent.5).

(...) se em Portugal temos um SNS tendencialmente universal e inclusivo, então devemos salvaguardar e dirigir recursos para as pessoas acederem a esses direitos, principalmente e no meio natural onde os utentes vivem, se sentem confortáveis (Ent.6).

### *Categoria 12 – Papel da Saúde Mental no Desenvolvimento Sustentável*

Todos os entrevistados salientam a importância da Saúde Mental no Desenvolvimento Sustentável enquanto fonte de bem-estar e exercício de cidadania, onde as abordagens de intervenção comunitárias e de proximidade se apresentam como mais eficazes. A maioria refere que a Saúde Mental é encarada enquanto dimensão de bem-estar para além da mera ausência de doença mental, onde a par do acesso a respostas de saúde e direitos, a realização pessoal, bem-estar emocional, motivação, capacitação, autonomia, valorização, funcionalidade e sentimento de pertença são essenciais na construção e desenvolvimento de uma sociedade sustentável.

Sem Saúde Mental não há saúde, e esta dimensão de bem-estar, realização pessoal e emocional, motivação, capacitação, autonomia, valorização, sentimento de termos um papel a cumprir, termos uma rede de amigos e família, tudo isso é Saúde Mental. E a nossa construção enquanto sociedade deve se basear nisso (...) (Ent.3).

Não podemos considerar Saúde Mental como apenas ausência de doença mental (...) Devemos desenvolver comunidades e promover estratégias, competências, capacitação e empoderamento ao nível das estruturas de funcionamento mental, personalizada e trabalhar resiliência e adaptabilidade (Ent.5).

Uma pessoa com boas condições de Saúde Mental consegue contribuir para o desenvolvimento económico e sustentável do país e ao contrário sem essas condições não tem o seu bem-estar assegurado, fazendo com que não se desenvolva plenamente e com que essas condições prejudiquem outros contextos de vida pessoal e social.

Nós sem Saúde Mental não fazemos nada (...) Uma pessoa equilibrada e que esteja bem na vida e saudável pode contribuir para o desenvolvimento económico e para a sustentabilidade do país (Ent.8).

(...) a Saúde Mental é uma área muito importante e quem sem ela há uma série de contextos prejudicados e que é preciso investir (Ent.9).

Nesta relação a cooperação assume um papel essencial no desenvolvimento sustentável, onde o investimento em cuidados primários, acompanhamento multidisciplinar e apoio social são essenciais, de forma a permitir com que as pessoas possam contribuir para o bem-estar e desenvolvimento social.

(...) se investirmos nos cuidados primários, intervenção, acompanhamento devido e multidisciplinar, apoio social, a sustentabilidade da sociedade em si esta assegurada pois são pessoas com devido acompanhamento que têm as suas competências e podem contribuir para

o bem-estar da sociedade e desenvolvimento, não tem de ser vistas como incapacitantes (Ent.7).

A Saúde Mental tem um papel fundamental no desenvolvimento sustentável, e para tal torna-se necessária uma cooperação e contribuição em todos os intervenientes que compõe este ramo (...) (Ent.11).

É referida a importância de trabalhar para uma comunidade integradora, para o meio ambiente e preservação da biodiversidade, para o combate à pobreza e desigualdades sociais e promoção da justiça social, com vista a promover o desenvolvimento sustentável, onde é igualmente reforçado que o assistente social desempenha uma função fundamental, pois consegue estar alerta às questões do acesso e afirmação dos direitos e o seu impacto no desenvolvimento sustentável.

Trabalhando os vetores da comunidade integradora, do meio ambiente, da preservação da biodiversidade, do combate à pobreza e desigualdades sociais e promoção da justiça social é que o assistente social consegue trabalhar com vista ao desenvolvimento sustentável, e aí o potencial do Serviço Social é enorme (Ent.11).

## **2. Discussão de resultados**

Os resultados evidenciam que as principais competências do assistente social, na ótica da intervenção centrada em DH, em Saúde Mental são o *advocacy* e *empowerment* dos indivíduos e comunidades, promovendo a sua participação ativa no processo de promoção e reabilitação em Saúde Mental. De igual modo, realçam a importância do trabalho do Serviço Social na redução do impacto dos determinantes sociais em Saúde Mental, por via da promoção dos direitos e liberdades fundamentais numa ótica comunitária em Saúde Mental, assim como a mediação no acesso aos direitos sociais e redes de suporte. Nesta dimensão, torna-se crucial que o assistente social disponha de conhecimentos e competências transversais e transdisciplinares, assim como resiliência, empatia e humanismo no cumprimento da Ética e Deontologia profissional. Na Ética em Serviço Social os DH assumem um papel essencial, uma vez que a intervenção do assistente social tem o objetivo de promover a justiça social, bem-estar e dignidade por via do *advocacy*, *empowerment* e mudança social (Smith et al., 2019). De igual modo, é confirmado por Steen et al. (2017), que cabe ao assistente social garantir uma relação de humanização e escuta ativa, assim como assegurar o acesso a respostas e recursos com vista à satisfação das necessidades da pessoa e da comunidade.

Na intervenção em Saúde Mental, dos principais constrangimentos levantados pelos profissionais entrevistados foram a falta de uma estratégia nacional de resposta em Saúde Mental, assim como a articulação interinstitucional deficitária, falta de financiamento e insuficiência de respostas e recursos na comunidade. De igual modo, os dilemas éticos no

quotidiano profissional também se assumem como um constrangimento na prática do Serviço Social. Na dimensão dos dilemas éticos, é salientada a existência do dilema da Ética do cuidado, assim como a importância de haver uma estratégia nacional em Saúde Mental e respostas descentralizadas e na comunidade, cuja insuficiência representa um constrangimento na Ética profissional e nas redes de suporte, assim como a existência de financiamento pontual o que influencia a continuidade e qualidade de intervenção. Neste sentido, é essencial a mobilização, influência e reivindicação do Serviço Social nas questões políticas e sociais em Saúde Mental, o que exige muita vez que o assistente social se reinvente.

Relativamente à acessibilidade aos direitos sociais e económicos, os resultados obtidos mostram que as respostas e recursos são pouco acessíveis e flexíveis, assim como insuficientes, tornando-se relevante uma maior participação da pessoa no processo de obtenção de acesso a estes direitos e respostas, assim como na saúde. Por sua vez, na acessibilidade aos cuidados de saúde, é evidente a necessidade de haver mais recursos e respostas de proximidade na comunidade mais descentralizadas e focadas nas características e necessidades individuais. Na participação cívica, os entrevistados sugerem a importância da formação e capacitação para a participação cívica e cidadania por via da Saúde Mental Comunitária,

As redes de suporte são encaradas como uma forte proteção e apoio na reabilitação social – onde o assistente social desempenha a função de mediador – por via do trabalho colaborativo, integrado e em rede. Contudo, os resultados indicam que, na generalidade, existe uma fraca rede de suporte formal e informal na maioria dos casos, o que representa um forte impacto no bem-estar e integração do cidadão portador de doença mental.

O estigma em Saúde Mental representa um forte impacto nos DH, nomeadamente o estigma existente nos serviços, na comunidade ou na própria pessoa – o *self stigma* – assim como no acesso aos cuidados de saúde e nos determinantes sociais em Saúde Mental. De acordo com Chantre & Fazenda (2016), os determinantes sociais representam um forte impacto nas desigualdades e estratificação social, tornando as pessoas em situação de vulnerabilidade social mais suscetíveis a ter problemas de saúde – como é o caso de ter um problema de Saúde Mental. O impacto do estigma nos determinantes sociais é mais representativo, uma vez que implica ou o surgimento ou agravamento de problemas de Saúde Mental, devendo por si só constituir um fundamento para a formulação de políticas públicas de intervenção precoce, a par com a dimensão da integração enquanto requisito de participação. De igual modo, o estigma em Saúde Mental também apresenta um impacto direto na participação cívica, uma vez que está associado a uma fraca e residual participação, exercício de cidadania e reconhecimento de direitos cívicos. No combate ao estigma, a visão

de proximidade, sensibilização e literacia em Saúde Mental são fundamentais para a capacitação da comunidade, bem-estar e respetiva reabilitação em Saúde Mental.

Com o surgimento da pandemia COVID-19, foram levantados importantes desafios aos DH em Saúde Mental. Os entrevistados realçam que a pandemia teve impacto negativo no acesso aos direitos, apoios e respostas, assim como no exercício dos seus direitos, liberdade e autonomia, maioritariamente causado por fragilidades e problemas nas infraestruturas e respostas pré-existentes. A pandemia prejudicou a intervenção de proximidade, assim como provocou o acréscimo das necessidades existentes, contudo, é igualmente realçado que existe uma dificuldade em quantificar o verdadeiro impacto devido à falta de um Plano Nacional de Saúde Mental, sendo essencial uma revisão do mesmo, assim como da Lei de Saúde Mental.

### **3. Perspetiva ecobiopsicossocial da intervenção em Saúde Mental Comunitária – uma alternativa futura**

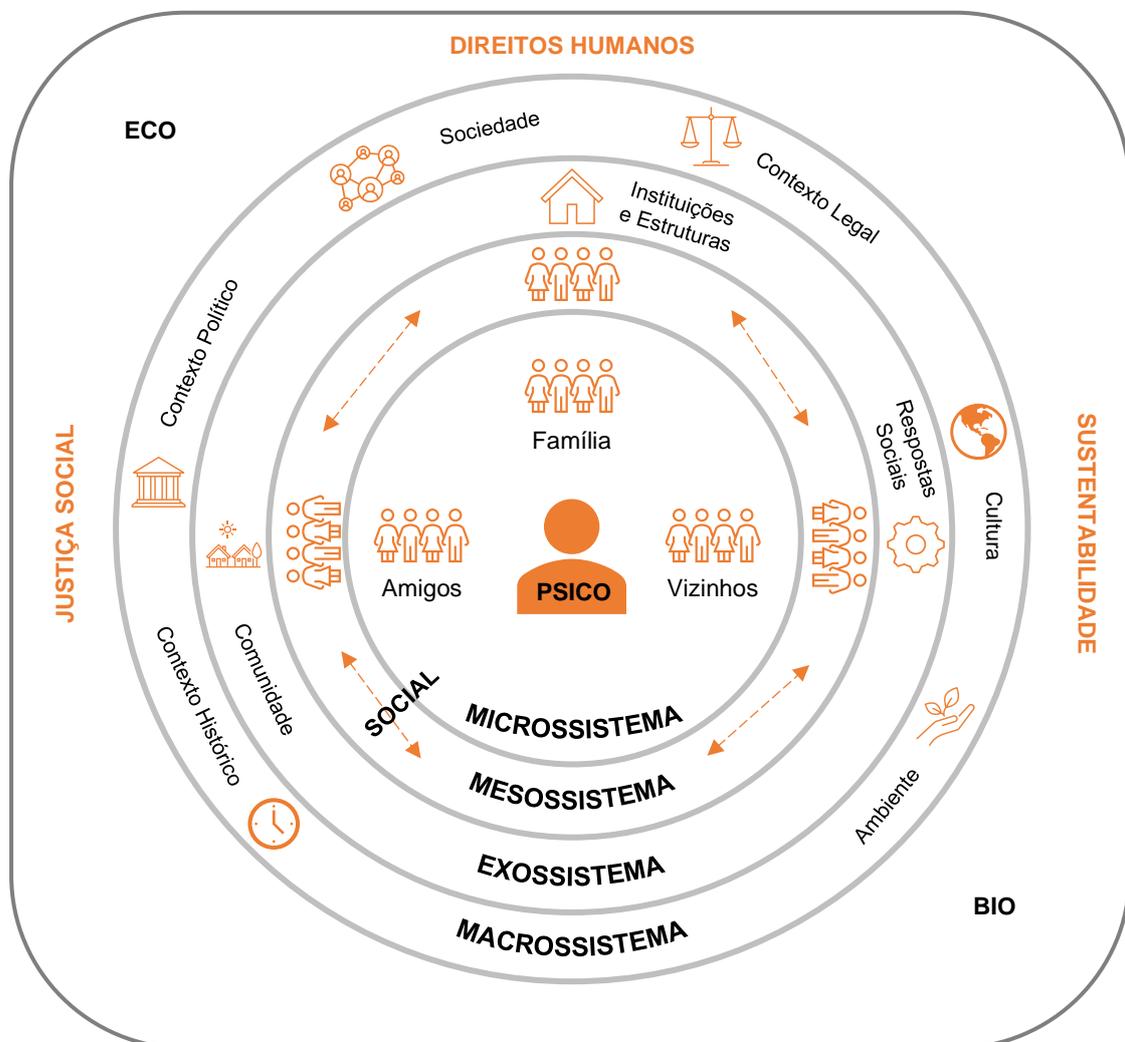
As dimensões dos determinantes em Saúde Mental representam uma forte vantagem na conceção da abordagem ecobiopsicossocial adaptado à Saúde Mental e reforçam a importância da intervenção comunitária em Saúde Mental e no bem-estar, dada a função biopsicossocial do ser humano na vida em sociedade em “inter-relação” (Rocha, 2016) com o meio ambiente. O contexto do individuo é, muitas vezes, determinante ou no surgimento ou na própria reabilitação, pois é no seu contexto que é permitida uma maior equidade no acesso a bens e serviços e à integração comunitária e respetivo envolvimento das redes de suporte, assim como permite uma visão de *recovery*<sup>7</sup> (Duarte, 2007) e de respeito pelos DH por via da proximidade no diagnóstico e intervenção. A abordagem ecobiopsicossocial do ser humano, através do *empowerment* comunitário, reivindicação de direitos e criação de sentimento de pertença, possibilita a criação de dinâmicas de mudança e de desenvolvimento coletivo, o que justifica a importância de haver uma maior sensibilização e prevenção em Saúde Mental nas comunidades, através do combate ao estigma e implementação de respostas intermédias. De acordo com Rocha (2018), a visão multifocal de Lee (2001), interdisciplinar e participativa assume-se como uma estratégia de intervenção compatível com a abordagem ecobiopsicossocial, culminando no *empowerment*, cidadania e sustentabilidade

---

<sup>7</sup> A visão de *recovery* constitui um referencial para os DH, uma vez que adota uma abordagem ecológica na análise dos problemas e definição das estratégias de intervenção, com vista ao *empowerment*, colaboração com as redes de suporte e integração social das pessoas com doença mental, dada a importância do contexto social para a reabilitação e recuperação da pessoa (Duarte, 2007).

ecológica, considerando a multidimensionalidade da sustentabilidade baseada na justiça social. A intervenção em Saúde Mental Comunitária surge como um método de intervenção nesta área, para a afirmação dos DH destes indivíduos, uma vez que preconiza uma série de indicadores interdependentes e articuladas em simultâneo, que podem conduzir ao acesso a respostas e redes de suporte que favorecem a liberdade, bem-estar, autodeterminação e participação cívica, incrementando os direitos desses indivíduos. Por esta via é também concretizado o direito inalienável à saúde, em que o SNS é responsável pela universalidade, acompanhamento integrador, acessibilidade e inclusão do direito à saúde na ótica dos DH.

**Figura 6:** Visão holística e multidimensional do comportamento, bem-estar e desenvolvimento humano e social



Fonte: Elaboração pessoal, adaptado de Guadalupe (2016); Rocha (2016)

É evidenciado por Rocha (2016) que o modelo eco-social se foca no desenvolvimento sustentável, uma vez que pretende promover a equidade no acesso aos serviços, respeito pela diversidade, participação cívica e sustentabilidade social. Todas estas dimensões – desde a acessibilidade aos direitos sociais, económicos, civis, políticos e culturais, assim como intervenção nos determinantes sociais em Saúde Mental e trabalho com as redes de suporte e comunidades, por via de uma visão integradora, comunitária e colaborativa na ótica da Ética, dos DH e da abordagem ecobiopsicossocial do ser humano é fundamental na promoção de um desenvolvimento sustentável. Assim, considera-se a intervenção do assistente social baseada nestes pressupostos permite melhorar as condições de vida, bem-estar e desenvolvimento sustentável das comunidades e na influência dos determinantes sociais (Chantre & Fazenda, 2016).

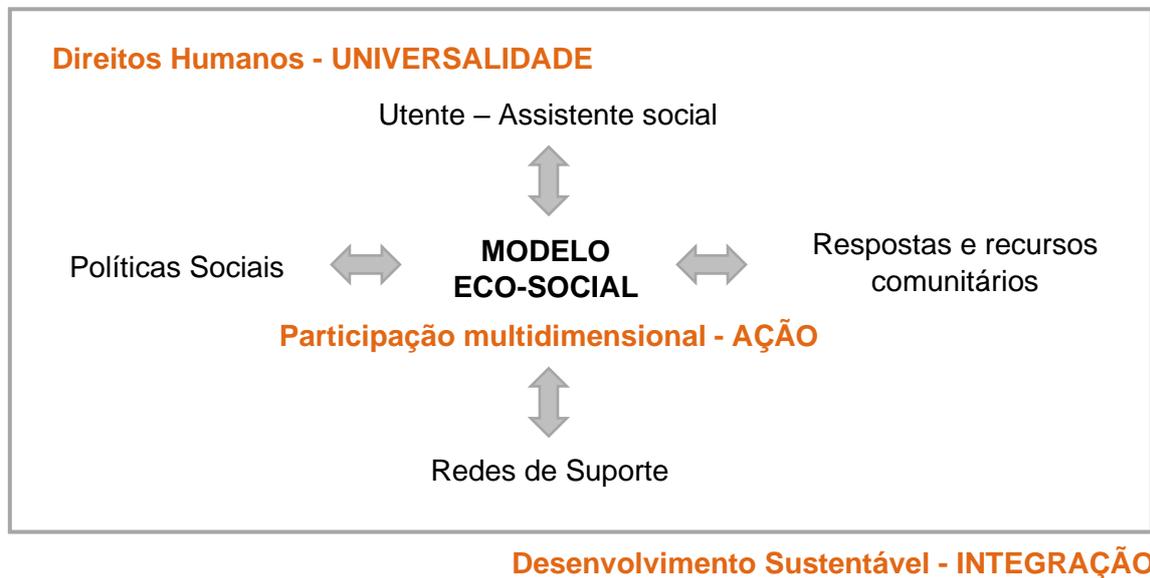
A sustentabilidade social supõe a concretização dos direitos e liberdades fundamentais, a efetivação da acessibilidade aos serviços e respostas, satisfação de necessidades, bem-estar e qualidade de vida (Adolfo, Silva & Carvalho, 2015), e a construção de uma sociedade sustentável, de acordo com os resultados, é feita através da promoção de uma maior capacitação, motivação, autonomia e valorização e criação de um sentimento de pertença onde todos possam exercer a sua funcionalidade.

Neste sentido, uma pessoa em boas condições de Saúde Mental consegue contribuir mais eficazmente para o desenvolvimento social, e a falta de condições faz com que as pessoas não se consigam desenvolver plenamente, assim como prejudica os outros contextos pessoais e sociais. Considera-se por isso fundamental o investimento nos Cuidados de Saúde Primários, no combate à pobreza e desigualdades sociais, na promoção da justiça social, no acompanhamento multidisciplinar e apoio social, onde as comunidades integradoras e participativas possam contribuir para o bem-estar e desenvolvimento social sustentável. Rocha (2016) considera que o Serviço Social deve estar ligado ao desenvolvimento sustentável, de forma a garantir o bem-estar, acesso à ação social enquanto garantia de DH, segurança nos sistemas de proteção social e equidade na igualdade de oportunidades, autonomia e participação social.

De acordo com a abordagem ecobiopsicossocial e o modelo eco-social (Rocha, 2016), que fundamenta e defende o trabalho colaborativo, integrador e em rede com os recursos, respostas e redes de suporte das comunidades, entende-se que a intervenção em Saúde Mental Comunitária sai reforçada. De igual modo, nas relações entre pessoa-meio ambiente e na promoção da sustentabilidade e desenvolvimento sustentável, a visão multifocal (Lee, 2001) que integra o modelo eco-social (Rocha, 2016) enriquece a fundamentação teórica para uma intervenção multidimensional no que respeita às relações, redes e ecossistema, regendo

a ação com vista à integração no processo de reabilitação, fundamentando a dimensão conceptual, prática e ético-política do modelo eco-social (Rocha, 2016).

**Figura 7 - Intervenção no modelo eco-social em Serviço Social**



Fonte: Elaborado pela autora (adaptado de Rocha, 2016)

Embora se verifiquem lacunas apontadas pelos entrevistados, nomeadamente causadas pela dificuldade de exercício de reflexão ético-política, necessidade de atualização na formação em DH e desenvolvimento sustentável, renovação de saber na capacidade de resolução e alternativas para os dilemas éticos, dificuldades de cooperação e articulação entre serviços e equipas, a pessoa e, respetivas redes de suporte, acrescidos pelos constrangimentos e desafios ecológicos e ético-globais ao nível das respostas e recursos existentes, assume-se esta mudança como essencial pois representa um forte potencial no combate às consequências presentes e futuras decorrentes das desigualdades e transformações sociais globais, a par com as consequências da COVID-19. Entendemos também, que este modelo não depende apenas das respostas políticas, depende em muito, dos comportamentos coletivos que, através do peso estatístico, criam mudança política e nesse sentido o Serviço Social pode dar um contributo essencial com o modelo eco-social (Rocha, 2016) na implementação de estratégias de proximidade a longo prazo, na Saúde Mental com vista à promoção do bem-estar, numa perspetiva holística e ecológica e, por consequência, na concretização de um desenvolvimento sustentável.



## Conclusão

Tomando como ponto de partida a complexidade conceptual, prática e ético-política dos DH em Saúde Mental, compreende-se que a sua configuração deve promover o *advocacy*, *empowerment* e justiça social em todas os contextos ecológicos, dado o potencial da abordagem ecobiopsicossocial no desenvolvimento humano. Na perspetiva ecológica em Saúde Mental existe uma relação acentuada com os DH, quer na ótica das vulnerabilidades e determinantes sociais, quer na ótica da prevenção, promoção e reabilitação, assumindo especial importância no desenvolvimento sustentável. Para tal, na relação da pessoa com o ambiente, comunidade e redes de suporte, deve ser garantido um acesso a direitos, enquanto imperativo de justiça social na promoção do bem-estar, qualidade de vida e desenvolvimento sustentável, quer na dimensão social, económica e ambiental.

Ao longo do estudo foi-se percebendo que os DH se configuram nas várias dimensões de intervenção em Serviço Social, presentes nos vários dilemas e princípios éticos e deontológicos da profissão. De igual modo, foi-se percebendo a necessidade da sua implementação através da prática profissional, para concretização do bem-estar, justiça social e desenvolvimento sustentável. Isto significa que não basta apenas a intervenção centrada na ótica de satisfação de necessidades emergentes, mas também uma visão holística, integrada e alargada em torno da configuração dos DH na prática.

Dadas as limitações encontradas ao longo do presente estudo, decorrentes não só da pandemia COVID-19, mas também dos constrangimentos burocráticos na recolha de dados, não foi possível fazer um levantamento mais aprofundado e representativo em torno da perceção e estratégias dos assistentes sociais na configuração dos DH na intervenção em Saúde Mental. Assim, outras questões transitam para exploração futura, podendo o presente estudo ser uma base inicial na análise e descrição do posicionamento dos assistentes sociais na intervenção em Saúde Mental com o princípio orientador dos DH. De igual modo, representa uma base para proposta de implementação numa prática suportada pelo modelo eco-social (Rocha, 2016) enquanto potencial de intervenção, através da concretização dos princípios, valores e objetivos da profissão; da reinvenção, adaptação e colmatação dos constrangimentos existentes na intervenção; e na promoção do desenvolvimento sustentável.

A oportunidade que se pode gerar para o Serviço Social prende-se com as potencialidades da intervenção num contexto global cada vez mais desafiante, onde surgem diariamente desafios para a Saúde Mental e desenvolvimento humano. Para tal, torna-se fundamental promover a prevenção e capacitação das comunidades, numa ótica inter e transdisciplinar, universal e subjetiva dos DH na intervenção social bem como, na reflexão ético-política da transição que se tem que ser feita se pretendemos concretizar e manter um

modelo de sustentabilidade para o presente e para o futuro, consubstanciado numa sociedade justa.

A percepção sobre os resultados, parece evidenciar, que nessa jornada, o contributo, funções e competências da intervenção do assistente social enquanto agente promotor de DH, de acordo com a visão do modelo eco-social (Rocha, 2016), se baseiam no *advocacy*, *empowerment* e promoção da participação cívica, a par com a redução do impacto dos determinantes sociais, promoção de direitos e liberdades fundamentais e conhecimentos transversais e transdisciplinares, assim como resiliência, empatia, ética e humanismo na relação estabelecida com a pessoa. Sem esquecer que se mantem constrangimentos, como o estigma, falta de estratégias a nível nacional, articulação interinstitucional, mediação de redes de suporte e respostas na comunidade, assim como a presença negativa de determinantes sociais, obstáculos à participação cívica e dilemas ético-globais na prática profissional, dadas as limitações no acesso à saúde e aos direitos sociais e económicos, e enormes desafios como o impacto recente da pandemia COVID-19 e as questões ecológicas que aumentam a cada dia. Contudo, cabe ao assistente social reinventar-se e, por via da criatividade e cooperação, transformar obstáculos em oportunidades. O modelo eco-social (Rocha, 2016) surge com potencial de resposta face aos dilemas éticos e constrangimentos. De igual modo, surge com enormes vantagens no que toca à visão comunitária da Saúde Mental, dada a função biopsicossocial do ser humano e nas respetivas interações com os vários sistemas ecológicos, permitindo uma maior equidade na afirmação, reivindicação e acesso aos seus direitos, numa ótica de proximidade, integração e desenvolvimento e a transição para uma abordagem ecobiopsicossocial.

A percepção que se auferiu do presente estudo é a de que o Serviço Social representa um enorme papel e potencial na promoção do bem-estar e desenvolvimento humano, em grande parte por via da sua identidade, resiliência e visão integrada em torno dos DH. Contudo, é necessário consciencializar para a necessidade de se colmatar os desafios e constrangimentos, assim como pensar, estar e agir de uma forma holística, encarando os desafios com uma perspetiva de potencial em detrimento da fragilidade ou ameaça. O potencial do Serviço Social reside na sucessiva tentativa de concretização de utopias, acreditando que a nossa reinvenção, capacitação e cooperação são a resposta para a promoção do desenvolvimento sustentável, por via do potencial da promoção da Saúde Mental.

Deixa-se assim para exploração futura sobre como pode o assistente social formular estratégias de posicionamento, implementação e reflexão em torno do modelo eco-social (Rocha, 2016), na intervenção, assim como a sua inclusão na formação graduada e formação para a capacitação interventiva.

No caminho percorrido, convictamente acreditamos que a visão humanista, holística e integrada dos DH são a chave para um mundo onde todos possam coexistir, onde todos possam usar a sua voz, onde a todos o mundo pertence e onde todos pertencem ao mundo. Só assim é que o assistente social pode operacionalizar os DH na intervenção com o modelo eco-social (Rocha, 2016) em Saúde Mental. Só assim, conseguimos legitimar a nossa missão e princípios, que se anuem na Dignidade do Ser Humano.



## Bibliografia

- Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas (2017). Mental health and human rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *United Nations, January* (31).
- Alves, F. & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e comunidades: Elementos de reflexão. *Actas Dos Ateliers Do V Congresso Português de Sociologia*.
- Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A saúde e os seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*, 17(2), 84.
- Chantre, P. & Fazenda, I. (2016). Determinantes Sociais em Saúde Mental e Serviço Social. In APSS, *Serviço Social na Saúde Mental*. Sítio do Livro.
- Chong, M.D. & Francis, A. P. (2014). *Social justice and human rights issues in mental health practice*.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Degener, T. (2016). Disability in a human rights context. *Laws*.
- 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. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de Saúde Mental. *Análise Psicológica* (25). Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/434>
- Dudley, M., Silove & D., Gale, F. (2012). Mental health and human rights. *Mental Health and Human Rights: Vision, Praxis and Courage*. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780199213962.001.0001>
- Fazenda, I. (2009). Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. *PsiLogos*, 7(1&2), 111–119.
- Fazenda, I. (2008). *Puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.
- Fazenda, I. (2012). Serviço social na área da saúde mental: Princípios e práticas. In Carvalho, M. I., *Serviço Social na Saúde* (pp. 2019–2250). Editora de Informática.
- 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*.
- Ferreira, J. (2011). A investigação em serviço social: modelos para a compreensão da realidade. *Intervenção Social*, 0(38), 99–113.
- Fisher, M. & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1057–1063. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.509311>
- Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. In *Universa medicina* (27), 1–373). <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>
- Fortin, M., Côte, J. & Vissandjée, B. (1999). As etapas do processo de investigação. In *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 35–43).
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede. Serviço Social, sistémica e redes de suporte social* (2ª edição). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Healy, L. M. (2016). Exploring the history of social work as a human rights profession. *International Social Work*, 51(6), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020872808095247>
- Kelly, B. D. (2015). *Dignity, mental health and human rights. Coercion and the law*. Ashgate.
- Khan, N. A., & Rasheed, A. (2016). *Human rights and social work : A study of two disciplines*. 1(5), 85–89.
- Lee, J. A. (2001). The Empowerment Approach to Social Work Practice. In *Psikologi Perkembangan*.
- Mapp, S. C. (2008). *Human rights and social justice in a global perspective: An introduction to*

- international social work* (Oxford University Press).
- Matias, M. (2009). *A natureza farta de nós? Ambiente, saúde e formas emergentes de cidadania*. Universidade de Coimbra.
- McPherson, J. (2015). *Human Rights Practice in Social Work: A Rights-Based Framework and Two New Measures* (Florida State University). Disponível em: <https://fsu.digital.flvc.org/islandora/object/fsu:273511/datastream/PDF/view>
- Närhi, K. (2004). Eco-social approach in social work and the challenges to the expertise of social work. In *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* (Issue 243). Disponível em: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1834-3>
- Oliveira, D. A. (2019). A necessidade de proteção da saúde mental na nova Lei de Bases da Saúde: o quadro da saúde mental portuguesa. *E-Pública: Revista Eletrônica de Direito Público*, 6(1), 15–47.
- Organização das Nações Unidas (1999). *Direitos humanos e serviço social - Manual para escolas e profissionais de serviço social*.
- Organização das Nações Unidas (2016). Resolução 32/18 - Saúde mental e direitos humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Episodes*, 29(4), 305–305. Disponível em: <https://doi.org/10.18814/epiuiugs/2006/v29i4/009>
- Organização das Nações Unidas. (2021). *Definição de direitos humanos*. Disponível em: <https://unric.org/pt/o-que-sao-os-direitos-humanos/>, consultado a 20/02/2021.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Livro de recursos da OMS: Saúde mental, direitos humanos e legislação*. 257. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)
- Padgett, D. K. (2008). *Qualitative methods in Social Work research* (2ª edição). Sage Publications.
- Pulla, V. (2014). Global perspective on mental health: Contexts and theory for practice. In A. P. Francis, *Social Work and Mental Health* (pp. 7–27). Sage Publications.
- Rocha, H. (2016). *Serviço Social e Ambiente: a sustentabilidade ecológica das comunidades socialmente vulneráveis*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11964/1/TeseDoutVF-HelenaRocha\\_Agosto2016.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11964/1/TeseDoutVF-HelenaRocha_Agosto2016.pdf)
- Rocha, H. (2018). Social work practices and the ecological sustainability of socially vulnerable communities. *Sustainability (Switzerland)*, 10(5). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/su10051312>
- Santos, C. & Pedrosa, S. (2016). Reabilitação psicossocial e qualidade de vida. Respostas de reabilitação. In S. do Livro, *Serviço Social na Saúde Mental*.
- Silva, D., Adolfo, L. & Carvalho, S. (2015). Direitos humanos, desenvolvimento sustentável e sustentabilidade. *Revista Eletrônica Do Curso de Direito Da UFSM*, 10(1), 1–24. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1981369415383>
- Smith, L., Martinez-Herrero, M., Arnell, P., Bolger, J., Butler-Warke, A., Cook, W., Downie, M., Farmer, N., Nicholls, J. & Macdermott, D. (2019). *Social Work and Human Rights: A Practice Guide*.
- Steen, J. A., Mann, M., Restivo, N., Mazany, S., & Chapple, R. (2017). Human rights: Its meaning and practice in social work field settings. *Social Work (United States)*, 62(1), 9–17. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sw/sww075>
- Stravert, J. (2007). Mental health, community care and human rights in Europe: Still an incomplete picture? *Journal of Mental Health Law*.
- Votruba, N., & Thornicroft, G. (2016). Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative. *Global Mental Health*, 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.20>

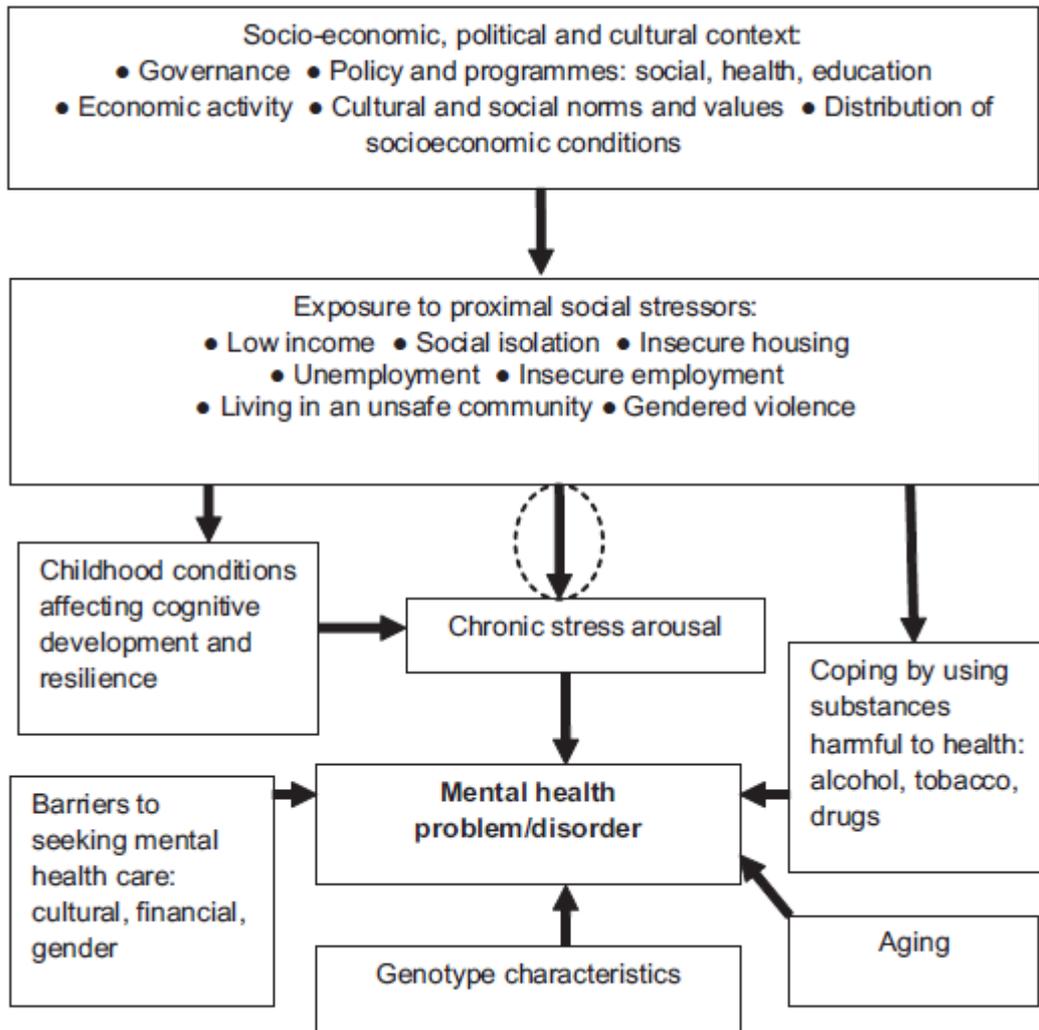
## **Anexos**

**Anexo A – Hierarquia sistémica no modelo ecológico**



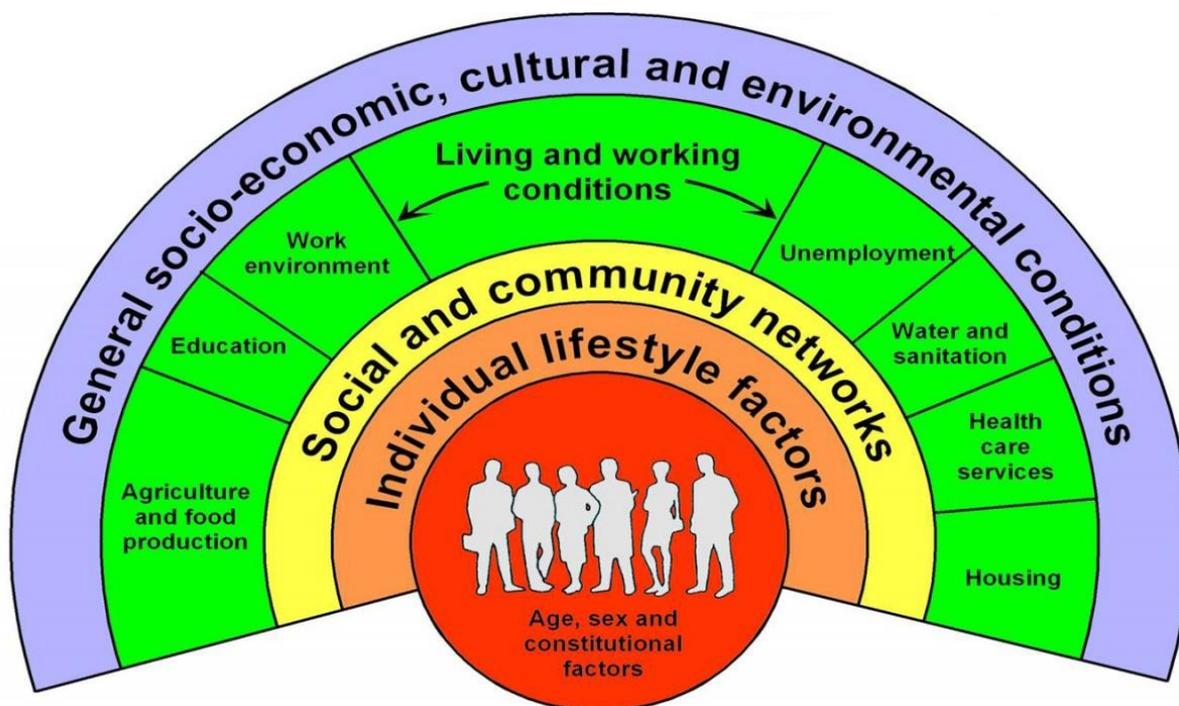
Fonte: Guadalupe (2016)

## Anexo B - Fatores de influência em doença mental



Fonte: Fisher & Baum (2010), adaptado de Commission of the Social Determinants of Health

Anexo C – Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgreen e Whitehead



Fonte: Buss & Filho (2007), adaptado de Dahlgreen & Whitehead (1991)



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Débora Silva (Aluna do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa), orientado pela Professora Doutora Helena Belchior Rocha (Professora do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa), no âmbito da Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

Neste processo foi-me explicado, e alvo da minha compreensão, os objetivos principais do estudo, que entendi e aceito responder a uma entrevista que explora as questões sobre a configuração dos Direitos Humanos no modelo eco-social em Saúde Mental.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão represente qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Serviço Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)

## Anexo E – Inquérito sociodemográfico



### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

#### Investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social

Sexo:

Escolaridade:

Duração de exercício profissional:

Ano de conclusão de Licenciatura:

Função(ões) profissional (ais):

Área de intervenção:

População-alvo:

Setor:

Distrito/Região:

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### Investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social

1. Quais as competências do Serviço Social na configuração dos Direitos Humanos em Saúde Mental? E quais são os principais constrangimentos?
2. Como avalia a acessibilidade, quantidade e eficácia dos direitos sociais e económicos junto do cidadão portador de doença mental?
3. Como é que caracteriza a acessibilidade, qualidade e aceitabilidade do portador de doença mental aos cuidados de saúde?
4. Como avalia o impacto dos determinantes sociais, e o respetivo papel das redes de suporte, em Saúde Mental?
5. Como é que analisa o grau de participação cívica do portador de doença mental, e quais os fatores que podem limitar e potencializar essa participação?
6. Como a COVID 19 considera que houve um impacto na disponibilização de recursos e/ou respostas na afirmação dos Direitos Humanos em Saúde Mental?
7. Como é que se pode reforçar o papel do Estado nas respostas em Saúde Mental?
8. Qual é o impacto das limitações e constrangimentos políticos na ética em Serviço Social? E como pode o assistente social responder a estes desafios?
9. Quais as vantagens da intervenção, numa perspetiva comunitária da Saúde Mental? E quais os caminhos ainda a percorrer?
10. Em que medida pode o modelo de saúde mental comunitária contribuir para a afirmação dos Direitos Humanos?
11. Qual é o papel da Saúde Mental no desenvolvimento sustentável? Que potencial o Serviço Social representa nesse caminho?

Anexo G – Análise categorial das entrevistas de investigação

|  | Ent. 1  | Ent. 2  | Ent. 3   | Ent. 4   | Ent. 5  | Ent. 6  | Ent. 7  | Ent.8   | Ent. 9  | Ent. 10  | Ent. 11   |
|--|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|
| <b>COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA CONFIGURAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS</b> | <p>“O Assistente social tem um grande papel de <i>advocacy</i> e empoderamento (...) tentar minimizar os determinantes sociais que podem condicionar um bom acesso aos direitos fundamentais (...) O Assistente social tem um papel de mediação entre o indivíduo e essas estruturas (...)”</p> | <p>“Para mim é essencial o <i>advocacy</i> (...) Para além disso é essencial o domínio da rede e conhecimento, através da literacia social (...) torna-se também muito importante haver um ativismo profissional dentro dos serviços, principalmente no Serviço Social (...)”</p> | <p>“Considero que somos um canivete suíço, com um conjunto de competências transversais a um conjunto de diferentes disciplinas (...) competências de colaboração, conhecimento, entajuda e consistência (...) é essencial uma abordagem humanista em relação ao indivíduo, com intencionalidade terapêutica (...) o Assistente social pode trabalhar se souber explorar e criar redes de suporte (...) Também importa que os profissionais saibam e entendam o que são os Direitos Humanos (...) olhar para uma</p> | <p>“Temos de ser resilientes, empáticos (...) temos de ser persistentes, (...) procurar ajuda, promover a cooperação, partilha de informação e conhecimento (...) Cada vez mais o Assistente social tem de ter a capacidade de <i>multitasking</i>, gerir equipas, motivar e formar os recursos humanos e gerir financiamento e um projeto (...) Temos de ter capacidade de criar ligações com outras instituições e fazer contactos, e sermos humildes para</p> | <p>“Conhecimto aprofundado de que são os Direitos Humanos e cidadania.”</p> | <p>“(…) torna-se essencial termos resiliência e muita força emocional (...) A orientação, supervisão e cooperação e comunicação multidisciplinar é essencial na tomada de decisão e resolução de problemas, assim como definir modelos de intervenção, discussão de casos, partilha de conhecimento e opinião.”</p> | <p>“(…) a promoção dos direitos e deveres das pessoas com quem acompanhamos, dar voz a quem não tem voz e trabalhar numa ótica de <i>empowerment</i> para que estas pessoas consigam fazer ouvir as suas próprias vozes é essencial (...) o nosso papel é de promoção dos direitos, mitigação dos preconceitos e estereótipos...”</p> | <p>“A área de Saúde Mental obriga ao trabalho conjunto, e que passa também pelo trabalho com o utente que implica a participação do utente e da família (...) não há fórmulas mágicas nesta área quando se trabalha com pessoas, é claro que enquanto Assistentes sociais temos em consideração as questões éticas e humanas que têm de estar</p> | <p>“Direitos Humanos e Serviço Social são totalmente indissociáveis (...) Temos de ser íntegros, empáticos, temos que ter uma noção de respeito pela liberdade e especificidades do outro.”</p> | <p>“Temos de ser humanistas, perceber que há ali uma pessoa que tem todos os seus direitos a ser cumpridos (...) As competências da nossa parte é salvaguardar que esses direitos são cumpridos (...) O Serviço Social desempenha um papel de mediação e de promoção do acesso do utente aos serviços públicos, que teria dificuldade em aceder de forma autónoma devido aos constrangimentos de acesso e falta de suporte.”</p> | <p>“As principais competências as prendem-se com a intervenção no acesso a bens e serviços enquanto estratégia fundamental para acesso aos Direitos Humanos, e num segundo eixo através do modelo comunitário em Saúde Mental, pensando na pessoa, no que a instituição pode oferecer e no sistema social.”</p> |

|   |   |  |   |  |   |   |  |                           |   |                |  |
|---|---|--|---|--|---|---|--|---------------------------|---|----------------|--|
|   |   |  | <p>peessoa e intervenção e olhar para ela de acordo com a ótica dos Direitos Humanos.”</p>  | <p>procurar ajuda (...)”</p>   |   |   |  | <p>sempre presentes.”</p> |   |                |  |
|   | <b>Ent. 1</b>   | <b>Ent. 2</b>  | <b>Ent.3</b>  | <b>Ent. 4</b>  | <b>Ent. 5</b>   | <b>Ent. 6</b>   | <b>Ent.7</b>   | <b>Ent.8</b>              | <b>Ent.9</b>  | <b>Ent. 10</b> |  |
| <b>CONSTRANGIMENTOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> | <p>“(…) o estigma que os próprios serviços têm em relação a determinado público com comportamento menos normativo ou mais difíceis de contactar (...) o próprio <i>self</i> estigma, em que eles próprios tem alguma dificuldade em aderir as estruturas formais de</p> | <p>“Constrangimentos é não haver um Plano de Saúde Mental nem respostas comunitárias (...) Temos uma total ausência de respostas comunitárias ao nível da Saúde Mental (...) assim como a falta de respostas de saúde mental comunitária de emergência devido à falta de um Plano Nacional de Saúde Mental.”</p> | <p>“O essencial é também ter a participação das pessoas naquilo que é o seu processo de vida, e sem isso é difícil (...) É também importante abordar o papel da dimensão da prevenção (...) temos falhado em promover e prevenir a Saúde Mental num primeiro nível nas nossas políticas sociais, na forma como investimos na educação, cidadania, combate a pobreza, distribuição de rendimentos ...”</p> | <p>“Muitas das vezes esses constrangimentos, por exemplo em torno da Saúde Mental, afetam as respostas dadas (...) Outro constrangimento é também a capacidade de decisão, por exemplo quando há utentes que não cumprem as regras, e nós não sabemos como podemos decidir face a tal situação.”</p> | <p>“O que eu tenho visto é que são praticas culturais mais fechadas. Nós temos comunidade s/grupos mais permeáveis a mudança, e temos outros culturalment e mais fechados (...) há aqui questões culturais, que quanto mais fechadas forem, mais difícil será trabalhar com elas, e onde os técnicos têm mais</p> | <p>“Os principais constrangimentos são a ambivalência de respostas quando estamos a falar de pessoas, contextos e problemáticas específicas, assim como a dificuldade em motivar e apoiar emocionalmente os utentes, assim como trabalhar a sua autoimagem .”</p> | <p>“(…) falta de conhecimento que as pessoas têm sobre os seus próprios direitos, e como reivindicar (...) próprios serviços nos quais as pessoas recorrem, que também desconhecem estes direitos e que de uma forma não propositada podem colocar barreiras no acesso das pessoas aos serviços (...) Acho que faltam recursos, financiamentos, levar esta intervenção com uma</p> |                           | <p>“Na Saúde Mental trabalhamos com um público diversificado aos vários níveis, quer cultural quer económico, e temos aqui o pequeno grande pormenor de trabalhar pelo público que muitas vezes está condicionado na sua capacidade, o que é um constrangimento (...) Existem também constrangimentos por termos dificuldade em perceber se a pessoa está efetivamente capaz de</p> |                | <p>“Eu acho que os principais constrangimentos são a falta de articulação interinstitucional (...) Também considero que a falta de respostas institucionais prejudica ...”</p> |

|  | acompanhamento (...)"   |   |  |  | dificuldade em aceder."   |   | resposta que deve ter continuidade."  |   | tomar as suas decisões e fazer valer os seus direitos de escolha..."   |  |  |
|--|---|---|--|--|---|---|---|---|--|--|--|
|  | Ent.1   | Ent.2   | Ent.3  | Ent.4  | Ent.5   | Ent.6   | Ent. 7  | Ent.8   | Ent.9  | Ent.10   | Ent. 11  |
| <b>ACESSIBILIDADE AOS APOIOS E DIREITOS SOCIAIS E ECONÓMICOS</b> | <p>"Considero que os apoios não estão adaptados à realidade, estão por vezes um pouco obsoletos, porque são demasiados burocráticos e exigentes. As pessoas não cabem todas na mesma caixa, não são todas iguais (...) torna-se por vezes complicado, e falta pragmatismo, humanism</p> | <p>"Não considero nem acessíveis nem suficientes nem eficazes (...) muitas respostas são binárias em que tentamos que a pessoa encaixe naquele quadrado quando a pessoa é um triângulo, e nós não temos respostas suficientemente e maleáveis para responder a todas as pessoas (...)."</p> | <p>"Podia classificar como mau (...) a mobilidade nas pessoas com doença mental raramente acontece de forma ascendente (...) Quando as pessoas estão mais em baixo da escala, em que acedem pouco a cultura e aos seus direitos, e também deveres, vivem muito à base da mendicidade, de apoios e subsídios que o Estado de Bem Estar social muito bem o faz, mas depois não trabalham as dimensões que são importantes, nomeadamente acesso aos</p> | <p>"As vítimas quando são sinalizadas têm uma série de direitos, e quando são acolhidas há uma série de apoios e direitos que informamos. E depois existem vítimas que têm capacidade de perceber, e temos vítimas que não conseguem perceber os apoios que têm direito, contudo eles são prestados na mesma."</p> | <p>"Nós nunca podemos dizer de forma absoluta que são suficientes, porque perante em dificuldades que são cada vez maiores, as respostas podem ser boas, mas nunca vão ser suficientes (...) Parece-me que há muito trabalho a fazer principalmente nos projetos de Saúde Mental Comunitária. Estão na legislação há muitos anos, mas</p> | <p>"A quantidade de casos e solicitações que temos diariamente não é satisfeita com a quantidade de respostas que existem, que são insuficientes face ao número de casos e necessidades específicas, o que dificulta o acompanhamento regular. Quanto à acessibilidade e não considero difícil pois a grande parte dos casos são feitos por</p> | <p>"(...) os estereótipos que estão ligados à pessoa com doença mental dificultam o diagnóstico da própria pessoa e o acesso aos serviços (...) faltam recursos nos cuidados de saúde primários, nos hospitais, nas escolas, logo aí o acesso está bastante limitado (...) Em quantidade está muito aquém das necessidades que existem (...) devíamos trabalhar melhor a dimensão da prevenção, que está muito aquém do que</p> | <p>"De uma forma geral acho que não é fácil, porque uma pessoa que está doente, vulnerável e com limitações naturalmente e que tem mais dificuldades em comparação com uma pessoa nas suas plenas capacidades, que tem algumas dificuldades em termos de literacia e acesso (...) Uma pessoa em situação de vulnerabilidade de mental tem mais dificuldades no acesso</p> | <p>"Por norma são pessoas que não trabalharam ou trabalharam pouco, e por esse motivo estão dependentes de subsídios do Estado que são baixos, escassos e insuficientes para uma vida condigna e com acesso aquilo que se considera fundamental (...) Outra falta de resposta é no acesso ao emprego, difícil no geral mas especialmente na Saúde Mental devido ao estigma."</p> | <p>"A Saúde Mental em Portugal não tem muitas respostas com que possamos trabalhar."</p> | <p>"A nível dos direitos sociais considero que o acesso à saúde é o que falta mais, a nível económico as pensões são muito baixas e não conseguem colmatar todas as necessidades..."</p> |

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |                         |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|-------------------------|
|   | o e trabalhar por objetivos mais alcançáveis.”  |   | seus direitos (...) os direitos não estão disponíveis ou as pessoas não estão recetivas a esses direitos, e não há quem faça esse trabalho de mediação.”  |   | não arrancam para o terreno ...”  | sinalização do médico de família.”  | seria necessário.”  | aos serviços...”   |   |   |                         |
| <b>ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE</b> | <b>Ent.1</b>  | <b>Ent.2</b>  | <b>Ent. 3</b>   | <b>Ent.4</b>  | <b>Ent.5</b>  | <b>Ent.6</b>  | <b>Ent.7</b>  | <b>Ent. 8</b>  | <b>Ent.9</b>  | <b>Ent.10</b>   | <b>Ent. 11</b>          |
|   | “(…) penso que as abordagens poderiam estar mais centradas no indivíduo e nas suas características particulares (...) O próprio <i>self</i> estigma faz com que as abordagens não estejam pensadas para pessoas com | “Eu acho que os utentes do Sistema Nacional de Saúde avaliam pouco o serviço, e o Sistema solicita pouco o retorno da avaliação dessa experiência, e aí a participação da pessoa no processo de saúde é muito fraca (...) O Serviço Social pode ter um papel muito importante no apoio à avaliação da qualidade do acesso aos | “A aceitação muitas vezes é vista como tábuas de salvação ou como um carrasco, e do ponto de vista político das políticas de saúde mental as pessoas têm sido muito maltratadas (...) Em relação aos serviços de saúde são importantes, mas o Estado em si falhou redondamente com estas pessoas ao limitar e restringir serviços. Fez o movimento de | “Temos vários tipos de apoio, e quando verificamos que o utente precisa de outro tipo, fazemos o respetivo encaminhamento para outras respostas, principalmente a nível de cuidados de saúde física e mental, ou seja, há sempre uma resposta rápida e integrada à vítima, através das parcerias e protocolos que | “O acesso aos serviços de Saúde Mental não é fácil, muitas vezes os serviços estão entupidos com muitos casos. As respostas não estão de facto a ser suficientes. Em termos de acesso, de uma forma geral, a minha perceção é que sim, tem vindo a melhorar apesar de | “Muita das vezes a autoimagem e estigma dificulta a aceitação do utente em ser ajudado, e isso tem um papel fundamental na sua reabilitação.” | “O acesso é muito limitado para que as pessoas consigam ter o seu diagnóstico de problema de Saúde Mental, as pessoas ou não estão ou estão mal diagnosticadas, e isso não contribui para dar uma resposta direta e | “Para as pessoas com doença mental os cuidados de saúde acho que dependem um pouco da região (...) a região onde estamos tem muita influência no acesso aos cuidados de saúde, e aí essa acessibilidade e é também um grande impacto. Se uma pessoa tiver poder económico para | “Considero que este acesso tem melhorado muito nos últimos anos, assim como na articulação com outros cuidados primários (...) Não considero que existam barreiras, contudo verifico que existe um esforço do SNS de retomar os cuidados e serviços, e genericamente competente.” | “Saúde Mental não é tao acessível como é por exemplo nos particulares, que são mais dispendiosos, ou através da referenciação por hospitais gerais. Uma pessoa sem esta referenciação ou suporte financeiro, dificilmente conseguirá aceder a este tipo de serviços (...) A acessibilidade é consoante o contexto específico da pessoa, | “Acho que é muito mau.” |

|  |  |  |  |                 |   |              |   |  |   |   |  |
|--|--|--|--|-----------------|---|--------------|---|--|---|---|--|
|  | dificuldade na adesão a tanta exigência (...)" | serviços de saúde. E ainda há muito preconceito em torno da Saúde Mental e isso influencia a participação. “ | desinstitucionalização, mas não foi capaz de colocar os serviços na comunidade com as pessoas (...) Uma grande conquista da nossa Democracia foi o Sistema Nacional de Saúde, e esses direitos e vitórias aumentaram exponencialmente a qualidade de vida dos portugueses, e muitas das vezes não valorizamos isso, e do ponto de vista dos Direitos Humanos isso devia orgulhar-nos a todos.” | estabelecemos.” | ainda haver trabalho a fazer nesta área (...) Contudo, nota-se que está a haver alguma facilidade de acesso, mas ainda insuficiente.” |              |   | recorrer ao privado consegue aceder, mas no público torna-se muito difícil devido ao tempo de espera, principalmente nas respostas de Saúde Mental para a população em geral.” |   | contudo há alguma dificuldade particular e institucional.”                  |  |
| <b>IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS</b> | <b>Ent.1</b>                                   | <b>Ent.2</b>   | <b>Ent. 3</b>  | <b>Ent.4</b>    | <b>Ent.5</b>  | <b>Ent.6</b> | <b>Ent.7</b>  | <b>Ent.8</b>   | <b>Ent.9</b>  | <b>Ent.10</b>   | <b>Ent. 11</b>   |
|  | “Os determinantes sociais são um grande        | “Para mim não existem determinantes sociais em Saúde Mental, para mim existem                                |  |                 | “Muitas coisas contribuem para o agravamento da Saúde Mental.   |              | “(…) se formos a ver os determinantes sociais na saúde têm um impacto direto, | “... há fatores sociais de influência determinante, mas também   | “Todas estas questões influenciam a Saúde Mental. A doença mental tem determinantes | “Os fatores que podem condicionar serão o facto de muitas pessoas não terem | “Há algumas influências por parte dos determinantes na |

|  |                 |   |  |  |   |  |  |  |  |   |  |
|--|-----------------|---|--|--|---|--|--|--|--|---|--|
|  | obstáculo.<br>” | determinantes sociais para tudo, e para mim são 90% da solução, e aí têm um impacto brutal, principalmente em torno do estigma e preconceito e do seu impacto nas redes de pertença. O sentimento de pertença e integração socioprofissional é meio caminho andado ...” |  |  | <p>Nesta fase todos os extratos demográficos e económicos acusam consequências da pandemia (...) Quem já está mais fragilizado a este nível, as consequências vão ser maiores (...)</p> <p>A estigmatização em certas franjas da população faz com que algumas pessoas só procurem ajuda quando são pressionadas pelos serviços...”</p> |  | e isso seria uma bagagem para políticas sociais e políticas públicas de intervenção precoce na área, o que infelizmente não acontece ou acontece de forma insuficiente que não abrange a maioria das pessoas.” | fatores que conduzem à doença mental. De facto, há um contexto, há situações que podem levar a doença mental e têm origem em fatores sociais, por outro lado também podem levar a um agravamento da doença e com um grande impacto.” | biológicas e genéticas, mas é certo e está mais do que estudado que as condicionantes e determinantes sociais condicionam a evolução mais ou menos favorável das questões da doença mental, como a pobreza, habitação, emprego, condições de vida traumáticas, etc.” | recursos económicos suficientes para aceder aos serviços, à família que se demite das suas responsabilidades de acompanhamento e suporte, acaba por ter alguma dificuldade no desenvolver das estratégias para integração na própria comunidade.” | Saúde Mental, principalmente a questão da educação e emprego...” |
|--|-----------------|---|--|--|---|--|--|--|--|---|--|

|                                   | Ent.1   | Ent.2 | Ent.3  | Ent.4   | Ent.5  | Ent.6   | Ent.7   | Ent.8   | Ent.9   | Ent.10   | Ent.11   |
|-----------------------------------|---|-------|--|---|--|---|---|---|---|--|--|
| <b>PAPEL DAS REDES DE SUPORTE</b> | <p>“A Saúde Mental comporta consigo muitos determinantes sociais que condicionam muito o seu acesso pleno à saúde, e depois também acho em paralelo há uma fraca rede de suporte em saúde mental (...) Há muito trabalho a fazer a nível da rede de suporte social e familiar.”</p> |       | <p>“A nossa cultura é de sermos um “povo do desenrasca”, e por isso é importante construirmos a nossa rede de contactos de colaboração, principalmente no Serviço Social.”</p> | <p>“Antes das vítimas serem acolhidas elas estão muito longe das suas redes de suporte, e quando estão a ser exploradas não tem acesso a quase nada, e estão bastante isolados e sem acesso aos serviços. Depois do acolhimento este acesso é facilitado por via do trabalho em rede e contacto direto e de referência, o que permite uma maior e mais integrada resposta dentro dos <i>focal points</i>. (...) não existindo esta rede torna-se complicado uma pessoa com doença mental aceder</p> | <p>“Uma pessoa que esteja bem inserida na comunidade e com boas relações de vizinhança mais facilmente tem apoio (...) muitos não têm qualquer tipo de suporte familiar ou institucional.”</p> | <p>“A família desempenha um papel fundamental, e a mediação do Assistente social é essencial (...) Como rede de suporte a família é essencial no bem-estar, acompanha mento e apoio ao processo terapêutico.”</p> | <p>“As redes de suporte são fundamentais. A rede de suporte familiar, vizinhança e amigas, e o seu papel no relacionamento e solidariedade das comunidades acabam por ser uma almofada que ampara determinados fatores negativos. Os suportes formais respondem as necessidades destas pessoas, e aliados ao suporte informal, acabam por criar um apoio fundamental para todas as pessoas, tenham doença mental ou não.”</p> | <p>“As redes de suporte social têm um papel determinant e fundamental, o problema é que sobretudo as redes de suporte formais são escassas, e mesmo as redes de suporte informais, que muitas vezes estão desgastadas e não conseguem dar o suporte necessário (...) têm que se conjugar e haver uma rede de redes de suporte formais suficiente para haver um equilíbrio entre ambas, e que não há</p> | <p>“Existem redes com que temos de articular respostas e recursos que façam sentido e promovam o bem-estar dos utentes, no que toca às formais, e informais relativamente aos cuidadores informais. Infelizmente a maioria dos nossos utentes têm fracas redes de suporte informal, portanto a esse nível muitas vezes o nosso trabalho é tentar criar ou reforçar as suas redes, que é fundamental para o bem-estar e reabilitação da pessoa.”</p> | <p>“As redes de suporte são muito importantes, principalmente a família, que muitas vezes se demite das suas responsabilidades (...) Não havendo uma rede de suporte informal ou formal que dê o apoio e acompanhamento, quer nas tarefas da vida diária quer na própria socialização, representa efeitos numa recaída.”</p> | <p>“E depois as redes de suporte normalment e são redes de suporte informais, e são poucas pessoas que dificilmente conseguem aceder a outras redes de suporte formal. Nota-se muito o impacto das redes de suporte formais nos atendimentos que fazemos, mas a maioria do suporte é por parte das redes informais.”</p> |

|                            |   |   |   | a estes serviços.”   |  |   |  | neste momento.”   |  |   |   |
|----------------------------|---|---|---|--|--|---|--|---|--|---|---|
|                            | Ent.1   | Ent.2   | Ent.3   | Ent.4  | Ent.5  | Ent.6   | Ent.7  | Ent.8   | Ent.9  | Ent.10  | Ent. 11   |
| <b>PARTICIPAÇÃO CÍVICA</b> | <p>“São pessoas com grande dificuldade na sua participação cívica, exercício da cidadania e reconhecimento dos direitos cívicos.”</p> | <p>“Existe uma fraca, quase nula, participação das pessoas com problemas de Saúde Mental no exercício de participação cívica. E a próprio estigma social, quase como se tivesse culpa da sua doença, é muito mais complicado e é um constrangimento na sua participação.”</p> | <p>“Já foi pior, as pessoas já participaram menos. Há pessoas que com grupos de ajuda e autodeterminação têm feito um excelente trabalho na promoção da participação cívica e cidadania com pessoas com problemas de Saúde Mental, através de ações de <i>advocacy</i> (...) As questões de <i>empowerment</i> e <i>advocacy</i> que foram revestindo a filosofia da intervenção deram alguma robustez, ainda não é ideal, mas tem estado num bom caminho, e só</p> | <p>“Capacitação, educação e formação é a chave para a participação. (...) Também se torna muito importante acreditarmos genuinamente nelas, temos que olhar para elas como pessoas acima de tudo.”</p> | <p>“Teoricamente não deveria ser um impedimento, mas na prática nós percebemos que há um afastamento muito grande da realidade e da participação, sendo esta deficitária (...) O que teria potencial seria algo institucional, ter instituições a trabalhar na promoção da saúde mental comunitária e na implementação da lei no terreno, de</p> | <p>“Esta participação é muito reduzida, as pessoas não se envolvem muito emocionalmente com nada, e quando se envolvem isso causa muito sofrimento e transtorno. Os grupos terapêuticos contribuem bastante, pois os utentes comunicam mais entre si e apoiam-se mutuamente.”</p> | <p>“Na população em geral a participação cívica tem um papel, ou deveria ter, um papel fundamental na elaboração e fundamentação das políticas sociais e públicas (...) quando as pessoas se sentem envolvidas em determinados projetos e programas acabam por ajudar a implementação dos mesmos, e sentem-se parte integrante daquela resposta, e acaba por colmatar a falta de</p> | <p>“Antigamente havia uma legislação que determinava o grau de incapacidade e que colocava a pessoa interdita ou não, e se tivesse autonomia para votar por exemplo. Agora com o novo regime de acompanhamento levou a uma maior liberdade cívica do utente, tendo alguns direitos. (...) acho que esta nova legislação veio ajudar</p> | <p>“Eu acho que a pessoa com doença mental participa pouco, até porque acho que esta participação acontece nos vários contextos de vida que nos inserimos, e as pessoas com doença mental não se inserem em muitos contextos como empregos, grupos familiares, grupos de amigos, colegas, vizinhos, e acho que os Assistentes sociais têm de fazer mais para promover o associativismo</p> | <p>“Acho que é muito nula essa participação. Muitas pessoas não querem participar, por mais que sejam incentivados, e acaba por ser um fator que dificulta, a motivação da própria pessoa. Depois a comunidade também cria um estigma e coloca a pessoa de parte, e acaba por ajudar que a pessoa não participe diretamente.”</p> | <p>“Acho que é muito fraca e até residual, vai muito aquém do que é desejável.”</p> |

|  |   |  |  |              |   |   |  |  |  |  |   |
|--|---|--|--|--------------|---|---|--|--|--|--|---|
|  |   |  | <p>numa construção social equitativa que reconheça todas as minorias é que podemos pedir responsabilidades e deveres a todos.”</p>   |              | <p>forma a potencializar e enquadrar a participação cívica.”</p>  |   | <p>conhecimento que as pessoas tem sobre os seus direitos.”</p>  | <p>nesse sentido, não ser tão radical e ajudar a pessoa na tomada de decisão ao longo da sua vida.”</p>  | <p>e participação dos utentes (...)</p>  |  |   |
|  | <b>Ent.1</b>  | <b>Ent.2</b>   | <b>Ent.3</b>   | <b>Ent.4</b> | <b>Ent.5</b>  | <b>Ent.6</b>  | <b>Ent.7</b>   | <b>Ent.8</b>   | <b>Ent.9</b>   | <b>Ent.10</b>  | <b>Ent. 11</b>  |
| <b>IMPACTO SOCIOECONÓMICO E POLÍTICO DA COVID 19</b> | <p>“Eu penso que a pandemia abalou um bocadinho tudo, e Saúde Mental não foi exceção. Nós que andamos no terreno vimos que houve muita gente que estava estabilizada e que teve alguma recaída no seu processo de recuperação (...)</p> | <p>“A COVID veio adensar a falta de tipos de estruturas e respostas, principalmente nas exigências de confinamento obrigatório, e estes constrangimentos limitam o plano exercício dos direitos da pessoa porque não há resposta (...) Eu acho que por não haver um plano não pode haver uma avaliação quantificável, e por isso nunca poderemos avaliar o</p> | <p>“Pós pandemia acredito que haverá um maior investimento em Saúde Mental (...) Contudo temo também que isso possa não acontecer e ser desvalorizado (...) e que esse investimento seja colocado de lado, apesar do seu impacto significativo para baixo, pois as pessoas não acederam às respostas e recursos de saúde, e que com a pandemia estão a recorrer mais a estes</p> |              | <p>“Algumas situações dão para trabalhar à distância e não presencial, e que apesar de tudo não sendo perfeito, são formas de tentar minorar. Mas para certas pessoas de contexto desfavorecido, se as equipas não estão lá no terreno, quando as populações mais necessitam do apoio e</p> | <p>“Com a covid 19 sentiu-se um grande impacto nas maiores solicitações e falta de respostas suficientes, o que influencia a qualidade da intervenção.”</p> | <p>“Eu acho que houve uma mobilização da sociedade para se reorganizar, e isso foi positivo porque colocou nos com a capacidade de pensar como um coletivo. Acho que ainda não houve grandes respostas a nível de Saúde Mental infelizmente, acho que aos poucos vamos despertar para o que é que esta pandemia afetou a nossa</p> | <p>“Sem dúvida, nós sentimos isso diariamente. Foi muito complicado (...) Na Psiquiatria tem sido uma luta porque nomeadamente no recurso aos direitos sociais nós neste momento temos utentes que têm condições que adiam os seus direitos, e não sabemos</p> | <p>“Com a COVID-19 levantaram se algumas questões relacionadas com os Direitos Humanos importantes, desde logo questões relacionadas com a liberdade devido ao confinamento, contacto presencial com os familiares, autonomia ...”</p> | <p>“Todos nós sentimos esse impacto, muita coisa foi afetada a nível de serviços (...) ficando confinados afetou muito o seu bem-estar. Muitos serviços também ficaram suspensos, o que representou um impacto na vida e nas respostas que poderiam ser atribuídas.”</p> | <p>“ Sim, principalmente no acesso a bens e serviços. Nós não estávamos preparados para tal, não tínhamos os quartos de confinamento preparados, e logo aí bloqueou esse acesso, e acho que foi geral à maioria das instituições. A COVID 19 veio demonstrar as</p> |

|   |   |                           |   |              |  |              |  |                       |              |               |                            |
|---|---|---------------------------|---|--------------|--|--------------|--|-----------------------|--------------|---------------|----------------------------|
|   | tivemos uma avalanche de novos utentes a pedir ajuda, e tivemos dificuldade em ter respostas da estrutura formal (...)" | verdadeiro impacto (...)" | serviços. E o verdadeiro impacto só conseguiremos perceber num contexto histórico mais alargado daqui a alguns anos." |              | nos contextos geográficos mais complicados , torna-se complicada a intervenção. Contudo ficou muito limitado pelas condicionantes da COVID." |              | Saúde Mental, acho que não estamos ainda cientes disto." | por quanto tempo ..." |              |               | fragilidades estruturais." |
| <b>RESPOSTAS POLÍTICAS E DILEMAS ÉTICOS</b> | <b>Ent.1</b>  | <b>Ent.2</b>              | <b>Ent.3</b>  | <b>Ent.4</b> | <b>Ent.5</b>   | <b>Ent.6</b> | <b>Ent.7</b>   | <b>Ent.8</b>          | <b>Ent.9</b> | <b>Ent.10</b> | <b>Ent. 11</b>             |

|  |   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|--|--|---|---|--|--|---|---|
|  | <p>“É importante haver uma estratégia nacional de abordagem à Saúde Mental (...) Toda a destabilização socioeconómica está a por muita gente com problemas em Saúde Mental, e por isso era importante pensar numa estratégia para alcançar os novos problemas em saúde mental, e amparar as que já tínhamos diagnosticado.”</p> | <p>“Para já acho que os centros de saúde não podem ter médico e enfermeiro de família se não tiverem Assistente social e psicólogo de família, dada a importância da intervenção precoce. São equipas que deviam ser fixas, multidisciplinares e de trabalho colaborativo. (...) O primeiro dilema é a ética do cuidado que deve ser transversal a todas as intervenções (...) Também é importante escrevermos, porque os Assistentes sociais escrevem muito pouco (...) perdemos pouco tempo a documentar no âmbito das</p> | <p>“Primeiro há um conhecimento muito grande do tecido social e das instituições que trabalham nesta área, e que não deve ser desvalorizado pois numa perspectiva colaborativa o Estado pode aprender muito com o trabalho que se realiza aqui e lá fora (...) O papel do Estado deve ser munir, trabalhar e financiar esse conhecimento na prática (...) No Serviço Social há uma grande responsabilidade e sobre isto, primeiro porque está em contacto com as pessoas, e quando não há esse recurso nós temos de encontrar maneira com que esse recurso exista, e encontrar soluções ou</p> | <p>“Se tivesse capacidade de decisão acho que deviam existir mais respostas intermédias em Saúde Mental (...) Muitas vezes podem existir constrangimentos pontuais, por exemplo bloqueio de verbas ou apoios que deixam de existir, tentamos sempre arranjar alternativas de resposta para esta vítima (...) Eu não sinto muitos constrangimentos face as medidas do governo, sempre que tivemos necessidades ou vontade de melhorar o serviço, existiu sempre vontade política, pois passou a haver maior</p> | <p>“Existe legislação, falta financiamento para pôr os projetos no terreno, principalmente na Saúde Mental Comunitária (...) Em termos de política social, tanto ao nível nacional como local, percebemos que as autarquias e executivos têm uma certa prioridade política (...) Por muito que os nossos projetos e prática tenham claras orientações políticas, mais importantes são as orientações técnicas que derivam do diagnóstico</p> | <p>“O Estado negligencia a Saúde Mental, e nota-se principalmente na qualidade e manutenção das infraestruturas.”</p> | <p>“Acho que o investimento é ainda muito pouco para a importância que esta dimensão tem (...). É com mais financiamento, recursos, respostas nas comunidades e descentralizadas, com a participação ativa das populações e comunidades, é por aí que conseguimos levar a Saúde Mental mais a sério (...) a nossa intervenção muitas vezes está limitada e vai de encontro a projetos e financiamentos pontuais, e a intervenção é sempre aos soluços e com limites temporais quando o trabalho com pessoas e</p> | <p>“O Estado poderia implementar aquilo que está na legislação, porque existe uma legislação em Saúde Mental razoavelmente bem feita, mas que não funciona na prática (...) Compete ao Estado combater o facto de a Saúde Mental ser o parente pobre da saúde, porque não há respostas suficientes (...) Não é fácil porque nos confrontamos diariamente com questões muito complicadas (...) Nós enquanto profissionais</p> | <p>“Nós temos inúmeras pessoas com doença mental, vamos ter um aumento de pessoas a precisar de cuidados agora no período pós pandemia, temos bons recursos a nível de cuidados de saúde, contudo temos um péssimo investimento na área da reabilitação. É urgente investir em Saúde Mental, não só a nível de cuidados hospitalares, mas principalmente na Saúde Mental Comunitária. É essencial os Assistentes sociais serem mais reivindicativos para tal (...) Nós desdobramos</p> | <p>“O Estado deve criar condições, que de facto não têm tido grande papel, (...) O Plano Nacional de Saúde Mental devia ser implementado de forma coesa no terreno (...) Deveria efetivamente contribuir e apostar mais em apoio para instituições, (...) Tentamos sempre que a pessoa nunca esteja em desvantagem, mas muitas vezes temos algumas dificuldades, contudo tentamos sempre combater-las de forma que a pessoa seja sempre a prioridade e de forma a não colocar em causa os seus direitos.”</p> | <p>“Numa fase inicial é preciso investimento em cuidados de saúde primários, assim como uma maior sensibilização dirigida às famílias e instituições. O plano de intervenção em Saúde Mental é muito avulso, não há investimento nesta área (...) Deve-se reforçar o papel dos assistentes sociais, e por vezes a racionalização dos recursos ou a acomodação por parte dos assistentes sociais não ajuda.”</p> |
|--|---|--|--|--|--|---|---|--|--|---|---|

|  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>políticas sociais, como se fossemos “influencers” das políticas sociais (...) levamos os nossos utentes a promover o associativismo e fazer valer os seus direitos.”</p> | <p>alternativas, principalmente nas redes de suporte e comunidade, para ultrapassar esses constrangimentos políticos. Nesse aspeto a nossa responsabilidade é muito grande, muitas vezes à custa do empenho a capacidade de cada um de nós para fazer coisas em benefício de todos e a nossa capacidade de fazer as coisas acontecerem e reinventar, e nisso nós somos bons.”</p> | <p>capacidade de resposta que acompanhou a vontade política...”</p> | <p>social local, uma imparcialidade de técnica. (...) Cabe aos Assistentes sociais fazerem o levantamento das necessidades locais, através do diagnóstico social, colocamos as respostas em função das necessidades. Se este processo for feito meticolosamente, mais fácil depois se torna implementar respostas.”</p> |  | <p>comunidades leva tempo, e é importante pensar como podemos integrar de forma efetiva estes profissionais de forma a dar continuidade ao trabalho que pretendemos resolver.”</p> | <p>articulamos com outros colegas, mas que também não conseguimos dar resposta. Clinicamente o utente está estável, mas é rejeitado pela família, e mesmo tendo condições para regressar necessita de supervisão, e não há na comunidade estruturas que o aceitem, e isso é um grande dilema.”</p> | <p>nos, sempre que temos oportunidade de o referir e reivindicar fazemo-lo, pois temos uma responsabilidade fundamental no reportar e reivindicar junto das entidades competentes para alertar todas estas questões políticas e sociais ...”</p> |  |  |
|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

| VANTAGENS DA INTERVENÇÃO ECOBIOPSISSOCIAL E COMUNITÁRIA | Ent.1   | Ent.2   | Ent.3   | Ent.4   | Ent.5  | Ent.6  | Ent.7   | Ent.8   | Ent.9  | Ent.10  | Ent. 11  |
|---|---|---|---|---|--|--|---|---|--|---|--|
|   | <p>“A intervenção em Saúde Mental é na comunidade de (...) a comunidade de traz mais valias, e que ambas são complementares (...). O contexto natural de vida muitas vezes é a causa da falta de Saúde Mental. Conhecer o contexto para trabalhar o</p> | <p>“Para mim o Serviço Social comunitário é a base de tudo o que se vai fazer (...) não devemos ser turistas da nossa intervenção porque aí nunca vamos criar uma relação de confiança com o utente (...) e a parte ecológica é irmos ao encontro da pessoa onde ela está, fora dos gabinetes, vemos quais as suas dificuldades diárias, onde vive, os espaços e a sua importância no</p> | <p>“A comunidade tem uma força muito grande do ponto de vista da reabilitação, inclusão e redução de danos, como se fosse uma força motriz, pois sem a comunidade isso não poderia acontecer pois é lá que as pessoas se integram e têm a sua funcionalidade social onde exercem, acedem e executam os seus direitos. Agora cabe ao Assistente social, em colaboração com outros conhecimentos, transformar</p> | <p>“Eu acho que a intervenção em Saúde Mental tem de ser intervenção integrada e em rede, e aquilo que se fazia antes de cada instituição trabalhar por si e centralizada em si já não funciona (...). É importante na comunidade existir mais trabalho em rede, comunicação e partilha.”</p> | <p>“No que diz respeito a reabilitação a abordagem comunitária funciona muito melhor porque geram-se dinâmicas de mudança, porque as mudanças num indivíduo alargam-se à comunidade, as pessoas aprendem e crescem uns com os outros, e vêm que não estão sozinhos nesse processo de</p> | <p>“A Saúde Mental é um direito e deve ser universal, e é especialmente importante para pessoas que vivem em contextos vulneráveis ou onde não há tanta informação e prevenção sobre a sensibilização em Saúde Mental, assim como no combate ao estigma. Torna-se essencial investir em respostas intermédias,</p> | <p>“O bom da intervenção comunitária é que trabalhamos para as pessoas onde elas estão e onde se sentem confortáveis, e conhecemos o meio onde as pessoas estão inseridas e os acessos que a comunidade tem e não tem. Uma intervenção que começa na comunidade e vai por acima, reivindicando os seus direitos e necessidades, tem outra força pois não somos nós,</p> | <p>“Eu acho que ainda falta percorrer um longo caminho por tudo o que estive a dizer. Porque em primeiro lugar não estão criadas as estruturas para isso (...) assim como uma rede que o apoie, porque se não faz sentido. Contudo neste momento acho que o nosso país não tem condições para isso,</p> | <p>“A lógica da Saúde Mental Comunitária vem promover o combate ao estigma e integração nas estruturas comunitárias, assim como do papel deste suporte e ligação no bem estar e reabilitação do utente (...). Depois permite as pessoas viverem em comunidade, que é uma função do ser humano enquanto ser biopsicossocial (...). A nossa Lei de Saúde Mental precisa de ser revista e</p> | <p>“São bastantes as vantagens. Esta intervenção permite um maior acompanhamento no terreno e no contexto, também para ver o contexto onde a pessoa está e onde está o foco que se pode intervir no problema, assim como sinalizar e definir a melhor estratégia de intervenção.”</p> | <p>“Permite uma maior equidade no acesso a bens e serviços, integração na comunidade, respeito pelos Direitos Humanos, visão total da recuperação e um maior envolvimento das pessoas e famílias no processo de intervenção (...) falta começar a traçar caminho, de uma maior integração, acompanha</p> |

|  |   |   |  |   |  |  |  |  |   |   |   |
|--|---|---|--|---|--|--|--|--|---|---|---|
|  | contexto pode ser uma mais-valia em Saúde Mental.”  | suporte emocional, relações interpessoais e autoestima.”  | também essa comunidade....”  |   | desenvolver competências (...) Neste momento quando falamos em Saúde Mental Comunitária sabemos o que estamos a falar teoricamente, mas na prática generalizada não sabemos, é quase inexistente.” | para prevenir situações mais graves.”  | terceiros, que estamos a reivindicar, estamos a dar voz e força as comunidades para elas também se envolverem na luta pelos seus direitos, e cria-se um sentimento de pertença (...)                           | por haver essa falta de quantidade, organização e estruturação de respostas comunitárias em Saúde Mental.”   | atualizada, para manter as pessoas no seu contexto e meio natural de vida, que é um direito fundamental (...)   |   | mento e supervisão. O caminho existe na teoria mas na prática não funciona tão bem.”  |
| <b>MODELO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA E AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS</b> | <b>Ent.1</b>  | <b>Ent.2</b>  | <b>Ent.3</b>   | <b>Ent.4</b>  | <b>Ent.5</b>   | <b>Ent.6</b>   | <b>Ent.7</b>   | <b>Ent.8</b>   | <b>Ent.9</b>  | <b>Ent.10</b>   | <b>Ent. 11</b>  |
|  | “A partir do momento que começam os a perceber o contexto e o meio natural conseguimos de facto entender de que forma os Direitos | “É essencial. Não devíamos estar a discutir as suas potencialidades, mas sim avaliá-las, qualquer pessoa precisa deste apoio através da Saúde Mental Comunitária (...) onde a chamam para participar nas estruturas e | “Pode contribuir em todas as dimensões. Pode ser melhorado ou executado de forma diferente, mas por excelência é um dos modelos de intervenção nesta área (...) Pressupõe a existência de uma rede de suporte, conjunto de | “O resultado deste trabalho em rede, o seu produto, é a reinserção das vítimas na sociedade (...) esta capacitação é dar resposta à afirmação dos seus Direitos Humanos.” | “Se falarmos do direito inalienável à saúde não podemos descurar do direito à Saúde Mental. Se falarmos do modelo de Saúde Mental Comunitária estamos a promover os Direitos                       | “O desenvolvimento de projetos de sensibilização é importante (...) assim como divulgar os direitos e informar dos seus direitos (...) A saúde e o acesso à saúde são um direito | “Existe um grande desconhecimento sobre o que é doença mental, as competências que a pessoa com doença mental tem ou não tem, ainda há tanta coisa para fazer que o começo é mesmo por aí, trabalhar com esses | “Não tenho dúvidas que é o modelo mais indicado para afirmar os Direitos Humanos dos utentes, e é também aquele que lhes dará com certeza mais qualidade de vida.” | O modelo de Saúde Mental Comunitária preconiza uma série de Direitos Humanos, a liberdade, autodeterminação, participação sem dúvida nenhuma que os seus princípios têm tudo a ver com aquilo que são | “Pode contribuir e muito pois o utente está na sua comunidade, está mais livre, e estando no seu contexto contribuir para afirmar e aceder aos seus direitos e estar em maior bem-estar.” | “ Acho que se funde na visão do modelo biopsicossocial e espiritual ao ver a pessoa no seu todo. Quando começamos a fazê-lo aí começamos a ver que o eixo dos |

|   |  |  |  |              |  |   |  |  |   |   |  |
|---|--|--|--|--------------|--|---|--|--|---|---|--|
|   | Humanos naquela comunidade de não estão a ser cumpridos (...) e as abordagens de proximidade são a chave do empoderamento e informar aquelas pessoas.” | iniciativas da sua comunidade. Se eu tiver nessas estruturas pessoas com problemas de Saúde Mental, e conseguir a sua integração lá, é algo que se auto alimenta porque as pessoas sentem-se úteis e a comunidade vai sentir que aquela participação é útil, e ajuda no combate ao estigma, o que faz todo o sentido.” | serviços, acesso a estes serviços e direitos, e todas estas vertentes, sem isso não poderíamos trabalhar para melhorar a sua vida, a vida daquele grupo e da comunidade no geral.” |              | Humanos por essa via.”   | fundamental, e se em Portugal temos um SNS tendencialmente universal e inclusivo, então devemos salvaguardar e dirigir recursos para as pessoas acederem a esses direitos, principalmente e no meio natural onde os utentes vivem, se sentem confortáveis.” | conceitos e informar a sociedade sobre o que é isso e que não há problema em procurar ajuda, o que depois também é preciso haver uma resposta adequada e acompanhamento integrador.” |  | os Direitos Humanos, e ambos andam de mãos dadas.”  |   | Direitos Humanos é central na intervenção.”  |
| <b>PAPEL DA SAÚDE MENTAL NO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL</b> | <b>Ent.1</b>   | <b>Ent.2</b>   | <b>Ent.3</b>   | <b>Ent.4</b> | <b>Ent.5</b>   | <b>Ent.6</b>  | <b>Ent.7</b>   | <b>Ent.8</b>   | <b>Ent.9</b>  | <b>Ent.10</b>   | <b>Ent. 11</b>   |
|   | “Desenvolvimento sustentável e falta de Saúde Mental não combinam. É importante que as   | “Se a intervenção comunitária for algo que está na génese e base das comunidades, o crescimento da comunidade vai ser sempre   | “Sem Saúde Mental não há saúde, e esta dimensão de bem-estar, realização pessoal e emocional, motivação, capacitação, autonomia,   |              | “Não podemos considerar Saúde Mental como apenas ausência de doença mental (...) Devemos desenvolver | “A Saúde Mental no desenvolvimento sustentável é fundamental. As patologias estarão sempre cá,  | “(…) se investirmos nos cuidados primários, intervenção, acompanhamento devido e multidisciplinar, apoio social, a sustentabilidade da   | “Nós sem Saúde Mental não fazemos nada (...)Uma pessoa equilibrada e que esteja bem na vida e saudável | “O papel da Saúde Mental no desenvolvimento sustentável é um chavão, é uma preocupação porque uma sociedade | “A Saúde Mental tem um papel fundamental no desenvolvimento sustentável, e para tal torna-se necessária uma | “Trabalhando os vetores da comunidade integradora, do meio ambiente, da preservação da |

|  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|---|
|  | <p>peças tenham saúde para poder contribuir para a sociedade e exercer cidadania, (...) Acho que na Saúde Mental as abordagens comunitárias ou de proximidade são a chave para o seu impacto brutal no diagnóstico e na abordagem ao mesmo.”</p> | <p>sustentável. Quanto mais intervenção comunitária houver desde o princípio, maior será o seu crescimento em todas as áreas da sustentabilidade, sem deixar ninguém de fora (...) E enquanto não houver respostas a esse nível não pode haver crescimento sustentável das comunidades.”</p> | <p>valorização, sentimento de termos um papel a cumprir, termos uma rede de amigos e família, tudo isso é Saúde Mental. E a nossa construção enquanto sociedade deve se basear nisso (...) Esta valência de trabalharmos com diferentes pessoas e organizações faz com que sejamos uma grande força profissional bastante presente, influente e preponderante nas organizações de bem-estar. Contudo ainda não está ao nível das decisões políticas ou em lugares de decisão, faltamos essa capacidade.”</p> | <p>comunidades e promover estratégias, competências, capacitação e empoderamento ao nível das estruturas de funcionamento, personalizada e trabalhar resiliência e adaptabilidade. Pessoas com estas competências estão mais aptas a lidar com os desafios e transformações. Franjas mais abertas à mudança percebemos que onde há comunidades e culturas mais fechadas, há prevalência de problemas de Saúde Mental.”</p> | <p>mas ao termos acesso a condições e respostas de saúde, assim como os nossos direitos, vamos ter uma população mais saudável (...) O Assistente social consegue estar mais alerta em relação a estas questões e na afirmação e reivindicação dos direitos, o que é essencial neste caminho.”</p> | <p>sociedade em si esta assegurada pois são pessoas com devido acompanhamento que têm as suas competências e podem contribuir para o bem estar da sociedade e desenvolvimento, não tem de ser vistas como incapacitantes.”</p> | <p>pode contribuir para o desenvolvimento económico e para a sustentabilidade do país.”</p> | <p>com Saúde Mental é uma sociedade que se desenvolve a vários níveis (...) estando ligado de logo com o desenvolvimento sustentável e bem estar da comunidade (...) a Saúde Mental é uma área muito importante e quem sem ela há uma série de contextos prejudicados e que é preciso investir.”</p> | <p>cooperação e contribuição em todos os intervenientes que compõem este ramo...”</p> | <p>biodiversidade, do combate à pobreza e desigualdades sociais e promoção da justiça social é que o assistente social consegue trabalhar com vista ao desenvolvimento sustentável, e aí o potencial do Serviço Social é enorme.”</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|---|