

# **BOAS PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL:**

**O EXEMPLO DO EMPOWERMENT**

# **SOCIAL WORKERS GOOD PRACTICES IN MENTAL HEALTH:**

**EMPOWERMENT AS AN EXAMPLE**

**Isabel Fazenda**

*Mestre em Serviço Social, CRC-W, Centro de Estudos do Bem-estar Psicológico, Familiar e Social da UCP  
ORCID: 0000-0003-1392-5152*

**Joaquina Castelão**

*Licenciada em Gestão, Presidente da FamiliarMente, Federação Nacional de Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental*

**Maria Eduarda Costa**

*Doutoranda em Serviço Social no ISCTE*

**Orlando Silva**

*Licenciado em Desenvolvimento Comunitário*

DOI: <https://doi.org/10.34628/bhmq-wr35>

*Data de submissão / Submission date: 22.04.2022*

*Data de aprovação / Acceptance date: 23.06.2022*



**Resumo:** Este artigo debruça-se sobre uma prática do Serviço Social na saúde mental que contribui para aumentar a autonomia, a participação, o acesso aos direitos e a cidadania, das pessoas em situação de exclusão ou discriminação devido a uma condição de doença mental. Falamos de *empowerment*, um processo de aquisição de poder, competências, direitos e oportunidades de integração social, que põe em prática princípios fundamentais do Serviço Social, como a autodeterminação.

A actual política de saúde mental em Portugal, contida no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020 (PNSM 2007-2020) coloca ênfase nos objectivos da vida independente, da participação e do *empowerment*. Sendo o *empowerment* visto como uma boa prática por diversos autores, considerámos pertinente reunir informação teórica sobre esse tema na saúde mental e no Serviço Social. Esta informação constitui o enquadramento conceptual para uma pesquisa realizada sobre as práticas dos assistentes sociais na saúde mental que contribuem para o *empowerment*, de acordo com critérios já validados por um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no respeito dos valores da profissão.

Essas práticas implicam o desenvolvimento de atitudes e competências profissionais que se traduzem em acções concretas, tais como: Criação de parcerias com utentes e famílias, e promoção da sua participação. Abertura de canais de comunicação e informação e oportunidades de decisão e escolha. Apoio psicossocial a utentes e famílias para responder a necessidades sentidas. Advocacia social para defesa dos direitos e acesso aos recursos sociais. Desenvolvimento de redes de suporte social individual e articulações institucionais. Apoio à criação e organização de associações ou redes de utentes ou famílias.

**Palavras-chave:** *Empowerment*; Reabilitação psicossocial; *Recovery*; Saúde mental; Serviço Social.

**Abstract:** This article focuses on a practice of Social Work in mental health that contributes to increase the autonomy, participation, access to rights and citizenship of people in situations of exclusion or discrimination due to a condition of mental illness. We are talking about empowerment, a process of acquiring power, competences, rights and opportunities for social integration, which puts into practice fundamental principles of Social Work, such as self-determination.

The current mental health policy in Portugal (National Mental Health Plan 2007-2020) emphasizes the goals of independent living, participation and empowerment. As empowerment is seen as a good practice by several authors, we considered it pertinent to gather theoretical information on this topic in mental health and Social Work. This information constitutes the conceptual framework for a research carried out on the practices of social workers in mental health that contribute to empowerment, according to criteria already validated by a study by the World Health Organization (WHO) and in respect of the values of the profession.

These practices imply the development of professional attitudes and skills that translate into concrete actions, such as: Creating partnerships with users and families, and promoting their participation. Opening channels of communication and information and opportunities for decision and choice. Psychosocial support to users and families to respond to felt needs. Social advocacy for the defense of rights and access to social resources. Development of individual social support networks and institutional articulations. Support for the creation and organization of associations or networks of users or families.

**Keywords:** Empowerment; Psychosocial rehabilitation; Recovery; Mental health; Social Work.

## Introdução

A escolha do tema deste artigo teve como propósito lançar luz sobre uma prática do Serviço Social, que, de forma particular na área da saúde mental, contribui para aumentar a autonomia, a participação, o acesso aos direitos e a cidadania, das pessoas em situação de exclusão ou discriminação. Falamos de *empowerment*, um processo de aquisição de poder, competências, direitos e oportunidades de integração social, que põe em prática princípios fundamentais do Serviço Social, como a autodeterminação.<sup>1</sup>

Contudo, em Portugal existe pouca evidência sobre a utilização desta prática pelos assistentes sociais, que se mostram mais focados nos dispositivos de proteção e reparação, fruto do seu envolvimento na aplicação das medidas do Estado Social, do que nos processos de autonomização e transformação. “Se a criação e consolidação dos sistemas de segurança social permitiram solidificar a presença de assistentes sociais no mercado de trabalho, tal evolução aprisionou, de certa maneira, o Serviço Social a um trabalho e função administrativos de concessão de prestações, verificação de meios e preenchimento de formulários.” (Amaro, 2012, p. 73). Marília Andrade refere também como prática predominante dos assistentes sociais uma intervenção centrada em dispositivos operativos de políticas sociais ou em projectos institucionais pré-fixados. (cit. em Amaro, 2012, p. 75)

---

<sup>1</sup> Este artigo resulta de uma relação colaborativa entre profissionais e pessoas com experiência pessoal no campo da saúde mental (utente e familiar), que participaram em todas as fases do projecto de investigação sobre **Boas práticas dos assistentes sociais na saúde mental: o exemplo do *empowerment***, e não apenas como consultores. Este estudo foi realizado no âmbito do Centro de Estudos do Bem-estar Psicológico, Familiar e Social (CRC-W) da Universidade Católica Portuguesa.

A atual política de saúde mental em Portugal expressa no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020 (PNSM 2007-2020) põe ênfase nos objetivos da vida independente, da participação e do *empowerment*, sendo, assim, uma oportunidade para os assistentes sociais que trabalham nos serviços de saúde mental actualizarem as suas práticas nesse domínio. Por outro lado, o *empowerment* é visto como uma boa prática por diversos autores, tanto na área da saúde mental como do Serviço Social (Deegan 1997, Faleiros 2001, Programa Nacional para a Saúde Mental 2007, Ornelas 2008, Branco 2009, Vieira 2015). Citamos como exemplos:

- “O *empowerment* do sujeito, individual e colectivamente, para mudar suas relações, constitui a base da estratégia de intervenção do Serviço Social” (Faleiros, 2001:325)
- “O *empowerment* é entendido como estratégia do Serviço Social para alterar as relações sociais, através da apropriação do poder, implicando os sujeitos na decisão e afectação dos recursos.” (Vieira, 2015:131)
- “a percepção desta visão (de *recovery*) permite aos profissionais incluir na avaliação dos seus programas as dimensões da auto-estima, realização pessoal, *empowerment* e autonomia das pessoas com doença mental, como indicadores de uma intervenção correcta que respeita os seus direitos.” (PNSM 2007-2016:86)
- “The concept of *empowerment* is based on a number of important values. Integral to the concept of *empowerment* is a profound reverence for the fundamental value of each human being as a subject who can act. Any act on the part of social workers...which enhances the opportunity for human beings to act on their own behalf, is empowering social work praxis.”<sup>2</sup> (Deegan, 1997:14)

---

<sup>2</sup> “O conceito de *empowerment* é baseado num certo número de valores importantes. Uma profunda reverência pelo valor fundamental de cada ser humano como um sujeito que pode agir, é parte integrante do conceito de *empowerment*. Todas as práticas dos assistentes sociais...que promovem a oportunidade dos seres humanos de agir por decisão própria, são práticas de serviço social *empowering*.” (Deegan, 1997:14, tradução livre).

Por esse motivo a informação teórica sobre *empowerment* incluída neste artigo, serviu como fundamentação duma pesquisa empírica sobre as práticas dos assistentes sociais na saúde mental que contribuem para o *empowerment*, tendo em conta critérios validados por um estudo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) e os princípios fundamentais da profissão.

Neste artigo descreve-se resumidamente o contexto em que ocorrem as práticas de saúde mental, o conceito de doença mental e o impacto das perturbações mentais, e caracterizam-se os movimentos de transformação na saúde mental, que, em Portugal, contribuíram para a reforma da saúde mental contida no PNSM 2007-2020, e, por fim, apresentam-se as perspectivas que se abrem para a intervenção do Serviço Social no âmbito desse Plano.

Como enquadramento teórico privilegiamos a perspectiva das Boas Práticas como contribuição para uma visão positiva da acção do Serviço Social (Jones, Cooper e Ferguson, 2008). Apresentamos o conceito de *empowerment* e o processo através do qual se desenvolve. Referimos ainda o “Projeto OMS Europa” (WHO, 2010) a partir do qual definimos indicadores para avaliar as práticas dos assistentes sociais na saúde mental que contribuem para o *empowerment*.

## 1. Contexto histórico e político em saúde mental

### 1. 1. Conceito de doença mental e impacto das perturbações mentais

O conceito de doença mental abrange várias perturbações que afectam o pensamento, a percepção e o comportamento emocional e social. Caracteriza-se por reacções emocionais inapropriadas, com vários padrões e níveis de gravidade, por um comportamento socialmente desadequado e dificuldades de comunicação, mas não por insuficiência primária das capacidades intelectuais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em 2001 a seguinte definição: “Entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações

do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.” (OMS, 2002, p.53). As doenças mentais resultam de uma complexa interacção entre factores fisiológicos, psicológicos e sociais, e afectam pessoas de todas as condições e em todo o mundo. Estudos promovidos pela OMS acerca do peso dos determinantes sociais na saúde mental têm chamado a atenção para a importância dos factores do meio, do micro ao macro nível, desde as características do comportamento individual, aos laços comunitários e das redes de suporte, até às condicionantes económicas, políticas e estruturais. (WHO, 2008).

As perturbações mentais e comportamentais têm um impacto significativo ao nível individual, familiar, económico e social. A incapacidade para o trabalho e para o lazer, o fardo económico e psicológico para as famílias, as perdas de produtividade, os reflexos na saúde global e na qualidade de vida, são fortes indicadores dos efeitos negativos das doenças mentais. (OMS, 2002). Estes indicadores não são fáceis de medir, mas a OMS desenvolveu uma metodologia de avaliação, designada como Carga Global das Doenças, que introduziu um novo parâmetro de medida – os anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI)<sup>3</sup> – que se aplica fundamentalmente às doenças crónicas, incluindo as doenças mentais, porque permite avaliar não só a morbilidade e a mortalidade, mas também a incapacidade para a actividade produtiva. “Uma maneira de explicar a cronicidade das perturbações e a incapacidade por elas causada é a metodologia da Carga Global de Doenças (CGD).” (OMS, 2002, p. 59). Um AVAI é um ano perdido de vida saudável e produtiva. As estimativas de 2001 mostram que as doenças mentais e neurológicas são responsáveis por 13% dos AVAI totais resultantes de todas as doenças ou lesões, e prevê-se que esta carga tenda a aumentar.

No nosso país a situação é semelhante. “Graças aos trabalhos do grupo internacional do *Burden of Diseases*, sabe-se que, em 2010, as doenças mentais representavam uma taxa de 11,75% de todos os

---

<sup>3</sup> DALY (Disability Adjusted Life Years) designação original do Global Burden of Diseases (1996).



DALY's em Portugal." (Almeida, 2018, p. 56). Ainda, "Em termos de anos de vida vividos com incapacidade, as doenças mentais e do comportamento, em Portugal, correspondiam em 2010, a 23,38% do total de todas as doenças." (idem, p. 57).

Reconhecendo o impacto individual, social e económico das perturbações mentais, a OMS refere no seu Relatório Mundial de 2001 que os custos económicos mensuráveis, diretos e indiretos, incluem os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a diminuição da produtividade, o impacto na família e nos prestadores de cuidados, a mortalidade prematura por suicídio, e outros. (OMS, 2002).

## 1. 2. Movimentos de transformação na saúde mental

### Desinstitucionalização

O hospital psiquiátrico cristaliza em si todos os ingredientes do estigma e da discriminação: isolamento em relação à sociedade, dependência do poder institucional, perda da individualidade e da capacidade de decisão dos doentes sobre a sua própria vida. A consciência destes aspectos negativos resultou de estudos sobre os hospitais mentais, que trouxeram à luz as consequências negativas deste tipo de tratamento baseado no confinamento e na separação dos doentes do seu meio familiar e social. (Foucault, 1975).

Os movimentos dos direitos humanos vieram denunciar as condições humanas degradantes em que os doentes eram mantidos, sobretudo nos hospitais psiquiátricos de grandes dimensões. Por outro lado, os modelos de tratamento também evoluíram com a descoberta dos medicamentos antipsicóticos, que permitiram melhorar os sintomas e o comportamento dos doentes, e iniciar outras formas de tratamento como a terapia ocupacional, as comunidades terapêuticas, os hospitais de dia, os lares de transição, que foram surgindo como alternativas aos hospitais, assim como a maior aceitação dos doentes pelas famílias e pela comunidade.

Nos anos 70 do séc. XX surgiu em Itália o Movimento da Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia, (1970) psiquiatra que foi o precursor da reforma psiquiátrica italiana, e que veio

pôr em prática as ideias da desinstitucionalização, impulsionadas pelos escritos de Michel Foucault.

O encerramento dos hospitais psiquiátricos foi então acompanhado pela criação de centros de saúde mental, de residências na comunidade apoiadas por equipas de saúde mental, e de empresas sociais ou cooperativas destinadas à contratação de pessoas com doenças mentais.

Estas inovações depararam com enormes resistências, porque iam contra as práticas estabelecidas e os preconceitos em relação às doenças mentais, mas o investimento em programas de investigação sobre estes novos métodos de tratamento foi dando os seus frutos, e demonstrando que o modelo da Psiquiatria Comunitária podia contribuir para a melhoria das condições de vida dos doentes e envolvê-los em actividades que promovem uma vida comunitária significativa. Como afirma Rappaport “No Movimento da Saúde Mental Comunitária foi reconhecida a importância vital do processo de desinstitucionalização.” (Rappaport, 1990, p.143). Esta visão demonstra que é necessário um conjunto de intervenções de natureza psicossocial, como a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado ou protegido, os clubes sociais, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir aos doentes viverem na sua comunidade. Por isso a Psiquiatria Comunitária veio a organizar-se como um sistema de cuidados diversificados e interdisciplinares, que deve assegurar a continuidade do tratamento na comunidade.

### Saúde Mental Comunitária

A partir dessas mudanças a reforma da Psiquiatria concretizou-se em muitos países, embora a ritmos diferentes, pela criação de Centros de Saúde Mental ou de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais, “com o objectivo de servir áreas geográficas específicas e reduzir a necessidade de pessoas com dificuldades a nível emocional se afastarem das suas famílias, redes sociais e vizinhança.” (Rappaport, 1990, p.143). Reconheceu-se que os doentes devem ser tratados no seu próprio meio e de preferência nos serviços de saúde geral, embora sejam necessários também serviços específicos, como

hospitais de dia, centros comunitários, residências protegidas, centros de intervenção na crise, serviços de reabilitação, e outros.

Os cuidados na comunidade exigem a participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais, além dos psiquiatras, como enfermeiros comunitários, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psicomotricistas, numa abordagem interdisciplinar.

Esta evolução deu origem a uma nova designação que substituiu o conceito de Psiquiatria Comunitária pelo de Saúde Mental Comunitária. “A saúde mental comunitária é um movimento social, inspirado no Movimento dos Direitos Civis, que emergiu nos anos 60, como alternativa ao tratamento com base nas instituições.” (Ornelas, 2008, p. 81).

O movimento da saúde mental comunitária deu uma maior ênfase ao conceito positivo de saúde mental, à sensibilização da sociedade para a aceitação e o respeito pela diversidade e o reconhecimento dos direitos das pessoas que sofrem de perturbações mentais, e focou a atenção no carácter social das doenças mentais, pelas quais toda a comunidade é responsável, numa perspetiva de saúde pública.

### Reabilitação psicossocial e *empowerment*

O conceito de reabilitação foi associado principalmente à deficiência física ou motora, e tem sido difícil reconhecer que o processo curativo não é suficiente para ultrapassar as consequências das perturbações mentais, principalmente devido aos preconceitos e mitos ligados a estas doenças. De facto, a farmacologia, a psicoterapia e outras técnicas terapêuticas reduzem ou eliminam os sintomas e melhoram a saúde mental, mas não podem, por si sós, ajudar as pessoas a atingir o seu potencial de vida independente na comunidade, no aspecto pessoal, profissional, residencial, económico e de lazer. Por isso a reabilitação psicossocial é indispensável para promover a integração social e a participação na comunidade das pessoas com perturbações mentais, como foi reconhecido no Plano Nacional de Saúde Mental em vigor:

A reabilitação é uma das fases do *continuum* de serviços necessários para que as pessoas com perturbações mentais possam, não só ultrapassar os sintomas patológicos, mas também recuperar a sua dignidade, e um nível de funcionamento que lhes permita participar na comunidade onde vivem. O objectivo deste processo, numa perspectiva holística, é dar resposta às necessidades globais da pessoa, quer no aspecto físico e psicológico, como familiar, profissional, educacional, económico e cultural, de modo a favorecer o máximo de autonomia e integração social. (PNSM 2007-2020, p. 48).

A OMS definiu a reabilitação psicossocial como:

...um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. (OMS, 2002, p. 116).

Em relação às mudanças ambientais refere: “As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e individuais e a criação de um sistema de suporte de longa duração” (idem).

O movimento da reabilitação psicossocial foi ampliado e reconfigurado pelo conceito de *empowerment*, que surgiu como resultado da evolução das concepções de autonomia e responsabilidade individual, e de uma maior consciência da falta de poder dos grupos excluídos, que incluem as pessoas com doenças mentais. O objectivo do processo de *empowerment*, como veremos mais adiante, vai além da aquisição de competências, é também o aumento do poder, da autonomia, do reconhecimento dos direitos e da participação das pessoas que estão marginalizadas devido à sua condição de saúde mental.

Por outro lado, o *empowerment* é uma contribuição valiosa para o *recovery*. Este conceito emergiu na década de 80 em escritos de

peças com experiência de doença mental, referindo-se à forma como aprenderam a lidar com os sintomas, a recuperar uma boa saúde mental e um novo sentido de identidade positiva, autodeterminação e participação (Ornelas, 2008). É uma visão subjectiva do que é significativo e válido para cada pessoa, um caminho pessoal para uma vida mais satisfatória, que dá uma grande importância à experiência das próprias pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações e ao seu percurso pessoal para a recuperação (Anthony, 1993). Não é uma forma de intervenção dos profissionais, mas a visão de *recovery* relaciona-se com a concepção do Serviço Social baseada nas forças:

Recovery based activities are aligned to the concepts of strengths based practice and it indeed very much linked to the social work values of practice. This concept of recovery has emerged in mental health as a response to the dominant view that practitioners are seen as the experts and clients are seen to be passive receipts of treatment. (Francis, 2014, p. 264)<sup>4</sup>.

O processo de *recovery* é descrito pelos utentes como uma mudança de atitudes, valores, significações e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projecto de vida (Deegan, 1997). É um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória. Não sendo uma estratégia de acção profissional, esta visão permite aos profissionais incluir na avaliação dos seus programas, as dimensões da auto-estima, realização pessoal, *empowerment* e autodeterminação das pessoas com doença mental, como indicadores de uma intervenção

---

<sup>4</sup> As actividades baseadas no *recovery* relacionam-se com a concepção do Serviço Social baseada nas forças e estão muito ligadas aos valores da prática do Serviço Social. Este conceito de *recovery* surgiu na saúde mental como resposta à concepção dominante em que os profissionais são vistos como peritos e os clientes são vistos como recipientes passivos do tratamento. (Francis, 2014, tradução livre).

que respeita os seus direitos e contribui de forma decisiva para o *recovery*. Como afirma Daniel Fisher: “There is emerging agreement among us that a dialogue approach is empowering, which is why it is very important to recovery. In fact, empowerment may be one of the most important elements of recovery.”<sup>5</sup> (Fisher, 2018, s/p.).

### Perspectiva dos direitos humanos

As pessoas que sofrem de perturbações mentais, em virtude da sua vulnerabilidade psicológica e da situação de desvantagem social em que muitas vezes se encontram, são frequentemente vítimas de violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais, tais como tratamento cruel e desumano ou sujeição a condições de vida degradantes e indignas. Além do sofrimento devido à sua doença, têm ainda que enfrentar o estigma e a discriminação da sociedade. Este estigma manifesta-se por estereótipos, medo e rejeição, exclusão social e negação dos direitos e liberdades básicas, dos direitos civis, políticos, económicos e sociais, e ainda por restrições no acesso a cuidados de saúde, a protecção social, a oportunidades de emprego e de participação na comunidade. (Fazenda, 2008).

Apesar de a importância dos direitos humanos ter sido progressivamente reconhecida pela comunidade internacional nos últimos 50 anos, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), não existiu, durante muito tempo, nenhuma declaração vinculativa referente aos direitos das pessoas com problemas mentais. Devido ao fenómeno da invisibilidade que está relacionado com o estigma que acompanha a doença mental, este assunto foi ignorado durante várias décadas. (idem).

Em 2001 verificou-se um alargamento do interesse internacional pela saúde mental. A OMS afirma no seu Relatório anual de 2001: “As políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos: igualdade e não discriminação; o direito à privaci-

---

<sup>5</sup> Existe um acordo entre nós sobre uma abordagem de diálogo como factor de *empowerment*, é por isso que ela é muito importante para o *recovery*. De facto, o *empowerment* pode ser um dos mais importantes elementos do *recovery*. (Fisher, 2018 s/p.).

dade; autonomia individual; integridade física; direito à informação e participação; liberdade de religião, reunião e movimento” (OMS, 2002, p.147-148). Afirma ainda que a legislação sobre saúde mental de todos os países deve garantir que a dignidade dos doentes seja preservada e os seus direitos fundamentais sejam protegidos.

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) trouxe avanços significativos nesta área, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental e regulamentando o processo de internamento compulsivo. Também consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental, tal como esses Princípios preconizam, como um direito das pessoas com doenças mentais, e prevê a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM) órgão consultivo do Governo sobre políticas de saúde mental.

Em 2006 as Nações Unidas publicam a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, (ONU, 2006) que veio englobar no conceito de incapacidade as limitações decorrentes das perturbações mentais, e realçar a importância das barreiras sociais na construção dessas limitações. Sendo um documento com carácter vinculativo, obriga os países que a assinaram, entre os quais Portugal, a tomar medidas para corrigir as situações de violação dos direitos das pessoas com doença mental.

Mais recentemente a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou o *Statement by Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, em que afirma: “The human right to health is understood to inclusively guarantee the right to the highest attainable standard of physical *and* mental health. There can be no health without mental health and everyone is entitled to an environment that promotes health, well-being, and dignity.”<sup>6</sup> (Púras, 2017).

---

<sup>6</sup> O direito humano à saúde é entendido para garantir o direito ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental. Não pode haver saúde sem saúde mental e toda a gente deve um ambiente que promova a saúde, o bem-estar e a dignidade. (Púras, 2017, p.1, tradução livre).

As implicações desta afirmação são referidas por Caldas de Almeida no seu livro *A saúde mental dos portugueses*:

“O direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental tem uma relevância muito especial, possuindo implicações significativas na organização dos serviços, nomeadamente no que diz respeito ao acesso a serviços adequados e profissionais, ao direito a tratamento individualizado e reabilitação e a tratamento promotor da autonomia, bem como ao direito a serviços baseados na comunidade e a serviços o menos restritivos possível.” (Almeida, 2018, p. 44).

O mesmo documento da ONU refere ainda a importância das condições sociais que suportam a saúde mental: “The right to health includes entitlements to both healthcare services and certain pre-conditions which support mental health – social and underlying determinants.”<sup>7</sup> (Pūras, 2017) O acesso a cuidados de saúde, alimentação, habitação, educação e emprego, outros factores sociais e psicossociais afectam a saúde mental, assim como a qualidade das relações sociais, familiares e comunitárias.

### Participação de utentes e cuidadores

As pessoas que utilizam os serviços de saúde mental são tradicionalmente vistas como recetores passivos, dos cuidados e dos programas, incapazes de expressar as suas necessidades e desejos, e sujeitas a formas de tratamento sobre as quais coube a outros a formulação e a decisão. Mas nas últimas décadas começaram a organizar-se para dar a sua opinião sobre os serviços e as políticas de saúde mental. A perspectiva da participação de utentes e famílias na definição das políticas é relativamente recente, mas em muitos países começa a ser consensual que o desenvolvimento dos serviços

---

<sup>7</sup> O direito à saúde inclui tanto os serviços de saúde como condições prévias que suportam a saúde mental – os determinantes sociais e estruturais. (idem).



deve ser orientado também pela visão dos utentes, e não apenas pelas decisões técnicas e políticas.

Existem diversas razões que contribuem para promover o envolvimento dos utentes e dos familiares nos serviços de saúde mental. 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 activos. (Fazenda, 2008, p. 58).

Para os profissionais, incluir a visão dos utentes é não só uma questão de direitos, como a garantia de que os serviços correspondem 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. (Fazenda, 2008).

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 directa de serviços, através de formas diversas, como resposta a questionários de satisfação e qualidade, participação em actividades de gestão, avaliação, investigação e *advocacy*. Os níveis de envolvimento também podem variar conforme o grau de compromisso e responsabilidade assumidos pelos utentes e familiares: Receber informação sobre o seu diagnóstico, os tratamentos e serviços disponíveis, suas características e implicações a longo prazo. Ter uma voz activa na tomada de decisões sobre os planos de tratamento e reabilitação. Participar em reuniões ou grupos de planeamento, avaliação, investigação, formação, comissões em parceria com os serviços públicos. Fazer *advocacy* para defesa dos direitos e luta contra o estigma. Exercer controle sobre decisões ao nível político, de planeamento, atribuição de recursos e orçamentos, localização de serviços. (White and McCollam, 1999).

Os assistentes sociais podem contribuir para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação através dum processo de *empowerment*, sendo

seus aliados, mas para que isso aconteça têm que 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 and McCollam, 1999, p. 224)<sup>8</sup>.

### 1.3. Reforma da saúde mental em Portugal

A reforma dos serviços de saúde mental em Portugal, no sentido da substituição do modelo hospitalar/asilar pelo modelo comunitário, tem sido muito lenta e recheada de acidentes de percurso, quer pela escassa intervenção estatal, quer pela resistência oferecida pelos sectores mais conservadores da Psiquiatria à introdução dos princípios e das práticas da Psiquiatria Comunitária. Em 1988, Julian Rappaport, psicólogo americano, afirmou na sua intervenção no I Congresso de Psiquiatria Comunitária em Lisboa “(...) durante os tempos do conservadorismo político, as teorias e os programas dos profissionais de saúde mental, tendiam a ser intrapsíquicos e biológicos, evidenciando intervenções nos indivíduos.” (Rappaport, 1990, p. 154). Em Portugal, mesmo após 1974, o paradigma continuou a ser esse durante muito tempo, apesar das tentativas de mudança de alguns psiquiatras que lideraram os serviços de saúde mental na década de 90, que ficaram por cumprir devido a viragens políticas. Só em 1998, com a publicação da Lei de Saúde Mental 36/98, veio a consagrar-se o modelo comunitário da saúde mental para a prevenção, a prestação de cuidados e a reabilitação.

No âmbito desta evolução das políticas de saúde mental em Portugal, foi aprovado em 2007 o Plano Nacional de Saúde Mental, que permitiu o início da concretização da reforma da saúde mental, e foi aprovada recentemente a nova Lei de Saúde Mental. A visão que orienta este Plano é “Assegurar a toda a população

---

<sup>8</sup> “É preciso reconhecer o poder que os profissionais de serviço social podem exercer sobre os utentes dos serviços nos seus esforços para se envolverem mais nos serviços que recebem.” (White and McCollam, 1999, tradução livre)

portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.” (PNSM, Resumo executivo, p.13).

No quadro seguinte transcrevemos os valores e princípios que fundamentam as opções e propostas deste Plano.

### Quadro 1: Valores e Princípios do PNSM

VALORES	PRINCÍPIOS
Cuidados na comunidade	Os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível, de preferência na comunidade e nos hospitais gerais
Direitos humanos	As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, a cuidados adequados, a residência e emprego, assim como proteção contra todos os tipos de discriminação
Coordenação de cuidados	Em cada área geo-demográfica, os serviços devem ser coordenados e integrados para facilitar a continuidade de cuidados
Abrangência	Os serviços devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, para responder ao conjunto de necessidades de cuidados de saúde mental da população abrangida
Participação	As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam, e os familiares devem ser vistos como parceiros activos na prestação dos serviços a para isso receberem a informação necessária
Acessibilidade e equidade	Os serviços devem ser prestados a todas as pessoas sem distinção de idade, género, local de residência, situação social e económica.
Recuperação ( <i>recovery</i> )	Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental.

Fonte: Resumo Executivo do PNSM, 2009 p. 13-14.

#### 1.4. Perspectivas para o Serviço Social no âmbito destas políticas

As orientações do PNSM enquadram a intervenção de todos os profissionais da saúde mental. No que ao Serviço Social diz respeito, elas estão em consonância com os valores e princípios da profissão, nomeadamente os da autodeterminação e participação. As metodologias de *empowerment*, em particular, têm em conta as questões de poder, profissional e institucional que estão presentes na acção do assistente social. “A desigualdade de poder entre o assistente social e o utente é um fenómeno interactivo, a passividade e a dependência são o reverso da medalha do poder institucional, quanto mais poder o profissional evidencia, maior submissão e incapacidade demonstram os utentes.” (Fazenda, 2008, p.168).

Nesta medida, implicam o desenvolvimento de atitudes e competências profissionais que se traduzem em ações concretas: Criar parcerias com utentes e famílias, para promover o seu *empowerment*, participação e autodeterminação. Abrir canais de comunicação e informação e oportunidades de decisão e escolha. Dar apoio às famílias através de grupos de suporte, informação ou psicoeducação. Promover condições estruturais para o exercício da cidadania, individual e colectiva. Praticar advocacia social para defesa dos direitos e acesso aos recursos, benefícios e prestações sociais. Desenvolver redes de suporte social individual e redes sociais ou institucionais.

## 2. Abordagem Das Boas Práticas No Serviço Social

O principal desígnio da perspectiva das Boas Práticas é promover o conhecimento acerca do Serviço Social através da análise de exemplos de práticas positivas. O objetivo é produzir conhecimento que demonstre que o bom trabalho é “terapêutico” e de suporte, mas também desafiador das estruturas de poder. O que é importante não é definir práticas perfeitas, mas sim encontrar formas de teorizar a complexidade das situações que o

Serviço Social enfrenta que incluem uma quantidade de níveis inter-relacionados, incorporando o pessoal, o organizacional e o social e político. A vida íntima das pessoas com as suas vulnerabilidades, sofrimentos, mas também as suas forças e resiliências, constituem uma experiência vivida, que reflecte fatores estruturais, de desigualdade e de poder que contribuem para os problemas dessas pessoas. Esta teoria crítica deve alimentar novas formas de “imaginação radical” que produzam melhores práticas do Serviço Social. (Jones, Cooper e Ferguson, 2008).

Está na ordem do dia a abordagem da “prática baseada na evidência”, fundada em dados recolhidos através da investigação experimental, confirmada por provas, grupos de controle, usando amostras extensas em termos de médias estatísticas, probabilidades e métodos quantitativos, mas estes métodos têm sérias limitações no Serviço Social, são apenas complementares aos métodos qualitativos. (idem).

Para nós, Boas Práticas são mais do que resultados numéricos, incluem os processos, a ação e as nuances de como a prática é feita, e as suas consequências, de acordo com os princípios e os valores democráticos do Serviço Social. Nesta perspectiva podem ser uma contribuição para uma concepção de “*evidence based practice*” que inclua a noção de boas práticas, baseada num processo indutivo de construção do conhecimento pelos vários intervenientes, e que resulta de uma negociação de interesses diversos, de acordos e desacordos entre as pessoas envolvidas. Produzir este conhecimento implica adotar teorias e métodos que dão prioridade à compreensão da experiência das pessoas e ao significado que têm para elas. Esse processo tem que incluir múltiplas fontes e contribuições, não apenas a dos académicos e dos políticos. (Jones, Cooper e Ferguson, 2008).

O desafio crucial da análise crítica das Boas Práticas é construir, a partir dessas diferentes narrativas, uma representação unificadora da (boa) prática. Demonstrar o valor do que se faz na prática não pode ser apenas casuística, é preciso ultrapassar a visão individual para poder generalizar e aplicar a outras situações. E finalmente, as boas práticas fundamentam-se nos valores da profissão, como

o respeito pelo valor e dignidade de todas as pessoas, a autodeterminação, a justiça social e não discriminação, a defesa dos direitos humanos, a promoção do bem-estar humano. (Banks, 2001).

### 3. Teorias de *empowerment*

#### 3.1. O movimento de *empowerment*

O movimento de *empowerment* iniciou-se nos Estados Unidos no final da década de 70. Em Portugal é ainda uma abordagem incipiente e não exclusiva dos assistentes sociais. É utilizada por diversos técnicos de intervenção social, em várias áreas de acção. Parte do pressuposto que os grupos marginalizados e discriminados na sociedade sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir de benefícios económicos e sociais, assim como de participar nas decisões políticas que interferem nas suas vidas. Para alterar esta situação é necessário que esses grupos aumentem as suas competências e o seu poder.

O conceito de *empowerment* é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade. “O caminho histórico que alimentou este conceito visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.” (Pinto, 1998, p.247). Esta abordagem ultrapassa a tentação de atitudes paternalistas, de protecção excessiva e de tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais, visto que o seu objectivo é a autonomia das pessoas desfavorecidas e a sua participação a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspectiva de parceria. Isto exige uma mudança de atitude dos profissionais, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades dos utentes.

Para os utentes, o *empowerment* é um conceito complexo e multidimensional, é um processo, mais do que um acontecimento. De acordo com Judi Chamberlin, activista com experiência de doença mental:

There are genuine benefits when clients begin to control their own lives, and when practitioners become guides and coaches in this process, rather than assuming the long-term, paternalistic role of supervisors. Such a shift of roles and practices would make rehabilitation services truly transformative in the lives of their clients.<sup>9</sup> (Chamberlin, 1997, p.46).

Esta autora refere como elementos chave do *empowerment*, o acesso a informação, a capacidade de escolha, assertividade e auto-estima. (Chamberlin,1997).

Outro autor com experiência de doença mental refere que pessoas diagnosticadas com esquizofrenia são capazes de integrar na sociedade e de gerir as suas vidas:

Research carried out at the National Empowerment Center has shown that people can fully recover from even the most severe forms of mental illness. In-depth interviews of people diagnosed with schizophrenia have shown that these people are capable of regaining significant roles in society and of running their own lives.<sup>10</sup>(Fisher, 2017, s/p).

---

<sup>9</sup> “Há benefícios genuínos quando os utentes começam a controlar as suas vidas, e os profissionais se tornam guias, mais do que assumir o papel paternalista de supervisores. Esta mudança de papéis e de práticas fará da reabilitação uma verdadeira transformação na vida das pessoas com doenças mentais.” (Chamberlin, tradução livre).

<sup>10</sup> “A investigação desenvolvida no *National Empowerment Center* demonstrou que as pessoas podem recuperar plenamente mesmo das formas mais severas de doença mental. Entrevistas em profundidade com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia mostraram que essas pessoas são capazes de retomar papéis significativos na sociedade e de gerir as suas próprias vidas.” (Fisher,2017, tradução livre)

Patricia Deegan tornou-se influente na formulação dos conceitos de *empowerment* e de *recovery*, introduzindo uma mudança radical na visão dos profissionais ao revelar a sua própria experiência de lidar com a doença mental e desafiou as concepções tradicionais acerca dos utentes como objectos passivos do tratamento psiquiátrico. Ela fala de *empowerment* como uma luta para ganhar poder, para se tornar dona do seu corpo e da sua vida, e para conseguir o direito de tomar decisões por si própria e fazer escolhas, e de ter acesso a recursos e oportunidades para realizar os seus objectivos. *Recovery*, na sua opinião, não é uma cura, mas uma viagem em direcção a uma vida com significado, ultrapassando as limitações da sua condição e as barreiras sociais ligadas ao estigma. (Deegan, 1997).

*Empowerment* é um conceito crucial para a visão da Organização Mundial de Saúde sobre promoção da saúde. Para a OMS Europe, *empowerment* é um processo social multidimensional através do qual pessoas e grupos ganham maior conhecimento e controle sobre as suas vidas. Como resultado, são capazes de mudar o seu meio para melhorar as suas condições de vida. Ser incluído na sociedade em que se vive é vital para o *empowerment*, pois favorece o bem-estar, a equidade e o direito à saúde. (WHO Europe, 2010).

No contexto da saúde mental, *empowerment* refere-se ao nível de escolha, influência e controle que os utentes podem exercer sobre as suas vidas. A chave para o *empowerment* é a remoção das barreiras sociais e institucionais e a transformação das relações de poder entre os utentes, os profissionais, os serviços e os governos. Historicamente as pessoas com doenças mentais têm falta de voz por causa do estigma que actua a vários níveis: estrutural, dos serviços, da comunidade, e impede a participação dos utentes e cuidadores nas tomadas de decisão.

O *empowerment* não é só uma questão de valores e de direitos, mas também conduz a resultados positivos, como bem-estar pessoal e social, independência, motivação para participar e maior envolvimento na comunidade.

Os direitos mais referidos por utentes são o direito à autonomia, poder de decisão e auto-determinação, o acesso a serviços, recursos e informação, o direito a ser reconhecido pela lei sem discriminação, à luta contra o estigma e a serviços inclusivos com en-



volvimento de utentes e cuidadores e a possibilidade de escolha em que existam várias opções relevantes para que a pessoa possa escolher, e apoios para fazer essas escolhas se necessário. (Chamberlin 1997, Deegan 1997, Fisher 2017).

Tendo em conta estes pressupostos, a OMS promoveu um projecto, numa parceria da OMS Europa com a Comissão Europeia, em 2010, com a participação de vários países europeus, para apoiar iniciativas de promoção do *empowerment*, e desenvolver indicadores para a sua avaliação. O principal objectivo é o suporte dos estados membros para melhorar as suas estratégias para o *empowerment* dos utentes dos serviços de saúde mental e suas famílias. Para avaliar o *empowerment* de utentes e cuidadores foram identificadas no Projecto da OMS Europa como áreas chave nos processos de *empowerment* nos países europeus, as seguintes áreas de acção:

- 1 - Protecção de direitos humanos e luta contra o estigma e a discriminação.
- 2 - Acesso universal a serviços de qualidade.
- 3 - Acesso a informação e recursos.
- 4 - Inclusão dos utentes e famílias na tomada de decisões.
- 5 - Capacidade de organização local para obter apoios das estruturas governamentais.

### 3.2. Conceito de *empowerment*

A perspectiva de *empowerment* num contexto comunitário consiste “em identificar, facilitar ou criar contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas possam ser compreendidas, ter uma voz e influência sobre as decisões que (...) afectam as suas vidas.” (Rapaport, cit. in Ornelas, 2008, p.47). Ao nível individual, o *empowerment* é o processo através do qual os indivíduos ganham o controlo sobre as suas vidas e a participação democrática nas suas comunidades. (Idem, p. 52). As componentes de controlo, consciência crítica e participação levam ao aumento da auto-estima, da confiança e das competências, e a novas ações no contexto social e político.

O *empowerment* pode ser definido como um processo de aquisição de recursos e de poder:

Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. (Pinto, 1998, p. 247).

O objectivo do *empowerment* é fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitas a discriminação e exclusão, e por outro lado, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses económicos, e lutar contra a opressão. Pretende favorecer a efectiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos. Para atingir este objectivo tem que haver também um processo de distribuição de poder. Uma visão estática do poder mostra-o como uma relação estruturada de dominação/submissão. Na abordagem do *empowerment* o poder provém de várias fontes, sociais, económicas, políticas e culturais, e pode ser gerado e disseminado através das interações sociais. Nesta nova configuração ocorre uma redistribuição do poder entre os vários actores que favorece a sua participação em todos os contextos.

Os elementos que compõem do *empowerment* são, de acordo com Pinto (Pinto,1998): *Advocacy*, Suspensão da descrença, Validação, Comunidade, Sinergia. O modelo de *empowerment* delineado por Anderson *et al.* (cit. in Payne, 2002) engloba cinco dimensões da prática – **pessoal, social, educacional, económica e política** – que interrelacionadas entre si irão permitir às pessoas aceder às necessidades individuais (poder pessoal), melhorar as suas capacidades de influenciar outros (poder interpessoal), e alterar a distribuição de poder (poder político).

Para que seja possível atingir os objectivos do *empowerment*, é necessário que se criem condições para o seu desenvolvimento, quer de carácter estrutural, quer ao nível das pessoas e grupos envolvidos.

Ao nível estrutural: apoios estatais a redes de utentes ou de cuidadores, proteção dos direitos humanos, serviços inclusivos, de promoção, prevenção e tratamento, de acesso universal e redução da discriminação e luta contra o estigma (OMS, 2010).

Ao nível individual e grupal: capacidade de organização local, acesso a informação e recursos, oportunidades de escolha, poder de decisão, envolvimento nos serviços e políticas, controle, consciência crítica e participação (Ornelas, 2008).

O *empowerment* é um elemento importante do desenvolvimento humano e contribui para o aumento de competências pessoais e sociais, tais como: Bem estar social, autonomia, aumento da auto estima e do sentimento de pertença a uma comunidade. Progressos no *recovery*. (WHO Europe, 2010). Influência nos processos de decisão pessoal, organizacional e política, inclusão social e contribuição para a comunidade. (idem). Trabalho em rede e parceria, partilha de responsabilidades, acesso aos direitos e recursos sociais, capacidade de organização local. (Ornelas, 2008).

### 3.3. *Empowerment* no Serviço Social

Segundo Faleiros, (2002) é com referência às relações de poder que consideramos a teoria e a prática do Serviço Social. O poder, em si, é uma relação. Uma relação complexa, que passa pelos processos de hegemonia e contra hegemonia, de dominação de raça, etnia, género, culturas, regiões, que constituem patrimónios ou, na expressão de Bourdieu, capitais. (cit. in Faleiros, 2002). Nas trajetórias individuais e coletivas pode haver um processo de fragilização pela perda desses patrimónios ou capitais, ou um processo de capitalização e *empowerment*.

Ainda para Faleiros, as relações de poder atravessam o quotidiano dos indivíduos e dos grupos, a sua identificação social e cultural, a sua autonomia, cidadania e participação social. O foco da intervenção social é um processo de articulação do poder dos utentes e dos profissionais para enfrentar as questões relacionais do dia a dia, que envolvem estratégias para dispor de recursos, poder, acesso, organização, informação e comunicação. (Faleiros, 2002).

O processo de intervenção é visto não só para solução imediata de problemas através de recursos, mas também para melhoria das condições de vida e de trabalho articuladas com a formação da identidade individual e coletiva do sujeito. “Quanto mais capacidade (energia, recursos, conhecimento, técnicas, mídia) tem um ator ou um grupo para fazer valer seus interesses no confronto com outros atores e grupos, de mais força dispõe.” (Faleiros, 2002:48). No entanto, como refere Branco:

O acesso aos recursos representa um meio e não um fim do processo de *empowerment*, mas não é o único nem mesmo o mais determinante. A mudança pessoal assume carácter central no processo de *empowerment* pois o que se visa é que os indivíduos em processo de *empowerment* se tornem actores e assumam o controle sobre o que é importante para si e para a sua comunidade. (Branco, 2009, p.90).

Como já referimos no conceito geral de *empowerment*, também para o Serviço Social este processo é multidimensional, envolvendo factores pessoais, sociais, educacionais, económicos e políticos. (Payne, 2002).

O envolvimento das pessoas na tomada de decisões e nas ações que lhes dizem respeito diretamente, não só reflete a base dos valores democráticos do Serviço Social, como aumenta a responsabilidade, permite atingir objetivos e desafia a discriminação institucionalizada. “Ainda que não de uma forma exclusiva, a perspectiva do *empowerment* implica a participação e envolvimento das pessoas implicadas desde a concepção de um programa e incitativa social que as afecta.” (Branco, 2009, p.89).

Podem definir-se alguns **princípios orientadores** para a prática do Serviço Social numa perspectiva de *empowerment*. (Pinto, 2001):

- 1 - Estabelecer uma relação de parceria com base na igualdade, o que implica ouvir o que as pessoas têm para dizer e partir desse ponto, dar toda a informação que o profissional pos-

sui, criar uma relação de troca, dar e receber, pedir tanto ao profissional como ao utente, manter um equilíbrio de poder entre o profissional e o cliente.

- 2 - Contextualizar a situação individual no meio envolvente e centrar o processo nas capacidades e recursos do utente e do seu meio.
- 3 - Respeitar o ritmo da pessoa ou do grupo e manter a continuidade do processo.
- 4 - Basear as acções nas preferências expressas pelas pessoas, grupos ou comunidades.
- 5 - Incentivar a participação activa dos utentes em todas as decisões e acções.

Finalmente, ainda Branco chama a atenção principalmente para a dupla significação do conceito de *empowerment* como um processo com dimensões individuais e sociais ou estruturais, dimensões essenciais na intervenção do Serviço Social, assim como a articulação entre elas: "...a perspectiva do *empowerment* como poder de agir implica o carácter simultâneo e irredutível da mudança pessoal e da mudança colectiva." (Branco, 2009, p.13).

#### **4. Boas práticas dos assistentes sociais na saúde mental que contribuem para o *empowerment***

Com base nas cinco áreas chave propostas pela OMS Europe para avaliar os processos de *empowerment* nos países europeus, construímos alguns indicadores para avaliação das boas práticas dos assistentes sociais na saúde mental que contribuem para o *empowerment*, que inserimos em três eixos de análise, e apresentamos no Quadro 2.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Com referência a estes indicadores foram descritos e analisados os resultados da pesquisa sobre o tema **Boas Práticas dos Assistentes Sociais que contribuem para o *Empowerment***, que serão publicados no âmbito institucional no qual essa pesquisa foi realizada.

**Quadro 2:** Eixos de análise em relação com os indicadores construídos

CONTEXTO	PROCESSO	IMPACTOS
INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES
<p>Acesso universal a serviços de saúde mental, de tratamento e reabilitação, adaptados a diferentes necessidades.</p> <p>Formação dos profissionais sobre <i>empowerment</i> e direitos humanos.</p> <p>Organização dos serviços.</p> <p>Acesso a informação e recursos sociais, financeiros e de protecção social.</p>	<p>Participação dos utentes nos planos de tratamento e de reabilitação</p> <p>Construção de projectos de vida.</p> <p>Valorização da experiência vivida como capital para o <i>empowerment</i>.</p> <p>Integração social e actividades na comunidade.</p> <p>Visão de <i>recovery</i> dos profissionais.</p> <p>Relação de colaboração e parceria entre profissionais e utentes.</p>	<p>Possibilidades de escolha, autonomia e decisão.</p> <p>Organização de utentes e famílias em grupos informais, associações ou redes.</p> <p>Acesso a procedimentos de reclamação.</p> <p>Participação nas decisões políticas.</p> <p>Garantia de respeito pelos direitos humanos.</p> <p>Redução do estigma e da discriminação.</p>

De acordo com estes indicadores consideramos que as boas práticas dos assistentes sociais na saúde mental contribuem para o *empowerment*, desde que:

1. Se insiram num contexto de organização adequada dos serviços, formação recebida sobre *empowerment* e direitos humanos, sistemas de cuidados que garantam acesso universal a serviços de tratamento e reabilitação que deem respostas às necessidades das populações e promovam o acesso a informação e recursos sociais, financeiros e de protecção social.
2. Procedam de forma a garantir a participação dos utentes nos

planos de tratamento e de reabilitação e na construção de projectos de vida, valorizem a sua experiência de vida como capital individual, promovam a sua integração na comunidade, adoptem uma visão de *recovery* e criem uma relação de colaboração e parceria com os utentes e famílias.

3. Proporcionem aos utentes possibilidades de escolha, autonomia e decisão, apoiem organizações de utentes ou famílias, favoreçam o acesso a procedimentos de reclamação, estimulem a participação ao nível das políticas.
4. Se orientem pela garantia dos direitos humanos, favorecendo a diminuição do estigma e da discriminação, e especialmente do direito ao mais alto nível de saúde mental possível, proporcionando as condições sociais que suportam esses direitos.

Consideramos que estas boas práticas exigem o desenvolvimento de atitudes e competências profissionais que se traduzam em ações concretas, já referidas anteriormente neste artigo, tais como:

- Criação de parcerias com utentes e famílias, e promoção da sua participação.
- Abertura de canais de comunicação e informação e oportunidades de decisão e escolha.
- Apoio psicossocial a utentes e famílias para responder a necessidades sentidas.
- Advocacia social para defesa dos direitos e acesso aos recursos sociais.
- Desenvolvimento de redes de suporte social individual e articulações institucionais.
- Apoio à criação e organização de associações ou redes de utentes ou famílias.

## Conclusões

O processo de *empowerment* não pode ser visto apenas como um percurso individual de aquisição de poder e autonomia das pessoas e gru-

*pos com uma condição vulnerável de saúde mental. Ele depende de diversas condições do contexto social e político, desde as orientações das políticas de saúde mental à forma de organização dos serviços, à formação e atitude dos profissionais, ao acesso a recursos, serviços e informação disponíveis, à cultura de respeito pelos direitos das pessoas com incapacidades resultantes de perturbação mental. Portugal, apesar de ter ratificado a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, ainda tem um longo caminho a percorrer para garantir efectivamente esses direitos.*

Por este motivo, não podemos correr o risco de valorizar apenas os processos de apoio às pessoas e grupos, que conduziram a uma lógica de individuação das causas dos problemas. “É de alguma forma neste registo que diversos autores assinalam o paradoxo que constitui converter défices de integração em problemáticas individuais.” (Branco, 2009, p. 87).

Devemos então concluir que “a perspectiva do *empowerment* como poder de agir implica o carácter simultâneo e irreduzível da mudança pessoal e da mudança colectiva.” (idem, p. 90). Importa, portanto, além de promover a aquisição e o reconhecimento de poder e de competências, assegurar a participação na comunidade e o acesso aos direitos, sociais, económicos e culturais que conduzam a uma efectiva inclusão e cidadania. Simultaneamente é preciso que se criem mudanças estruturais e políticas que suportem estes processos.

Neste contexto serão consideradas como Boas Práticas as formas de intervenção dos assistentes sociais na saúde mental que favorecem, facilitam e promovem o *empowerment* dos utentes e famílias, que contribuem para a redução do estigma e da discriminação, que correspondem aos indicadores de avaliação que construímos com base em propostas da OMS, e que respeitam os valores da profissão, como o valor e dignidade de todas as pessoas, a autodeterminação, a justiça social e a não discriminação, os direitos humanos e a promoção do bem-estar humano. (Banks, 2001). Na mesma linha de pensamento, a OMS Europa também refere que o bem estar é um resultado crucial do *empowerment*:



“Being included in the society in which one lives is vital to the material, psychosocial and political empowerment that underpins social well-being and equitable health.”<sup>12</sup> (WHO Europe, 2010, p.1).

Podemos então afirmar que o bem-estar pessoal e social é o resultado final de todo o processo de inclusão, participação e acesso aos direitos, que constituem dimensões do *empowerment*.

Apesar de esta realidade ser ainda incompleta em Portugal, existem factores contextuais que já abrem novos caminhos, como a emergência de legislação e medidas de política de saúde mental nas últimas décadas, a formação de base dos assistentes sociais em matérias como direitos humanos, *empowerment* e princípios de autodeterminação, a integração em equipas multidisciplinares, a possibilidade, ainda que limitada, de intervir ao nível legislativo, normativo e político, tanto por parte dos profissionais como dos representantes de utentes e famílias.

No entanto existem ainda barreiras que se opõem ao *empowerment*, nomeadamente as insuficiências da concretização das políticas, as medidas anunciadas e não implementadas que dificultam um progresso mais rápido para o reconhecimento dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e condicionam as práticas profissionais, a escassa atribuição de recursos e financiamento aos sistemas de cuidados de saúde mental e às organizações representativas dos utentes e famílias no nosso país.

As exigências institucionais de resolução de problemas imediatos, também condicionam a intervenção dos assistentes sociais, conduzindo a práticas profissionais de curto prazo, e deixando muitas vezes em segundo plano ações de capacitação e *empowerment*. Barreiras institucionais, burocráticas e políticas, impedem que se ultrapassem impasses resultantes da discriminação no contexto profissional e social em geral, da ausência de participação de utentes e famílias ao

---

<sup>12</sup> Ser incluído na sociedade em que se vive é vital para o empoderamento material, psicossocial e político, que sustenta o bem-estar social e a saúde equitativa” (WHO Europe, 2010, p.1, tradução livre).

nível dos serviços e do estigma relacionado com a doença mental. As políticas de saúde mental contidas no Plano Nacional de Saúde Mental constituem um contexto favorável à promoção do *empowerment*, mas não se encontram ainda completamente implementadas.

## Referências bibliográficas

- Almeida, José Caldas (2018) *A saúde mental dos portugueses*, Fundação Francisco Manuel dos Santos - Lisboa
- Amaro, Maria Inês (2012) *Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade*, Universidade Católica Editora - Lisboa
- Anthony, William (1993) *Recovery from Mental Illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal
- Basaglia, Franco (1970) *L'Institution en négation – rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Éditions du Seuil - Paris
- Banks, Sarah (2001) Ética em Fragmentos, in Mouro, H. e Simões, D. (coords.) *100 Anos de Serviço Social*, Quarteto – Coimbra
- Branco, Francisco (2009) Acção Social, Individuação e Cidadania, in *Cidades, Comunidades e Territórios*, nº 17, 2009, pp. 81-91
- Chamberlin, Judi, (1997) A Working Definition of *Empowerment*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.20, Number 4:46
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007) *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020*
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2020*
- Deegan, Patricia (1997) Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities, in Aviran, Uri, editor, *Social Work in Mental Health, Trends and Issues*, The Haworth Press, N. Y.- London.
- Faleiros, Vicente P. (2002) *Estratégias em Serviço Social*, Cortez Editora – São Paulo
- Fazenda, Isabel (2008) *O Puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Cadernos Climepsi de Saúde, Climepsi Editores – Lisboa

- Fisher, Daniel, (2017) *People can recover from mental illness* e (2018) *Empowerment is Vital to Dialogical Recovery*, in <https://power2u.org/empowerment-is-vital-to-dialogical-recovery/>
- Foucault, Michel (1975) *Vigiar e Punir*, Editora Vozes - Rio de Janeiro
- Francis, Abraham, (2014) *Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice* International Journal of Social Work and Human Services Practice, Horizon Research Publishing Vol.2. No.6 Dec, 2014, pp. 264-271 - Australia
- Jones, Karen, Cooper, Barry, Ferguson, Harry (2007) *Best Practice in Social Work. Critical perspectives*, Palgrave Macmillan - London
- OMS (2002) *Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança* - Direção Geral da Saúde - Lisboa
- Organização das Nações Unidas (2009) *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência*, Instituto Nacional de Reabilitação - Lisboa
- Ornelas, José (2008) *Psicologia Comunitária, Fim de Século* - Lisboa
- Ministério da Saúde (1998) *Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98)*
- Payne, Malcolm (2002) *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Quarteto Editora - Coimbra
- Pinto, Carla (1998) *Empowerment, uma Prática de Serviço Social*, in Barata, O (coord.), *Política Social 1998* - Lisboa, ISCSP, pp. 245-277
- Pūras, Dainius (2017) *Statement by Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, United Nations,
- Human Rights Office of the High Commissioner [www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21480&LangID=E](http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21480&LangID=E)
- Rappaport, Julien (1990) *Desinstitucionalização, Empowerment e Inter-ajuda. O papel dos técnicos de saúde mental no séc. XXI*, in *Análise Psicológica*, nº 2
- White, Julia and McCollam, Allyson (1999) *Service Users' Perspectives on Social Work Activities for People Experiencing Mental Health Problems*, in *Mental Health and Social Work*, Ed. Ulas, Marion e Anne, Connor, Jessica Kingsley Publisher - London, pp. 2016-243
- WHO Europe (2010) *Empowerment of users in Mental Health, A Statement by the WHO Regional Office for Europe* <http://www.euro.who.int>

who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/empowerment-of-service-users.

WHO (2008) Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary*. Geneva: World Health Organization. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf).

Vieira, Isabel (2015) *A Participação. Um paradigma para a intervenção social*, Universidade Católica Editora – Lisboa

**Nota: Os autores não utilizam o novo acordo ortográfico.**