

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Serviço Social e Saúde Mental em Contexto Hospitalar

Marta Isabel Honório Matos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2013



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Serviço Social e Saúde Mental em Contexto Hospitalar

Marta Isabel Honório Matos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2013

Agradecimentos

A presente dissertação é o resultado de dois anos de muito trabalho, ansiedade, dedicação e empenho no mestrado em Serviço Social.

Não tendo sido fácil este longo caminho, foi enriquecedor percorrê-lo, porque como resultado, conheci pessoas que me marcaram para a vida, e que me ensinaram a dar o real valor e a importância ao momento. O meu muito obrigado à minha companheira de luta, Susana Moreira, ao meu benjamim Daniela Silva e ao meu anjo da guarda Inês Espírito Santo.

Tenho que agradecer o meu equilíbrio emocional à minha mãe, por ser o meu exemplo de vida, a minha melhor amiga, companheira, confidente e por nunca me deixar desistir dos meus sonhos. Amo-te muito!

Um muito obrigado ao meu pai, pelo amor e orgulho sentido e ao meu irmão que é o melhor do mundo. Sem ti teria sido impossível fazer este percurso e ter chegado onde cheguei. Obrigado por tudo, quero muito que sejas feliz e a vocês dedico a minha dissertação.

Tenho que agradecer à professora Maria do Rosário pelo apoio, pela serenidade e por ser um exemplo de força, e ao meu orientador Professor Jorge Ferreira pela força, empenho, conselhos e palavras sábias, que me deu no momento certo, pela amizade e pelo carinho, o meu muito obrigado.

Jorge Alexandre Mendes não consigo encontrar as palavras certas para expressar o quanto és especial, as vezes que caí e me levantaste, a força que me deste em determinados momentos e o quanto atento estiveste à minha pessoa.

Sara Vanessa Pina, nem mesmo longe me abandonaste, obrigado pela preocupação que tiveste sempre comigo (“alimenta-te, dorme, cuida-te!”). Pela ajuda preciosa que continuas a dar, pela tua amizade verdadeira, pelas horas de folia que me proporcionaste de forma a descomprimir do tenso trabalho.

Jamais me esquecerei de vocês. Obrigado aos meus amigos de sempre.

Por fim, um meu muito obrigado a todas as assistentes sociais e às entidades hospitalares que participaram nesta investigação, demonstrando disponibilidade imediata, proporcionando a conclusão desta etapa académica.

Resumo

O presente trabalho consiste numa investigação sobre o “Serviço Social e Saúde Mental em contexto hospitalar”, que teve como objetivo analisar a intervenção do Serviço Social na Saúde Mental e sistematizar os recursos fundamentais para uma resposta social qualificada, junto de pessoas com doença mental e suas famílias.

Esta investigação tem uma natureza qualitativa, onde foi desenvolvida uma análise documental, aplicámos entrevistas semi-directivas a assistentes sociais desempenhando funções na área da Saúde Mental em contexto hospitalar. E por fim procedemos a uma análise de conteúdo.

Os resultados obtidos informam que as políticas sociais aplicadas à saúde mental são insuficientes e inapropriadas face às situações apresentadas pelos doentes mentais e suas famílias. Os assistentes sociais na área da Saúde Mental deparam-se com algumas dificuldades ao nível das organizações e das respostas sociais, motivadas pela escassez de recursos e meios. É uma dificuldade constante encontrar soluções aos problemas diários, face a esta carência de respostas.

Dos resultados obtidos, destacámos ainda a necessidade de especialização do assistente social na área de Saúde Mental, de forma, a promover uma melhor resposta social aos problemas do doente e suas famílias.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde Mental, Respostas Sociais, Assistente Social, Políticas Sociais.

Abstract

This study has worked the theme of “Social Service and Mental Health in the Hospital context”. It sought to comprehend and analyse the Social Worker’s intervention in mental health. And the study also tried to codify and organize basic resources, which might result in a better intervention for these professionals’. As well as to give and provide with a better and more qualified answer to those who suffer of mental diseases and their families.

Based in a qualitative approached, this study was supported by documental analyses and semi-structures interviews applied to Social Workers, who work in the hospital context. All the data collected by these interviews were subjected to an analyse process.

The data which were obtained uphold the idea that the social politics applied to this field are not sufficient and appropriate to the social reality of nowadays. And they are also insufficient to support the clients’ families. The professionals who work in this domain, mental health, describe many difficulties in their work, such as social responses, motivated by nonexistent resources and means. And the persistent need to find solutions to the daily life problems result in the absence of a better situation.

From the results obtained and analysed, we concluded that Social Workers must specialized in this field, in order, to promote a better social response to this problem whether to the client, whether to their families.

Key words: Social Service, Mental Health, Social Resources, Social Worker and Social Politics

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Glossário de Siglas	vi
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DA SAÚDE MENTAL, O SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICAS SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL.....	3
1.1. Percurso Histórico da Saúde Mental.....	4
1.2. Conceito de Doença Mental	7
1.3. Serviço Social.....	10
1.4. Políticas de Saúde Mental em Portugal	13
1.5. O Serviço Social na Saúde Mental	18
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE PESQUISA.....	24
2.1. Opções Metodológicas.....	24
2.2. Universo e Amostra	25
2.3. Técnicas de Recolha de Dados.....	26
2.4. Técnicas de tratamento dos dados	28
CAPÍTULO III – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	30
3.1. Caracterização do campo empírico do estudo no contexto sócio-geográfico.....	30
3.2. Caracterização do Serviço Social na Saúde Mental em contexto hospitalar	32
3.3. Os recursos e as necessidades do doente com patologia mental e suas famílias: que complementaridades?	38
3.4. A Compreensão da Relação Profissional do Assistente Social com o Doente Mental e sua Família.	45
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	I
Sites consultados:	IV
ANEXOS	I
ANEXO A - Lei da Saúde Mental.....	II
ANEXO B - Apoios da Segurança Social.....	IV

ANEXO C - Guião de Entrevista	XI
ANEXO D - Equipa dos/as assistentes sociais do Hospital StªMarta	XIV
ANEXO E - Mapa referente ao Gabinete de Serviço Social do Hospital Stª Maria	XVI
ANEXO F - Equipa dos/as assistentes sociais do Hospital Dona Estefânia....	XVIII

Glossário de Siglas

AS – Assistente (s) Social (ais)
CH – Centro Hospitalar
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Centro
CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte
CHBM – Centro Hospitalar Barreiro/Montijo
CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
IPS – Instituição Particular de Solidariedade
ISS – Instituto da Segurança Social
SEG.SOCIAL – Segurança Social
SEF – Serviço Estrangeiros e Fronteira
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais
CAT – Centro de Atendimento Temporário
UPI – Unidade de Primeira Infância
EPE – Entidade Pública Empresarial

INTRODUÇÃO

O tema da presente dissertação prende-se com o Serviço Social e a Saúde Mental em contexto Hospitalar e como pergunta de partida que especificidades têm a intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar, junto de pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias?

A escolha deste tema recai sobre questões de ordem social, uma vez que o problema da saúde mental encontra-se cada vez mais em foco, devido ao *stress* proveniente do trabalho quotidiano, em adição à crise económica, ao isolamento, ao desemprego e até mesmo pela genética do indivíduo. Contudo, a escolha deste não se prende apenas pela questão teórica mas também pelo interesse pessoal.

De acordo com relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), “ no século XIX, na Europa a doença mental era vista, por um lado, como assunto legítimo para a pesquisa científica: a psiquiatria germinou como disciplina médica e os portadores de transtornos mentais passaram a ser considerados como pacientes da medicina”. (OMS, 2001: 12).

Mas, por outro lado, estas pessoas portadoras de transtornos tal como “ (...) os que tinham muitas outras doenças e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições carcerárias, os manicómios públicos, que vieram depois a ser chamados de hospitais psiquiátricos. Sendo essas tendências exportadas para praticamente todos os outros”. (OMS,2001:12).

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental, devida em grande parte a dois fatores independentes. Primeiramente, registou-se um progresso significativo na psicofarmacologia, com o descobrimento de novas classes de drogas, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos. Seguindo-se o desenvolvimento progressivo de novas formas de intervenção psicossociais.

Quando falamos nas consequências da saúde mental, estas podem apresentar-se sob várias formas de comportamento, como depressão, ideação suicida, esquizofrenia ou bipolaridade. Estes são alguns dos exemplos de como a doença começa a “despertar” no indivíduo.

É também importante, nesta fase salientar os factores psicológicos, biológicos e sociais que possam estar interligados à doença mental e, o que leva na maioria das vezes o indivíduo ao internamento numa ala de psiquiatria.

Todavia, quando o internamento é imposto ao doente mental é porque este ou se encontra numa situação de vulnerabilidade social ou/e é totalmente incapaz de salvaguardar a sua integridade física/moral e/ou a dos que o rodeiam.

O papel dos/as assistentes sociais é fundamental no diagnóstico realizado ao doente mental e às suas famílias, pois só assim se conseguem estruturar a intervenção a ser aplicada.

O objetivo geral centrou-se, em analisar a intervenção do Serviço Social na Saúde Mental e sistematizar os recursos fundamentais para uma resposta social qualificada, junto de pessoas com problemas de saúde mental e das suas famílias.

Contudo, os objetivos específicos centram-se em caracterizar as respostas aos sujeitos com problemas de saúde mental, intervencionados pelo Serviço Social em contexto hospitalar; criar tipologias de recursos utilizados pelo Serviço Social na resposta aos sujeitos de intervenção; identificar as políticas públicas e sociais que suportam a intervenção do/a assistente social junto das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias e, por fim, sistematizar a prática da intervenção do/a assistente social em contexto hospitalar, com pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias.

O plano estrutural da investigação consiste em quatro capítulos:

O primeiro capítulo aborda a revisão da literatura, subdividida por áreas temáticas, iniciando-se por um breve enquadramento conceptual da saúde mental; o percurso histórico da saúde mental; uma concisa apresentação do conceito de doença mental; serviço social; uma descrição das políticas de saúde mental em Portugal; e o serviço social na saúde mental.

O segundo capítulo, apresenta a metodologia de pesquisa constituída pelas opções metodológicas do estudo, pelo universo e amostra; pela recolha de dados e pelas técnicas de tratamento de dados.

No terceiro capítulo desta investigação, salienta-se a análise e interpretação dos resultados.

No quarto capítulo, faz-se referência, à conclusão, às referências bibliográficas tratadas nesta investigação e aos anexos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DA SAÚDE MENTAL, O SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICAS SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL

Saúde Mental: breve enquadramento conceptual

Não é possível falarmos de saúde sem falarmos sobre saúde mental. Uma pessoa saudável deve poder ser capaz de pensar de modo claro, lidar com os problemas quotidianos, apreciar as boas relações (familiares, amigos e colegas), como também sentir-se bem espiritualmente, de modo a contribuir para o bem-estar dos que o rodeiam.

“ Todos os anos milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por perturbações mentais. Segundo uma estimativa da Organização Mundial da Saúde, cerca de 500 milhões de pessoas poderão vir a sofrer de perturbação mental ou anomalia psíquica e as previsões são no sentido do seu aumento devido, segundo Gulbinat, a vários fatores, incluindo o aumento da esperança média de vida e o crescente número de indivíduos que atingirá a idade onde o risco é maior”. (Amaro, 2005: 27).

Os estudos epidemiológicos mais recentes concluem que as perturbações mentais e os problemas de saúde mental representam quatro das dez principais causas de incapacidade e são também uma das principais causas de morbilidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Segundo os dados que são apresentados, as perturbações mentais e do comportamento equivalem a 12% da carga mundial das doenças, no entanto, na maioria dos países as verbas orçamentais para a saúde mental representam menos de 1% dos gastos totais em saúde. Tem-se observado, também, que mais de 40% dos países necessitam de políticas de saúde mental e mais de 30% não tem programas estruturados para esta área de atuação. A análise da situação agrava-se, quando incide ao nível das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes, pois mais de 90% dos países não têm programas nesta área (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Os problemas de saúde mental promovem um grande impacto na sociedade, através da incapacidade individual, da e disfunção familiar e da e diminuição da capacidade produtiva.

1.1. Percurso Histórico da Saúde Mental

A “loucura” é um tema que com o passar do tempo tem suscitado imensa curiosidade, quer pela sua envolvente desconhecida, como pelo inexplicável da doença mental.

Contudo, Foucault (1987) considerou que a loucura estava, sobretudo, sujeita a um contexto político e social, aos costumes, aos interesses económicos e à história.

“Temos por hábito afirmar que o louco da Idade Média era visto como uma personagem sagrada porque estava possuído. Pois nada é mais erroneamente afirmativo que esta ideia. Se era sagrado é porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria”. (Foucault 1987, cit *in* Alves, 2001: 44).

Na Idade Média, a loucura era tomada como um fenómeno “mágico – religioso”, as pessoas cujo comportamento fugissem à normalidade, eram tomadas por espíritos demoníacos e maléficos. A loucura era compreendida como algo sobrenatural que fugia à racionalidade humana e terrena. Com o renascimento sobrevêm grandes obras filosóficas e literárias que divinizam a loucura, distanciando-a do mundo oculto em que ela estava envolvida.

Na era do absolutismo e da ascensão da classe burguesa “a loucura transformou-se no mundo da exclusão institucionalizada, enclausurando toda uma massa de indigentes em asilos sem nenhuma função nem especialização médica”. (Alves, 2001: 45).

Durante o século XVIII surgem, por toda a Europa, imensos hospitais gerais destinados ao internamento dos indigentes. Embora denominados como hospitais gerais, a verdade é que apenas se tratavam de estruturas que não prestavam qualquer auxílio médico, nem mostravam qualquer preocupação na cura.

Todavia, a política de enclausuramento, constituiu uma medida policial e uma ideologia de defesa e prevenção da sociedade civil. Este “enclausuramento” foi provocado pela obrigação do trabalho e pela condenação da ociosidade.

“As construções de hospitais delineados para indigentes provêm do século VII, ou seja, foram criados pelos Árabes, puramente influenciados pelos mercadores espanhóis que disseminaram os conhecimentos sobre a forma de perceber e tratar a “loucura”. (Alves, 2001: 46).

O isolamento e afastamento da loucura em asilos foram são, de facto, um marco importante da conquista da razão. No século XIX apresentavam, em Inglaterra, França e Alemanha, os doentes em plena praça pública com o intuito de se ganhar umas meras moedas,

inclusive, na Alemanha as janelas dos asilos foram abertas e gradeadas, deliberadamente, para que o comportamento destes pudesse ser observado.

Segundo Alves (2001), com a expansão da industrialização e do capitalismo, no século XVIII, e das ideias humanistas da Revolução Francesa, reclamou-se um novo estatuto para os “loucos”, o de doentes mentais.

Todavia Cordeiro (1982) refere que o Philippe Pinel, no século XVIII em França, ao separar o doente mental dos presos de delito comum, deu aos indivíduos com doenças psíquicas a possibilidade de serem tratados, ao invés de punidos, como acontecia até então.

Com o progresso registado ao nível das ciências exatas, ao longo do século XIX, o tratamento de ordem moral foi dando lugar às terapêuticas medicamentosas. Os estudos nesta área foram-se multiplicando e agrupando pela corrente principal – o positivismo, que considera a loucura como uma doença mental, de origem orgânico - cerebral.

Já no século XX surgem “duas correntes de pensamento dominante: os organicistas, que constituem uma conexão entre os sintomas e as lesões observadas no cérebro. E os psicodinâmico que comparam os sintomas às alterações do funcionamento psíquico”. (Alves 2001: 49).

Segundo a autora, as condições de vida dos doentes mentais, o agravamento das doenças mentais nos asilos e a responsabilidade da medicina na subsistência desta situação, levam ao aparecimento de alternativas ao modelo asilar, advogados por dois movimentos: “*no – restraint*” e “*open – door*”.

O “*no – restraint*” apareceu na Inglaterra, por Conolly e expressa a preocupação em diminuir o sofrimento dos doentes, apoiando a supressão dos meios de coação corporal. O “*open – door*”, desenvolvido no Reino Unido no século XIX, altera o funcionamento do asilo: portas abertas, demolição dos muros, eliminação de grades exteriores e da coerção física. Estas transformações apenas geraram impacto no século XX.

O século XX é assinalado por vários acontecimentos da revolução psiquiátrica, é o caso da evolução das técnicas de grupo em resultado da evolução da psicologia social.

O movimento de Higiene Mental (1908) cresce inicialmente nos Estados Unidos da América e posteriormente na Europa, desenvolvendo a invenção de métodos de prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais e determinando a psiquiatria comunitária.

Em França “pergunta-se” pelo internamento de doentes cujas perturbações mentais não o justificam. Entretanto, no Hospital de Sainte-Anne surge um serviço de assistência psiquiátrica com deslocações de trabalhadores sociais ao domicílio.

Em Inglaterra, os internamentos em instituições psiquiátricas foram acontecendo de forma voluntária, dando início ao caminho para a abertura da psiquiatria às ciências sociais e aos cuidados ambulatoriais.

No período da segunda guerra mundial a psiquiatria social começa por discutir os internamentos em asilos ou/e hospitais psiquiátricos, assistindo-se a uma carência de respostas perante o surgimento de inúmeros problemas psíquicos no pós-guerra.

Todos os progressos sucedidos durante esta época vieram destacar os fatores sociais e o papel do doente que começa a deixar de ser visto como um mero objeto de conhecimento.

Segundo a autora Alves (2001) a partir dos anos 50, registam-se grandes progressos ao nível da farmacologia que levaram à redução do número de doentes hospitalizados. A par desta evolução, foram surgindo respostas alternativas ao asilo e aos hospitais psiquiátricos, como os tratamentos em ambulatório, os hospitais de dia, a psiquiatria em hospitais gerais e outras estruturas comunitárias.

“A partir dos anos 60 nos Estados Unidos da América a intervenção comunitária na área da saúde mental começa a desenvolver-se. A prevenção, tratamento e reabilitação das doenças psíquicas deixa de ser vista apenas como uma responsabilidade do próprio indivíduo e da sua família e passa a ser responsabilidade da comunidade. Esta conceção da psiquiatria pressupõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por centros comunitários de saúde mental, que facilite o acesso dos utentes a continuidade dos cuidados que abarque a comunidade nas questões da saúde mental”. (Esteves, 2011: 26).

Com o surgimento destes centros comunitários é possível dar respostas às verdadeiras necessidades da população, impedindo o seu isolamento e segregação. O tratamento dos doentes no seu contexto sóciofamiliar impulsiona a sua integração e/ou reinserção no domínio social.

Em resumo, podemos assinalar três, dos grandes acontecimentos na evolução da história da psiquiatria:

— No século XVIII Pinel, em França, reconhece o direito ao tratamento dos doentes mentais;

— Nos anos 50 a introdução de psicofármacos;

— Nos anos 60 passa-se da psiquiatria tradicionalmente curativa, para a psiquiatria preventiva (Cordeiro, 1982).

1.2. Conceito de Doença Mental

O conceito de saúde e de doença, tal como todos os outros conceitos são determinados pela sociedade, sendo, conseqüentemente, conceitos alterados e desenvolvidos pelos padrões dominantes nas sociedades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a saúde é “ um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social”. (OMS, 2000: 2).

Esta definição veio contrariar o conceito proposto pelo modelo médico que associa a saúde à “ausência de doença” ou de qualquer tipo de distúrbio biológico.

A doença mental tem conseqüências abruptas a nível físico, psicológico e social no individuo, como também no contexto onde se encontra integrado (familiar, laboral, cultural, entre outros).

No campo da sociologia da saúde, a definição do conceito de saúde e de doença aponta para dois aspectos fundamentais: o da abordagem funcionalista e o da abordagem marxista. O modelo máximo da abordagem funcionalista, Talcott Parsons (1951), ressalta a importância da manutenção do equilíbrio social.

A abordagem marxista da saúde dá ênfase aos factores biológicos desvalorizando os aspectos sociais como promotores da doença ou de saúde, uma vez que, isso pode questionar o contexto no qual o sistema capitalista se reproduz e mantém (Alves, 2001).

(Friedson;1973, citado por Alves; 2001 faz uma diferenciação entre a doença como um “estado biofísico”, em que há uma irregularidade no funcionamento biológico independentemente do indivíduo a reconhecer e aceitar. E a doença como um “estado social” relacionado com as acções e resultados dessas acções, ou seja, com as crenças, valores e avaliações.

Segundo o autor Szasz, (1979) até meados do século XIX, o termo doença referia-se a uma desordem corporal que se expressava através de uma alteração da estrutura física. A doença era detectada pelas alterações anómalas na fisionomia dos indivíduos. Depois, com o critério de alteração da estrutura física adicionou-se o critério de alteração da função corporal, detectadas através dos comportamentos dos pacientes. Este novo critério permitiu a identificação de novas doenças psiquiátricas demarcando-as cada vez mais das doenças orgânicas.

No que concerne à definição de doença mental, esta é complexa pois envolve um conjunto de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual da pessoa. Segundo a OMS “ (...) a perturbação mental caracteriza-se por

alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social.” (Fazenda, 2008: 18).

Todavia, a opinião de Fazenda na doença mental não existe uma insuficiência, mas uma alteração de curta ou longa duração

Apresentado o cenário das consequências, as causas relacionadas com a doença mental encontram-se bem explicitas em três perspectivas predominantes:

— “A da causalidade orgânica, que explica a perturbação mental como alterações, quantificáveis e observáveis, do próprio organismo. Esta teoria valoriza os factores biológicos, incluindo os hereditários;

— A da causalidade psicológica, que focaliza a explicação em factores pessoais e nos sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos. Enfatiza os aspectos psicológicos de cada indivíduo relacionando-os com a sua história de vida;

— A da causalidade social, que perspectiva a perturbação mental enquanto elemento inseparável do contexto em que surge. Os factores sociais, segundo esta corrente, são determinantes na explicação do surgimento e evolução da doença. Desta forma, propõe-nos uma abordagem sistémica que inclui a dimensão laboral, familiar, afetiva, escolar, entre outras”. (Alves, 2001: 25).

Alves (2001) considera que a análise da doença mental, não deve recair unicamente numa destas perspectivas tornar-se-ia uma análise insuficiente e que não permita uma abordagem holística.

Existe uma necessidade de se adoptar uma perspectiva psicossocial, que desenvolva a interacção da doença mental com os factores acima mencionados.

As perturbações mentais designam-se por transtornos do modo de pensar e/ou do humor, ou por comportamentos associados à angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.

Um acontecimento de comportamento anormal ou um curto período do estado de anormalidade não causam por si só uma perturbação mental, é preciso que essa anormalidade seja suportada e que origine uma certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal. Durante vários anos, analisou-se a importância dos *factores genéticos versus factores ambientais* no desenvolvimento das perturbações mentais, conceptualizando-se estes como determinantes divisos. Hoje é aceite que na base das perturbações mentais está a interacção entre factores biológicos e sociais (OMS, 2001).

Emile Kraepelin (1856-1914), visto como o pai da psiquiatria moderna, realizou um estudo casuístico exaustivo e o estabelecimento da categorização das diferentes doenças

psiquiátricas. Esta nosologia foi decidida por Kraepelin antes dos conhecimentos anatomopatológicos, fisiológicos e farmacológicos que vieram comprovar a sua utilidade e a generalização do modelo médico na reflexão da loucura na sociedade moderna.

O teórico Sigmund Freud (1856-1939) caracterizou, igualmente, uma grande mudança na abordagem das alterações do comportamento. O progresso da forma de tratamento relacional estabelece um dos pilares fundamentais em que se compôs a psicologia, que se manteve distanciada da matriz médica ao estudar o comportamento humano não afetado patologicamente.

Durante vários anos as classificações nosológicas, apesar de satisfazerem a classificação de Kraepelin, foram alternando de acordo com as diversas escolas. Hoje, subsistem duas classificações nosológicas que reúnem um grande consenso: a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10, 1992) e o Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994).

Determinar as causas das perturbações mentais é um processo complicado e exigente do nosso espírito racional. Todavia, são várias as perturbações em que as suas causas são desconhecidas.

No que concerne ao nível da causalidade, dentro das diferentes síndromes pode-se estabelecer três grandes grupos/tipo que permitem uma primeira categorização das psicopatologias.

O primeiro grupo reflete as síndromes de natureza orgânica, somática ou tóxica. Nestes casos, observa-se uma perturbação transitória do estado de consciência, da orientação no tempo e no espaço. Crê-se que estas perturbações têm origem em causas exógenas.

O segundo grupo de síndromes engloba as perturbações psíquicas funcionais, geralmente de nível psicótico, em que está afetado o juízo crítico ou a consciência de estar do utente. Apesar de não estarem definitivamente identificadas as causas destas perturbações, admite-se a existência de causas intrínsecas de natureza hereditária, relacionadas com o nascimento ou com o desenvolvimento precoce.

Esta reflexão de causas endógenas não indica que não se tenha em consideração a história de vida dos utentes. Neste grupo inclui-se doenças como a esquizofrenia e a doença bipolar.

Por fim, o terceiro grupo reporta aos aspectos relacionais, isto é, os que estão dependentes da vida interacional do indivíduo. Estas perturbações são na sua maioria de nível neurótico.

Distinta de outras especialidades médicas, a avaliação psiquiátrica faz-se pela recolha da história de vida do utente e pela observação.

A semiologia psiquiátrica utiliza-se para descrever os sinais e os sintomas que vão sustentar as hipóteses diagnosticadas. Normalmente a descrição dos sintomas contém diversas áreas como a individualidade, a corporalidade, a afetividade e o humor, a decisão, a psicomotricidade, a cognição e o pensamento, a comunicação e a linguagem, e a consciência (Alves, 2001).

1.3. Serviço Social

O Hospital é considerado desde de sempre um organismo bastante complexo, onde se encontram inseridas as mais variadas atividades profissionais de diferentes áreas.

Segundo a autora Maria Carvalho (2001) a complexidade existente era devido a um conjunto de forças centrífugas relativamente ao organismo e ao conjunto de medidas que os profissionais tinham que obedecer em vez de; valores; ética; normas e códigos profissionais.

Atualmente, o Hospital tem um papel crucial nos sistemas de saúde modernos regulando-se por critérios de racionalidade e eficiência nos cuidados aos indivíduos.

Em contexto hospitalar, o Serviço Social recai numa intervenção de dimensão «psicossocial», em que “não tem o conteúdo de “psicossocial *stritus senses*”, apoio à pessoa individualizada (...) tem em conta a pluridimensionalidade do ser humano.” (Pires *cit in* Intervenção Social, 2003: 30).

O Serviço Social não elabora a sua intervenção unicamente para uma só pessoa, bem pelo contrário, no aglomerado da intervenção, também faz parte a família do doente.

Apesar do doente viver constantemente numa situação de carência social, a sua intenção ao deslocar-se ao hospital jamais é no sentido de pedir ajuda e/ou apoio social. O doente sempre que se encaminha para o hospital é com a desculpa de sintomas de um mau estar e/ou sofrimento físico.

Só depois de alguns indícios transmitidos através da história de vida do doente, se torna perceptível o apoio que este necessita: apoio social.

O papel do AS é preponderante durante todo o processo de recolha de informação e na estruturação da intervenção ao doente e, apesar do trabalho do/a AS se encontrar ligado a uma equipa multidisciplinar do hospital da qual fazem parte outros profissionais (o psicólogo, o psiquiatra, o médico e o enfermeiro) estes trabalham com a mesma finalidade: promover o bem-estar do doente e suas famílias.

“Os/as AS conhecem o impacto que a doença provoca tanto no doente, como na família.

Apoiam também os médicos na compreensão das condições sociais e ambientais, que originam o desenvolvimento da doença”. (Dr. Richard Cabot *and* Ida Cannon *cit in* Social Work in Health Care, 2005: 2).

Com o passar dos anos, os internamentos hospitalares feitos na área da saúde mental foram sofrendo alterações.

Em 1848 houve a criação do Hospital de Rilhafoles, baseado na filosofia dos asilos que estavam na Europa, e teve como base a defesa da ordem pública, a protecção dos “loucos” e a sua regeneração através do aproveitamento da sua força de trabalho.

Em 1883 surge o Hospital Conde de Ferreira, no Porto, cuja finalidade era unicamente receber os indigentes, sem abrigo ou pessoas com fracas posses financeiras. O diretor do Hospital da altura, António Maria de Sena foi responsável pelas críticas iniciais do sistema asilar, no qual se baseava o hospital de Rilhafoles.

Em 1889, a primeira lei de assistência psiquiátrica definiu muito concretamente a construção de mais quatro hospitais, de enfermarias nas prisões e a criação de um fundo de beneficência públicas para os indigentes, pois a intenção era dar uma resposta às necessidades existentes que não eram cobertas pelos hospitais.

Em 1892, Miguel Bombarda é eleito diretor do Hospital de Rilhafoles, aperfeiçoando claramente as condições e os serviços prestados. E no ano seguinte, a ordem de São João de Deus prorroga a Portugal a enfermagem religiosa criando a Casa de Saúde do Telhal e a Casa da Idanha.

Em 1911, surge o ensino oficial de psiquiatria no manicómio Bombarda (antigo Hospital de Rilhafoles), no Hospital Conde Ferreira e no Hospital da Universidade de Coimbra.

Em 1942 é criado o Hospital Júlio de Matos que estabeleceu, sem qualquer dúvida, a grande viragem na psiquiatria clínica moderna em Portugal. Hospital moderno no seu tempo equivale às décadas de 40 e 50 ao período áureo da psiquiatria portuguesa. Em 1945 surge o Manicómio de Sena e um ano mais tarde o Hospital Sobral Cid. Em 1953 é aprovada a construção do Hospital Magalhães Lemos (Jara, 2006).

Nas décadas de 60 e 70 o surgimento dos psicofármacos, trouxeram grandes mudanças no tratamento das doenças psíquicas diminuindo a necessidade de hospitalização. Esta evolução aboliu o recurso a meios exteriores de contenção física.

Nos anos 80/90 realizou-se uma importante mudança, de hospícios passou-se para as unidades de psiquiatria. Se anteriormente os doentes viviam em regime fechado (como acontecia nos Hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda), hoje em dia isso não acontece.

Um ponto fulcral na reabilitação do doente é a promoção da sua autonomia e a sua integração no mercado de trabalho, para que consiga defender-se das adversidades da sociedade.

Mas no entanto, sabe-se que nem todos os doentes podem usufruir deste apoio tão importante, o que acontece é que muitas vezes a família não recebe o diagnóstico da doença de “ânimo leve”.

Segundo a autora a “atenção extra para o doente significa também menos tempo para os restantes familiares (...) os cuidadores principais e primários, como (p.ex. mãe, mulher) as principais vítimas; a solidão e a ausência de relações sociais; a depressão entre outros.” (Krieg *cit in* Luísa Campos 2009: 43)

O doente não é o único a precisar de apoio ou de esclarecimentos sobre o seu diagnóstico, a própria família não sabendo como agir nesta situação procura ajuda nesse sentido.

A ajuda que as famílias obtêm, sobre os cuidados que o doente mental necessita, passa também pela interação com outras famílias, que igualmente, estejam a passar pela mesma situação.

A interecção destas famílias, acontece em associações específicas: *Associações de família; Clubhouse; Ypsolon Mental Health Family Association Nederland*¹.

Estas associações têm sido exemplares e de uma magnitude incomparável, conseguindo as melhores condições tanto para as famílias, como para os doentes a todos os níveis.

Mas, nem tudo tem sido fácil no exercer da profissão do/a assistente social, que tem enfrentado questões de ordem social bastantes complicadas.

Sempre que o doente mental não tenha retaguarda familiar, o/a AS dentro dos trâmites legais é incumbido de gerir o património do mesmo“ (...) assistente social é um trabalhador de linha e não de *staff*, como se diz hoje na moderna teoria organizacional”. (Faleiros,1993 *cit in* Intervenção Social, 2003: 20).

¹Entrevista Exploratória Prof. Dr. Jorge Ferreira

Quadro 1 – *Competências dos Assistentes Sociais* ²

Competências próprias	Competências partilhadas
<p>Avaliação psicossocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situação de protecção social; - Funcionamento social; - Necessidades e recursos individuais e familiares; - Redes de suporte social formais e informais. <p>Articulação com instituições sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mediação institucional; -Gestão de recursos comunitários; <p>Aconselhamento Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direitos; -Prestações sociais; -Recursos de reabilitação e integração comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento/Triagem. - Articulação com os cuidados de saúde primários. - Apoio a famílias e cuidadores. - Prevenção de recaídas. - Planeamento de alta. - Treino de competências. - Gestão de conflitos. - Suporte emocional. - Continuidade de cuidados. - Informação à família para a sua participação no plano terapêutico. - Intervenção na crise. - Função de terapeuta de referência.

Fonte: Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos, e Práticas. (Carvalho 2001; p. 247).

1.4. Políticas de Saúde Mental em Portugal

O fim do século XIX foi bastante importante no que concerne à revolução da psiquiatria em Portugal, foi a partir desse momento que se aplicou à loucura o estatuto de doença e à medicina o papel de a tratar.

² Esta designação era utilizada na Administração Pública para os assistentes Sociais, dentro da carreira de Serviço Social, razão porque foi adotada no Documento de Consenso da Curia.

Inicia-se entretanto a construção de grandes hospitais psiquiátricos, com o intuito de mostrar a transformação no entendimento da loucura, quer enquanto doença mental, quer enquanto necessidade da existência de locais apropriados para a tratar. O aparecimento dos hospitais psiquiátricos efectua-se, em semelhança, com o reconhecimento, enquanto ciência médica, da psiquiatria.

Ao nível das orientações políticas a Lei da Saúde Mental de 1963 (lei nº 2118 de 3/4) veio estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental, regular o internamento e tratamento e estabelecer também os princípios orientadores para a criação de centros comunitários de saúde de mental (Serviço Social na Saúde, em <http://servico-social-saude.wordpress.com/em-definicao-3/>).

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

Em 1971 o Decreto-Lei nº 413 definiu a articulação dos serviços de saúde mental com os restantes serviços de saúde e integrou a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção-Geral da Saúde.

A nível legislativo, o desenvolvimento registado não teve as consequências práticas que estavam previstas, pois os cuidados de saúde mental permaneceram centralizados nos grandes hospitais psiquiátricos, não se apostando nos centros comunitários.

Nos anos 80, com a continuação da revolução de 1974 comprometeu-se a incorporação dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários, assistindo-se a uma insatisfação perante tal situação, realizando-se uma nova tentativa desta integração.

O Decreto-Lei nº74 de 1984 reorganiza, então, os serviços de saúde criando a Direcção Geral dos Hospitais e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, onde é integrada a saúde mental.

No período entre 1985 e 1990 as orientações fundamentais da reforma dirigiam-se para a revisão da lei de bases da Saúde Mental. Neste período preconiza-se, novamente, a aproximação dos cuidados de saúde mental à comunidade (Alves, 2001).

A Lei de Saúde Mental de 1963 permaneceu em vigor, apesar de se encontrar desenquadrada e ultrapassada face ao que se pretendia. Assim, é nomeada por despacho do Director-Geral da Saúde, a Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM), com o intuito de elaborar um modelo organizativo para o sector.

A integração da saúde mental nos serviços de saúde geral foi decidida em 1992 com o decreto-lei 127/92 de 3 de Julho, em que são extintos os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis integrando-os nos hospitais gerais centrais e distritais.³

Em 1996 surge o grupo de trabalho de revisão da Lei de Saúde Mental, e em 1997 a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Em 1998 é, então, aprovada a Lei nº 36/98 de 24 de Julho⁴. Esta lei vem consagrar os princípios gerais da política de saúde mental e regula o tratamento e internamento compulsivo, ao qual é dado grande relevo.

O artigo nº3 da lei nº 36/98 determina alguns princípios bastantes necessários, nomeadamente, o tratamento num meio menos restrito e onde os serviços comunitários devessem assegurar a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, centros de dia e unidade de treino e reinserção profissional, em que a prestação de cuidados devesse ser assegurada por uma equipa multidisciplinar.

Pela primeira vez são definidos os direitos e os deveres dos utentes dos serviços de saúde mental (art. nº5 da Lei nº 36/98).

Em 1999, o decreto-lei nº35/99 de 5 de Fevereiro, cria a organização da prestação de cuidados de saúde mental, regulamenta o Conselho Nacional de Saúde Mental e as atribuições dos hospitais psiquiátricos (Serviço Social na Saúde, em <http://servicosociaisauade.wordpress.com/em-definicao-3/>).

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007-2016) a descentralização dos serviços foi muito importante, veio garantir a melhoria da acessibilidade e uma qualidade dos serviços permitindo respostas de proximidade aos cidadãos. Contudo, e apesar dos avanços que foram feitos nesse sentido, a cobertura do território nacional por estes serviços está muito incompleta.

Em 2001, o relatório sobre a saúde no mundo, da Organização Mundial da Saúde, intitulado “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”, teve como objectivo permitir uma nova forma de compreender as doenças psíquicas.

A construção do relatório baseia-se na área da prevenção, na disponibilidade de tratamento e nos obstáculos que possam surgir.

Em 2005, a Comissão das Comunidades Europeias inicia a elaboração do livro verde: “Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a

³ Filipa Alves Costa Botelho de Sousa – Intervenção psicológica Forense na área da saúde mental – Inimputabilidade

⁴ Anexo A

União Europeia” que sugere a criação de uma estratégia comunitária para a área da saúde mental.

A Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (2001), anuncia que o grande objectivo passa por relançar o debate sobre o papel determinante que a saúde mental tem na comunidade europeia e, a necessidade de elaborar uma estratégia comunitária, com as instituições europeias, com os governos, com os profissionais de saúde e/ou com os interessados de outras áreas de investigação, com a sociedade civil e com comunidade científica.

A Mental Health's: facing the challenges, building solutions, expõe que ainda no ano 2005 a Declaração de Helsínquia determinou como prioridade, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos indivíduos que sofrem de perturbações mentais.

Esta declaração abrange todos os países da comunidade, a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa.

No entanto, inserido no mais recente Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 da Coordenação Nacional para a Saúde Mental deparam-se com, a Proposta de um Plano de Acção para a Reestruturação e o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, que têm como objectivos reconhecer estratégias que tenham como finalidade melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental, promover a saúde mental das populações e delinear um plano estratégico.

Finalizada a fase de apreciação os resultados do relatório do Plano Nacional para a Saúde Mental foram, que os serviços de saúde mental sofrem carências graves ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços.

São poucos, os indivíduos que sofrem de perturbações mentais a terem acesso a cuidados especializados de saúde mental, 1,7 % da população enquanto a estimativa é que, por ano, 5 a 8% da população sofra de algum tipo de perturbação mental grave.

A não procura de ajuda por parte de quem precisa resulta, essencialmente, porque os recursos existentes continuam localizados mais, especificamente, em Lisboa, Porto e Coimbra, e por falta de profissionais que consigam dar respostas às necessidades da comunidade.

As unidades de serviços comunitários que existem em Portugal são escassas, mas as poucas que há limitam-se simplesmente ao internamento, à consulta externa e ao hospital de dia.

Os problemas das escassas unidades comunitárias tendem a sobressair na maioria das vezes, devido às necessidades que os doentes mentais têm em recorrer aos serviços especializados da saúde mental.

Sinal de preocupação é também a falta de recursos técnicos nas equipas de saúde mental, que constantemente enfrentam obstáculos em dar respostas sociais a todos os doentes mentais e suas famílias.

Posto isto, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental enfatiza que a qualidade dos serviços de acordo com a avaliação realizada aos profissionais, é inferior ao razoável, derivado às falhas ao nível dos recursos humanos e ao nível da organização administrativa.

Com a agregação de todas estas preocupações mais o facto das políticas sociais, não estarem direccionadas especificamente para o doente mental e suas famílias, ressalta a descrença há muito sentida pela área da saúde mental em dar resposta a todos que a procuram.

Os indivíduos que sofrem de doença mental são abrangidos, pelas políticas sociais dirigidas a população geral. A “ (...) Segurança Social, nunca foi encarada como a organização de serviços para as pessoas com doença mental; enquanto doentes, “pertencem” à política da saúde.” (Alves, 2001: 97).

As consequências da doença mental com as políticas sociais praticadas é a discriminação na inserção do doente mental no mercado de trabalho. “No que diz respeito à legislação de apoio à inserção social dos doentes mentais, a legislação portuguesa não previa especificidades para as pessoas com doença mental. No que concerne ao domínio laboral, apenas contemplava as pessoas com deficiência (física e mental) (Dec. Lei n.º247/97 de 5 de Agosto). (Alves, 2001: 98).

O trabalho que o/a A.S faz na integração e/ou reintegração do doente mental no mercado laboral é árduo.

O/A técnico/a enfrenta constantemente a falta de apoio das entidades competentes, por exemplo o IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) em executar os programas⁵ de formação direccionados para os doentes mentais.

Como garantia de subsistência o doente mental usufrui da Pensão Social de Invalidez, do Rendimento Mínimo Garantido (política social criada pela portaria n.º237- A/96 de 1 Julho) e da Participação do Estado na Medicação (decreto-lei n.º982/99 de 30 de Outubro).

⁵ A criação de empresas de inserção (Portaria 348-A de 18 de Junho de 1998) e criação de unidades de vida activa (UNIVA-Despacho Normativo n.º 87/97 de 5 de Junho).

No entanto, surgiu pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho⁶ a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com o objectivo de auxiliar quer a nível de respostas sociais, quer a nível de respostas de saúde, lamentavelmente nunca foi colocada em prática.

Posteriormente surge pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade e pelo Ministério da Saúde, outros apoios como os Fóruns Ocupacionais; as Unidades de Vida Protegida; as Unidades de Vida Apoiada e as Unidades de Vida Autónoma⁷.

Sobre os apoios provenientes da comunidade, apresentam-se como resposta os centros de dia, lares, apoio domiciliário e/ou instituições.

1.5. O Serviço Social na Saúde Mental

O Serviço Social, enquanto conjunto de práticas profissionais, em especial, enquanto disciplina científica, tem uma existência, com cerca de um século. Contudo, o simples facto das sociedades humanas terem usufruído, de forma organizada de respostas e ajudas às necessidades dos seus membros, veio levantar divergências, entre os autores, no exacto momento, de descrever a história do Serviço Social.

Segundo Harris (2008) as divergências aconteceram porque vários autores deram o Serviço Social como resposta directa às necessidades e aos problemas sociais, ao contrário de outros que afirmaram que o Serviço Social apresentava-se unicamente numa perspectiva de intencionalidade sócio-profissional, isto é, enquanto resultado de intervenção profissional dos trabalhadores sociais.

Perante esta controvérsia, é importante apresentar as etapas em que o Serviço Social cimentou os seus objectivos.

Foi durante a industrialização e a urbanização que houve claramente inúmeras mudanças significativas.

Surge no entanto o capitalismo que contribuiu posteriormente para o aumento da diversificação e da complexificação da pobreza, em resultado deste cenário dá-se o nascimento do Serviço Social.

Mas independentemente do surgimento do Serviço Social, a profissão do assistente social só começou a ter sentido após um conjunto de acontecimentos.

⁶http://www.naturidaderiomaior.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=203

⁷ Anexo B

Segundo Núncio (2010) para que a profissão de assistente social e a própria disciplina científica de Serviço Social fossem “respeitadas” houve toda uma evolução do cenário social e um caminho a percorrer.

De forma resumida, é relevante descrever alguns dos acontecimentos que marcaram a evolução do Serviço Social.

Em 1834 devido à inexistência de respostas adequadas à nova realidade social, deu-se a reforma da Lei dos Pobres em que os objectivos principais eram procurar novas estratégias de acção em matéria de protecção social.

Em 1869 em Londres, na busca de novas estratégias de intervenção surge a Charity Organization Society (COS) com o objectivo principal de coordenar as numerosas organizações filantrópicas.

Já em 1884 o Pastor Samuel Barnett cria os Social Settlements, com os objetivos de superação das necessidades do quotidiano, promoção e desenvolvimento de competências e recursos individuais.

Nascido em Inglaterra o movimento dos Settlements desenvolveu-se para outros países, como França, Estados Unidos e, em Portugal, surge nas décadas de 30 e 40.

Como forma de salientar a via profissional do Serviço Social, o movimento da COS e os Settlements destacaram figuras emblemáticas como Charles Loch, Octavia Hill, Josephine Lowell, Mary Richmond e Jane Addams que cooperaram e foram consideradas pioneiras “ (...) de forma decisiva para o aparecimento da profissão, em sentido moderno, e para o reconhecimento académico de uma actividade de inquestionável funcionalidade prática”. (Bermejo, 2002: 40).

Contudo, devido a um desenvolvimento e a um aprofundamento de conhecimentos, o Serviço Social interliga-se com todas as ciências.

Apesar do Serviço Social se interligar com todas as ciências sociais e humanas, a sua intervenção na Saúde Mental surge através de uma abordagem contextualista e psicossocial.

Com agregação do Serviço Social na área da Saúde Mental o modo de pensar da doença mental modificou-se. Esta modificação deu-se também pelo progresso que tiveram as correntes da psiquiatria (antipsiquiatria, a psiquiatria democrática italiana, o movimento da desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial).

Fomentado o pensamento sobre a saúde mental, o irromper da palavra desinstitucionalização foi inevitável.

A desinstitucionalização é definida por vários autores como a extinção de todos os hospitais psiquiátricos existentes.

Por outro lado, existem autores que preferem designar a desinstitucionalização como a “substituição dos hospitais psiquiátricos para o internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental” (Fazenda, 2008 *cit* Bachrach, 2000 *in* Carvalho 2012: 236).

O conceito tem como objectivo tornar a hospitalização dos doentes internados em pequenos períodos, sendo que, quanto mais duradouro for o internamento do doente mais difícil se torna a sua inclusão na comunidade.

É fundamental que os doentes disponham de cuidados de qualidade e para que tal aconteça é necessário, nomeadamente “a integração social, a promoção dos direitos humanos e o acesso à cidadania plena”. (Carvalho, 2012: 236).

Em síntese “para o Serviço Social a Saúde Mental das pessoas e das comunidades tem que ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à educação e à protecção dos direitos” (Fazenda 2008 *cit in* Carvalho, 2012: 236).

Contudo, perante apresentação deste cenário os valores e os princípios nos quais o Serviço Social se baseia influenciam o exercer da profissão do assistente social na sua complexidade e a diversidade das situações em diferentes contextos.

Segundo o autor o papel do AS aborda “(...) também as limitações dos valores como agentes de mudança (...) e o seu potencial para mobilizar as pessoas, de forma individual e colectiva, na busca de uma ordem social igualitária, que encoraje os cidadãos a agir responsabilmente tanto para o seu próprio bem-estar, como para o dos outros, num mundo interdependente (...)”. (Dominelli *cit in* Maria Carvalho, 2012: 220).

Somente os valores não proporcionam a mudança nem a justiça social no desenvolvimento da profissão do Assistente Social. O Assistente Social age como forma de obter melhores resultados, unindo-se a outros profissionais da área social e a organizações que promovem a igualdade.

Caracterizados como base do Serviço Social os valores e/ou princípios como “a individualização, o não julgamento, a autodeterminação, a confidencialidade, a relação de confiança, a empatia, o consentimento informado, a não discriminação e a justiça social têm desafiado o Serviço Social na área da Saúde Mental”. (Carvalho, 2012: 220).

Convém descrever o quanto é importante o Assistente Social na elaboração da estrutura da vida do doente com a doença mental.

Perante tal ato, o doente mental muitas vezes cria dependência do profissional de Serviço Social e, esta dependência na maioria dos casos, prejudica a reabilitação e a aquisição de autonomia do indivíduo com doença mental.

Outro motivo pelo qual o doente precisa do apoio do Assistente Social é, o flagelo da discriminação que é exercida sobre ele e a sua família.

Thompson (1997) entende que o princípio da não discriminação, como as desigualdades sociais, as desvantagens estruturais, afeta a vida das pessoas. Assim, o objectivo principal do princípio da não discriminação é acabar com a discriminação individual e colectiva.

Thompson (1997) destaca alguns pontos importantes sobre o princípio da anti discriminação são:

- “Desenvolver uma sensibilidade aos fenómenos da discriminação e opressão em todos os contextos;
- Reconhecer que não há um meio-termo, as práticas sociais ou são claramente anti discriminatórias ou correm o risco de reforçar as discriminações;
- Ter em conta os três imperativos de justiça, igualdade e participação;
- Revisitar e corrigir as formas tradicionais de intervenção;
- Fazer uma avaliação dos processos de discriminação presentes em cada situação como primeiro passo para uma prática anti discriminatória”. (Thompson 1997 *cit in* Maria Carvalho, 2012: 225).

O Serviço Social na área da Saúde Mental, manifesta interesse em respostas que não sejam unicamente técnicas mas que exijam análise e decisão.

Thompson analisou os conceitos de capacitação e o empowerment, ambos bastantes relevantes no Serviço Social.

“O conceito de capacitação tem sido usado pelo Serviço Social como meio de promover a autonomia dos seus clientes e evitar a dependência dos serviços, mas significa, principalmente, a aquisição de competências de forma a melhorar a integração social e profissional do utente”. (Carvalho, 2012: 225).

“O empowerment difere da capacitação no sentido que permite às pessoas usar o seu próprio poder, de forma colectiva para ultrapassar as desvantagens que lhes advêm de pertencerem a um grupo social estigmatizado. Se a opressão é uma forma de abuso de poder, o empowerment é uma forma de obter poder para lutar contra a discriminação”. (Carvalho, 2012: 225).

Um facto em que o profissional do Serviço Social deve ter sempre atenção, é a forma como se envolve na resolução dos problemas do doente mental e sua família⁸ “ Como existe uma diferença entre o poder (profissional e institucional) do assistente social e o do cliente, é preciso estar atento para que a relação não se torne opressiva (...) ” (Carvalho, 2012: 226).

Segundo Maria Carvalho, a avaliação que é feita do trabalho do assistente social na saúde mental segue um conjunto de parâmetros baseados nos valores do Serviço Social e nas necessidades dos utentes.

Assim sendo, falar da especialização do Assistente Social numa área específica é fundamental. É necessário que este se encontre preparado para adequar as suas respostas tanto dentro da equipa que integra, como para situações futuras na área da saúde mental.

Contudo, é de extrema importância salientar que o trabalho do assistente social se fundamenta sempre, nos valores do Serviço Social e na visão dos utentes. “A tarefa do trabalhador social é a de equilibrar estes valores em situações em que estes se encontrem em conflito” (Fazenda 2008 *cit* Banks, 2001 *in* Carvalho, 2012: 120).

Os valores principais do Serviço Social fomentam-se numa perspectiva sistémica sendo a que melhor se enquadra, tanto a nível global das pessoas, a nível dos sistemas e a nível do exercício do assistente social.

Com o decorrer dos anos, começa a sentir-se a necessidade de salientar uma definição exata da palavra sistema e não ser somente “ (...) definido como um conjunto complexo de elementos organizados em subsistemas delimitados por fronteiras, entre as quais é trocada energia e informação, de acordo com as regras de funcionamento da sua estrutura, que se move em direcção a finalidades e está em constante evolução. Um sistema fechado não permite o contacto com o exterior através das fronteiras, mas este modelo não é adequado às ciências humanas. Só os sistemas abertos, que estão em permanente troca de energia e informação com o seu meio ou contexto, permitem explicar a realidade social” (Fazenda 2008 *cit in* Carvalho 2012: 229).

O pensamento da perspectiva sistémica emerge no Serviço Social e na Saúde Mental como resultado da insatisfatória resposta da Teoria Psicodinâmica.

“A perspectiva sistémica pode ser adotada em diversas áreas profissionais e utilizada em vários níveis da intervenção: individual, grupo, familiar e comunitário. Ao reforçar a ideia da interação como elemento fundamental dos sistemas humanos e sociais, a perspectiva

⁸ Situação referida anteriormente na questão da protecção do/a Assistente Social/Utente

sistémica veio ao encontro de conceitos caros ao Serviço Social, que sempre pretendeu actuar na relação do individuo com a sociedade.” (Carvalho, 2012:230).

Na verdade tudo indicava que o modelo sistémico fazia parte do Serviço Social sem preannunciar a mudança que o “ (...) Serviço Social se deva transformar numa intervenção terapêutica ou que os assistentes sociais devam todos fazer terapia familiar” (Fazenda 2008 *cit in* Carvalho 2012: 231).

Vários autores apontaram diversos modelos de intervenção para esta área profissional com o intuito, de comprovar que os modelos apresentados assentavam numa perspectiva sistémica:

- “Modelo unitário, de Goldstein;
- Modelo ecológico, de Maluccio;
- Modelo existencial, de Germain;
- Modelo de quatro sistemas, de Pincus e Minaham”. (Fazenda *cit* Campanini *in* Carvalho 2012: 232).

Segundo Fazenda (2007) o Serviço Social na área da saúde mental começou por aplicar como metodologia de intervenção o case-work, salientando o ajustamento psicológico do indivíduo, descurando os factores contextuais e sociais. À medida que a terapia familiar sistémica e a dinâmica de grupos tomam maiores proporções, a metodologia de intervenção também vai desenvolvendo novos contornos alargando o horizonte de intervenção às famílias, redes sociais e contextos.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Opções Metodológicas

A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa “ A análise qualitativa apresenta certas características particulares (...) “na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimentos ou uma variável de inferências precisa, e não em inferências gerais.” (Bardin, 2008:141) pois, esta investigação é definida pela descrição rigorosa dos dados recolhidos. “Os dados incluem transcrições de entrevistas, registos de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias e gravações de vídeos. Os investigadores analisam as notas tomadas em trabalho de campo, os dados recolhidos, respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos.” (Ferreira, Maria Manuela Malheiro *in* Hermano Carmo, 1995:198).

A presente investigação é exploratória descritiva, uma vez, que pretende estudar e compreender a prática do/a assistente social em contexto hospitalar na área da Saúde Mental. Esta perspetiva tem também como objetivo, a compreensão de realidades complexas e de significados atribuídos pelos sujeitos às suas ações. Com esta abordagem pretendemos essencialmente, compreender e analisar a realidade tal como ela é, experienciada pelos assistentes sociais que trabalham na saúde mental, na possibilidade de compreender e formular novas alternativas à prática profissional.

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

2.2. Universo e Amostra

Para que a investigação progredisse foi necessário proceder à selecção das instituições e equipas multidisciplinares (universo), que iriam resultar na selecção do objecto de estudo desta investigação (população).

As cinco assistentes sociais que participaram nesta pesquisa pertenciam mais concretamente ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, ao Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, ao Centro Hospitalar de Santa Marta, ao Centro Hospitalar Santa Maria e ao Centro Hospitalar Dona Estefânia.

O universo “é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos. O número de elementos de uma população designa-se por grandeza ou dimensão e representa-se por N (...). A população deve ser definida em pormenor, de tal forma que um investigador possa determinar se os resultados que se obtiveram ao estudar uma dada população podem ser aplicados a outras populações com características idênticas.” (Ferreira, Maria Manuela Malheiro *in* Hermano Carmo *cit in* Metodologia da Investigação, 1995:209).

Neste sentido, a população deste estudo é caracterizada pelas equipas de saúde mental que pertencem aos cinco centros hospitalares atrás enunciados, selecionado destas equipas os Assistentes Sociais.

Todavia, optámos por determinar a amostra a partir das equipas de saúde mental em contexto hospitalar. Na obtenção da amostra houve a necessidade de ter em conta aspectos como a sua representatividade e heterogeneidade, seleccionando-se assim cinco AS, integradas nas equipas mencionadas anteriormente.

No que concerne à amostragem (...) “conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ao universo que se denomina amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados. O número que fazem parte de uma amostra designa-se por dimensão ou grandeza da amostra e representa-se por n (...) A selecção da amostra pode ser feita de tal forma que esta seja representativa do conjunto da população que se pretende estudar” (Ferreira, Maria Manuela Malheiro *in* Hermano Carmo *cit in* Metodologia de Investigação, 1995: 209).

Pelo facto de pertencerem a uma unidade hospitalar e de estarem integrados na área da

saúde mental ou manter contacto com a mesma, o tipo de amostragem baseia-se em duas técnicas muito específicas são elas (...) “ a probabilística e não probabilística. Amostras probabilísticas são selecionadas de tal forma que cada um dos elementos da população tenham uma probabilidade real (...) de ser incluído na amostra, Amostras não probabilísticas são selecionadas de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar (...) ” (Ferreira, Maria Manuela Malheiro *in* Hermano Carmo *cit in* Metodologia de Investigação, 1995:210).

A amostragem probabilística subdivide-se na amostragem aleatória simples, amostragem estratificada, amostragem de “cachos”, amostragens por etapas múltiplas, amostragem sistemática.

Amostragem não probabilística subdivide-se na amostragem por conveniência, amostragem de casos, amostragem de casos extremos, amostragem de casos típicos, amostragem em bola de neve e amostragem por quotas.

A mais indicada para este estudo foi a amostragem de bola de neve e esta é construída a partir da população e é reproduzida através de conversas com determinados interlocutores que tenham conhecimentos na temática de estudo e que possam disponibilizar contactos futuros que possam constituir o objecto de estudo pretendido, (...) “é um tipo de amostra em que o investigador constrói a amostra de população especial perguntando a um conjunto de informadores iniciais que forneça nomes de outros potenciais membros.” (Ribeiro, 2010: 43).

2.3. Técnicas de Recolha de Dados

Os instrumentos de pesquisa utilizados num trabalho científico permitem recolher uma série de informações sobre a realidade estudada podendo afirmar-se que nos dão acesso à matéria-prima da investigação. Neste estudo, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica (...) “que é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrónicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Existem porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objectivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.” (Fonseca,2002:32), e ainda pesquisa e análise documental (...) “análise documental tem como objectivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por

intermedio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e, a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação, (...) com o máximo de pertinência (...). A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados” entrevistas semi directivas e entrevista exploratória ao professor Doutor Jorge Ferreira.

“As entrevistas qualitativas (...) embora relativamente abertas centram-se em tópicos determinados ou podem ser guiadas por questões gerais (...) “Mesmo quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável (...)”. (Investigação Qualitativa em Educação, 1994:135).

Nesta pesquisa considerou-se a entrevista semi-estruturada a mais eficaz, e a mais frequente em investigação social e porque “ nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre vários sujeitos, embora se perca a oportunidade de compreender como é que os próprios sujeitos estruturam o tópico da questão” (Investigação Qualitativa em Educação, 1994:135) conduzida por um guião de entrevista ⁹. A elaboração de um guião de entrevista passa essencialmente por (...) “dar espaço às formas de narração do entrevistado, o guião é geralmente estruturado em grandes capítulos, desenvolvendo depois perguntas (...). É frequente, sobretudo nas pesquisas exploratórias, que o guião seja completado ao longo do tempo”. (Guerra, 2006:53).

Mas a real importância na construção do guião de entrevista é “a clarificação dos objectivos e dimensões de análise que a entrevista comporta. De facto, mesmo no nível exploratório, mas sobretudo no nível analítico, a necessidade de comparabilidade entre sujeitos e o evitamento da descrição que prepara a interpretação exigem um questionamento complexo que vai muito para além do senso comum, seguindo «hipóteses explicativas» que permitem interpretar os fenómenos em análise”. (Guerra, 2006: 53).

Antecipadamente foi pedida autorização para a utilização do gravador durante as entrevistas às assistentes sociais participantes do estudo, seguindo os parâmetros de ética e confidencialidade a que um estudo científico se encontra sujeito.

Nenhuma das entrevistadas demonstrou resistência ao recurso do gravador, mas convém salientar que “As entrevistas devem ser marcadas com antecedência e o entrevistado deve ser avisado da duração média esperada. Não se deve esquecer as questões prévias a colocar no início das entrevistas, tais como a explicitação do objecto de trabalho, a

⁹ Anexo C

valorização do papel do entrevistado no fornecimento de informação considerando o seu estatuto de informador privilegiado, a duração e a licença para gravar, etc” (Guerra, 2006:60), porém duas assistentes sociais optaram por responder por escrito às perguntas, no próprio guião de entrevista. Ao longo da investigação não existiu qualquer contratempo no campo de pesquisa.

As entrevistas tiveram a duração média de cerca de 90 minutos (...) “sendo que o tempo desejável para não criar mal-estar no entrevistado é de duas a três horas”. (Guerra, 2006: 60).

O ambiente aonde aconteceram as entrevistas foi tranquilo pois “As entrevistas devem ser realizadas preferencialmente num lugar neutro, ou pelo menos de fácil controlo pelo informador. O controlo do território da entrevista coloca o entrevistado mais à vontade (...)”. (Guerra, 2006:60).

Após a realização das entrevistas estas foram transcritas seguindo os pontos fulcrais para que fossem bem-sucedidas “numa primeira fase transcrever (...) o que se entende na audição, deixando espaços brancos nas passagens em que a audição não é clara; numa segunda fase, rever a gravação e preencher manualmente as «brancas»; numa terceira fase, redigir um discurso capaz de ser inteligível, com pontuação, supressão de elementos inúteis (...)” (Guerra, 2006:69), em suma foram simultaneamente corrigidas partes imprecisas ou menos compreensíveis. A transcrição integral corrigida permitiu desenvolver um estudo detalhado sobre o seu conteúdo. E subsequentemente a codificação das temáticas, que permitiram obter um grau de conhecimento e compreensão das experiências profissionais descritas nas entrevistas.

2.4. Técnicas de tratamento dos dados

Todo o material recolhido durante a investigação qualitativa tende a ser sujeito a uma análise de conteúdo.

Assim, depois da recolha de dados, quer através das entrevistas-semi estruturadas realizadas às assistentes sociais das equipas de saúde mental em contexto hospitalar, quer através da análise bibliográfica, com o objectivo de aprofundar conhecimentos da temática, chegou finalmente o momento de analisar todos os dados recolhidos, de forma, a que seja facilitada a obtenção de conclusões. Entende-se como análise de dados, o ato de interpretar e aprofundar os dados recolhidos. Esta técnica tenta agrupar os dados em categorias, não sobrevalorizar o que está implícito, mas sim o que não está tão explícito durante a recolha de

material. A“ (...) análise de conteúdo deve funcionar como instrumento de análise das condições sociais de produção de um discurso, das características das entidades consideradas como determinantes ou factores de especificidade do corpus analisado.” (Pais, 2007:164).

Para Bardin (2008) na atualidade, a análise de conteúdo é uma técnica aplicada a «discursos» que tem com objectivo interpretar os dados, e oscila entre dois polos: entre o rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade, atraindo o investigador para o que está escondido, latente, e o possível potencial de inédito (do não-dito), retido em qualquer mensagem.

Esta técnica de tratamento de dados não deve ser apenas utilizada para fazer a descrição do conteúdo das mensagens, pois a principal finalidade desta, é a inferência de conhecimentos.

De acordo com o autor Jorge Vala (1987) a análise de conteúdo tem como finalidade “ (...) efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”¹⁰.

Contudo, a análise categorial baseia-se na descodificação das entrevistas em diversos elementos, unidades de registo que são classificadas e formam agrupamentos.

Segundo Clemente-Díaz (1992), a análise categorial permite (...) “analisar conteúdos e extrair informações, partindo do material recolhido num suporte específico (...), mediante procedimentos confiáveis, válidos e derivados de um conjunto de noções teóricas determinadas”.¹¹

Foi elaborado antecipadamente um guião de entrevistas, que seguidamente foi aplicado como entrevista às A.S com o auxílio de um gravador.

Depois de transcritas, procedeu-se à leitura das mesmas para que elas fossem categorizadas face aos objetivos e à pergunta de partida deste trabalho.

Os resultados dos dados obtidos durante a investigação serão mencionados no final desta pesquisa investigativa.

¹⁰ Vala, 1987: 104

¹¹ Clemente-Díaz, 1992: 169

CAPÍTULO III – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Caracterização do campo empírico do estudo no contexto sócio-geográfico.

Derivado à dimensão do campo empírico foi conveniente triar todos os gabinetes do Serviço Social, que fizeram parte desta investigação.

O gabinete do Serviço Social do CHCB (Centro Hospitalar Cova Beira) funciona no Centro Hospital Pêro da Covilhã (incluindo também o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental), e no Hospital do Fundão.

No CHCB o Serviço Social encontra-se localizado no Piso 0, junto à entrada principal do edifício, ou seja, ocupa uma área de utilização exclusiva do Hospital Pêro da Covilhã.

Contudo, o gabinete do Serviço Social no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental situa-se junto aos gabinetes de consulta, no Piso 0. É de salientar também que o Serviço Social abrange no seu trabalho os concelhos da Covilhã, Belmonte, Penamacor e Fundão.

Como referido anteriormente, as instalações do gabinete do Serviço Social são de fácil acesso e dispõem de gabinetes que permitem um atendimento individual e personalizado dos utentes¹².

No Hospital Nossa Senhora do Rosário (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE), o gabinete do Serviço Social funciona dentro do edifício, e encontra-se localizado na 2ª entrada principal piso 0, mais precisamente perto do Gabinete do Utente.

A equipa do Serviço Social é composta por nove Assistentes Sociais (oito no Barreiro e um no Montijo), que elaboram o seu trabalho em toda a zona do Barreiro, Moita, Alcochete e no Montijo, mantendo o objectivo geral sempre presente; dar uma resposta rápida a todas as situações apresentadas pelos utentes.

É importante salientar, que o gabinete do Serviço Social no Centro Hospitalar do Barreiro /Montijo tem fácil acesso e dispõe de salas individualizadas onde realizam atendimentos aos utentes.¹³

Por sua vez, o gabinete de Serviço Social no hospital do Hospital Dona Estefânia encontra-se localizado na principal do edifício central, no piso 0.

A equipa é composta por seis Assistentes Sociais, todos eles colocados em unidades diferentes e com a finalidade de darem respostas às várias situações que vão surgindo (a adultos, adolescentes e crianças).

¹² <http://www.chcbeira.net/index.php/areas-e-unidades/2012-04-13-17-37-41/ssocial>

¹³ http://www.chbm.min-saude.pt/Servicos/Serv_Apoio_Accao_Medica/Servico_Social/

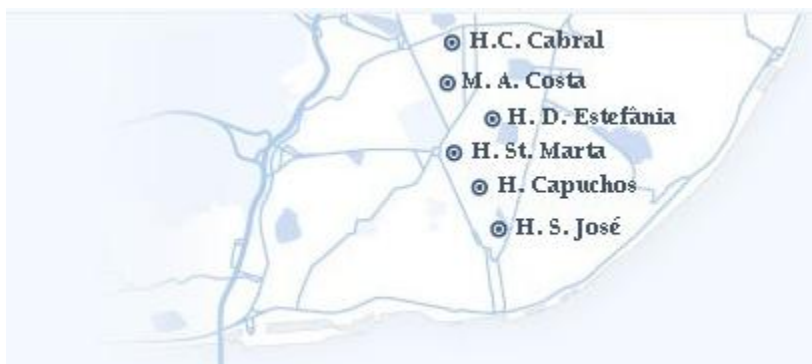
O Hospital Dona Estefânia faz parte do grupo de Hospitais inseridos no Centro Hospitalar de Lisboa Central.¹⁴

O Hospital Santa Marta o atendimento do Serviço Social situa-se dentro do próprio hospital, e está localizado mais precisamente no Edifício da Santa - 2.º piso (em frente ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação).

A equipa é constituída por cinco Assistentes Sociais¹⁵, também eles, todos colocados em diferentes unidades, sempre com a finalidade de apresentarem uma eficaz resposta aos problemas referenciados pelos utentes.

Dispõem de salas que permitem um atendimento personalizado e individual. Como o Hospital Dona Estefânia, também o Hospital Santa Marta faz parte do Centro Hospitalar de Lisboa Central.¹⁶

Fig.1 Centro Hospitalar Lisboa Central



Fonte: <http://www.chlc.min-saude.pt/homepage.aspx?menuid=1>

O Serviço Social do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) assume-se como uma unidade orgânica que faz parte integrante da equipa de cuidados de saúde.

A equipa é constituída por 30 Assistentes Sociais, estando dividida entre (Hospital de Santa Maria e pelo Hospital Pulido Valente).

O Serviço Social do Hospital de Santa Maria localiza-se no Piso 1¹⁷ e o do Hospital Pulido Valente situa-se no mesmo piso que o do hospital anterior, ambos de fácil acesso.

O Hospital de Santa Maria dispõe de salas que possibilitam um atendimento personalizado e individual a todos os utentes que se dirijam ao Serviço Social desta instituição.

¹⁴[Http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Service Social/ Hospital_ Dona Estefânia pdf.](http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Service%20Social/Hospital_Dona_Estef%C3%A2nia.pdf)

¹⁵ Anexo D

¹⁶[Http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Service_Social/Hospital_Santa_Marta.pdf.](http://www.chlc.minsaude.pt/ResourcesUser/CHL/Service_Social/Hospital_Santa_Marta.pdf)

¹⁷ Anexo E

3.2. Caracterização do Serviço Social na Saúde Mental em contexto hospitalar

O Serviço Social no CHCB surgiu em 1986, com a finalidade de apoiar diretamente a população. Neste momento, o serviço é constituído por oito Assistentes Sociais que têm como função assegurar o apoio de vários serviços clínicos, integrados nas respetivas equipas multiprofissionais.

Consta no Regulamento do serviço do CHCB, que a acção do Serviço Social visa detetar os factores psico-sociais que, interferindo com a doença, possam dificultar a sua cura e a reabilitação.

O Serviço Social do Hospital Pêro da Covilhã analisa os problemas sociais dos utentes como também as consequências que, o estado de doença proporciona aos próprios, às suas famílias, bem como à comunidade a que pertencem.

De acordo, com um documento interno do Serviço Social do Centro Hospitalar da Cova da Beira, Entidade Pública empresarial, o trabalho do técnico superior de Serviço Social baseia-se: em colaborar na resolução de problemas de adaptação e readaptação social dos indivíduos, grupos ou comunidades provocadas por ordem social, física ou psicológica; na mobilização de recursos internos e externos; procura detetar as necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades; estudar com os indivíduos as soluções possíveis do seu problema; descobrir os equipamentos sociais que podem dispor; possibilitar o estabelecimento de contactos com serviços sociais, obras de beneficência, empregadores e colaborar na resolução dos seus problemas; ajudar os indivíduos a utilizar o grupo a que pertencem para o seu próprio desenvolvimento; orientá-los para a realização de uma acção útil à sociedade, pondo em execução programas que correspondam aos seus interesses; auxiliar as famílias ou outros grupos a resolverem os seus próprios problemas, tanto quanto possível, através dos seus próprios meios e a aproveitar os benefícios que os diferentes serviços lhes oferecem; procurar tomar consciência das necessidades gerais de uma comunidade; realizar trabalhos de investigação com a finalidade de aperfeiçoar os métodos e as técnicas profissionais.

Na área de saúde mental, esta instituição tem como objectivos primordiais oferecer uma prestação de Cuidados de Saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental a adultos, crianças e jovens, da respetiva área geo-demográfica, melhorando a qualidade de vida dos utentes, promovendo a plena integração social dos indivíduos com problemas de saúde mental, assegurando em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Rege-se pelos valores da saúde e qualidade de vida dos utentes, pelo Código de ética e normas de conduta, pela qualidade e inovação, pelo humanismo e valorização do potencial humano, pelo compromisso, responsabilidade e visão multidisciplinar no tratamento e pelo respeito pela dimensão espiritual do Ser Humano.

Contudo, o departamento de psiquiatria e saúde mental estando integrado no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, teve a sua origem no antigo Centro de Saúde Mental da Covilhã e teve por base a publicada portaria nº.524/71 de 27 de Setembro, abrangendo 11 concelhos, tornando-se, assim, a única unidade de tratamento para as doenças do foro psiquiátrico da Beira Interior.

Desde o período de 1971 a 1992, o Centro de Saúde Mental da Covilhã favoreceu um alargamento de valências através da criação de novos serviços nomeadamente o internamento masculino e feminino, serviço ambulatorio com visitas domiciliárias, o apoio sócio familiar e administração de anti-psicóticos.

Em 2002 nasce o serviço de pedopsiquiatria e em 2007 desintegra-se do Centro Hospitalar da Cova da Beira estabelecendo-se nas novas instalações, possibilitando uma melhor qualidade de respostas e de orientações em termos de Saúde Mental.

Para um melhor aperfeiçoamento do trabalho profissional o departamento de psiquiatria e saúde mental colabora com a Universidade da Beira Interior e com a Faculdade das Ciências da Saúde e Departamento de Psicologia; e ainda com as Escolas Superiores de Enfermagem a nível do ensino pré e pós-graduado e de outras Instituições (Escolas de Serviços Social, etc.).

Deduz-se que o Serviço Social antes de integrar o Hospital da Nossa Senhora do Rosário (CHBM) teve início na década de 80 no Hospital da Misericórdia, apenas com uma Assistente Social.

Depois da abertura do Hospital Distrital do Barreiro, em Setembro de 1985, as equipas foram alargadas gradualmente.

É necessário salientar que o Serviço Social está introduzido na área funcional de suporte à prestação de cuidados, e depende por motivos hierárquicos da Direcção Clínica.

Como objectivo principal do Assistente Social no contexto Hospitalar, este tem “como missão assumir, dentro da equipa multidisciplinar de Saúde, um papel ativo no sentido de ultrapassar e/ou minorar, junto do doente e sua família, situações de desvantagem social, devido a dificuldades de ordem socioeconómica ou psicossocial, expressos ou latentes, que

obstam ao tratamento, cura e reabilitação dos doentes, tendo em vista a sua reintegração social, após a alta hospitalar”¹⁸.

O Serviço Social do Hospital da Nossa Senhora do Rosário (Centro Hospitalar Barreiro Montijo) conduz o seu trabalho com base nos valores da justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana e pela solidariedade.¹⁹ Mas, para que surjam resultados positivos não só em valores o Serviço Social se pode basear, os princípios como a sustentabilidade, a continuidade, a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados tem um papel fundamental no trabalho que os assistentes sociais do Hospital da nossa Senhora do Rosário executam com os seus utentes.

O profissional não tem uma tarefa facilitada já que os recursos existentes são exíguos e na maioria das vezes é preciso que a criatividade do assistente social seja a chave do sucesso na solução das situações que se apresentam.

As situações mais frequentes são as dificuldades de ordem processual, de relação com a família, programação da alta e a integração no seu meio, quer seja o regresso a casa, o internamento em instituição provisória ou reintegração no seu meio laboral.

A principal intervenção recai nos casos dos doentes que vivem isolados, que não têm família ou apoio no meio, ou que têm família mas desprovida de condições para os ter a seu cargo. Nestes casos, a acção do técnico passa pela ajuda psicossocial, muitas vezes pouco visível, mas de um valor humano e social inigualável.

Esta ajuda para que resulte, é necessário uma coordenação e uma concertação permanente com os Serviços, equipamentos sociais e técnicos da área onde estão inseridos.

Hoje em dia, pretende-se que o Hospital tenha um papel mais ativo nos atuais sistemas de saúde. Atualmente o doente exige melhores condições de serviços e uma melhor qualidade de atendimento.

Uma outra tarefa delegada ao Serviço Social é o planeamento de altas e a continuidade de cuidados.

O Serviço Social tem como função assegurar o atendimento e gestão do Gabinete do Utente, valorizando a sua acção de modo a torná-lo num espaço efetivo de mediação entre os utentes e os organismos de serviço.

¹⁸http://www.chbm.minsaude.pt/Downloads_HSA/HNSR/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Publica%C3%A7%C3%B5es%20Online/Newsletter%20fevereiro07.pdf

¹⁹ http://www.chbm.min-saude.pt/Servicos/Serv_Apoio_Accao_Medica/Servico_Social/

É recorrente descreverem a inexistência de recursos na área de saúde mental e como não é exceção, o mesmo se aplica ao Hospital da Nossa Senhora do Rosário (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo).

Em 1990 foi criado o Centro de Saúde Mental Barreiro/Montijo, e dois anos seguintes os centros de Saúde Mental foram integrados nos Hospitais Distritais, porque eram a única resposta específica dirigida à saúde mental.

A grande preocupação em obter respostas para as diferentes situações apresentadas pelos doentes fez com que em 1994 fosse criada uma IPS de seu nome *Persona*.

A criação da IPS (*Persona*) veio colmatar algumas lacunas existentes apesar não ter sido o suficiente para dar resposta, à grande procura de tratamento por parte dos doentes mentais.

Uma outra particularidade do Hospital da Nossa Senhora do Rosário era o Hospital de Dia.

O Hospital de Dia era imprescindível “é quase o que está no meio do internamento e das consultas”²⁰ dos doentes psiquiátricos do Barreiro/Montijo, mas devido à reestruturação de certos departamentos no CHBM esta unidade foi ocupada por outra especialidade.

Na verdade, a eliminação do Hospital de dia resultou da história da epidemia da Gripe A. Toda esta situação trouxe graves consequências sendo que os “utentes do hospital de dia, estão sem o apoio e os tratamentos necessários às inúmeras situações de que afectam o grupo”. (Correio da Manhã, 2009).

Não é datado o início do Serviço Social no Hospital da Dona Estefânia, porém, os principais objectivos de trabalho focam-se nas necessidades dos utentes. O (...) “Serviço Social tem como missão atender a uma intervenção que corporize os princípios e valores do CHLC, colaborar na remoção dos problemas psicossociais dos utentes/doentes, bem como desenvolver todas as suas potencialidades e enriquecimento das suas vidas, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o seu tratamento e reabilitação/cura com vista à sua reintegração social no- pós alta hospitalar”²¹.

Todos os Assistentes Sociais, que fazem parte do Hospital Dona Estefânia estão integrados em várias áreas de intervenção²², no entanto, uma das áreas mais notória no campo do Serviço Social é a dos mais novos/adolescentes:

— Psiquiatria do bebé (até aos 4 anos) – Unidade da primeira infância.

²⁰ Assistente Social Dr^a Paulina

²¹ <http://www.chlc.minsaude.pt/content.aspx?menuid=126&eid=460&url=%2fsearch.aspx%3fsearch%3dApoio%2bSocial%26page%3d2>.

²² Anexo F

- Crianças da idade Escolar (dos 4 anos aos 12 anos).
- Adolescentes (dos 13 anos aos 18 anos) – Clínica da Juventude.

Intervir junto de crianças e/ou adolescentes desta faixa etária é problemático, mas não impossível.

As/os Assistentes Sociais em conjunto com outros profissionais: Médico Pedopsiquiatra, Enfermeiros, Terapeuta Ocupacional, Monitora de Actividade e Auxiliar de Acção Médica, têm como função estruturarem um plano terapêutico com o intuito de recuperar a Saúde Mental do Adolescente.

Como o trabalho que executam recai numa população-alvo mais jovem, foi necessário criar o Hospital Dia para obterem respostas.

Os objectivos do Serviço Social no Hospital de Dia encontram-se traçados da seguinte maneira:

- “Avaliar a realidade social dos adolescentes;
- Identificar situações de risco e de vulnerabilidade social dos adolescentes ou das famílias;
- Fazer o acompanhamento e suporte social às famílias;
- Intervir de modo sociopedagógico junto das famílias e do seu meio envolvente, a fim de assegurar comportamentos facilitadores da autonomia e reabilitação do jovem;
- Garantir a articulação das redes formais e informais de apoio ao adolescente e à sua família;
- Atender e gerir queixas dos utentes e famílias no âmbito do gabinete do utente”.²³

O Serviço Social do Hospital Santa Marta tem como metodologia, o acolhimento do doente e a utilização da informação do processo clínico, permitindo identificar alguns indicadores críticos relativos ao doente em causa.

Tem também como função colaborar na remoção dos problemas psicossociais dos utentes/doentes, bem como desenvolver todas as suas potencialidades e enriquecimento das suas vidas, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o seu tratamento e reabilitação /cura, com vista à sua reintegração social na pós-alta hospitalar.

Especificamente na área da saúde mental em contexto hospitalar, o Hospital Santa Marta tem dois pilares de trabalho:

Primeiro, se o utente estiver numa situação de doença mental terá que ser o médico numa primeira fase a fazer o procedimento de transferência para uma Unidade Psiquiátrica.

²³ [Http://hospitaldedia.no.sapo.pt/servsocial.htm](http://hospitaldedia.no.sapo.pt/servsocial.htm).

Segundo, se não houver essa necessidade a nível clínico mas sim no pós alta, faz-se o encaminhamento para a SCML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) ou para a Segurança Social dependendo da área de residência do utente.

Tanto o Hospital Dona Estefânia, como o Hospital Santa Marta pertencem ao Centro Hospitalar de Lisboa Central e ambos primam pela formação dos seus profissionais.

Finalmente, o Gabinete do Serviço Social no Hospital Santa Maria que é constituído por um grupo de, em média, trinta Assistentes Sociais.

Sabe-se que o Serviço Social do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) já tem algumas décadas, e como designação ressalta a unidade orgânica que faz parte integrante da equipa de cuidados de saúde.

O Serviço Social é identificado como elo de ligação/interlocutor e mediador entre o utente, família, a equipa terapêutica e a comunidade.

Todavia, a actividade evolui de forma colateral entre as duas equipas do Serviço Social do CHLN (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente).

O objectivo do Serviço Social do Hospital Santa Maria é promover a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, na área de intervenção, de modo a fazer face às necessidades físicas e psicossociais dos utentes.

O Serviço Social no Hospital Santa Maria tem a componente de apoio psicossocial ao utente, quer esteja internado no domicílio, em regime ambulatorio ou no âmbito dos cuidados continuados.

Os resultados que se pretendem obter com as incidências é uma diminuição na dificuldade do tratamento; obtenção da reabilitação do doente e da sua família e a reintegração do doente na comunidade.

A área da Psiquiatria e Saúde Mental encontra-se integrada no Hospital Santa Maria e é composta por três pisos: no piso 1 funciona a consulta externa de psiquiatria; a unidade de adolescentes e a unidade de ambulatorio; no piso 3 funciona o Hospital de Dia e no piso 4 faz-se o internamento dos doentes crónicos e não crónicos.

Neste caso, a função primordial do assistente social é a mediação entre o doente, a equipa terapêutica, as instituições, a comunidade e ainda a família do doente.

É evidente a responsabilidade que a reintegração do doente mental na sociedade acarreta. Muito antes do mesmo ser colocado “a prova”, tudo é trabalhado ao pormenor com o assistente social da área da saúde mental, de modo a auxiliar o doente e a sua família.

Por norma, cada elemento da equipa multidisciplinar tem o seu papel definido e o papel do assistente social junto dos outros profissionais na equipa multidisciplinar é mediar e

descomplicar.

3.3. Os recursos e as necessidades do doente com patologia mental e suas famílias: que complementaridades?

O vivenciar uma doença mental no seio familiar poderá ser complexo e exigente, principalmente quando ninguém está preparado para esta situação.

Devido ao desconhecimento que assombra as famílias sobre a doença mental, a necessidade de explicar o cerne da doença é fundamental.

Pois é, do conhecimento que o/a assistente social detém sobre a rede de suporte (formal e informal) que baseia o seu apoio às pessoas em situação de dependência.

Contudo, a rede de suporte informal consiste na família, vizinhos e amigos e a rede de suporte formal recai na protecção social onde se incluem todo o tipo de programas, medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie e serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais.

Todas as entidades hospitalares apresentadas procuram respostas sociais adicionais que poderão ajudar a melhorar a situação do doente mental.

“Por norma as respostas sociais promovidas estão relacionadas com os recursos existentes na comunidade, nomeadamente centros de dia, lares, instituições vocacionadas para doentes mentais e para pessoas deficientes.

Trabalhamos também em articulação com outras entidades, como a Segurança Social, Câmaras municipais, Juntas de Freguesia, CAT e organizações não-governamentais.

No caso das instituições que recebem exclusivamente pessoas com doença mental, existe apenas uma unidade na Guarda para estes doentes, mas que acolhe somente pessoas do sexo feminino.

Para outro tipo de situações há necessidade de recorrer a entidades fora do distrito”. (CH#1).

“As respostas sociais são sobretudo a nível de encaminhamento e articulação com as escolas, encaminhamento e articulação com as CPCJ e com os tribunais, quase que diria uma articulação permanente com a comunidade seja ela qual for, e muito o empowerment das famílias ou uma advocacy (...)”. (CH#5)

Perante a atual conjuntura, as respostas sociais existentes são diminutas no que respeita ao apoio ao doente mental e à sua família.

“A (...) doença mental, por vezes associada à fragilidade social em que aquele utente / agregado familiar se encontra é tão grande, que afeta e em muito, a saúde mental dos mesmos. E a grande dificuldade que nos deparamos diariamente é mesmo a ausência de respostas a esta problemática. Mesmo em situações que associada ao episódio de doença aguda que o levou ao internamento tem histórico de doença mental e que descompensa, o encaminhamento apesar de ser maioritariamente clínico, o social é nulo. As unidades Psiquiátricas ou as instituições sociais que dão resposta a estas problemáticas estão sempre lotadas”. (CH#4).

Apesar da estigmatização associada ao doente mental, ainda existem poucas instituições que conseguem contornar esta fragilidade;

(...) “temos uma instituição de solidariedade social que é a “Persona” que tem um centro ocupacional e tem uma unidade de vida protegida para sete doentes do foro mental.” (CH#2).

A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade considera que “as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais”. (CNIS, 2011: 2).

Embora estejamos a passar por uma crise económica bastante grave a Saúde Mental, foi sempre uma área demasiado afetada por falta de incentivos.

Na realidade, a Saúde Mental continua a ser uma das áreas mais afetada do serviço de Saúde, pois, o pouco que no passado foi conquistado, presentemente começa a “fugir-nos por entre os dedos da mão”.

“Outra questão que ocorreu desde a aplicação da nova legislação das taxas moderadoras e dos transportes, detetou-se mais dificuldades económicas, por não conseguirem pagar as deslocações ao tratamento ou consultas e mesmo adquirir a terapêutica, colocando em risco a sua saúde.” (CH#4).

É oportuno mencionar que a doença mental não escolhe idade, raça, género ou estatuto social, o “clique” surge quando menos esperamos.

(...) “jovens que cometeram algum delito à algum tempo foram julgados pelo prejuízo são todos menores de 16 anos e estão a cumprir uma pena num centro educativo, não numa prisão comum, num centro educativo, comportamentos agressivos, automutilações, a patologia pode apresentar-se num leque variado (...).

Hoje um dos pedopsiquiatras está a trabalhar com uma jovem de 12 anos que veio da urgência e tem uma irmã de poucos meses e a minha resposta ao doutor foi: tem que enviar a

irmã para um UPI, porque é onde são trabalhados portadores dos 0/3 anos a relação mãe/bebé (...) ” (CH#5).

(...) “pessoas entre os 18 e os 30 anos (...) e a partir dos seus 18/19 anos (...)”. (CH#2).

Já anteriormente o bem-estar do menor era tido como responsabilidade do assistente social, “a principal responsabilidade do assistente social foi definida como, a satisfação das necessidades do menor quando a responsabilidade dos pais desaparecia e, as comunidades falhavam na providência dos recursos e da proteção exigida pelos menores e pelas famílias”. (Harriett, 1993:18).

“Eu não sou uma assistente social muito ligada a estas questões, não tenho esta preocupação de estar tudo metodologicamente definido, não tenho esta preocupação de fazer o diagnóstico. Mas sobretudo tenho é uma preocupação muito grande de primeiro ouvir o que se passa e, aqui fazes um acolhimento muito pesado no sentido que, demora muito tempo até chegar a um diagnóstico, é preciso...às vezes numa 1ª entrevista nem que dure 2 horas para chegar a um diagnóstico.

É preciso uma intervenção muito mais apertada, podemos ficar com uma ideia de um problema, das queixas que surgem lá por casa, sim, mas às vezes precisamos de muito mais que isso para formular um diagnóstico. E portanto, antes de um diagnóstico estar feito precisamos de muitas entrevistas, fazer muita articulação (...) ”. (CH#5).

“Por exemplo quando o miúdo tem um quarto onde tem a sua autonomia e depois vem a tia que se separou e lhe ocupou o quarto, volta tudo outra vez ao mesmo, e às vezes num espaço de três semanas ou num mês, tens que reformular tudo outra vez. Todo o plano de intervenção, e é preciso um acompanhamento muito próximo das famílias e que não se resolve em duas, ou três entrevistas. Estes acompanhamentos de pedopsiquiatria são muito prolongados (...) ”. (CH#5).

Há que ter em conta, que basta ocorrerem um conjunto de episódios de maus tratos psicológicos, verbais, físicos, ou se sinta uma tristeza profunda, ou se tenha um pensamento obscuro, ou se trabalhe e/ou estude sem descanso, que exista excesso de álcool e/ou de drogas, para que surja um conjunto de doenças mentais como por exemplo: uma depressão, ideação suicida, esquizofrenia, bipolaridade, perturbações ansiosas, perturbações do comportamento alimentar.

Não é fácil, salientar com proeminência os recursos existentes para uma resposta qualificada do Serviço Social na área da Saúde Mental.

Mas, “na conceção atual de saúde, o Serviço Social apresenta-se como um dos *recursos* de exceção, para prossecução de uma melhor qualidade de vida das pessoas doentes, e para o desenvolvimento de competências sociais nos doentes.” (Intervenção Social, 28, 2003: 47).

“Trabalha o desenvolvimento de competências sociais-preparando o doente para o regresso à comunidade, (...) tanto quanto possível através dos seus próprios meios, promovendo uma atitude de autonomia e fomentando um comportamento responsável”. (CH#1).

O/A Assistente Social tem uma postura fundamental na inserção social do doente mental, pois, é o mesmo que organiza ou estrutura todos os procedimentos a tomar.

“Articula e procede ao encaminhamento para diversos recursos internos e externos, que possam auxiliar na resolução dos problemas (Centros de saúde, Autarquias, Escolas, ISS, Centros de dia, Stª Casa da Misericórdia, Embaixadas/Consulados, Comunidades terapêuticas, Centros de acolhimento/Albergues, Lares, SEF, etc...” (CH#1).

(...) *“é uma área onde o assistente social tem que ter uma grande capacidade de mobilização de recursos, sobretudo, junto dos parceiros sociais.”* (CH#2).

A dificuldade que persiste em arranjar uma resposta coesa do Serviço Social na área da Saúde Mental já vem do passado.

“Há poucos recursos, foi criado em 1990 o centro de saúde mental Barreiro/Montijo, depois em 1992 os centros de saúde mental foram integrados nos hospitais distritais. A quando no início do centro de saúde mental uma das respostas que na altura tentaríamos encontrar, era efetivamente uma resposta específica para esta área da saúde mental”. (CH#2).

Mas é evidente que os poucos recursos da área da Saúde Mental que perduram, situam-se praticamente todos na zona litoral do país, Lisboa, Porto e Coimbra.

“Nós dentro da cidade de Lisboa recorremos com frequência à Stª Casa da Misericórdia de Lisboa, quando nós aqui em contacto directo apuramos dificuldades quer a nível económico, deficiências na necessidade ao nível do apoio local, domiciliário ou outro.” (CH#3).

A carência dos recursos advém da comunidade, porque como já foi referido anteriormente, as instituições estão lotadas.

Porém, as respostas começam a surgir do sector hospitalar, apesar de ainda não conseguirem fazer face a todas as situações apresentadas.

(...) *“estas respostas deviam ser integradas entre o departamento, a comunidade, as*

instituições privadas, tenta-se trabalhar assim, embora seja sempre muito difícil encontrar respostas,(...)" (CH#2).

(...) "a lei da saúde mental fez o internamento compulsivo, em que muitas vezes as pessoas dão entrada , no hospital (...)" (CH#2).

Apesar da deficiência de recursos que a comunidade apresenta é inevitável não recorrer a eles.

"É feito um trabalho comunitário, porque é lá que as pessoas estão e portanto, eu sinto sempre esta necessidade porque a ideia que nós temos aqui na intervenção pedopsiquiatria, é que pouco adianta dar consulta, se não resultar lá fora; em casa, na escola, na sua comunidade (...) por acaso eu acho que é das coisas que mais gosto trabalhar é o quanto eles valorizam a nossa intervenção do Serviço Social, (...)" (CH#5).

" (...) Só uma rede diversificada de respostas articuladas entre si (a todos os níveis) poderá ser eficaz na satisfação das necessidades específicas de saúde mental (...) (Alves, 2001:99). "Os serviços prestados de cuidados de saúde mental existentes são exclusivamente de cuidados médicos (modelo médico) (...)" (Alves, 2001: 100).

(...) "se o doente necessitar de tratamento mais personalizado à situação mental, terá de ser o médico a fazer o procedimento de transferência para uma Unidade Psiquiátrica,(...)" (CH#4).

(...) "em contexto hospitalar nós, neste momento, temos o serviço de internamento de agudos, parte-se do princípio tudo que seja mais de 30 dias não se justifica estar internado (...) depois temos as consultas externas, em determinada altura, tivemos um hospital de dia que neste momento já não existe (...)" (CH#2).

Como recursos derivados da comunidade temos (...) *"parcerias com Centro de Saúde de Sintra (...)" ; " (...) parceria com a Casa Pia (...), (...) Na clínica da juventude nós temos parceria com o centro educativo Navarro Paiva (...)" (CH#5).*

Os recursos mais específicos para a área da saúde mental, encontram-se ao Abrigo do Despacho Conjunto nº407/98,de 18 Junho²⁴ que abrange "pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente" (CNIS, 2011:11).

(...) "não houver essa necessidade ao nível clínico, mas sim no pós alta haver um acompanhamento e de apoio à família, fazemos o encaminhamento para a SCML ou Segurança Social dependente da área de residência do utente. E aí temos ao nível da Seg Social:

²⁴ Confederação Nacional das instituições de Solidariedade

Fóruns socio-ocupacional jovens e adultos com doença psiquiátrica crónica, grave e estabilizada, com poucas capacidades de se relacionarem e integrarem socialmente.

Unidade de vida autónoma

Jovens e adultos com doença psiquiátrica grave, em fase estabilizada, com capacidade mental para uma reintegração social e profissional.

Unidade de vida apoiada

Jovens e adultos com doença mental crónica e sem autonomia suficiente para poderem viver sozinhos ou com a família, embora não precisem de intervenção médica psiquiátrica a tempo inteiro.

Unidade de vida protegida

Jovens e adultos com problemas psiquiátricos graves, clinicamente estáveis, que possam tornar-se mais autónomos se tiverem uma atividade profissional, ou se estiverem integrados num programa de reintegração psicossocial.

Ao nível da SCML: Temos as residenciais e os CAO, tem também casas de saúde, mas que nesta última tem de haver uma articulação clínica, ou seja, situações mais do ponto vista agudo.” (CH#4).

Criada pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é considerada uma resposta e não uma parceria. Esta foi elaborada pelos Ministérios da Saúde e, do Trabalho e da Solidariedade Social com a finalidade de integrar pessoas com perturbações mentais graves, ou incapacidade psicossocial que estejam em situação de dependência.

A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental e/ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os serviços locais de saúde mental, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

“Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental a pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial, que se encontrem em situação de dependência.”²⁵

“Estava-me aqui agora a lembrar-me como a criação do alargamento da rede nacional de cuidados continuados assegura a saúde mental, já está pensada há muito tempo.

Está regulamentada, mas está há muito tempo no papel, veio na linha da alteração da lei da saúde mental. (CH#3).

²⁵ Comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental

Ainda é de salientar, que uma das respostas que surgiu recentemente para a maioria das pessoas com problemas de saúde, o indicador de doença mental é desde logo factor de exclusão, estou a falar da Rede dos Cuidados Continuados. Já existe legislação para a criação de Unidades específicas para doentes com doença mental, mas na realidade e na prática, estas, ainda não foram criadas e /ou contratualizadas. Ou seja, existem apenas no papel. Temos um longo caminho pela frente ao nível de respostas para doentes mentais”. (CH#4).

“Basta ver por exemplo a rede nacional de cuidados continuados não aceita cidadãos portadores de doença mental considerada crónica, mas outros tipos de patologias da doença infecto-contagiosa, já são muito mais bem aceites”. CH#2).

É inconcebível idealizar projetos para outras áreas enquanto na área da saúde mental se encontra neste flagelo.

É patente a estigmatização e a discriminação que é feita ao profissional que trabalha nesta área, contudo, é urgente a implementação de mais e novos recursos dirigidos ao doente mental e às suas famílias.

É intolerável que as políticas sociais que foram elaboradas para serem aplicadas a qualquer utente, tenham que ser utilizadas como resposta social a um doente mental e suas famílias.

“Ao nível de políticas sociais tal como as respostas são exíguas, podemos orientar para a reforma por invalidez, para o complemento por dependência no caso do individuo que já não tenha capacidades de se auto cuidar, abono por deficiência no caso de ser menor, o grau de incapacidade e outras não sendo específicas de doença, podem ser complementares”. (CH#4).

“Portanto, todos os apoios que existem na área do rendimento de inserção, nos apoios eventuais da Segurança Social, as pessoas poderem utilizar os refeitórios, cantinas sociais, (...). Encaminhamento para o centro de emprego, portanto, neste momento aquilo que existe para o dito cidadão normal, pois nós utilizamos para esta área específica, (...) ”. (CH#2).

O mesmo acontece sendo a população mais jovem. São (...) “várias porque quem trabalha com as políticas sociais da educação, aí por cima tens uma faixa etária em que os jovens ainda estão na escolaridade obrigatória e portanto, tudo que tenha a ver com educação tem que estar para lá de atualizada sempre que utilizar essa ferramenta. Mas depois tens todas as outras políticas sociais da ação social para encaminhamento, de inserção social, ou outro problema social que possa ser necessário. Eu também faço esse acompanhamento e articulo com os colegas e com todas as políticas sociais que tem a ver

com área mais jurídica, mais legal para os jovens perceberem, que eu própria faço algumas sinalizações à CPCJ quando eles estão em risco ou em perigo (...)”. (CH#5).

É visível o longo caminho que o Serviço Social na área da Saúde Mental ainda tem que percorrer, para obter as respostas sociais adequadas à realidade atual.

3.4. A Compreensão da Relação Profissional do Assistente Social com o Doente Mental e sua Família.

A dimensão da profissão do/a Assistente Social é de facto transversal, consegue assentar em todas vertentes a que se propõe. “Esta dimensão prende-se com a dimensão educativa da acção do Serviço Social enquanto profissão que potencia relações interpessoais e sociais como modo e condição de expressão e desenvolvimento humano e desenvolve valores, atitudes e habilidades capazes de desencadear a progressão individual e colectiva” (Falcão 1979 *cit in* Intervenção Social, 1996: 49).

Traça objectivos concisos no decorrer do processo de intervenção ao utente e tem sempre presente eliminar as desigualdades sociais enraizadas na sociedade “O serviço social está pois particularmente bem posicionado para contribuir para um aprofundamento da dialéctica direitos-deveres da cidadania”. (Intervenção Social, 1996: 49).

A relação do/a Assistente social com o utente é considerada “ (...) um elemento central no processo de intervenção (...)” (Núncio, 2010: 137) no processo de mudança do utente.

Os/as Assistentes Sociais são componentes de grande sabedoria e de conhecimento, tornar situações frágeis é a essência da prática destes, pois tendem a “ (...) contribuir de forma decisiva para a visibilidade dos problemas sociais e fenómenos de exclusão social e fornecer contributos valiosos para novas estratégias e medidas.” (Intervenção Social, 1996: 51).

É notória que prática do profissional de Serviço Social recai em todas as outras ciências do domínio científico, pois é “uma profissão integradora de conceitos e saberes elaborados por outras disciplinas que lhe permitiram (...) elaborar o seu próprio referencial teórico e metodológico”. (Garcia e Garcia 2004 *cit in* Núncio, 2010: 88).

A entrega do Serviço Social especificamente na área da Saúde Mental tem sido de grande relevo, a relação profissional do/a Assistente Social com o doente mental é envolta por uma cumplicidade que assume (...) “*um papel ativo na promoção dos direitos do doente no seu processo de reabilitação e cura*”. (CH#1).

“Um aspecto importante (...) do Serviço Social é a sua disponibilidade para escuta demandas imediatas, no dia-a-dia, dos usuários e familiares”. (Vasconcelos, 2000: 252).

(...) *“mas a família está a dar sinais de que não está a resultar e por isso estão aqui, não é que seja tudo mal, mas (...) alguma coisa em casa que não está a correr bem e é preciso prevenir para que outros não sofram isso (...)”*.(CH#5).

É necessário beneficiar da confiança que o doente mental estabelece com o/a Assistente Social, pois só assim, é possível atuar junto do mesmo com o intuito de estimular o seu (...) *“desenvolvimento de competências sociais preparando o doente para o regresso à comunidade (casa, família e contexto social) tanto quanto possível através dos seus próprios meios, promovendo uma atitude de autonomia e fomentado um comportamento responsável”*. (CH#1).

O foco da intervenção não é unicamente o doente mental, bem pelo contrário, os amigos, os vizinhos e a família também transportados para a consternação que a própria doença transmite, “a doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora, exigindo tudo o que a família tem” (Relvas *cit* Peter Steinglass *in* Sónia Guadalupe *cit* Carvalho, 2012:185).

“Os familiares dos doentes são fortemente afetados emocionalmente e cognitivamente pela doença, quer sejam cônjuges, filhos, ou outros, tornando-se especialmente grave quanto o doente é a principal fonte de rendimento da família” (Intervenção social, 2003: 49).

De facto pode acontecer, o doente ser o único sustento da casa, e assim sendo a intervenção por parte do assistente social tem de ser estruturada e assertiva.

A planificação dirigida à família do doente passa inicialmente, por adquirir esta célula como sujeito de mudança (...) *“necessidade de acompanhamento da família no processo de doença do doente”* (...) (Intervenção Social, 2003: 49).

Esta carece de informação sobre a doença, de como agir em diferentes casos e das implicações sociais, físicas e afetivas que esta pode criar *“ (...) para prestar apoio logístico e afetivo ao doente, mobilizando as redes de voluntários para prestar ajuda à família na prossecução da sua vida normal (...)”* (Intervenção Social,2003: 49).

Mas nem sempre as famílias estão dispostas a participar na reabilitação do doente, as incompatibilidades por vezes tendem a surgir *“ (...) por falta de tempo, ou pelas “agruras” ou convívio com os portadores de transtornos mentais, as famílias não querem dar a sua cota na assistência aos usuários dos serviços psiquiátricos (...)”*. (Rosa 2000 *cit in* Bisneto, 2007: 158).

(...) *“Uma pessoa pode ter um surto psicótico, melhorar e nunca mais ter problema*

nenhum, mas pode haver uma pessoa que melhore, mas que tem que andar sempre a fazer tratamento.

O que acontece muitas vezes é que as famílias, quando têm estes doentes, por exemplo, um doente com 30 anos que seja psicótico, esquizofrénico, a partir de uma determinada altura a família também está muito fragilizada e por acaso há um professor no ISCTE que uma vez me dizia que estas famílias adoecem, ao ficam tristes quando os seus doentes são internados e quando os têm em casa também adoecem, não é assim tão fácil”. (CH#2).

(...) “a psiquiatria é um pouco transversal também a todos os outros serviços, portanto, a nossa preocupação não é só com o utente, mas com toda a rede familiar, tendo em conta sempre essa questão, porque normalmente ou vêm e fica internado o doente”. (CH#3).

A maioria não conhece os procedimentos a tomar numa situação de surto e o desinteresse é bem visível nestes casos por “défice de conhecimento teórico e prático sobre as intervenções e sua efetividade, fraca motivação para incluir na prática clínica, dificuldades no treino e na sua aplicação efetiva.” (Campos, 2009: 44).

“Sim esta doença tem particularidades, a pessoa apesar de ser autónoma fisicamente, a componente cognitiva não tem capacidades de decisão, de se cuidar e por vezes pode causar danos a si próprio ou a terceiros. E para a família que vive com um elemento com esta patologia torna-se demasiado pesado, causa uma sobrecarga emocional muito elevada, muitas vezes podendo também levar a uma situação de saúde mental”. (CH#4).

(...) “esta patologia que os doentes trazem resulta em muito cansaço e muita exaustão às famílias e portanto, também há esse trabalho que se faz com elas.

(...) passa inclusivamente pelo internamento dos doentes para descanso dos cuidadores junto a algumas instituições”. (CH#3).

Contudo, o papel do/a Assistente Social nesta intervenção é retirar o doente do isolamento em que vive e facilitar-lhe a mudança.

“Acho que nós assistentes sociais por exemplo neste hospital tratamos o doente como um todo, ou seja, o doente não é só o que está aqui internado é toda a pessoa no contexto”. (CH#3).

“Um dos problemas do qual os assistentes sociais se queixam recorrentemente é a demanda do Serviço Social por tarefas que aparentemente não se relacionam com a profissão” (Bisnetto, 2007:137).

“Muitas vezes o que é que o assistente social tem de fazer, pronto, tem de o ajudar a fazer a gestão do dinheiro (que ele aceita outras vezes não aceita), tem que ir sempre

acompanhado no sentido de se saber se paga a renda da casa, água e luz, porque muitas vezes (...) pronto, ele recebe aqueles 200/300 euros...” (CH#2).

O assistente social não substitui ninguém na procura de resultados bem pelo contrário, “o assistente social é mais um fornecedor de poder para que as pessoas encontrem soluções dentro da sua rede, do que um fornecedor de serviços” (Fazenda, 2008 *cit in* Carvalho,2012: 234).

(...) “o/a Assistente Social assume o papel de mediador entre o utente e o sistema, estabelecendo um elo de ligação entre Família/Médico e outros profissionais da Saúde.

Assume igualmente um papel ativo junto da promoção e protecção dos direitos do doente no seu processo de reabilitação e cura”. (CH#1).

“Aqui faço de tudo um pouco, porque como expliquei, eu aqui trabalho em equipa e portanto, uma boa parte dos casos são discutidos em equipa, mesmo os casos em que sou eu apoiá-los são discutidos pela equipa”. (CH#5).

(...) “diariamente o assistente social acolhe o doente, fazendo uma triagem social no sentido de identificar situações de risco e, conseqüentemente, realizar o diagnóstico social participado, em que, por um lado, se equacionam as soluções/respostas junto do doente e da família e, por outro, se faz a articulação com os parceiros sociais na definição de respostas face às necessidades, com o objetivo de resolver e/ou prevenir situações de crise, de modo a evitar reinternamentos desnecessários e vulgarmente apelidados como casos sociais.” (CH#4).

Todo o trabalho realizado pelas equipas multidisciplinares junto desta população, é de louvar apesar dos obstáculos interpostos pela sociedade. “O deficiente mental, como qualquer outro cidadão, tem o direito de ocupar o seu lugar numa distribuição harmónica da população” (Matos, 2004:79).

“Porque uma das coisas que é muito importante nesta área é o trabalho multidisciplinar, vários profissionais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, (...) ”. (CH#2).

(...) “temos um papel fulcral na equipa multidisciplinar, na mediação com o médico, com o psicólogo ou com outros de forma a que esta família consiga ter uma orientação mais técnica. Ou um simples ajuste terapêutico naquele momento pode fazer toda a diferença no comportamento daquele individuo”. (CH#4).

Mas em contrapartida, a autora Maria Irene de Carvalho (2001) salienta que a multidisciplinariedade ainda é incipiente, há troca de informação, mas é evidente a falta de cooperação e de coordenação comum entre os profissionais.

Contudo, verifica-se a interdisciplinaridade a ganhar terreno. “A interdisciplinaridade

implica objetivos comuns, uma única hierarquia baseada numa liderança democrática e uma valorização da participação de cada profissão, já que contribui para uma intervenção partilhada por todos.” (Fazenda *cit in* Carvalho 2012: 249).

“A prática interdisciplinar aqui é muito importante para irmos de encontro às necessidades dos doentes (...)” (CH#3).

As opções são (...) *“sempre discutidas em equipa e portanto, assim a equipa interdisciplinar torna-se muito importante, porque aprendo novas coisas e aprendo novos olhares sobre o caso”. (CH#5).*

“A consideração de todos estes elementos projeta (...)” (Núncio, 2010:129) a elaboração da intervenção psicossocial indicada por parte do AS à situação apresentada. A intervenção psicossocial tem momentos centrais, como *“ (...) o diagnóstico, o tratamento e avaliação”.* (Núncio, 2010:129).

(...) “chega uma 1ª entrevista nem que dure 2 horas para chegar a um diagnóstico, é preciso uma intervenção muito mais apertada, (...) ficar com uma ideia de um problema (...) precisamos de muito mais que isso para formular um diagnóstico e portanto antes de um diagnóstico estar feito precisamos de muitas entrevistas, fazer muita articulação, às vezes com as colegas que já conhecem o caso (...) (...) Estes acompanhamentos de pedopsiquiatria são muito prolongados (...), mas às famílias que a equipa intervém vários meses até que a coisa se encaminhe, que eles tomem o seu rumo mais autónomos, (...)”. (CH#5).

É imprescindível valorizar o trabalho que o/a Assistente Social na área da Saúde Mental tem feito. O/A Assistente Social na Saúde Mental é um profissional multifacetado, pois quase sempre consegue dar resposta aos casos, e por isso é importante e do interesse de todos que se continue a lutar pela especialização do profissional nesta área.

“Há assistentes sociais que têm vocação para o mundo “psi” e encontram nos estabelecimentos psiquiátricos espaços que atuarem mais na Saúde Mental que em Serviço Social propriamente dito. Em geral fazem cursos suplementares de psicanálise ou terapia de família, o que dá respaldo para atuações mais psicoterapêuticas. Como há uma falta de profissionais de psicologia e psicossociologia em alguns estabelecimentos, esses profissionais de Serviço Social têm tido um papel importante, levando uma visão mais social aos processos terapêuticos” (Bisneto, 2007:141).

“Claro que o assistente que trabalhe na saúde mental tem que dominar terapia familiar, tem que perceber a influência da doença da saúde mental em contextos sociais. Implica uma determinada especialização e que eu acho que todos os colegas que trabalham nesta área se vão especializando”. (CH#2).

Salienta-se que o facto do assistente social mesmo inserido em diferentes níveis de intervenção, o seu trabalho continua a debruçar-se no empowerment e no valor da justiça social.

CONCLUSÃO

A essência deste estudo consiste em relacionar a prática profissional do assistente com os recursos e necessidades do doente mental e sua família, e como tal constitui-se num só capítulo.

Este baseou-se numa profunda pesquisa bibliográfica e documental de forma a conseguir enquadrar teoricamente todas palavras primordiais deste estudo.

Da revisão da literatura sobre esta questão concluímos que a relação profissional entre o/a Assistente Social e a pessoa com doença mental e família é considerada fundamental para a criação da autonomia do doente e sua inserção social.

O/A Assistente Social constitui-se portanto, como um profissional cuja prática se exerce no domínio das relações interpessoais e na relação que estabelece com outros profissionais, e subseqüentemente da articulação entre instituições, na construção de respostas às necessidades emergentes da doença mental.

A par destas relações de articulação, os/as assistentes sociais entrevistados também revelaram uma capacidade de definir estratégias alternativas, empreendedores e proactivas, tendo sempre em vista o bem-estar da pessoa doente e suas famílias.

Dos debates realizados entre as equipas multidisciplinares, surge como objectivo da sua prática, intervir em todos os pontos vigentes da metodologia psicossocial numa perspectiva biopsicossocial.

O/A Assistente Social reconhece igualmente a necessidade de um trabalho em equipa, concomitantemente em parceria com outras instituições da comunidade, que permita responder de uma forma integrada, global e estruturada.

Não obstante, e como a prática do/da Assistente Social está correlacionada e interligada com as políticas sociais na saúde, podemos dizer que estas, influenciam diretamente as respostas sociais, já que se analisarmos a evolução das políticas de saúde mental em Portugal, percebemos que a inconsistência das políticas foi um grande fator limitador do seu desenvolvimento.

Surge a ideia de um esquecimento por parte das entidades governamentais de implementação de políticas públicas que vão ao encontro das necessidades reais do doente da área da saúde mental.

Em suma, as principais conclusões obtidas permitem verificar que os recursos sociais existentes não estão especificamente virados para colmatar as necessidades do doente mental

e suas famílias.

As políticas públicas e sociais carecem de uma revisão profunda com o intuito de se direcionarem para a área da Saúde Mental.

É fundamental eliminar a ideia pré-concebida que identifica o doente mental como um inadaptado da sociedade.

Por outro lado, a prática dos profissionais de Serviço Social na área da Saúde Mental é essencial quer na articulação com a rede informal e formal, quer na inserção do doente mental na sociedade.

É patente a falta de articulação que existe entre os próprios profissionais que executam a sua prática na área da saúde mental.

A especialização do/da Assistente Social na área da Saúde Mental é fundamental no adquirir e aprofundar conhecimento na área da Saúde Mental.

BIBLIOGRÁFICA

Alves, Fátima (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade aberta.

Amaro, Fausto (2005). *Factores Sociais e culturais de esquizofrenia*. Lisboa: ISCSP

Bardin, Laurence (2008). *Análise de Conteúdo*, ed.70. Revista. Lisboa.

Bermejo, Francisco Javier (2002). *La Ética del Trabajo Social*, Bilbao: Desclée.

Binesto, José Augusto (2007). *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática* - São Paulo.

Campos, Luísa Vieira de (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Carvalho, Maria de Irene de B. (2012). *Serviço Social na Saúde*, edições de Ciências Sociais e Políticas Contemporânea, Lisboa.

Carvalho, Maria Irene Lopes B. de (2003). *Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar*. Revista de Intervenção Social nº28, Lisboa, CESDET.

Clemente, Diaz Miguel (1992). *Métodos y técnicos de investigación*, Madrid: Eudema.

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2011).

Disponível em: [http://novo.cnis.pt/images_ok/Relatório % 20Diagnostico% 20 SM % 202011.pdf](http://novo.cnis.pt/images_ok/Relatório%20Diagnostico%20SM%202011.pdf)

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2006 2007*.

Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/09/cnsm_plano_nacional_saude_mental_2007/2016_resumoexecutivo.pdf.

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

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

- Fazenda, Isabel (2009). *Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária*.
Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/511>
- Fazenda, Isabel, (2005). Centro Português de Investigação e Historia e Trabalho Social; *Empowerment e Participação, uma Estratégia de Mudança*.
Disponível em <http://www.cpihts.com/pdf/empowerment.pdf>
- Federação Nacional Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (2012). *Factos Saúde e Doença Mental*.
Disponível em <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/10/Factos-de-Sau%CC%81de-e-Doenc%CC%A7a-Mental.pdf>
- Ferreira, Maria Manuela Malheiro e Hermano Carmo (1995). *Metodologia de Investigação*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Fonseca, João José Saraiva da (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC. Apostila.
- Foucault, Michel (1987). *História da loucura*. São Paulo: Edições Perspectiva.
- Gregorian, Camille (2005). *Social Work in Health Care*, Vol. 40(3).
Disponível em: <http://www.stjoe.on.ca/about/publications/pdf/whatsnew/socialworkcareer.pdf>.
- Guadalupe, Sónia (2001). *Intervenção em Rede e Doença Mental*.
Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF03/Sonia%20Guadalupe.pdf>.
- Guerra, Isabel Carvalho (2006) *Pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo- Sentidos e formas de uso*. Lisboa: 1ª edição Princípia.
- Harriett, M. Bartlett (1993). *A base do Serviço Social*. 4ª ed., São Paulo, Liv. Pioneira
- Harris, John (2008). *State Social Work: Constructing the presente from moments in the past*, *British Journal of Social Work*, Oxford University Press, Vol.38, n.4.
- Jara, José Manuel (2006). *Causas da Psiquiatria Questões de Saúde Mental*. Lisboa: Caminho.
- Livro verde (2005). *Melhorar a Saúde Mental da população-Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*,

Disponível em http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com_2005_0484_pt01.pdf.

Matos, José Coimbra de (2004). *Saúde Mental* 1.^a edição, Lisboa.

Mo Ray, Richard Pugh, with Diane Roberts and Bernard Beech (2008). *Mental Health and Social Work*,

Disponível em <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing26.pdf>.

Nogueira, José Miguel (2009). *A dependência: o Apoio Informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos 1^a Edição, Lisboa.

Núncio, Maria José da Silveira (2010). *Introdução ao Serviço Social: História, Teoria e Métodos*, ed. Instituição Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

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

Parsons, Talcott (1951). *The Social System*. New York: Free Press.

Ribeiro, José Luís País (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3^a Ed.). Porto: Legis Editora/ Liv.psic.

Rossel, Teresa (1995). *Formação em Serviço Social para uma prática significativa*. Revista Intervenção Social, 13/14, 1996, 35-39.

Sousa, Filipa Alves Costa Botelho de (2008). INTERVENÇÃO psicológica FORENSE na área da saúde mental – INIMPUTABILIDADE, Dissertação de mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social, Lisboa, ULHT.

Szasc, Thomas (1961). *O mito da doença mental*, Rio de Janeiro, Zahar Ed., (1.^a edição.

Vala, Jorge (1987). “A análise de conteúdo” in SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madeira (orgs) *Metodologia das Ciências Sociais*, Biblioteca das Ciências do Homem, 2^a edição, Edições Afrontamento, Porto, pp. 101 – 121.

World Health Organization (2005). *Mental Health's: facing the challenges, building solutions*, Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/livroverdemental?r=771>

Sites consultados:

Hospital Dia- Serviço Social (Hospital D. Estefânia)

Disponível em: <http://hospitaldedia.no.sapo.pt/servsocial.htm> (consultado em 13/9/13)

Serviço Social (Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE)

Disponível em:

http://www.chbm.minsaude.pt/Servicos/Serv_Apoio_Accao_Medica/Servico_Social

(consultado em 14/8/13)

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Disponível em : http://www.acss.min-saude.pt /Portals /0/DOCUMENTO%20T% C3%89 CNICO% 20DE%20 SUPORTE_ RRH_PSIQ% 20IA_ VERS% C3%83O_%2023%20 NOV. pdf (consultado em 15/9/13)

Equipa e Área de Intervenção (Hospital St^a Marta)

Disponível em: http://www. chlc.minsaude.pt/ Resources User/ CHL/Serviço Social/ Hospital _Santa_Marta.pdf (consultado em 20/8/13)

Serviço Social e Gabinete do Utente (Hospital St^a Maria)

Disponível em: <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1065/Default.aspx>
(consultado em 25/8/13)

Correio da Manhã disponível em:

<http://www.cmjornal.xl.pt/noticia.aspx?contentid=14EA7349-56C4-409D-84BB-061C5F2C3CC2&channelid=F48BA50A-0ED3-4315-AEFA-86EE9B1BEDFF>

(consultado em 6/10/13)

ANEXOS

ANEXO A - Lei da Saúde Mental

ANEXO B - Apoios da Segurança Social

ANEXO C - Guião de Entrevista

ANEXO D - Equipa dos/as assistentes sociais do Hospital StªMarta

ANEXO E - Mapa referente ao Gabinete de Serviço Social do Hospital Stª Maria

ANEXO F - Equipa dos/as assistentes sociais do Hospital Dona Estefânia