



As linhas cruzadas da inserção da pessoa com doença mental
no mercado de trabalho:

Reflexão em torno de uma experiência de trabalho
em Portugal e na Alemanha

Paula Alexandra Carvalho Correia

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora, Sónia Guadalupe Abreu, Professora Auxiliar

Coimbra, Março de 2018

Agradecimentos

Chegado ao fim de mais um percurso, agradeço aos meus pais por serem o meu porto de abrigo, ao meu irmão por estar sempre lá a orientar-me durante as tempestades, aos meus filhos por serem a minha âncora e a minha motivação para seguir em frente, á Sandra Gonçalves minha melhor amiga e ela sabe porquê.

Agradeço à Prof^a Doutora Sónia Guadalupe pela enorme paciência, que teve comigo ao longo deste tempo, por me ter sempre orientado e ensinado como chegar até aqui. Cheguei com pouco mas sigo com muito mais... Citando Marthin Luther King, "Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes".

An alle Team Dr. Loew Neumarkt speziell Beate Stewart, Manuela Biebel, Dagmar Engelmann. Vielen Dank, freut mich in eurem Team zu sein. Mit euch habe ich eine neue Erfahrung gehabt und viel gelernt aber ich will noch mehr...

Resumo

O processo de inserção no mercado de trabalho da pessoa com doença mental encerra enorme complexidade, implicando estratégias interventivas e o desenvolvimento de políticas sociais. Partindo da nossa experiência de trabalho em Portugal e na Alemanha, apresentamos uma análise reflexiva focada em tal processo. A reflexão aborda questões como a promoção da cidadania, da autodeterminação, do recovery e da emancipação da pessoa com doença mental, por um lado, assim como o paternalismo e a regulação social, por outro, centrando-se no papel do Assistente Social na área da saúde mental, nas políticas sociais favorecedoras da inserção no mercado de trabalho e no papel do Betreuer ou Tutor, figura prevista na política social alemã que tem como funções a representação e a promoção do bem estar da pessoa com doença mental. Conclui-se que há necessidade de aprofundar reflexivamente as questões axiológicas e metodológicas da intervenção do Serviço Social na área da saúde mental, assim como participar na promoção de políticas públicas que promovam a autodeterminação dos cidadãos com doença mental.

Palavras-chave: saúde mental, mercado de trabalho, autodeterminação, Betreuer, Serviço Social,

Abstract

The process of integration into the labor market of the person with mental illness is extremely complex, involving intervention strategies and the development of social policies. Starting from our work experience in Portugal and Germany, we present a reflexive analysis focused on this process. The reflection addresses issues such as the promotion of citizenship, self-determination, recovery and emancipation of the person with mental illness, on the one hand, as well as paternalism and social regulation, on the other, focusing on the role of the Social Worker in the mental health area, social policies leading to integration in the labor market and the role of the Betreuer or Tutor, a role provided in German social policy whose function is to represent and promote the welfare of the person with mental illness. We conclude that there is a need to deepen reflection on the axiological and methodological issues of the Social Work intervention in the area of mental health, as well as to participate in the enhance of public policies that promote self-determination of citizens with mental illness.

Keywords: mental health, labor market, self-determination, Betreuer, Social Work.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
1. Nota Introdutória	1
2. Breve abordagem sobre um percurso profissional	2
3. A inserção da pessoa com doença mental no mercado de trabalho	5
4. Análise do papel do Betreuer ou Tutor na política social alemã: paternalismo, regulação social vs autodeterminação?	13
5. O Serviço Social na saúde mental: questões em torno da regulação social, da emancipação e da promoção da cidadania	19
6. Nota conclusiva	25
Referências Bibliográficas	26

1. Nota introdutória

O presente relatório de Mestrado em Serviço Social apresenta uma reflexão sobre o Serviço Social e as políticas sociais face à inserção da pessoa com doença mental no mercado de trabalho, tendo sido produzido no âmbito do processo de validação e creditação de competências académicas e profissionais destinado a diplomados pré-Bolonha com vista à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga.

A motivação para a sua realização surge a partir do contacto com uma nova realidade de intervenção do Assistente Social ao nível das políticas sociais em contexto de trabalho na Alemanha por parte da autora, em diálogo com as políticas sociais em Portugal. Iniciamos, assim, o trabalho com uma breve abordagem ao seu percurso profissional, que enquadra este trabalho.

Num segundo ponto aborda-se a inserção no mercado de trabalho da pessoa com doença mental, apresentando-se seguidamente a figura do Betreuer ou Tutor, figura jurídica prevista na política social alemã de extrema importância para a pessoa com doença mental, que tem como função acompanhar orientar e representar o doente ao longo da sua vida e do seu percurso de reinserção na comunidade e no mercado de trabalho.

Por último aborda-se reflexivamente o papel do Serviço Social na Saúde Mental, nomeadamente em torno de questões como a regulação social, a emancipação e promoção de cidadania, que se entrecruzam na vida da PDM.

Metodologicamente, a reflexão apresentada sobre a complexidade de inserção do mercado de trabalho da pessoa com doença mental, assim como do Serviço Social e das políticas sociais nestes processos, implicou análise documental e revisão da literatura, partindo da experiência profissional em Portugal e na Alemanha.

2. Breve abordagem sobre um percurso profissional

O presente ponto enquadra um percurso profissional que cruza várias áreas sectoriais de inserção profissional e de política social, tendo permitido o contacto com diferentes problemáticas sociais, entre as quais as relacionadas com a doença mental.

Sucintamente, esta trajetória profissional teve início em 2000, no Centro Regional de Segurança Social do Algarve, Serviço Local de Portimão, tendo posteriormente assumido funções na equipa da Casa do Povo de Valongo do Vouga. Em 2003 integra a equipa do Projeto de Luta Contra a Pobreza de Peso da Régua (adiante designado como PLCP de Peso da Régua) enquanto Assistente Social, assumindo depois cumulativamente as funções de Coordenadora do Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências e em 2004 assume funções de Chefe de Projeto do PLCP de Peso da Régua. Em 2008 vem a integrar a equipa do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira nomeadamente no Centro de Saúde de Câmara de Lobos, tendo posteriormente passado para o Centro de Saúde do Bom Jesus e S. Roque. Por fim integra a equipa da Unidade João de Almada mais precisamente na Unidade de Longo Internamento, tendo aqui como responsabilidade trabalhar as altas problemáticas da Unidade João de Almada, 4º Piso do Hospital dos Marmeleiros, Centro de Saúde de Santana, S. Vicente e Calheta. Depois de uma breve passagem por Moçambique e por Inglaterra vem a integrar a equipa da Dr. Loew na Alemanha em Julho de 2014 até à presente data.

Tendo iniciado o percurso profissional através de um estágio profissional promovido pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional do Algarve na Segurança Social de Portimão, onde toma contacto com as primeiras situações de utentes com problemas ligados ao álcool, ao abuso de drogas e à doença mental. Aqui realizava os chamados atendimento de primeira vez no âmbito da Acção Social e da medida de Rendimento Mínimo Garantido (actualmente designado como Rendimento Social de Inserção). É também aqui nestes serviços que coloca em prática os conhecimentos teórico-metodológicos e técnico-operativos adquiridos no que concerne à intervenção do Assistente Social: efetua os atendimentos de primeira vez; leva a cabo a visitação domiciliária a fim de avaliar a situação socioeconómica, familiar e habitacional do utente, realiza ainda Atendimentos de Plantão para utentes que recorriam diretamente ao serviço com as suas solicitações. Estes atendimentos têm um cariz pontual e pretende-se a resolução imediata da situação de carência apresentada.

Enquanto Assistente Social na Casa do Povo de Valongo do Vouga trabalhou nas respostas sociais de Centro de Dia, Centro de Convívio e ATL, e colabora com o Serviço Local de Segurança Social de Águeda enquanto parceiro social acompanhando situações sinalizadas no âmbito da medida de Rendimento Mínimo Garantido. Aqui houve uma situação que marca particularmente o percurso profissional, com um utente desempregado, sem abrigo e com problemas graves de alcoolismo. Este caso revelou-se uma experiência enriquecedora na medida em que foi possível trabalhar na redefinição de um projeto de vida, traduziu-se ainda num trabalho de estreita articulação e parceria entre os profissionais da Segurança Social, da área da Saúde e das IPSS que estiveram envolvidas na recuperação, reabilitação e integração social do utente tanto ao nível de mercado de trabalho, como na família.

Enquanto Assistente Social no Projecto de Luta Contra a Pobreza de Peso da Régua desenvolveu um trabalho que consistia na avaliação socioeconómica das famílias que estavam sinalizadas para recuperação e reabilitação habitacional. Eram famílias que apresentavam situações de desfavorecimento económico, e tinham crianças a cargo. Em estreita colaboração com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, efectuou um trabalho específico e direccionado para as crianças e jovens vindos de famílias afectadas pela problemática do alcoolismo, pelo desemprego e situação de carência económica face ao trabalho precário do agregado familiar e de violência doméstica. Neste âmbito participou ainda no desenvolvimento de atividades recreativas com vista a combater o isolamento social da população idosa população residente na periferia do concelho de Peso da Régua.

Enquanto Coordenadora do Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências desenvolve um trabalho na área da toxicod dependência e do alcoolismo, no qual envolveu Associações Recreativas e Desportivas bem como as Escolas do concelho do Peso da Régua. Foram desenvolvidas actividades desportivas, bem como acções de sensibilização com vista a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Em 2008 integra as equipas multidisciplinares das Unidades Comunitárias de Saúde Mental, em que acompanha várias situações, onde sobressaiu mais uma vez o trabalho em rede e de articulação com os diferentes serviços e técnicos da área da Saúde, bem como da Segurança Social, da Autarquia, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e das diferentes Instituições e organismos públicos e privados. Estas equipas do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira adiante designado por SESARAM, são constituídas por

médicos, enfermeiros especialistas de Saúde Mental, Psicólogos e por Assistentes Sociais, que se reuniam periodicamente com vista a avaliar novas situações propostas pelos diferentes serviços, por familiares e por outros organismos e instituições públicas ou privadas, definindo o plano de intervenção multiprofissional da equipa, mas sempre com objetivo de apoiar o utente bem como a sua família, informando os serviços e a equipa do decorrer e da evolução de cada situação.

A experiência adquirida nas Equipas das Unidades Comunitárias de Saúde Mental bem como a formação profissional proporcionada pelo SESARAM permitiu ampliar os conhecimentos sobre a doença mental e a pessoa com doença mental, como agir e atuar em diferentes casos e em situações extremas e até mesmo de emergência social. Sendo que nestes casos ressaltou também em estreita articulação com as equipas de Saúde Ambiental e o Tribunal, mais especificamente com o Ministério Público.

Desde Julho de 2014 integra uma empresa privada alemã que tem como função dotar e reabilitar a pessoa com doença mental de capacidades e competências profissionais com vista à sua reintegração na comunidade e no mercado de trabalho. A Dr. Loew funciona especificamente como um ponto intermédio entre a saída do hospital e o regresso a família e à comunidade, em que a reintegração do doente no mercado de trabalho e na sociedade são pontos chave trabalhados. O plano de trabalhos passa por trabalhar com o doente as atividades de vida diárias, de organização quotidiana e competências pessoais e comunicacionais. O trabalho aqui desenvolvido apresenta uma forte componente pedagógica e passa também por apoiar e orientar o doente na aceitação da doença bem como da terapêutica prescrita pelo médico bem como acompanhar às consultas de rotina.

A Dr. Loew propicia durante todo o ano formação profissional com vista a entender e compreender o doente e a doença, bem como saber actuar em cada um dos casos e das diferentes situações com que nos deparamos diariamente definido limites e fronteiras na atuação do profissional.

Embora actualmente não assuma funções enquanto Assistente Social, a experiência tem-se revelado bastante enriquecedora na medida em que consolida os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos, bem como o contato com outra realidade profissional e organizativa com formas distintas de atuação perante a situação da doença mental face às do contexto social português.

3. A inserção da pessoa com doença mental no mercado de trabalho

A área saúde mental tem vindo ao longo dos tempos a sofrer sucessivas reformas, sendo que os seus objetivos contemporaneamente passam por promover a (re)integração do doente mental ou da pessoa com experiência em doença mental na comunidade, no mercado de trabalho e acabar com os internamentos de longa duração (Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 Fevereiro, Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008). A lei de Saúde Mental refere no seu artigo 2.º “a protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos” sendo que essas mesmas medidas devem “favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade “ e “promover a sua integração critica no meio social em que vive.” (Lei n.º36/98 de 24 de Julho). Determina ainda que se devem promover ações ao nível da prevenção primária secundária e terciária com vista à promoção da saúde das populações (Lei n.º36/98 de 24 de Julho).

As medidas para implementar tais objetivos têm vindo a promover o tratamento do doente mental ou da pessoa com experiência de doença mental adiante designada por PDM sobretudo em regime de ambulatório, neste sentido a Lei de Saúde Mental determina que “a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade” tendo como objetivo “evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social” (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho). Assim, o apoio ao doente, à família ou às redes de suporte passa a ser prestado no âmbito dos cuidados de saúde primários pelas Equipas de Saúde Mental, tendo estas equipas sido criadas a partir de 2008 e denominadas por Unidades Comunitárias de Saúde Mental. A Psiquiatria Comunitária presta um apoio diversificado ao doente mental de diferentes formas, sendo este um serviço mais humano, aberto, de aproximação e produzir efeitos positivos na PDM, sendo que “a Psiquiatria Comunitária veio organizar-se como um sistema de cuidados diversificados que deve assegurar a continuidade do tratamento” (Domingos e Fazenda, 2016, p. 59-60). Esta é assegurada por equipas multidisciplinares que têm como objetivo prestar apoio ao doente bem como às suas famílias, sendo constituídas por Médicos de Família, Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental, Psicólogos e Assistentes Sociais. Este é um modelo que pretende contribuir para a inclusão da PDM na sociedade, promovendo os direitos humanos e tendo em vista a sua desinstitucionalização (Domingos e Fazenda, 2016).

Com toda a reestruturação que se verificou na área da saúde mental, a partir de 1998 com a publicação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º36/98) e posteriormente com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, levantaram-se também novos desafios aos profissionais que trabalham nesta área. A aposta em serviços de base comunitária permite lidar de outra forma com a conotação negativa da área da saúde mental (Carvalho, 2015), assim como o estigma que lhe está associado, reconfigurando a forma de trabalhar nesta área. A PDM deve ser encarada como pessoa com limitações em alguns âmbitos, mas com competências a diversos outros níveis, capaz de participar socialmente nos diferentes níveis, e sempre que possível de ser reintegrado no mercado de trabalho. “Muitas pessoas recuperadas de uma doença mental revelam-se excelentes empregados” (Oliveira, 2006, p.26), no entanto, dadas as limitações em alguns âmbitos, estes doentes necessitam frequentemente que sejam feitos ajustes em termos de horários e períodos laborais (Oliveira, 2006).

A população com doença mental é uma população geralmente afastada do mercado de emprego. As formas competitivas de organização económica do mundo contemporâneo marginaliza quem “fica de fora”, sendo “o acesso ao emprego no mercado normal de trabalho (...) um meio por excelência, para aceder a uma participação activa na comunidade e uma garantia de igualdade de direitos e oportunidades fundamentais (Coelho e Ornelas, 2010, p. 465). Assim, as modalidades de mercado social de emprego e de emprego apoiado e/ou protegido representam vias relevantes para potenciar esta inserção social. A integração no mercado de trabalho constitui uma esfera privilegiada de acesso a rendimento e de inserção social na contemporaneidade. Não sendo a única e exclusiva via de inserção social, é a mais valorizada no contexto de uma sociedade marcada pelo capitalismo de mercado. “O emprego apoiado tornou-se assim uma realidade para países com diferentes situações sociais, económicas, políticas e culturais” (Jenaro et al., 2002 cit. in Coelho e Ornelas, 2010, p. 467). Neste sentido, em Portugal foram sendo criadas leis com vista à inserção profissional da pessoa com deficiência e incapacidade bem como Programas de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades, estes visam “apoiar a qualificação e o emprego das pessoas com deficiência e incapacidade que apresentam dificuldades de integração no mercado de trabalho” (Decreto - lei n.º108/2015). No entanto importa referir que o doente mental não é portador de uma deficiência embora esta possa ser incapacitante de forma permanente ou temporária. A OMS em 2001 definiu “a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por

desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais”, não existindo por isso insuficiência na doença mental mas uma alteração a diferentes níveis como nos refere Fazenda (2008). Assim a inserção no mercado de trabalho pode ser dificultada como nos refere Oliveira (2015), de acordo com o Decreto-lei n.º108/2015 entende-se que a pessoa com deficiência e incapacidade é “aquela que apresenta limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou em vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente” não estando especificado concretamente que a PDM. Segundo Alves e Palma (2001, p.98) já em 2001 “a legislação portuguesa não previa especificidade para as pessoas com doença mental”. Estavam contempladas apenas as pessoas com deficiência física e mental (Dec. - Lei n.º 247/97 de 5 de Agosto). A nível da formação profissional as estruturas existentes destinam-se apenas a pessoas com deficiência física e mental a menos que estes apresentem dupla patologia. Neste sentido, parece ser necessário trabalhar a inclusão da PDM e a sua inserção laboral numa perspectiva diferente com vista a combater o estigma a promover a reinserção social profissional. Segundo Coelho e Ornelas (2010) o acesso ao mercado normal de emprego significa participar activamente na comunidade de forma a garantir igualdade de direitos e oportunidades.

Neste âmbito, o Assistente Social pode assumir a função de gestor de caso estabelecendo com o doente um relacionamento mais próximo por forma a resolver problemas e situações pontuais, para definir um projeto de vida contribuindo assim para a sua reintegração na comunidade, o que “exige um acompanhamento de longo prazo no sentido da construção ou reconstrução de um projeto de vida da pessoa ancorada na sua comunidade” (Domingos e Fazenda, 2016, p. 61).

No entanto, não basta legislação para que a PDM possa efetivamente ser reintegrado na comunidade e no mercado de trabalho é necessário mudar consciências não só por parte da família e da comunidade em geral, bem como por parte da equipa que o acompanha. A troca e a partilha de saberes e experiências tornam-se importante, mas nunca esquecendo que o doente é parte integrante desse processo e como tal é necessário ouvir e saber o que pretende a curto médio prazo, ou seja, o doente tem de se envolver de forma a definir pessoalmente os objetivos que pretende atingir, independentemente da orientação que receba por parte da equipa (Chantre e Fazenda, 2016, p. 40-41). No caso específico alemão existe uma figura importante neste processo que não está prevista na legislação portuguesa: o Betreuer (orientador ou tutor nomeado pelo Tribunal), que abordaremos adiante.

Toda esta intervenção exige um trabalho em rede implicando cooperação e articulação (Faleiros, 2001), no sentido de, em conjunto, promover o bem-estar da PDM como um todo. Neste sentido, para que o trabalho em rede seja bem-sucedido, deve existir por parte da equipa multidisciplinar uma partilha constante de informações do processo de desenvolvimento individual, devendo envolver todos os profissionais de diferentes áreas de apoio à PDM.

Recentemente na área da saúde mental, têm ganho força os conceitos de *recovery*, *empowerment* e *advocacy* (Duarte, 2007; Farkas cit. in Ornelas et.al., 2005) e que têm um interesse particular para a intervenção do Serviço Social.

O processo de “*recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental e como uma visão orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental” (Duarte, 2007, p. 127), significando que é possível à PDM recuperar, redescobrir-se perante o novo eu, um novo ser com uma nova identidade perante a doença mental. *Recovery* representa novas perspetivas perante a doença (Duarte, 2007, p. 127) e até esperança de recuperação de algumas doenças tidas como crónicas, degenerativas e incuráveis.

A ideia de *Empowerment* ou de “empoderamento” na saúde mental significa o que a PDM se fortalece internamente de forma a assumir ela própria o controlo da sua vida combinando atividades de *entajuda*, *advocacy* e de participação na comunidade (Duarte, 2007), implicando reciprocidade de suporte e participação na comunidade, promovendo competências na PDM para envolver-se na sua própria luta pelo combate ao estigma e exclusão social e pela reintegração na comunidade. Neste sentido, devem ser os interventores a facilitar a reintegração mobilizando e potencializando o apoio à PDM (Duarte, 2007). Outros conceitos associados são a capacitação, a emancipação e a autodeterminação. Segundo Fazenda (2008, p.98), “*Empowerment* ou capacitação é um processo no qual as pessoas adquirem o controlo e o poder de decisão sobre as suas vidas através da redução de bloqueios sociais ou pessoais ao exercício do poder”. Entenda-se autonomia ou autodeterminação como a capacidade de não se estar dependentes de terceiros como por ex: organizações de auto-ajuda (Fazenda, 2008). Por emancipação o aumento da autonomia da PDM com vista à redução de estigma e da discriminação, a melhoria das competências pessoais e sociais com o objectivo de criar um sistema de suporte de longa duração (Fazenda, 2008).

Advocacy significa na saúde mental "fazer advocacia em favor das pessoas que têm menos poder e abrir caminhos para uma cidadania ativa"(André, 2016, p. 99). Ou seja, significa trabalhar em defesa dos direitos da pessoa doente mental trabalhando e orientando-a para uma integração na sociedade e no mercado de trabalho, significa lutar pelo direito à igualdade de oportunidades e contra qualquer tipo de discriminação ou de desvantagem social.

Tais conceitos levaram ao aparecimento e à definição de novas estratégias de intervenção e consequentemente a uma reflexão sobre o que importa para a PDM. A definição do projeto de vida do doente mental, as redes de suporte social, sejam elas familiares ou da própria comunidade ou até mesmo da instituição onde possam estar integrados. A desmistificação de ideias erradas acerca do doente mental e da doença mental, tais como: as pessoas com doença mental são violentas e perigosas, ou de que a sua doença se deve à pobreza e/ou pouca inteligência, ou de que a doença mental é causada por fraqueza individual, ou ainda de que a doença mental é uma doença rara (Monteiro, 2006).

Ao desmitificar ideias pré-concebidas, trabalhamos em prol do doente promovendo e facilitando a sua reintegração na comunidade ou no mercado de trabalho, tornando-os em cidadãos ativos permitindo-lhes que façam parte da comunidade onde estão inseridos, (Monteiro e Rodrigues 2016). O Assistente Social tem um papel preponderante, contudo nem sempre facilitado face às inúmeras dúvidas, entraves que se lhe colocam no dia-a-dia, compete ainda ao Assistente Social avaliar as necessidades do doente por forma a priorizá-las, avaliar os recursos existentes na comunidade, avaliando o funcionamento psicossocial do doente por forma a promover a integração doente na comunidade ou no mercado de trabalho (Fazenda e Domingos, 2016). No entanto o Assistente Social não está só sendo acompanhado por outros profissionais de diferentes áreas de intervenção, que trabalham como equipa em prol da promoção do bem-estar social, do bem-estar psicológico e do bem-estar biológico do doente.

Outra dimensão essencial a ter em consideração são as implicações da incapacidade para o trabalho associada à doença mental. A falta de atenção por parte do Estado ao nível da inserção laboral até finais da década de 90 leva a que muitos doentes não tenham oportunidades de serem reintegrados no mercado de trabalho, como nos dizem Alves e Palma (2001) a legislação portuguesa não contemplava especificamente as pessoas com doença mental. No âmbito da área laboral apenas contemplava as pessoas com deficiência

física e mental (Dec.-Lei n.º247/97 de 5 de Agosto). Os equipamentos criados contemplavam apenas pessoas com deficiência física e mental onde só em casos onde havia dupla patologia de esquizofrenia associada com debilidade ou seja, casos de deficiência seriam admitidos (Alves e Palma, 2001). As PDM são abrangidas pelas mesmas medidas tal como a população geral ou seja quando candidatos a emprego ou a formação profissional são excluídos caso estes tenham acesso ao diagnóstico médico onde esteja especificado que se trata de psicose esquizofrénica (Alves e Palma, 2001). Situação altamente estigmatizante e não inclusiva que veda toda e qualquer oportunidade de acesso ao mercado de trabalho ou à inserção profissional e que não é exclusiva do acesso ao mercado de trabalho normal, pois no acesso à função pública “um dos requisitos para tomar posse de um emprego é a apresentação imprescindível de um atestado médico de robustez física e psíquica” (Alves e Palma, 2001, p.99).

As necessidades básicas das PDM são colmatadas por pensões de invalidez baixas que embora garantam algum rendimento é insuficiente para assegurar as necessidades básicas destes doentes que ao recorrerem a esta pensão os impossibilita de poderem exercer toda e qualquer actividade profissional deixando-os dependentes das famílias de origem (Alves e Palma, 2001).

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (OMS, 2016). Alves e Rodrigues (2010) definem saúde mental como sendo mais do que a ausência de perturbação mental. Saúde mental é um conjunto complexo de interacções de factores biológicos, psicológico e sociais (Alves e Rodrigues, 2010). Estes factores são também denominados como determinantes sociais e económicos da saúde mental (Alves e Rodrigues, 2010). Há no entanto outros factores que estão interligados aos determinantes sociais e económicos em saúde mental e que são nomeadamente emprego, educação, habitação, urbanização, discriminação social e violência de género e que são considerados também por estes autores como factores stressantes associados ao estigma e a exclusão social a que muitas PDM estão sujeitas.

Conhecidos que são os designados determinantes sociais, devem ser desenvolvidas políticas sociais e de saúde com vista a melhorar a saúde mental das populações em geral. A vulnerabilidade a que as PDM estão sujeitas no quotidiano face às situações de emprego precários que causam situações económicas instáveis e insuficientes para fazer face às necessidades básicas dos próprios e das suas famílias.

O afastamento do mercado de trabalho significa também a redução de oportunidades de contatos sociais e de participação social, o que pode favorecer o processo e consequentemente a quebra de laços sociais, de isolamento e exclusão social (Costa, 2004; Guadalupe, 2016). Numa focalização individual, é necessário desenvolver na PDM capacidades que lhe permitam uma inserção num ambiente adequado em contexto adaptado às suas limitações, aos seus conhecimentos e às suas competências para o trabalho, procurar integrar o doente em organizações que tenham horários adequados, promovam a formação profissional, assim como o seu bem-estar. É central apoiar e orientar o doente na superação de medos, de desafios, no estabelecimento de metas, na definição objetivos, na compreensão da doença e das limitações que esta de certa forma lhe causa, motivando-o para a aceitação e tratamento da sua doença. No sentido de dotar as pessoas com doença mental de capacidades que permitam a sua autonomização e integração social e profissional é importante avaliar as suas competências e perfil individual e relacional. Por exemplo, a capacidade de concentração difere de doente para doente, devendo a inserção profissional ser promovida de forma a que este se permita atingir os seus objectivos e que estes não se revelem limitativos tendo em conta o seu diagnóstico.

Recuando na história, desde a 2.^a Guerra Mundial que um pouco por todo o mundo se foi assistindo à reforma da Psiquiatria, foram-se introduzindo os psicofármacos, as novas terapias, novos conceitos e métodos de trabalhar com o doente. Surgiram novas formas de atuar e trabalhar com o utente entendendo as suas limitações motivando-o para a superação de objetivos e metas atingir.

Na Alemanha, ainda durante a 2.^a guerra mundial o psiquiatra e diretor clínico do hospital psiquiátrico Anstalt Gütersloh, projetou um cronograma que tinha como objetivo orientar o doente, com vista a influenciar o seu comportamento social através de uma rotina diária em que este recebia reforços positivos e negativos. Com este trabalho terapêutico verificou que os níveis de concentração variam de doente para doente e consoante o decorrer do dia. A pesquisa projetada por este psiquiatra nesta época teve particular importância no aparecimento das terapias de trabalho ou ergoterapias e a terapias ocupacionais (Kubny-Lüke, 2003,p. 8-10). A ergoterapia tinha, então, como função trabalhar a motivação bem como a concentração e as relações pessoais em contexto de trabalho. Hoje em dia estas são estratégias amplamente desenvolvidas nas organizações que prestam apoio aos doentes que deixam os serviços de psiquiatria e que serão reintegrados na comunidade e no mercado de trabalho. Este trabalho de acompanhamento e motivação, tanto nas terapias ocupacionais

como nas terapias de trabalho, constituem intervenções de grande importância nomeadamente no apoio, acompanhamento orientação e motivação do doente psiquiátrico para atividades laborais que lhe irão permitir uma orientação a nível da formação profissional. São capacidades e atividades que podem promover fortemente a sua integração social, o combate ao estigma social de pobreza e inteligência ou até mesmo da incurabilidade da doença.

É com base na ideia de *recovery* e *empowerment* que concordamos que “todas as pessoas com doença mental, recuperem um futuro em que todos(as) com uma doença mental em qualquer etapa do seu percurso de vida possam aceder a formas de tratamento eficazes e aos suportes essenciais para viver, trabalhar aprender e participar plenamente na comunidade” (Ornelas et al. 2005, p.21)

Há ainda um longo caminho para percorrer em sociedade na promoção da saúde mental e prevenção da doença, no desenvolvimento de políticas sociais, no combate ao estigma a que estes e as suas famílias estão sujeitas, à forma de trabalhar e apoiar a PDM, na (re)inserção no mercado de trabalho como na própria comunidade, combatendo o isolamento social, profissional e económico a que estes estão sujeitos. Pois não basta criar políticas sociais ao nível do emprego, é preciso acompanhar a PDM no sentido de que todos tenham a possibilidade de alcançar um emprego competitivo, em que o profissional acompanhe a sua reabilitação e o processo todo o processo de *recovery* (Coelho e Ornelas, 2010).

4. Análise do papel do Betreuer ou Tutor na política social alemã: paternalismo, regulação social vs. autodeterminação?

A figura do Betreuer ou tutor encontra-se implementado na legislação alemã na área da saúde mental. Interessa-nos fazer uma abordagem a este profissional tendo por base a orientação para a reintegração social da PDM no mercado de trabalho. Para que se seja possível analisar esta figura importa fazer um enquadramento legal e funcional.

O Betreuer é uma figura legal no direito alemão, que está prevista no Código Civil alemão (Bürgerliches Gesetzbuch, adiante designado por BGB), do Ministério da Justiça Federal e da Defesa do Consumidor (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) sendo que este é nomeado pelo Tribunal sempre que seja diagnosticado e declarado que a pessoa apresenta uma doença mental. Considera-se, em geral, que esta necessitará de alguém reconhecível pelo direito alemão que a represente em diferentes situações, tomando decisões para as quais a PDM não se sinta capaz ou não esteja capaz de as tomar.

O Betreuer assume várias funções que estão também elas previstas na legislação, tendo direitos e deveres para com o cliente/doente. Na lei 1896 do BGB são definidos os pré-requisitos para a sua nomeação. Refira-se que só pode ser nomeado um Betreuer a uma pessoa maior de 18 anos, depois de devidamente atestado que a pessoa é doente do foro psiquiátrico no caso específico deste trabalho. Nunca poderá ser nomeado um Tutor ao cliente contra a sua vontade de acordo com a lei 1896 Abs. 1 a) do BGB, a menos que este não esteja capaz de tomar decisões.

O Betreuer tem de ser detentor de um certificado reconhecido pelo Tribunal (Betreuerausweis), com a identificação do Betreuer. Este deverá estar sempre atualizado para que assim possa representar o seu cliente. Este mesmo documento refere que o Betreuer está autorizado a ser representante do doente.

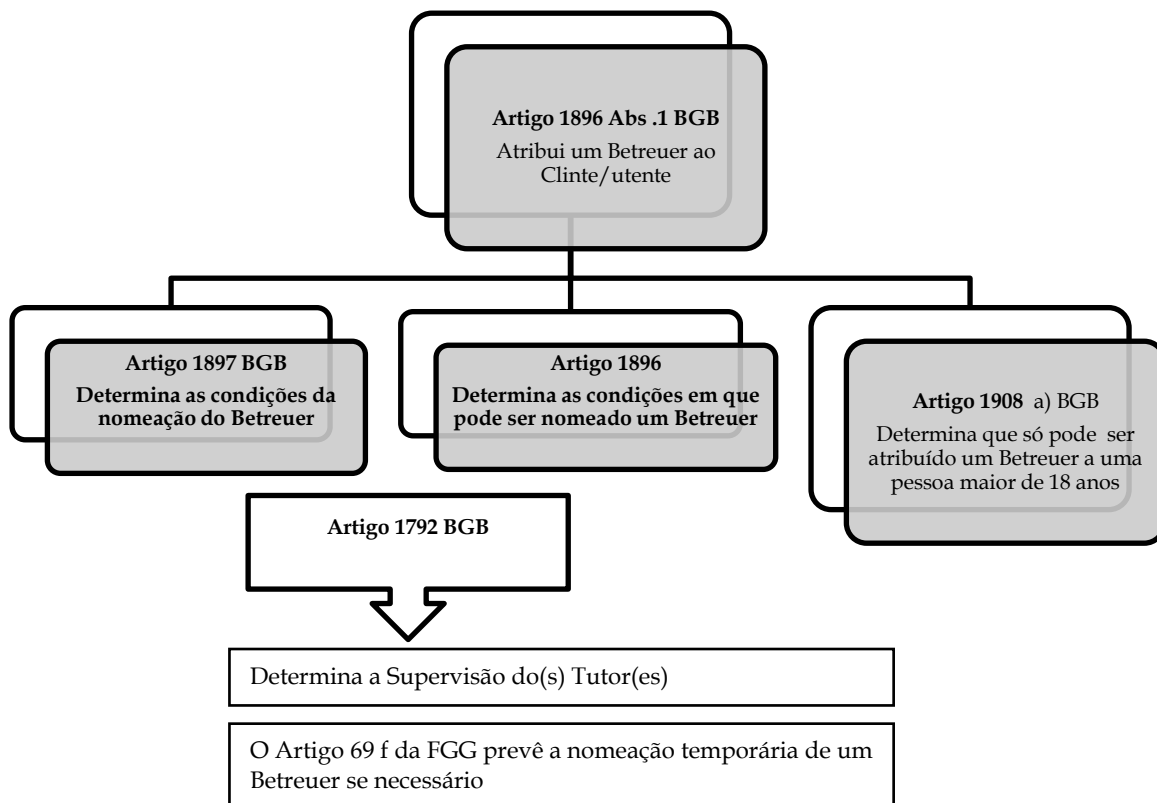


Figura 1. Legislação que regula o Betreuer

As funções dos Betreuer podem ser definidas em todos os campos ou apenas em alguns, sendo esta situação definida de acordo com a vontade do próprio cliente/doente. Por exemplo ao nível da saúde, ao nível da correspondência (abertura de determinada correspondência), na determinação ou fixação de residência ou ainda na gestão de bens sejam eles financeiros ou outros.

O Betreuer está obrigado a:

- Enviar pelo menos uma vez por ano um relatório ao Tribunal informando-o do desenvolvimento pessoal do cliente;
- Manter contactos pessoais regulares com o cliente e com a pessoa de referência deste (familiar ou outro);
- Apresentar-se sempre que necessário como representante legal deste;
- Informar e esclarecer sobre as suas funções, competências e procedimentos;
- Reconhecer assinaturas;
- Tratar de toda a documentação com vista à obtenção da pensão.

Para se entender melhor o enquadramento legal do Betreuer, importa saber que o Estado alemão desde 1900 que instituiu esta figura, no entanto, só a partir de 1992 é que esta passa a ser a figura legal que é hoje. Ao longo dos tempos foram-se fazendo sempre ajustes e introduzindo novas regras e leis que conferem ao Betreuer um papel importante no apoio, na defesa e na representação da PDM.

O Betreuer é a figura de referência do doente, é este que estabelece e acorda com o doente todos os passos a dar em termos de planeamento futuro da vida pessoal. Como já se havia referido, todas estas decisões são tomadas de comum acordo com o doente e de acordo com a vontade deste de forma a evitar conflitos que prejudiquem o seu bem estar (conforme o estabelecido no artigo 1901 ABS. 3 BGB).

No caso da Instituição onde a autora se insere profissionalmente (Dr. Loew). A integração da PDM pressupõe uma fase de adaptação em que o Assistente Social faculta a toda a equipa informações acerca do doente, tais como por ex. plano de tratamentos (medicação que o doente se encontra a fazer), plano de intervenção em situação de crise, entre outros, bem como ainda em alguns casos informações mais específicas no caso de este ser acompanhado pela área forense de reinserção social (designada por Forensik na Alemanha). Neste último caso, o departamento forense tem como função visitar periodicamente o doente na instituição em que este se encontra integrado, sendo da sua responsabilidade o acompanhamento e tratamento psiquiátrico ou determinar a apresentação periódica da PDM nos serviços a que está afeto. Sempre que este departamento está a supervisionar um doente significa que este foi considerado doente mental e que terá cometido um crime; durante o período de vigência da pena terá obrigatoriamente de ser acompanhado pela equipa multidisciplinar que trabalha neste departamento (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais). Toda e qualquer alteração em termos de medicação, internamento em unidades hospitalares, viagens de férias ou outras decisões que sejam tomadas ou que devam ser tomadas em relação a estes doentes em especial têm de ser comunicadas ao departamento que se encontra a seguir o respetivo doente.

A equipa da instituição onde o doente é institucionalizado, é constituída por Assistentes Sociais, por Psicólogos, Ergoterapeutas e Auxiliares. A equipa tem como função acompanhar e orientar o doente para a sua reinserção no mercado de trabalho, na sociedade ou na comunidade em que este reside, desenvolvendo capacidades. Após o período de integração são fornecidas as informações mais específicas acerca do doente sendo-lhe

atribuído uma pessoa de referência dentro da Instituição que terá como função acompanhar o doente, bem como orientar e organizar toda a documentação e processo pessoal do doente onde serão arquivadas todas as informações acerca do mesmo. Desse processo fazem parte as reuniões mensais efetuadas com o doente, bem como o relatório anual de desenvolvimento do doente, onde são descritos de forma resumida todos os avanços e recuos face à doença, à sua integração na instituição (alojamento coletivo onde reside) competências pessoais e sociais, bem como ao trabalho e as consultas médicas que realiza com médico da área da psiquiatria e/ou neurologia.

Perante todo este contexto legal e institucional será que o papel do Betreuer, pode ser equacionado como uma figura paternalista? Terá como função regular a PDM na sociedade? Ou terá como função promover a sua autodeterminação?

Ao pensar-se no doente mental como pessoa, com a particularidade da doença, verificamos que os avanços da ciência foram sem dúvida favoráveis para ajudar a reduzir o sofrimento em que muitos deles se encontravam. Sabe-se que em tempos idos as formas de tratamento do doente mental eram muito desumanizadas, “o confinamento e as práticas mais invasivas e violentas contra o paciente considerado louco”, “um conjunto de práticas médicas “aceitáveis” ainda que infligindo dor e temor ao paciente” (Foucault 1963, cit. in Rocha, 2017,p.3). Os avanços da ciência surgem assim como solução para controlar o doente mental perante uma sociedade que o estigmatiza e se sente fortemente incomodada com a sua presença.

Independentemente da época em que se possa estar, nem sempre é fácil compreender sendo por isso uma das prioridades da Comissão que definiu as Linhas de acção Estratégica para a Saúde Mental e Bem-Estar da União Europeia, “o fortalecer o conhecimento dos cidadãos relativamente à saúde mental” (Relatório de Saúde Mental e Bem-Estar da União Europeia, 2016, p.13) .Os doentes mentais são pessoas com particularidade da doença que os afeta, mas que nem sempre os incapacita para o trabalho, nem para que possam levar uma vida normal dentro dos parâmetros do que é a normalidade para eles agora. Note-se que a ideia de “normalidade é um instrumento de controle social e formação de um poder disciplinar recente” (Rocha, 2017:14).

Avaliando sob esta mesma perspetiva a figura do Betreuer no contexto alemão, percebe-se que esta figura jurídica é criada com o intuito de dar continuidade ao controle que se pretende fazer ao doente mental, seja ele na área da medicina ou na área do direito,

certo é que este controle é entendido pela sociedade como necessário a diferentes níveis. O Betreuer tem como funções representar o doente sempre que necessário em assinar documentos, representa-lo caso seja necessário perante o Tribunal, assim como proteger também o seu cliente, esclarecer sobre determinadas situações que o possam colocar em risco, entre outras o que poderemos entender como uma diminuição de cidadania do doente, considerando-se assim uma cidadania parcial. Mas não seremos todos nós enquanto sociedade controlados pelas leis e regras? “com atenção que o Estado dispensa aos indivíduos; surpreendemo-nos diante de todas as técnicas criadas e desenvolvidas para que o individuo não escape de forma alguma ao poder, à vigilância, ao controle” (Foucault, 2006a, cit. in Rocha,2017).

No sentido de se evitar que o doente mental saia do hospital diretamente para a comunidade com ou sem qualquer tipo de apoio ou suporte familiar, o Betreuer tem também como função apresentar ao seu cliente as instituições que podem eventualmente recebe-lo de forma a que este (re)adquira capacidades e competências que até então este havia perdido. “A sociedade de massa precisava mais do que nunca que as instituições de produção de saber articulassem os seus dispositivos de vigilância e controle de forma a manter intacto um núcleo de comportamentos desejáveis” (Rocha, 2017, p. 4), o Betreuer como figura legal que representa o doente mental socorre-se dos mecanismos disponíveis na comunidade, para que seja prestado apoio ao seu cliente de forma que este se mantenha integrado na comunidade local.

É, assim, uma figura com um papel de mediação. No sentido em que procura que haja um entendimento entre o doente e a instituição quanto ao acordo e aceitação por parte deste das regras a que poderá estar sujeito por ex. ou entre o doente e a família.

Note-se que em Portugal estão previstas as figuras de tutor e de curador. Estas estão previstas para casos de interdição e de inabilitação para situações de anomalia psíquica permanente e incapacitante que impede que o cidadão exerça diretamente e por si os seus direitos, sendo estas figuras definidas pelo Código Civil e pelo Código do Processo Civil. No entanto, as suas incumbências cingem-se às funções consagradas aos papéis parentais e de zelo pelos seus bens e interesses.

É interessante verificar como a sociedade altamente estigmatizante perante o doente mental tem vindo a criar mecanismos de protecção para ela própria como também para a pessoa doente mental. Cria regras, leis e outros mecanismos institucionais, clínicos e

medicamentosos para diminuir o sofrimento ao doente, mantendo-o dentro de parâmetros normativos. Estes parâmetros têm um duplo efeito de controlo e de integração, com vista a combater a estigmatização do doente mental integrando-o numa sociedade com regras, leis e mecanismos pelos quais se controla a ela própria (Marcuse, 1982, cit. in Rocha, 2017). O facto de a indústria moderna colocar no mercado, uma série de medicamentos que sem dúvida evitam crises e situações agressivas de internamento que causam sofrimento e angústia ao doente, estas também retiram a potencialidade de existência diferente ou de um modo de viver diferente, com uma atitude que se opõe ao mundo industrial em que vivemos (Marcuse, 1982, cit. in Rocha, 2017).

Um dos outros aspetos importantes sobre o Betreuer é o facto de este poder ser um elemento da família mais próxima e de total confiança do doente, com capacidade para gerir os seus bens no caso de existirem ou então de poder tomar decisões pelo doente ou de comum acordo ou vontade deste. Este aspeto confere ao Betreuer uma postura paternalista, ao agir de acordo com os desejos e vontades do doente, no entanto é capaz de o disciplinar. Ao estabelecer com ele contactos regulares e fornecendo às instâncias superiores como sejam os Tribunais e os serviços de acção social do desenvolvimento do mesmo.

Um outro aspeto igualmente importante é a autodeterminação do doente em que não lhe pode ser nomeado um Betreuer contra a sua vontade, assim como qualquer decisão que tenha de ser tomada seja na escolha da instituição como a orientação quanto ao seu futuro não poderá ser decidida sem que este esteja de acordo quanto ao rumo a tomar, essa situação está salvaguardada através do artigo 1896, nada pode ser determinada contra a vontade do doente.

5. O Serviço social na saúde mental: questões em torno da regulação social, da emancipação e da promoção da cidadania

O Serviço Social é uma profissão que se centra no combate às desigualdades e injustiças sociais, respondendo aos desafios sociais das estruturas e com vista à melhoria do bem estar social do indivíduo ou das famílias e grupos sociais com os quais trabalha (IFSW, IASSW, 2014, cit. in APSS, 2018) promovendo o advocacy, defendendo os mais desfavorecidos lutando pelos direitos e igualdade de todos na sociedade. Numa perspetiva microcentrada, o serviço social pauta-se por ser uma profissão que promove a integração social do indivíduo, desenvolvendo as capacidades que facilitem a sua integração na comunidade e na sociedade onde este se encontra inserido. Frequentemente trabalha indivíduos em situação de desqualificação social, passando a intervenção por aumentar a auto-estima dos indivíduos, a sua capacidade para resolver situações, solucionar problemas com os quais se depara no seu quotidiano, desenvolva uma consciência crítica que permita a sua emancipação independentemente dos obstáculos com os quais se possa deparar.

Numa perspetiva macrossocial, uma outra premissa do serviço social prende-se com o combate à exclusão social e à opressão de grupos específicos e à manutenção da estabilidade social (IFSW, IASSW, 2014, cit. in APSS, 2018)

Neste sentido compete ao serviço social exercer advocacy no sentido de proteger e defender o indivíduo contra as injustiças e à exclusão social a que grupos específicos da sociedade são submetidos. O serviço social tem como princípios “o respeito pelo valor intrínseco e dignidade de todos os seres humanos, não causar dano e pelo respeito pela diversidade e pela defesa dos direitos humanos e justiça social” (IFSW, IASSW, 2014, cit. in APSS, 2018)

De entre os objetivos do serviço social, preconizados na sua definição, destacamos:

- “- Identificar, e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção;

- Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;
- Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influenciados respectivos serviços e estabelecimentos;
- Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da sua investigação;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura de recursos adequados às suas necessidades;
- Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento, para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.”

O Serviço Social marca a sua presença nas diversas instituições públicas, privadas e sociais que prestam cuidados no âmbito da saúde mental, sendo que o objetivo a nível microsocial é sempre a reabilitação psicossocial do utente (Fazenda e Domingos, 2016). Desta forma, ao acompanhar a reabilitação do utente, o Serviço Social contribui para sua emancipação, pois o utente vai ganhando confiança em si próprio para ultrapassar situações e problemas, aprende a organizar o seu dia a dia, a viver em sociedade e na comunidade onde está integrado.

No entanto convém referir que o Serviço Social está sempre condicionado pela política da própria instituição bem como às suas regras. Compete ao Serviço Social neste campo modificar consciências não só dentro das instituições como também fora delas, de forma a combater a exclusão social e a facilitar a integração do utente tanto na instituição como na sociedade, contribuindo para a autonomia e autodeterminação do utente. Com este tipo de intervenção o assistente social contribui assim para uma sociedade mais justa, inclusiva e menos estigmatizante.

Segundo Alves (1998, p.81), o “processo de desinstitucionalização dos últimos 40 anos tem demonstrado que a maior parte dos doentes crónicos pode viver em sociedade”. Um pouco por todo o mundo, e Portugal não foi excepção, foi-se assistindo à desinstitucionalização doente mental. Em alguns países europeus foram criadas estruturas

de apoio ao doente mental, em Portugal as famílias foram e continuam a ser sem dúvida o suporte, o apoio e a estrutura que acolhe estes doentes (Alves, 1998). No entanto nem sempre é benéfico para o utente bem como para as famílias, que se tornam protectoras, sendo elas muitas das vezes vítimas de exclusão por parte da comunidade onde estão inseridas. Geralmente, “o recurso às famílias prende-se mais com uma estratégia de substituição do que de emancipação”. (Alves, 1998, p.86).

“Em muitos países da Europa onde o Estado de Providência se desenvolveu, o movimento de desinstitucionalização é simultâneo à criação de serviços extra-hospitalares” (Alves, 1998, p.86). Em Portugal foi-se assistindo à desinstitucionalização do doente mental e conseqüentemente o seu regresso é feito ao núcleo familiar, sendo que em muitas das situações estes vieram constituir uma sobrecarga no orçamento familiar. Os apoios económicos são escassos, as pensões de invalidez quando atribuídas são baixas, assim como as participações na medicação (Alves, 1998). Como antes referimos, “em Portugal, a desinstitucionalização operou-se sem serviços e com o “peso” nas famílias” (Alves, 1998, p.86).

Na Alemanha assim como noutros países europeus foram criados serviços extra-hospitalares como nos refere Alves (1998), sendo que estes equipamentos dispõem de equipas multidisciplinares que acompanham e fomentam a integração, a emancipação do doente, orientando-os não só a nível profissional, como na gestão dos próprios recursos económicos e a viver como cidadão com direitos e deveres, “segmentos que envolvem o individuo e a relação deste na sociedade, o que exige um trabalho de acompanhamento por uma equipe multiprofissional que apresente necessariamente no seu quadro profissional um assistente social”. (Carrapato et al., 2010, p.1).

De acordo com o Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º407/98, com vista a prestar apoio a determinados grupos alvo da população como sejam as pessoas em dependência física, mental ou social, de forma transitória ou permanente, que resulte do isolamento geográfico, de doença crónica, situação de doença, deficiência física ou mental, entre outras e no sentido de dar resposta previu-se a criação de equipamentos sociais com vista à prestação de serviços também às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, nomeadamente através de Unidades de vida apoiada ou UVA, Unidades de vida protegida ou UVP (Despacho conjunto 407/98).

Tendo em conta, o percurso profissional da autora, podemos exemplificar com a empresa Loew Neumarkt que apresenta 4 residências, sendo que duas são residências de

autonomia. Nestas, grupos de 3 ou 4 doentes aprendem a viver sozinhos, gerem recursos económicos, aprendem a fazer a gestão e organização habitacional, são integrados profissionalmente ou orientados para cursos de formação profissional que lhes irão permitir uma integração futura no mercado de trabalho, sempre com apoio dos profissionais. Nas 2 residências de grupo, com grupos de 14 e 8 doentes, as PDM são apoiados a vários níveis uma vez que no período em que a doença se manifestou e durante o período de hospitalização estes foram perdendo competências e capacidades. Assim sendo, e sempre com o apoio de uma equipa multidisciplinar que os acompanha 24 horas por dia, estes vão readquirindo competências a nível da higiene pessoal, da organização habitacional, da gestão de recursos económicos, e a adquirir hábitos de trabalho numa oficina com períodos específicos em termos de trabalho. O trabalho aqui desenvolvido contribui para a integração e emancipação do doente na comunidade, bem como potencia a inserção futura no mercado de trabalho, facilitando o exercício de cidadania assim como a aceitação da doença.

Em Portugal a equipa multidisciplinar dos Centros de Saúde da área de residência, faz o acompanhamento, a orientação para os diversos serviços públicos e privados que possam facilitar o regresso e a reintegração do doente na comunidade local. Um trabalho nem sempre facilitado tendo em conta o estigma social a que cada um destes utentes e famílias estão sujeitas. Nos últimos anos mais precisamente a partir de 1998 foram criados os Fóruns Sócio-Ocupacionais com vista ao desenvolvimento de actividades que facilitem o relacionamento interpessoal bem como a reintegração social e profissional do doente (Santos & Pedrosa, 2016). Mais recentemente e na sequência do Despacho conjunto n.º407/98 através do Decreto-lei n.º8/2010 de 28 de Janeiro e no sentido de melhorar as condições da PDM, foram criadas novas respostas para saúde mental com a criação dos cuidados continuados integrados de saúde mental. Sendo assim também concretizadas medidas para organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares que têm como objectivo prestar apoio psicossocial e de cuidados médicos ao reforço das competências, reabilitação, recuperação e integração social da PDM, bem como promover e reforçar as capacidades das famílias que lidam com PDM

A criação deste tipo de residências, estruturas ou equipamentos extra-hospitalares (Guterres, 2005, cit. in Santos e Pedrosa, 2016), nomeadamente as UVA e UVP, funcionam como um mecanismo de regulação e controlo social, que facilita a integração e reinserção social, mas simultaneamente como potenciadoras da emancipação do doente. Com o Decreto-lei nº 8/2010, foram criadas estruturas multidisciplinares de cuidados continuados

integrados de saúde e com elas surgem as equipas de apoio domiciliário, as unidades sócio-ocupacionais e as unidades residenciais. Dentro destas últimas surgem quatro tipos diferentes de estruturas: as residências de treino de autonomia, as residências autónomas, as residências de apoio moderado e as residências de apoio máximo cada uma delas destinadas à PDM mas com diferentes grau de incapacidade e de necessidades de aprendizagem psicossocial. Recentemente as Administrações Regionais de Saúde, I.P. foram autorizadas assumir compromisso com vista à celebração de contratos-programa com diversas entidades para alargamento ou integração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na área específica da saúde mental. Esta medida resulta do Despacho Conjunto 1269/2017, publicado em Diário da República, 2ª série, n.º26 de 6 de Fevereiro dos Ministérios das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde.

Dada a sua especificidade, assim como os mecanismos usados, parece subjacer a ideia de que, no seu âmbito, o doente enquanto cidadão de direito exerce uma “cidadania diminuída” uma vez que é controlado em quase todas as suas vertentes. Estes equipamentos extra-hospitalares são, sem dúvida, importantes para a reintegração do doente, contudo, será importante que em Portugal sejam criadas medidas para alargamento da rede de instituições públicas e privadas de apoio ao doente mental, que sejam criadas medidas de apoio social directo para estes doentes, que as medidas de protecção social sejam legisladas de forma a proteger e apoiar o doente (Santos e Pedrosa, 2016). Os serviços da segurança social, bem como da saúde, devem trabalhar em conjunto de forma a promover o bem-estar social do doente, que os serviços e as empresas públicas e privadas sejam mais inclusivos no sentido de enquadrarem e darem oportunidades de trabalho às PDM.

A integração do profissional de serviço social na área da saúde mental é imprescindível, na medida em que é o profissional mais bem posicionado para estabelecer não só o contacto com utente, bem como com as famílias e as instituições públicas ou privadas que estejam a acompanhar o utente no processo de emancipação. O profissional de serviço social intervém de forma directa com o utente família definindo estratégias de intervenção que contribuam para diminuir as situações de exclusão social a que possam os doentes estar expostos, promovendo a sua integração na sociedade favorecendo o processo de cidadania. No entanto, este é um processo individualizado que deve ser acompanhado ao longo da vida e que se inicia quando se estabelece uma relação de confiança e de cooperação e sem as quais as soluções encontradas irão convergir no risco de uma situação de dependência do doente face ao profissional de serviço social (Chantre e Fazenda, 2016). Por

outro lado, é um trabalho que se pretende que tenha eco não só individualmente, como também coletivamente, na população com doença mental.

Compete ao assistente social, ao nível da saúde mental, nomeadamente nos centros de saúde, e tendo por base a experiência profissional desenvolvida nesta área, efectuar o acolhimento do utente, o diagnóstico de necessidades, efectuar visitação domiciliária regular em conjunto com a enfermeira especialista de Saúde Mental, acompanhar e orientar o utente para os diferentes serviços com vista estabelecer uma relação de confiança e de cooperação no sentido de colmatar os problemas e dificuldades com que o utente depara em diferentes níveis económico, saúde, habitacional profissional ou outro. Compete ainda ao Assistente social nas reuniões de equipa dar conta dos resultados obtidos, pois estes dão-nos conta da evolução da situação bem como do envolvimento não só do próprio doente, como da família e das instituições envolvidas que contribuem igualmente para a emancipação do doente. “Só a participação do utente, da sua família e redes de pertença podem levar às soluções ou escolhas que mais se adequam às suas necessidades e aspirações, no caminho para a recuperação pessoal, para a autonomia e a autodeterminação” (Chantre e Fazenda, 2016, p. 39 e 40).

Na saúde mental, bem como na saúde em geral, a presença de um profissional de serviço social é sem dúvida alguma uma mais valia, pois a relação de confiança e empatia estabelecida em doente, família e assistente social é como nos dizem Chantre e Fazenda (2016, p.41) “a melhor garantia para alcançar mudanças construtivas, através da colaboração entre todos os intervenientes, da melhoria das competências e da participação (*empowerment*)”.

Face ao exposto, podemos afirmar este tipo de trabalho onde se focaliza o cidadão utente, onde são estabelecidas relações de confiança e cooperação entre pessoa doente e assistente social, assim como entre as famílias e assistente social, facilitará a sua emancipação pois o doente irá trabalhar com objectivo de ser um cidadão por direito, com o dever de colaborar e participar activamente na sua recuperação, na sua emancipação dentro de normas e regras como todo e qualquer cidadão, independentemente da sua condição social, de saúde e profissional, etc. “O fortalecimento das redes de suporte social e a mediação entre os vários atores institucionais é um fator decisivo para obter consensos, reconhecimento, de direitos, cidadania” (Chantre e Fazenda 2016, p.42).

6. Nota Conclusiva

O presente trabalho expõe uma reflexão que integra a complexidade de questões que atravessam o contexto atual de trabalho da autora, bem como contacto diário com uma política social inclusiva que foi criando ao longo dos tempos mecanismos de protecção para a pessoa com doença mental focados na sua reinserção no mercado de trabalho e na comunidade.

Ao longo dos últimos quatro anos de inserção num contexto de trabalho que, para além da aprendizagem da língua, há diariamente a aprendizagem de novos procedimentos e formas de agir e de trabalhar com a pessoa com doença mental, assim como das políticas sociais que lhe estão associadas. Este relatório apresenta ainda a reflexão sobre atuação profissional no contexto atual de trabalho, tendo sempre por base a experiência e conhecimentos adquiridos num contexto de trabalho exigente e desafiante enquanto pessoa e enquanto assistente social.

Este trabalho permitiu alargar conhecimentos sobre a Saúde Mental e problematizar o lugar do assistente social na formulação de políticas e de estratégias interventivas promotoras dos direitos do cidadão com doença mental.

O aprofundamento de algumas das questões abordadas urge no seio da profissão, atendendo ao carácter contraditório e paradoxal que podem apresentar. O plano das narrativas acerca da promoção do empoderamento e da cidadania no processo de *recovery* e autodeterminação tem de revelar-se claramente em boas práticas. Urgem, assim, reflexões que desvelem os riscos de algumas políticas sociais e práticas profissionais de redundarem em ações de promoção do paternalismo securizante, do controlo e da regulação social.

A reflexividade sobre tais contradições deve ser um exercício permanente de cada assistente social confrontado no quotidiano com desafios que refletem um alcance que vai muito para além da situação concreta com que lida e que encerram uma complexidade que exige um continuado aprofundamento do seu saber.

Referências Bibliográficas

- Alves, F e Palma, F. (2001). Respostas Sociais. Em Alves, F., *Acção Social na Área da Saúde Mental* (pp. 95-105). Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves, F. (2001). Reabilitação de pessoas com doença mental. Em Alves, F., *Acção Social na Área da Saúde Mental* (pp. 71-91). Lisboa: Universidade Aberta.
- André, S. (2016). Suporte Social na Saúde Mental: o Serviço Social na teia das redes. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 95 -102). Lisboa: Sítio do Livro.
- IFSW,IASSW (2014). *Definição Global da Profissão de Serviço Social*, Consultado em 23 de Janeiro de 2018 em APSS, Associação dos Profissionais de Serviço Social, <http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o>
- Carrapato, S.F.L., Silva, F.C., Lozigia, J.F., Baroni, M. (2010). O Serviço Social e o processo de emancipação dos usuários do serviço de residência terapêutica de Bauru. (pp. 1-11). www.ufrgs.br/encresidenciais2010
- Carvalho, A. (2016). Políticas de Saúde Mental em Portugal. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 17-33) Lisboa: Sítio do Livro.
- Chantre, P. e Fazenda, I. (2016). Determinantes Sociais da Saúde Mental e Serviço Social. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 33-44). Lisboa: Sítio do Livro.
- Coelho, V.P. e Ornelas, J. (2010). Os contributos do emprego apoiado para a integração das pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 465-478.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 27-133.
- Faleiros, V.P. (2001). Desafios do Serviço Social na era da globalização. Em APSS, *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 45-58). Lisboa: Sítio do Livro.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. Em Ornelas, J., Monteiro, F. J., Moniz, M.J.V., Duarte, T. *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*, (pp. 19-41). Lisboa, AEIPS Edições.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: CLIMEPSI – Editores.
- Fazenda, I. e Domingos, P. (2016). Serviço Social na Saúde Mental, uma visão multidimensional. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental*, (pp. 59-69). Lisboa: Sítio do Livro.
- Fazenda, I. (2016). *Empowerment e Participação, uma estratégia de mudança*, (pp. 1-9). www.inr.pt

- Guadalupe, S. (2012). A Intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. Em APSS., *Serviço Social na Saúde Mental*, (pp. 95-102.) Lisboa: Sítio do Livro.
- Handbuch Für Betreuer, Arbeitshilfe für Ehrenamtliche Betreuer (2000). (2. Auflage). Bayrischen Staatsministerium der Justiz.
- Kubny-Luke, B. (2003). Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie. Em Kubny-Luke, B. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (pp. 8-10). Stuttgart: Verlag: Georg Thieme.
- Monteiro, F.J. (2006). Prevenção do Estigma Social da Doença Mental. *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania*. (pp. 16-24). Em Folhetos SNR n.º56. Lisboa
- Oliveira, D. (2016). Alguns conceitos errados sobre doença Mental. *Estigma & Saúde Mental* (pp. 14-19). Em www.inr.pt
- European Union (2016). Relatório de Saúde Mental e Bem-Estar (2016). Prioridades Identificadas. *Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem – Estar* (pp. 13-14). European Union joint action on mental health and wellbeing. https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en
- Rocha, J.M.S. (2017). Doença mental e controle social: Uma releitura a partir de Michel Foucault, *Genjuridico*, (p.1-26). <http://genjuridico.com.br/2017/07/05/doenca-mental-e-controle-social-uma-releitura-partir-de-michel-focault/>
- Rodrigues, S. e Monteiro, A. (2016). Legislação de Saúde Mental em Portugal: intervenção dos assistentes sociais na defesa dos direitos das pessoas com doença mental. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 45-58). Lisboa: Sítio do Livro.
- Santos, C. e Pedrosa, S. (2016). Reabilitação psicossocial e qualidade de vida. Respostas de reabilitação. Em APSS. *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 103-119). Lisboa: Sítio do Livro.
- Organização Mundial de Saúde (2016). *Conceito de Saúde Segundo OMS/WHO* Pesquisado em 8 de Fevereiro de 2018 de <http://cemi.com.pt/2016/03/04conceito-de-saude-segundo-oms-who/>

Legislação

Decreto- Lei n.º 8/2010. *Diário da República*, 1ª Série – n.º 19 de 28 de Janeiro.

Decreto-Lei n.º 108/2015. *Diário da República* n.º116/2015, Série I. de 17 de Junho de 2015. Ministério da Solidariedade e Segurança Social.

Decreto-Lei n.º35/99 de 5 de Fevereiro. *Diário da República* n.º30/99 – I Série- A. Lisboa

Despacho Conjunto 1269/2017. Diário da República, n.º26, Série II. de 6 de Fevereiro dos Ministérios das Finanças, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Pesquisado em <http://www.acss.min-saúde/pt>.

Despacho conjunto n.º407/98 de 18 de Junho de 1998. *Diário da República n.º138/98 - II Série*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei de Saúde Mental. Diário da República Eletrónico. INCM

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. *Diário da República, I Série - n.º47-de 6 de Março de 2008*.