

## Mental health in Portugal, constraints and challenges for Social Work

## Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social

ISABEL FAZENDA\*

### Resumo

O Serviço Social na saúde mental implica uma articulação da saúde com o social, a vida das pessoas e das comunidades, nas dimensões da interação e sociabilidade, pelo que o conceito de “determinantes sociais da saúde mental” contribui para fundamentar a sua intervenção. O conceito de “Serviço Social multidimensional” abarca múltiplos aspetos, e a questão da identidade do Serviço Social na sociedade tecnológica traz à luz duas tendências, a positivista e a humanista. O Serviço Social situa-se no campo dos Direitos Humanos, tanto dos direitos civis, sociais e económicos, de redistribuição e justiça social, como dos direitos culturais, de identidade e de reconhecimento, centrais para as pessoas com problemas de saúde mental. O papel dos assistentes sociais na saúde mental insere-se no contexto das políticas governativas, no qual será analisada a intervenção do Serviço Social, assim como os constrangimentos que as políticas neoliberais na saúde colocam à profissão.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Determinantes Sociais, Direitos Humanos, Participação.

### Abstract

*Social Work in mental health implies an articulation of health with the social aspects and people's and communities' lives, in the dimensions of interaction and sociability. That is why the concept of Social Determinants of Mental Health contributes to base intervention. The concept of Multidimensional Social Work encompasses multiple aspects, and the issue of the identity of Social Work in technological society brings to light two tendencies, the positivist and the humanist. Social Work falls into the field of Human Rights, both civil, social and economic rights, redistribution and social justice, as well as cultural rights, identity and recognition, central to people with mental health problems. The role of social workers in mental health is part of the context of government policies, in which the intervention of Social Work will be analyzed, as well as the constraints that neoliberal health policies pose to the profession.*

**Keywords:** Mental health, Social Determinants, Human Rights, Participation.

---

\* Mestre em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Investigadora no Católica Research Centre for Individual, Family and Social Wellbeing, Universidade Católica Portuguesa. Membro dos corpos gerentes da Associação dos Profissionais de Serviço Social, onde coordena o Grupo de Trabalho de Serviço Social na Saúde Mental. E-mail: isabel.fazenda@sapo.pt

## 1. Introdução

Este não é um artigo de investigação clássica, mas antes e em primeiro lugar uma revisão de autores e documentos que permite um enquadramento em conceitos e tendências fundamentais para o Serviço Social na área da saúde mental, e uma descrição breve do contexto político atual dessa área. Por outro lado, é uma sistematização reflexiva de práticas, baseada na experiência de assistentes sociais a trabalhar em saúde mental, no âmbito de um grupo de trabalho da Associação de Profissionais de Serviço Social. O seu objetivo é encontrar aquilo que o Serviço Social traz de novo à saúde mental, o que chamámos “o social da saúde mental”, analisando alguns dilemas ou contradições que se colocam aos assistentes sociais na prática, e valorizar o carácter multidimensional desta profissão, na medida em que lida com realidades complexas.

Em Portugal, o Serviço Social tem uma longa história de inserção nos serviços de saúde mental. Quando foi inaugurado, o Hospital Júlio de Matos dispunha já de uma equipa de assistentes sociais. O Serviço Social estava então enquadrado na doutrina do higienismo social vigente na época, sendo mais tarde influenciado pela corrente da Psiquiatria dominante: a Psicanálise. Esta tendência coadunava-se com a do *case-work* e conduziu à prática do Serviço Social de caso individual quase exclusivamente, no campo da Psiquiatria, e por vezes, à adoção, pelas assistentes sociais, dos próprios métodos da psicanálise, como a psicoterapia. Na década de 1970, o Serviço Social foi fortemente marcado pelo movimento de reconceptualização na América Latina, evoluindo para a prática do método integrado, e coincidindo também com a emergência dos conceitos da psiquiatria social e comunitária e das abordagens sistémicas, que muito influenciaram o Serviço Social na saúde mental. Neste contexto, o Serviço Social tem um papel crucial ao fazer a articulação entre a saúde mental e a questão social. «Uma das propostas para valorizar a prática do Serviço Social é procurar fazer a articulação dos objetos das duas áreas. Isto é, buscar os fenómenos que ligam a “questão social” aos transtornos mentais» (Bisneto, 2005, p. 119).

## 2. Conceitos, tendências e políticas:

### **Determinantes sociais da saúde e da saúde mental**

A importância dos determinantes sociais na saúde tem sido um tema de investigação e divulgação de recomendações da Organização Mundial de Saúde nas últimas décadas, trazendo à luz a influência dos fatores sociais na saúde e

na doença, tanto física como mental, das pessoas nas sociedades, assim como no seu acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2010).

Dessa investigação resultou a evidência da presença dos determinantes sociais na saúde, desde as características individuais, idade, género e fatores hereditários, comportamentos de grupo e estilos de vida (micro-nível), à riqueza do capital social e das redes comunitárias de apoio que contribuem para a coesão social (meso-nível) e, por fim, às condições de vida, educação, trabalho, habitação e salubridade, que dependem de fatores económicos, políticos, culturais e estruturais (macro-nível). Esta constatação conduziu à necessidade de atuar sobre os determinantes sociais para melhorar os sistemas de saúde. *«To reduce inequalities in health across the world there is need for a third major thrust that is complementary to development of health systems and relief of poverty: to take action on the social determinants of health»* (Marmot, 2005, p. 1099).

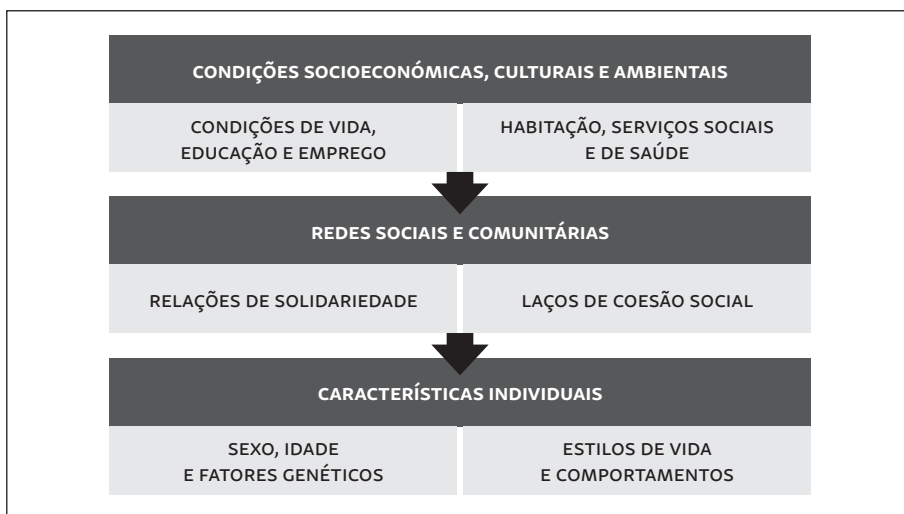
Como referem Alves e Rodrigues (2010), a saúde mental é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Estes autores mencionam vários estudos que avaliam o impacto das perturbações mentais e evidenciam a relevância dos fatores sociais e económicos que influenciam a saúde mental, tais como:

- *Emprego*: Assim como a estabilidade laboral está relacionada com o bem-estar e satisfação, o desemprego e insegurança laboral associam-se a baixa autoestima e sentimentos de desvalorização, criando maior vulnerabilidade a situações de doença.
- *Educação*: Um baixo nível educacional estará associado a desemprego, pobreza, exclusão, significando uma barreira no acesso aos cuidados e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de perturbações mentais.
- *Pobreza*: A pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconómico, privação, habitação precária, desemprego, baixa escolaridade, baixa coesão familiar, e é um fator de risco associado à doença mental, pela sua natureza multifatorial e por dificultar o acesso aos serviços de saúde que fornecem cuidados primários e especializados em saúde mental.

- **Habitação:** Uma habitação condigna proporciona não só abrigo físico mas também psíquico, traduzindo o nível de proteção de cada pessoa ou agregado.
- **Urbanização:** Existe uma relação entre algumas características das áreas urbanas e maior risco de doença mental, quando elas conduzem ao enfraquecimento dos laços familiares e sociais e a fatores de stress e circunstâncias adversas.
- **Discriminação e violência de género:** A posição social, o acesso a recursos, as diferenças de género, de capacidade, de estatuto ou de origem étnica, os papéis sociais e o reconhecimento social são determinantes da saúde mental, na medida em que sofrem o impacto do estigma.

O modelo “em camadas” de Dahlgren e Whitehead mostra a influência dos fatores sociais nos vários níveis de análise, do micro ao macro nível, e permite visualizar a complexidade das problemáticas da saúde (Buss e Filho, 2007). Na figura seguinte podemos observar a sobreposição desses níveis, ou camadas, que na realidade são interdependentes, interagindo uns com os outros.

**FIGURA 1.** Determinantes sociais: modelo “em camadas”



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Buss e Filho, 2007.

Esta visão vem reiterar a pertinência da intervenção do Serviço Social na área da saúde mental, em quatro níveis: individual (educação para a saúde, promoção de hábitos de vida saudável, diminuição do consumo de álcool e tabaco, gestão de situações de stresse), social (desenvolvimento dos laços sociais, de grupo e comunitários, e das relações de solidariedade e redes de suporte social), económico e cultural (melhoria das condições materiais de vida, de trabalho, educação, habitação e salubridade) político e legal (mercado de trabalho, proteção ambiental, desenvolvimento sustentável).

O Serviço Social tem, assim, um papel fulcral a desempenhar na saúde mental das pessoas e das populações, já que a sua intervenção se situa aos vários níveis dos determinantes sociais: dos indivíduos, das redes sociais, e das condições sociais, económicas e culturais. É neste cenário que o Serviço Social assume o seu carácter multidimensional, em consonância com a sua própria matriz teórica, olhada de um ponto de vista sistémico.

### **3. Individual versus social: o psicossocial**

É consensual a afirmação de que o Serviço Social intervém na interface da pessoa com o seu meio, mas o enfoque dessa intervenção é, muitas vezes, colocado no individual ou no social. Uma das correntes do Serviço Social baseia-se numa visão individualizada que atribui às pessoas as causas das situações problemáticas, assim como a procura de soluções e alternativas que melhorem o seu bem-estar; os fatores sociais são apenas um problema a resolver para que o indivíduo atinja os seus objetivos. No extremo oposto podemos encontrar formulações do Serviço Social focadas no impacto das dinâmicas sociais nos indivíduos e na procura de causas sociais para os problemas humanos. Nesta perspetiva, as componentes psicológicas são apenas uma contribuição para a mudança social.

É difícil conciliar estas duas correntes, porque implica enfrentar a complexidade das situações sociais e humanas com que o Serviço Social tem de lidar. O conceito de “psicossocial” inclui estas duas vertentes, mas pode ser apenas uma formulação teórica que não tem reflexo na prática. Para que este conceito seja operativo é preciso transformá-lo em orientações para a ação que ajudem os assistentes sociais a ultrapassar a dualidade entre o individual e o social, agindo nos dois níveis simultaneamente, pois eles são inseparáveis e interdependentes. «*The psycho-social concept lies at the core of understanding about what the social work profession is and how social work is practiced*» (Buchbinder et al., 2004, p. 532). Este conceito reflete uma abordagem holística e

sistémica que permite ver que o que mais importa é a interação entre o individual e o social, entre as pessoas na sua singularidade e a sociedade com as suas múltiplas faces, as suas oportunidades e as suas condicionantes. O Serviço Social é uma profissão de identidades múltiplas que atua em diferentes níveis, do micro ao meso e ao macro nível. A sua finalidade será sempre a justiça social, mas este desígnio atinge-se através de diversos tipos de ação, espaços de intervenção e diferentes dimensões. A abordagem multidimensional é a única forma de responder aos desafios atuais à profissão.

De facto, a aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Ela não quer dar todas as respostas sobre um fenómeno estudado, mas respeitar as suas diversas dimensões: não devemos esquecer que o homem é um ser biológico socio-cultural, e que os fenómenos sociais são ao mesmo tempo, económicos, culturais, psicológicos, etc. (Morin, 2005, p. 177)

A Teoria da Complexidade de Morin (2005) deu uma contribuição inovadora para a construção de um novo paradigma científico, que põe em evidência a causalidade múltipla da realidade social e a conexão e inter-relação entre as diversas dimensões que a compõem e que não é possível separar. «A realidade antropológica é multidimensional; ela contém sempre uma dimensão individual, uma dimensão social e uma dimensão biológica» (Morin, 2005, p. 189). Segundo Morin, a complexidade inclui a unidade e a diversidade, a causalidade circular através do princípio da retroação, a auto-organização que implica autonomia e interdependência, a interação entre as partes e o todo. Morin inspira-se nos princípios da Teoria dos Sistemas, totalidade, retroação e auto-organização, mas aprofunda-os para construir o seu conceito de complexidade. «[O paradigma da complexidade] Incita a distinguir e fazer comunicar, em vez de isolar e de separar. Incita a dar conta dos caracteres multidimensionais de toda a realidade estudada» (Idem, p. 334). É este pensamento que nos leva a configurar o Serviço Social como uma abordagem multidimensional das sociedades e das pessoas, sem a qual ficaria confinado a uma visão redutora e linear dos problemas que tem de enfrentar. No quadro seguinte analisam-se quatro dimensões da intervenção.

**FIGURA 2.** Serviço Social Multidimensional

DIMENSÃO	ESPAÇO DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADE PREDOMINANTE	TIPO DE ADVOCACIA	AÇÃO PELOS DIREITOS HUMANOS	FOCO	NÍVEL
<b>Reparadora/assistencial</b>	Acompanhamento de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade, pobreza, risco ou exclusão.	Provisão de recursos e condições de vida com dignidade.	Advocacia de excluídos	Acesso aos direitos sociais e económicos.	Indivíduo	Micro
<b>Capacitadora/emancipadora</b>	Empowerment, participação dos cidadãos, grupos e comunidades, construção de projetos de vida.	Promoção de competências e de autonomia.	Advocacia de cidadãos	Promoção dos direitos sociais, económicos e culturais.	Cidadania	Micro
<b>Mediadora/articuladora</b>	Trabalho em rede, parcerias, articulação institucional.	Ação comunitária e participação de organizações locais.	Advocacia social e coletiva	Fortalecimento dos direitos coletivos e de reconhecimento.	Laços sociais/redes	Meso
<b>Política/legal</b>	Conceção e aplicação de políticas sociais. Articulação intersetorial de políticas.	Planeamento de medidas, programas e recursos.	Advocacia de causas	Compromisso com os direitos individuais e coletivos.	Estruturas	Macro

**Fonte:** Construção da autora, in Fazenda e Domingos, 2016, pp. 62-63.

#### 4. O Serviço Social na sociedade tecnológica

A identidade da profissão de assistente social tem sido definida através dos seus valores e das suas metodologias de intervenção, mas na sociedade tecnológica em que nos encontramos essa identidade está a ser posta em causa por uma abordagem gestionária dos serviços, que privilegia os resultados em detrimento dos processos. A “racionalidade instrumental” é uma característica do pensamento tecnológico predominante nas economias desenvolvidas, em que o imperativo do crescimento e do lucro não está a ser acompanhado pela melhor distribuição da riqueza e do bem-estar, pelo contrário, verifica-se que os níveis de desigualdade têm crescido exponencialmente (Amaro, 2009).

A introdução de procedimentos estandardizados na prestação e avaliação de serviços é uma tendência na área da saúde, no sentido de uma racionalidade económica e também de uma preocupação com a qualidade, mas pode resultar numa excessiva burocratização. A lógica de gestão institucional, que implica critérios de produtividade e eficiência, e privilegia as competências, sobrepõe-se à lógica profissional, baseada em princípios, em qualificações e em experiência adquirida.

Na área da saúde mental, estes procedimentos levam os assistentes sociais a um esforço acrescido, por um lado para quantificar o seu trabalho de acordo com os indicadores estabelecidos, por outro para evitar que a avaliação desse trabalho seja apenas fundada em critérios quantitativos. O que se verifica é que o modelo de financiamento dos serviços hospitalares se baseia no número de doentes entrados (camas) e saídos (altas), contabilizando os atos realizados pelos profissionais no contexto de cada episódio de doença, e não o acompanhamento de continuidade, nem os objetivos de reabilitação e integração social, que são cruciais no tratamento da doença mental.

Para avaliar a qualidade do trabalho dos assistentes sociais na saúde mental é necessário definir parâmetros fundamentados nos valores do Serviço Social, mas também na visão e necessidades dos utentes. «Isto poderia implicar a revisão de afirmações de valores para levar em conta os valores dos utilizadores dos serviços» (Banks, 2001, p. 119). O que predomina, porém, são os critérios de eficácia e eficiência, mais ligados aos objetivos das instituições do que às necessidades das pessoas e das comunidades. A participação da comunidade na definição dos objetivos dos serviços e na avaliação dos resultados é um desígnio democrático que fica submergido pela lógica tecnocrática que preside à organização da saúde atualmente.

Neste cenário coexistem duas tendências da identidade da profissão de assistente social. «A primeira é eminentemente racional, positivista e virada para os resultados; a segunda é essencialmente relacional e simbólica, atenta, sobretudo, ao processo» (Amaro, 2009, p. 39). A tendência positivista harmoniza-se com as concepções atuais da medicina baseada na evidência, e exige uma avaliação quantitativa dos resultados da intervenção para legitimar o financiamento dos serviços. A tendência relacional baseia-se nos princípios e nos valores e no respeito pelas necessidades e visão dos utentes, que são considerados mais como parceiros de um trabalho conjunto, do que recetores passivos dos serviços prestados.



Estas duas tendências concretizam-se em dois perfis distintos do assistente social, o perfil técnico-administrativo, que o remete para o papel de gestor de caso, de provisão de recursos, e o perfil ético-humanista que implica uma abordagem relacional, que vai para além da resolução de problemas pontuais e exige um acompanhamento de longo prazo no sentido da construção ou reconstrução de um projeto de vida da pessoa, ancorada na sua comunidade. É possível conjugar as duas tendências, através de uma prática reflexiva que permita estabelecer prioridades em cada situação. Esta reflexão será enquadrada em modelos teóricos que incluam os princípios éticos da profissão, o respeito dos direitos humanos e as metodologias próprias do Serviço Social, assim como uma abordagem multidimensional, tal como já foi referida. Mas também deverá ter-se em conta as exigências dos procedimentos institucionais e administrativos que a introdução de novas tecnologias de registo e de avaliação de resultados acarreta. Edgar Morin analisa esta contradição sugerindo o conceito de “neo-artesanato”, que deverá substituir o domínio da burocracia através da criatividade: «para dizer a verdade, a parte tecnoburocrática deverá refluir e regredir, o que deve desenvolver-se é o neo-artesanato científico, é a pilotagem das máquinas e não a maquinização do piloto, é uma inter-reação cada vez mais estreita entre pensamento e computador» (Morin, 2005, p. 338).

## 5. Serviço Social e direitos humanos

A afirmação de que o Serviço Social é uma profissão baseada nos direitos humanos deve referir-se à totalidade dos direitos que foram definidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, visto que eles são indissociáveis, e deve ser confirmada pelas suas políticas e práticas. «*The social work profession has an obligation to advocate for human rights, with the first step being recognition that human rights play an important part of social work policies and practices*» (Reichert, 2006, p. 5). No entanto, a história do Serviço Social tem demonstrado uma atenção maior aos direitos económicos e sociais em particular, por serem vistos como diretamente relacionados com a justiça social. No final do séc. XX, porém, já se tinha tornado visível a insuficiência do paradigma puramente económico para explicar a injustiça social, emergindo um novo paradigma que analisa a justiça social em termos culturais e simbólicos. «*The recognition that social justice needs to incorporate human rights education is a first step toward fulfilling the goal of making social work a human rights profession*» (Idem).

Esta tendência leva a que, na sociedade contemporânea, o centro de gravidade da justiça social esteja a ser transferido da redistribuição para o reconhecimento. «Para além disso, a justiça social já não se cinge só a questões de distribuição, abrangendo agora também questões de representação, identidade e diferença» (Fraser, 2002, p. 9). Isto significa um avanço em relação às visões economicistas que ignoram problemas que resultam, não de desigualdades económicas, mas de hierarquias de valor institucionalizadas que conduzem a situações de marginalização, como é o caso do estigma atribuído à doença mental. Esta autora propõe uma “conceção bidimensional da justiça”, que abarque tanto a redistribuição como o reconhecimento.

Por um lado ela deve abarcar as preocupações tradicionais de justiça redistributiva, especialmente a pobreza, a exploração, a desigualdade e os diferenciais de classe. Ao mesmo tempo, deve igualmente abarcar as preocupações recentemente salientadas pela filosofia do reconhecimento, especialmente o desrespeito, o imperialismo cultural e a hierarquia de estatuto. (Fraser, 2002, 11)

Para melhor compreender esta evolução temos de nos reportar à Declaração Universal dos Direitos Humanos, que definiu aquilo a que se chamou a primeira geração dos direitos humanos, os direitos civis e políticos, relacionados sobretudo com as liberdades individuais (considerados os direitos fundamentais). Mais tarde, por influência das ideologias socialistas, vieram a ser definidos os direitos sociais e económicos, ditos da segunda geração, que visam assegurar a igualdade de tratamento de todos os grupos sociais, garantindo o acesso aos bens e serviços necessários para uma vida com dignidade. Mais recentemente tem-se focado a atenção sobre os direitos culturais e ambientais (terceira geração de direitos), que promovem sobretudo o respeito pelas diferenças numa perspetiva transcultural, e pela sobrevivência das gerações futuras (Reichert, 2006).

O Serviço Social é uma profissão fortemente influenciada pelo contexto social e político em que se move. Por esta razão verificou-se uma grande mudança no Serviço Social em Portugal a partir de 1974, com a instauração do regime democrático no país. Após 40 anos de ditadura, em que a profissão sofreu a mesma opressão que atingiu todos os grupos sociais, novos desafios se colocaram aos assistentes sociais. Um deles foi certamente esta conceção da profissão orientada para a justiça social e os direitos humanos, que levou a uma nova atitude face às desigualdades económicas e ao desrespeito pelas escolhas individuais.

No entanto, a consciência da importância da perspectiva dos direitos nem sempre está presente na intervenção dos assistentes sociais que trabalham na saúde mental, embora seja afirmada teoricamente como pano de fundo da ação profissional. São necessárias estratégias políticas e coletivas, não apenas individuais, tais como organizar ou participar em campanhas de informação e sensibilização da comunidade, fazer advocacia junto dos órgãos de poder, fazer mediação institucional para garantir o acesso aos direitos, favorecer o associativismo e a expressão de opiniões pelos utentes e famílias, e promover a sua participação aos vários níveis de decisão.

Mas é sobretudo uma alteração da posição dos profissionais do Serviço Social face aos seus clientes, sejam pessoas, famílias ou comunidades, que lhes permite serem aliados na procura de melhores condições de vida, de acesso à saúde, ao trabalho, à educação, à proteção social, de oportunidades de realização pessoal e de participação social, de cidadania plena. É nestas situações concretas que o Serviço Social pode promover os direitos humanos, através duma relação de colaboração ativa mas não paternalista, de partilha do poder na procura de soluções que levem à autonomia e não à dependência.

## **6. Direitos humanos e saúde mental**

A questão dos direitos humanos relacionada com a saúde mental tem sido abordada, desde o início da década de 1990, por organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), na medida em que se verificam ainda situações de violação dos direitos das pessoas que sofrem de doenças mentais, que são frequentemente isoladas e privadas do exercício dos seus direitos fundamentais, quer cívicos, quer sociais, quer económicos e culturais, o que as torna invisíveis na sociedade.

Os direitos mais frequentemente desrespeitados, principalmente no contexto dos hospitais psiquiátricos, mas também nas comunidades, incluem o direito a ser tratado com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária numa instituição psiquiátrica, o direito à privacidade, a liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito a receber tratamento na comunidade e a dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o direito ao trabalho, à educação, a habitação independente ou protegida, à proteção social.

Os documentos produzidos por aquelas organizações ao longo de várias décadas tiveram o carácter de recomendações, tendo influenciado as políticas

de saúde mental em muitos países, entre os quais Portugal. «*Es ciertamente un nuevo enfoque el promover y proteger la salud mental no solo a través de medicamentos psicotrópicos, psicoterapia o rehabilitación psicossocial; sino también por medio de la aplicación de instrumentos de derechos humanos*» (Vásquez e Almeida, 2004, p. 56).

No entanto faltava um documento vinculativo que compromettesse os países a desenvolverem ações concretas para corrigir as situações de incumprimento. Só com a aprovação pela Assembleia Geral das Nações Unidas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, se atingiu esse patamar de compromisso com os países que assinaram a Convenção. Portugal assinou este documento em 2007. A Convenção afirma no seu artigo 1.º: «As pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros» (ONU, 2010, p. 117). Esta afirmação vem dissipar as dúvidas anteriores sobre a aplicação das medidas para pessoas com deficiência às pessoas com doenças mentais, embora a manutenção do termo deficiência na tradução portuguesa não seja a mais feliz. O termo incapacidade (*disability* no original) seria menos estigmatizante.

Para que seja facilitada a aplicação prática da Convenção no campo da saúde mental, a OMS criou um conjunto de instrumentos de avaliação do cumprimento dos direitos humanos nas instituições de saúde mental, o *Quality Rights Tool Kit*, utilizando cinco direitos específicos referidos na Convenção:

1. Direito a um padrão de vida digno e à proteção social: o art.º 28.º exige que as pessoas possam aceder a um padrão de vida adequado à sociedade em que vivem, incluindo alimentação, vestuário, habitação, emprego e medidas de proteção social de que necessitem.
2. Direito a desfrutar do nível mais elevado de saúde física e mental: o art.º 25.º exige que as pessoas tenham acesso a todos os cuidados de saúde que existam no seu país, e o mais perto possível da sua comunidade.
3. Direito a exercer a capacidade jurídica e a liberdade pessoal: o art.º 12.º garante que as pessoas possam tomar decisões legais relativas à sua vida, tratamento, local onde querem viver, assuntos pessoais e financeiros, e a beneficiar de assistência legal se for necessário.

4. Direito a não ser sujeito a tortura, tratamento degradante ou castigo desumano, exploração, violência ou abuso. O art.º 15.º chama a atenção para situações de reclusão, maus tratos físicos, sexuais ou mentais em instituições hospitalares, lares ou residências, que considera inadmissíveis.
5. Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade: o art.º 19.º determina que as pessoas têm o direito de viver na comunidade e que os governos devem implementar políticas e medidas eficazes para facilitar a sua total integração e participação na sociedade, incluindo os apoios sociais necessários, residenciais, domiciliários e comunitários para evitar o isolamento ou a segregação.

(WHO, 2012, pp. 4-6)

O impacto mais visível das recomendações da Convenção em Portugal tem sido a participação de representantes de utentes e cuidadores ao nível das políticas: consultoria ao Ministério da Saúde através da presença no Conselho Nacional de Saúde Mental, e ao Plano Nacional de Saúde Mental através da CPUC (Comissão de Participação de Utentes e Cuidadores), participação em seminários científicos e eventos culturais e em projetos de investigação de práticas. Também está a ser implementado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, um projeto de avaliação dos direitos humanos nas instituições de saúde mental, com base no *Quality Rights Tool Kit* da OMS (WHO, 2012).

## **7. Participação de utentes e familiares**

Existem diversas razões que contribuem para promover a participação e o envolvimento dos utentes e dos familiares nos serviços de saúde mental e no trabalho dos assistentes sociais. «*A number of forces came together in recent years to promote a more active interest in the perspectives of service users and in how they might become more involved in planning, developing and delivering provision*» (White e McCollan, 2000, p. 219). Uma dessas razões prende-se com uma política que favorece a escolha individual e os direitos dos utentes, e outra com a progressiva redefinição do papel dos utentes, não já como recipientes passivos mas como parceiros ativos.

A perspetiva da escolha individual pode conter duas filosofias diferentes, uma baseada nos direitos de consumo, isto é, o utente deve poder escolher entre diversos tipos de serviço aquele que mais lhe convém, outra baseada nos

direitos de cidadania. A primeira baseia-se nas características do mercado, na concorrência de preços e de qualidade. A segunda relaciona-se com a possibilidade de participação na organização, planeamento e avaliação dos serviços como forma de exercício da autonomia e da cidadania. «A nível macro, encaramos a participação como uma prática de cidadania, ou seja, como processo de intervenção dos sujeitos na vida institucional, na vida pública e na vida quotidiana» (Vieira, 2015, p. 105). Ao nível dos sujeitos é parte integrante do processo de *empowerment*, como método de fortalecimento da identidade, do poder e da capacidade de tomar decisões sobre a sua própria vida (Faleiros, 2002).

Para os profissionais, incluir a visão dos utentes é não só uma questão de direitos, como a garantia de que os serviços vão corresponder melhor às necessidades reais das pessoas a quem se dirigem e são acessíveis a todos os grupos sociais. Por outro lado, a participação de utentes e famílias contribui para diminuir o estigma associado à doença mental.

O envolvimento dos utentes pode ser de diferentes tipos, desde a participação ao nível estratégico (medidas e políticas) através de comissões, associações ou órgãos consultivos e de planeamento, até ao nível da prestação direta de serviços, através de formas diversas, como resposta a questionários de satisfação e qualidade, participação em atividades de gestão e avaliação, e ainda em atividades de formação e de investigação.

Os níveis de envolvimento também podem variar conforme o grau de compromisso e responsabilidade atribuído aos utentes e familiares:

- Receber informação acerca dos tratamentos e serviços disponíveis.
- Ser consultado para a tomada de decisões sobre prioridades ou programas.
- Participar em reuniões ou grupos de planeamento, avaliação, investigação, formação ou outros.
- Exercer controlo sobre decisões ao nível político, de planeamento, atribuição de recursos e orçamentos, localização de serviços, etc.

Os assistentes sociais podem contribuir para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação, através do processo de *empowerment*, sendo seus aliados. Mas, para que isso aconteça, têm de estar conscientes do seu poder profissional e aceitar partilhá-lo.

*«It is necessary to acknowledge the power that social work staff can exert over service users in their efforts to become more involved in the services they receive»* (White e McCollan, 2000, p. 224).

Em Portugal estes processos estão ainda pouco desenvolvidos, mas são um campo de intervenção aberto aos assistentes sociais, através da promoção de grupos de discussão, grupos de ajuda mútua, associações e formas de representação dos utentes e familiares nas instâncias decisórias, participação em conferências e seminários, ações de formação e grupos de investigação.

Existem já algumas associações de utentes e outras de famílias, e participação dos seus representantes no Conselho Nacional de Saúde Mental, órgão consultivo do Ministério da Saúde criado pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98). Ao nível da prestação direta de serviços, não existe nenhum mecanismo de participação ou consulta dos utentes ou famílias. São necessárias formas de organização que favoreçam o seu envolvimento nos serviços.

## **8. Modelo de saúde mental comunitária**

O modelo de saúde mental comunitária baseia-se na visão biopsicossocial, que implica um conjunto de intervenções além do tratamento, como a psico-educação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir que as pessoas com doença mental vivam na sua comunidade e participem em todos os contextos sociais. Por isso, a Psiquiatria Comunitária veio a organizar-se como um sistema de cuidados diversificados que deve assegurar a continuidade do tratamento e substituir os hospitais psiquiátricos pela prestação de cuidados na comunidade. Esta mudança pressupõe um novo paradigma na saúde mental, o da desinstitucionalização, que resulta da constatação de que o hospital psiquiátrico é um local anti terapêutico, que produz exclusão e alienação, e que os cuidados de saúde mental devem ser prestados em serviços abertos capazes de apoiar os doentes desde a crise aguda até às necessidades de carácter social.

O termo «desinstitucionalização» tem sido interpretado de formas diversas, por vezes apenas como uma forma de dismantelar os hospitais psiquiátricos, mas de facto ele tem um alcance mais abrangente. Leona Bachrach procurou encontrar uma definição mais genérica: «Assim, eu sugeria que definíssemos a desinstitucionalização como a substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental» (Bachrach, 2000, p. 49). Esta autora considera que

a desinstitucionalização deixou um legado biopsicossocial que implica o reconhecimento da interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais na génese da doença mental.

Este modelo inclui os objetivos da inclusão social, da promoção dos direitos humanos e do acesso à cidadania plena, e exige a participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais, além dos psiquiatras, como enfermeiros comunitários, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, animadores, numa perspetiva interdisciplinar.

Não é difícil, neste contexto, encontrar o lugar do “social” na saúde mental. «Para o Serviço Social, a saúde mental das pessoas e das comunidades tem de ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à educação e à proteção dos direitos» (Fazenda, 2008, p. 133). Nesta visão, os assistentes sociais dão uma atenção particular ao imperativo da justiça social e da equidade no acesso aos direitos, assim como aos objetivos da reabilitação psicossocial e da integração na comunidade das pessoas com doenças mentais, para alcançarem uma vida com significado e o máximo de autonomia possível.

## **9. Política de saúde mental em Portugal**

Os objetivos do Plano Nacional para a Saúde Mental de 2007-2016, que contém as orientações da política de saúde mental em Portugal, estão assim definidos:

- a) Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- b) Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- c) Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde das populações;
- d) Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- e) Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto ao nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

(PNSM, 2007, 17)



Apesar de diversos dispositivos legais consubstanciarem uma política de desinstitucionalização e de intervenção na comunidade para concretizar estes objetivos, o processo de mudança tem sido lento e tem sofrido, em Portugal, avanços e recuos de acordo com a orientação política dos governos.

A criação de estruturas de reabilitação desde o início da década de 1990 foi um enorme avanço, que permitiu a muitas pessoas com doença mental grave viverem na comunidade e iniciarem um percurso de aquisição de direitos e de autonomia cada vez maior nas decisões e projetos da sua vida, encetando novas relações sociais e interagindo em novas redes.

Em 2010, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, foi elaborado o diploma sobre os Cuidados Continuados da Saúde Mental (CCISM), para regulamentar as estruturas de suporte social e reabilitação psicossocial. No entanto, a mudança de governo em 2011 deixou por concretizar este diploma e este desígnio de melhor corresponder às necessidades dos utentes. Só no início de 2017 foi retomada a regulamentação dos CCISM, agora integrados na Rede Geral dos Cuidados Continuados Integrados, o que lhes retira a sua especificidade, que está expressa na seguinte definição:

Conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, ativo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social.

(Decreto-Lei n.º 8/2010, art.º 2.º, alínea c)

## **10. Sistematização de práticas: O Serviço Social na saúde mental**

Tendo como referencial teórico a abordagem sistémica e das redes de suporte social aplicadas ao Serviço Social, e como base os valores da justiça social, dignidade de todas as pessoas, autonomia e participação, e no contexto das políticas de saúde mental já referido, um grupo de assistentes sociais da APSS tem realizado um trabalho de reflexão sobre as suas práticas no campo da saúde mental, do qual resultou a sistematização que se segue.

De acordo com o levantamento realizado por este grupo em 2015, o número de efetivos de Serviço Social na saúde mental era de 354, num universo de 980 assistentes sociais no setor da saúde (dados da Administração Central dos Serviços de Saúde).

No âmbito dos serviços locais de saúde mental, que asseguram a prestação de cuidados básicos de saúde mental à população em geral, quer sejam centros hospitalares psiquiátricos, ou departamentos de psiquiatria situados nos hospitais gerais, e nas instituições do setor social convencionadas, a intervenção do Serviço Social realiza-se em diferentes tipos de atendimento: ambulatório (consulta externa), internamento, urgência psiquiátrica, hospital ou unidade de dia, e domiciliário. No Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), os assistentes sociais intervêm na prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos.

No âmbito da comunidade, os assistentes sociais participam em diferentes contextos: CPCJ, RSI, Rede Social, Autarquias, outros. Nas Instituições Particulares de Solidariedade Social que operam na área da reabilitação psicossocial, a prática é exercida no âmbito das respostas sociais, fóruns sócio-ocupacionais, unidades residenciais, apoio domiciliário e reabilitação profissional.

Nestes contextos, institucionais e comunitários, a missão do Serviço Social visa os seguintes objetivos:

- a) Promover a melhoria das condições de vida dos utentes/doentes e suas famílias;
- b) Desenvolver a cidadania ativa através do acesso aos direitos sociais, económicos e culturais e da consciencialização das responsabilidades;
- c) Contribuir para a autonomia e autodeterminação dos utentes/doentes;
- d) Promover a integração social na perspetiva da reabilitação psicossocial;
- e) Desenvolver o *empowerment* e participação ativa dos utentes/doentes e famílias;
- f) Contribuir para a mudança de atitudes na comunidade, a diminuição do estigma e a melhoria das políticas sociais com impacto na saúde mental.

(Fazenda e Domingos, 2016, p. 65)

Estes objetivos podem concretizar-se em diferentes níveis de intervenção e em sistemas cada vez mais alargados. Em todos eles é possível e desejável a intervenção do Serviço Social, desde que os assistentes sociais estejam comprometidos com os valores da sua profissão, e se qualifiquem, através da formação, da experiência e da reflexão sobre a prática, para ganharem espaço e credibilidade profissional. Tendo em conta a multiplicidade de fatores que intervêm na construção da realidade social e a complexidade das situações

com que se depara, o Serviço Social no campo da saúde mental só pode desempenhar um papel eficaz e eticamente relevante se adotar uma abordagem multidimensional, ancorada nos contextos em que se situa e num quadro de referência sistémico, que valoriza as interações entre os atores e os níveis de intervenção necessários, como vemos no quadro abaixo:

**FIGURA 3.** Níveis de intervenção do Serviço Social

INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS, REDES	ORGANIZAÇÕES	POLÍTICAS
Avaliação de problemas, necessidades e capacidades (diagnóstico social)	Direção e gestão de equipamentos sociais	Diagnóstico de necessidades e respostas
Pesquisa e negociação de recursos, das pessoas e do meio	Relação com entidades de decisão e financiamento	Colaboração na elaboração de diplomas legais
Estabelecimento de uma relação de confiança e colaboração com o utente, família ou comunidade	Enquadramento e orientação de recursos humanos	Definição de indicadores ou parâmetros de qualidade da intervenção
Construção de um plano de ação conjunta, assegurando a maior participação possível do utente, família e comunidade	Elaboração de normas e regulamentos internos	Elaboração de pareceres sobre medidas políticas setoriais
Acompanhamento psicossocial ao longo da vida do utente/família, no seu percurso para a recuperação e a integração social	Condução de processos de avaliação	Elaboração/coordenação de programas para grupos desfavorecidos
Desenvolvimento das competências, da autonomia e da capacidade de decisão do utente/família/comunidade	Desenvolvimento de projetos para grupos específicos	Colaboração em projetos de formação de recursos humanos
Reconstrução ou fortalecimento das redes de suporte social (redes primárias)	Participação em redes locais/institucionais na comunidade	Colaboração em ações de advocacia e promoção dos direitos humanos
Mediação institucional, promovendo a interface entre os utentes e as instituições (redes secundárias)	Construção de parcerias	Cooperação intersetorial Criação de protocolos de colaboração.
Articulação e trabalho em rede com outros serviços da comunidade (redes de redes)	Sensibilização da comunidade para a saúde mental	Colaboração em ações de promoção da saúde mental e luta contra o estigma
Defesa dos direitos (advocacia individual)	Advocacia social	Diferenciação positiva

**Fonte:** Construção da autora.

## **11. Constrangimentos e desafios**

O maior constrangimento que se verifica atualmente é a redução de efetivos, através da afetação dos assistentes sociais que estavam atribuídos aos serviços de saúde mental nos hospitais gerais, numa parte do seu horário semanal, a serviços de outras especialidades, considerados prioritários pelos conselhos de administração, inviabilizando a sua integração nas equipas interdisciplinares e o seu trabalho de proximidade, na comunidade e no domicílio dos utentes. Nalguns hospitais, esta é já a situação de partida, demonstrando que nunca foi reconhecida a importância do Serviço Social na área da saúde mental. Este facto radica numa rejeição dos objetivos da saúde mental comunitária consagrados no Plano Nacional de Saúde Mental por parte das administrações dos hospitais gerais, porque essa filosofia se opõe à filosofia de intervenção hospitalar, essencialmente institucional e não comunitária. Esta visão alimenta-se de um modelo de financiamento baseado no número de doentes internados, e apenas nos atos realizados, o que impede que se valorizem outras formas de intervenção baseadas no seguimento ao longo da vida.

Também a precaridade dos vínculos laborais não permite a continuidade de cuidados e o acompanhamento ao longo da vida, nem a formação contínua dos profissionais numa área tão exigente tecnicamente como a saúde mental. A falta de qualificação específica dos assistentes sociais para trabalhar na saúde mental relaciona-se com esta instabilidade e não exclusividade do posto de trabalho.

As formas de registo e avaliação do trabalho dos assistentes sociais baseadas apenas em critérios quantitativos, como o número de atos realizados, o número de doentes atendidos, o número de protelamentos de alta, etc. (produtividade) e não em critérios qualitativos baseados nos valores da profissão e nas necessidades e visão dos utentes e das comunidades (qualidade) são fortemente penalizadoras para os assistentes sociais na área da saúde mental. Faltam indicadores de estrutura, de processo e de resultados apropriados e específicos para o Serviço Social que permitam valorizar e dar visibilidade ao seu trabalho na área da saúde mental.

O atraso da criação dos Cuidados Continuados de Saúde Mental, que inviabiliza o suporte social, a reabilitação e integração social dos utentes, tem sido um obstáculo ao desenvolvimento do processo de desinstitucionalização, e retira aos assistentes sociais um instrumento indispensável à promoção da autonomia e da participação social dos utentes. As respostas sociais já implementadas ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98 são claramente insufi-

cientes para cobrir as necessidades dos utentes e famílias, principalmente nas regiões do interior.

Atualmente, o maior desafio para os assistentes sociais é enfrentar a complexificação dos problemas sociais e das patologias mentais, que exige cada vez mais uma visão sistémica, em substituição do modelo biomédico, tanto na formação como na intervenção junto dos doentes e das famílias. Esta constatação implica o reconhecimento institucional da necessidade de formação especializada, em contexto académico ou profissional, tendo em conta, ainda, a emergência de novas áreas de intervenção, como por exemplo: a psico-educação das famílias, os Cuidados Continuados de Saúde Mental, o trabalho em rede com a comunidade, o *empowerment* individual e coletivo, a concretização dos direitos humanos (advocacia social). Implica também uma cooperação interdisciplinar fundada numa abordagem global dos problemas e na definição de competências próprias de cada grupo profissional e de competências partilhadas desenvolvidas por todos.

A oportunidade de investir na promoção da participação de utentes e famílias aos vários níveis — serviços locais de saúde mental, comissões consultivas, associações representativas de interesses, órgãos de planeamento e definição das políticas, grupos de investigação, e nos próprios processos de intervenção do assistente social — é um desafio à capacidade de partilhar o poder profissional e encarar os utentes e famílias como parceiros ativos e não já como recipientes passivos dos tratamentos e das decisões técnicas.

A construção de instrumentos e padrões de avaliação de qualidade, fundamentados nos princípios e objetivos do serviço social e na visão e interesses dos doentes/utentes, é uma proposta para substituir os atuais sistemas baseados apenas em resultados quantitativos, e exige também um aperfeiçoamento dos sistemas informáticos para que estejam ao serviço dos profissionais e não o contrário, transformando-se num peso burocrático que não deixa tempo para um atendimento personalizado, condição essencial para a relação de ajuda que é própria do Serviço Social.

## **12. Conclusão**

A relevância do Serviço Social na área da saúde mental assenta na importância dos determinantes sociais na saúde e na doença mental, e na necessidade de intervir para diminuir as desigualdades no acesso aos tratamentos, à reabilitação e à integração social. A sua identidade como profissão é predominantemente de carácter humanista e psicossocial, centrada nos valores da profissão

e na visão e necessidades dos utentes, consideradas como direitos. Tem em conta a complexidade dos problemas da saúde mental na sociedade. Por essa razão assume uma característica multidimensional que lhe permite intervir em múltiplos sistemas de ação.

O Serviço Social na saúde mental mantém os desígnios da profissão de promover a justiça social e os direitos humanos e ultrapassar as desigualdades que atingem as pessoas com doenças mentais. No contexto das políticas de saúde mental em Portugal e da sua vinculação ao respeito dos direitos humanos, pode ser também um instrumento para aumentar a sua participação e cidadania, de forma que sejam consideradas em primeiro lugar como cidadãos e sujeitos de direitos, e só depois como utentes.

Aumentar a cidadania significa uma perspetiva de inclusão e um movimento para ver para além das categorias e das etiquetas (famílias desestruturadas, pais negligentes, doentes mentais, sem-abrigo, ex-reclusos), porque a utilização de um serviço específico não pode definir a identidade das pessoas, nem o seu estilo de vida. Se os cuidados são necessários para aliviar o sofrimento e responder a necessidades de saúde, não são suficientes para promover a cidadania. É preciso abrir oportunidades, formar ou reconhecer competências que permitam aos utentes tomar o controlo das suas vidas e trabalhar com eles em articulação com as redes comunitárias. A cidadania inclui todos os direitos humanos, não só os direitos civis, sociais e económicos, mas também os direitos culturais, de liberdade, identidade e reconhecimento, pois só o conjunto de todos eles pode garantir a autodeterminação e a participação das pessoas com doenças mentais.

Como é que esta filosofia se aplica ao trabalho dos assistentes sociais na saúde mental?

- Apoiando a organização de utentes e de famílias em grupos de discussão, grupos de auto ajuda, associações, e a sua participação em órgãos consultivos quer nos serviços, quer ao nível das políticas (comissões de avaliação e de planeamento de serviços, conselhos consultivos do governo, comissões de acompanhamento de medidas, grupos de investigação).
- Desenvolvendo metodologias de rede que favoreçam o diálogo, a partilha de informação e a aprendizagem da participação, no contexto dos serviços e na comunidade.
- Estabelecendo articulações e parcerias com grupos da comunidade, com outros serviços, com base em preocupações co-

muns e objetivos e recursos partilhados, contribuindo para a diminuição do estigma.

É evidente que, sem mudanças estruturais, esta filosofia pode resumir-se apenas a isso, uma filosofia, e não chegar a ser uma prática. Mas as mudanças estruturais, políticas, legislativas também podem ser desencadeadas por um conjunto de práticas, se forem consistentes no tempo, coerentes entre si, articuladas com os atores sociais, e se corresponderem às necessidades reais das pessoas, das famílias, das comunidades.

É nessa realidade que os assistentes sociais se podem ancorar, no conhecimento direto que têm das condições de vida, das potencialidades e das aspirações dos seus clientes. Mas, para poderem ir mais longe e abrir novos caminhos, é preciso que se disponham à reflexão, à análise dos problemas, a novas soluções, a uma nova atitude de parceria com os seus clientes, numa perspetiva de *empowerment*, participação e promoção da cidadania.

## Referências

- Alves, A. e Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2); 127-131. Recuperado de: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/sumario/vol-28-num-2-S0870902510X70018>>.
- Amaro, M. I. (2009). Identidades, incertezas e tarefas do serviço social contemporâneo. *Locus Social*, 2: 29-46. FCH – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Bachrach, L. (2000). Ensinaamentos da experiência americana na prestação de serviços de base comunitária. In Leff, J. (org.) *Cuidados na Comunidade. Ilusão ou realidade?*, pp. 47-64. Climepsi Editores. Lisboa.
- Banks, S. (2001). Ética em fragmentos. In Mouro, H. *100 anos de serviço social*, pp. 101-124.: Quarteto Editora. Coimbra.
- Bisneto, J. A. (2005). Uma análise da prática do serviço social em saúde mental. *Serviço social e sociedade*, ano 26. 82: 110-130. Cortez Editora. São Paulo.
- Buchbinder, E., Eisikovits, Z., e Karnieli-Miller, O. (2004). Social workers' perceptions of the balance between the psychological and the social. *Social Service Review*, December, pp. 531-551. The University of Chicago.
- Buss, P. e Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1): 77-93. Rio de Janeiro.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República*, n.º 19, Série I.

- Faleiros, V. P. (2002). *Estratégias em serviço social*. Cortez Editora. São Paulo.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Fazenda, I. e Domingos, P. (2016). Serviço social na saúde mental, uma visão multidimensional. *Serviço Social na Saúde Mental*, Programa Nacional para a Saúde Mental e Associação dos Profissionais de Serviço Social (org.). Edição Direção Geral da Saúde.
- Fraser, N. (2002). A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63: 7-20.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. Vol. 365, March. pp. 1099-1104. Recuperado de: <<https://www.thelancet.com/action/doSearch?occurrences=articleTitle&searchText=Social+Determinants+of+health+inequalities&code=lancet-site&searchType=quick&searchScope=fullSite&journalCode=>>>.
- Ministério da Saúde (2010). Dec.-lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República*, n.º 19.
- Morin, E. (2005). *Ciência com consciência*. Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro.
- OMS (2010). Relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, versão portuguesa: <[www.who.int/social](http://www.who.int/social)>(março 2015).
- ONU (2010). Da exclusão à igualdade: Reconhecendo os direitos das pessoas com deficiência. Manual para parlamentares. Edição do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008). Resumo Executivo, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde.
- Reichert, E. (2006). *Understanding human rights. An exercise book*. Sage Publications, Ltd. USA.
- Vásquez, J. e Almeida, J. (2004). Dossier OMS, Salud mental e derechos humanos: Un nuevo enfoque. *Átopos*. 1(2): 45-56.
- White, J. e McCollam, A. (2000). Service user's perspectives on social work activities for people experiencing mental health problems. In Ulas, M. e Connor, A. (org.). *Mental health and social work*. JKP. London.
- WHO (2012). Quality Rights Tool Kit, <[www.who.int](http://www.who.int)> (Outubro 2015).
- Vieira, I. (2015). *A participação. Um paradigma para a intervenção social*. Universidade Católica Editora. Lisboa.

