

O papel das organizações do terceiro setor na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental

The role of non-governmental organization in the psychosocial rehabilitation of people with mental illness

Julieta Vaz | Doutoranda em Serviço Social pela Universidade de Coimbra e Universidade Católica Portuguesa | ORCID ID: 0009-0005-7688-9680| jualvasantos1@gmail.com

Sónia Guadalupe | Universidade de Coimbra, FPCE | Investigadora do Centro para a Inovação em Biomedicina e Biotecnologia e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra | Conselho Geral da Ordem dos Assistentes Sociais (Portugal) | ORCID iD: 0000-0003-4898-3942 | profsoniaguadalupe@gmail.com

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar o papel das organizações do terceiro setor na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental no contexto da intervenção comunitária em saúde mental. A metodologia é qualitativa com recurso a entrevistas semiestruturadas submetidas a análise de conteúdo categorial. Participaram no estudo representantes de cinco organizações em Portugal. Os resultados demonstram a importância das organizações da comunidade na reabilitação psicossocial e na inclusão social, através de programas de capacitação, qualificação socioprofissional e de suporte social.

Palavras-chave: Saúde mental. Reabilitação psicossocial. Terceiro setor. Serviço Social.

Abstract

The aim of the study was to analyze the role of third sector organizations in the psychosocial rehabilitation of people with mental illness in the context of community intervention in mental healthcare. The methodology is qualitative, using semi-structured interviews and categorical content analysis. Representatives from five organizations in Portugal participated in the study. The results show the relevance of community organizations in psychosocial rehabilitation and social inclusion, through training programs, socio-professional qualification and social support.

Keywords: Mental health. Psychosocial rehabilitation. Third sector. Social work.

1. Introdução¹

A perspetiva sobre a doença mental vem-se alterando ao longo da história, conforme as realidades socioculturais e avanços científicos (Martins et al., 2011). Com os questionamentos críticos sobre os objetivos da psiquiatria no século XX, através do

¹ O artigo resulta de uma monografia de estágio de Mestrado em Serviço Social apresentada por Julieta Fuxi Alexandre Vaz à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra intitulada “Intervenção comunitária em saúde mental: O contributo das organizações do terceiro setor na reabilitação psicossocial e na qualidade de vida de pessoas com doença mental grave”, orientada por Sónia Guadalupe, em 2024.

contributo de autores como Ronald D. Laing, Thomas Szasz, Michel Foucault e Franco Basaglia, foram desenvolvidos novos paradigmas de intervenção baseados na comunidade e focados na reabilitação psicossocial, tendo impulsionado o interesse pelos direitos das pessoas com doença mental, promovendo novas abordagens e modelos interventivos (Alves et al., 2009; Martins et al., 2011). Franco Basaglia teve a visão utópica da comunidade como grande espaço terapêutico, numa perspetiva de passagem do manicômio à saúde mental nos territórios, encerrada na expressão “a cidade que cura”.

Os conceitos de saúde e de doença mental são socialmente construídos e implicam critérios socioculturais e espaço-temporais (Alves et al., 2001). O reconhecimento de que os estados de saúde mental são influenciados mais pelos contextos sociais do que por fatores genéticos (Almeida, 2018), permite encarar a doença mental como realidade complexa, e sublinhar a importância dos determinantes sociais da saúde no desenvolvimento das estratégias de intervenção em saúde mental (Chantre & Fazenda, 2016).

A doença mental é apontada como uma das principais causas de anos vividos com incapacidade e por anos de vida perdidos por mortalidade prematura (Almeida & Xavier, 2013). No entanto, apesar de reconhecido o seu impacte social, persistem inúmeras barreiras no acesso aos serviços de saúde mental. Estima-se que cerca de 71% das pessoas diagnosticadas com doença mental não têm acesso aos serviços de saúde mental e que os que têm acesso não beneficiam de programas de tratamento e reabilitação psicossocial (OMS, 2025).

No atual cenário geopolítico, socioeconómico, ambiental e epidemiológico, assiste-se a um aumento da carga global das doenças mentais (OMS, 2022). Num contexto de risco e incertezas, a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde é indispensável para conhecer as condições de vida e as oportunidades de saúde dos indivíduos, no sentido de definir as estratégias de intervenção para prestação de cuidados adequados às necessidades da população (Bagrichevsky, Estevão, & Vasconcellos-Silva, 2015; Chantre & Fazenda, 2016). Estas estratégias traduzem-se em políticas de saúde e nos planos e programas delas decorrentes.

A evolução das políticas de saúde mental em Portugal tem conhecido novos desenvolvimentos com a integração do modelo de intervenção comunitária, designadamente desde 1998 com a defesa de uma intervenção articulada e integrada entre

cuidados sociais e de saúde, assim como a valorização da reabilitação psicossocial e a defesa da ampliação da cobertura de serviços comunitários (Santos & Pedrosa, 2016). Legislação recente em Portugal (Despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho e Lei n.º 35/2023, de 21 de julho) vem reforçar os cuidados comunitários em saúde mental com linhas orientadoras para a criação e intervenção de equipas comunitárias de saúde mental. Todavia, a história das políticas de saúde mental tem sido marcada pela primazia de longos períodos de internamento hospitalar, com implicações em processos de exclusão social e na fragilização dos laços familiares e comunitários (Perobelli et al., 2018). Só nas últimas três décadas se valorizou efetivamente o processo de desinstitucionalização e a criação de estruturas na comunidade, rompendo-se com o modelo tradicional de atendimento (Perobelli et al., 2018). Tal valorização reverteu em novas formas de organização e de prestação de cuidados, no sentido da redução do impacto da doença mental na qualidade de vida dos indivíduos e do favorecimento da sua inclusão social, a reabilitação psicossocial (Alves et al., 2001; Perobelli et al., 2018).

A reabilitação psicossocial emerge do reconhecimento de que a eliminação dos sintomas e a melhorias dos estados de saúde, por si só, não são suficientes, sendo fundamental apoiar o indivíduo na concretização do seu potencial de vida (Fazenda et al., 2022). Neste sentido, deve promover a recuperação, a autonomia e a aquisição de competências e habilidades sociais, bem como contribuir para a redução da estigmatização e para a construção de um sistema de apoio social de longa duração (Fazenda, 2012; Oliveira & Felipe, 2009).

Santos e Pedrosa (2016) defendem que as pessoas com doença mental grave necessitam de um conjunto de serviços de apoio, na comunidade, que assegurem o acesso equitativo aos cuidados de saúde e melhorem a percepção social da doença mental (Abreu, 2008). Para Fazenda (2008), os assistentes sociais têm desempenhado um papel crucial na área da reabilitação psicossocial, fundamentalmente na construção de redes locais de suporte e na redução de riscos de marginalização das pessoas com doença mental. As estratégias de intervenção mobilizadas por estes profissionais centram-se na exploração e no fortalecimento das redes de suporte, formais e informais, existentes na comunidade, bem como na maximização da satisfação das necessidades e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença mental (Guadalupe, 2012), seja quando inseridos em equipas de intervenção comunitária, ou em organizações do setor social.

As organizações do terceiro setor, têm vindo a constituir-se num importante ator social, em Portugal, sobretudo desde a década de 1990 (Santos, 2012). Estas organizações destacam-se na implementação das políticas públicas de saúde mental, e no desenvolvimento de estratégias orientadas para a reabilitação psicossocial (Alves et al., 2001; Lara, 2010) configurando-se como estruturas comunitárias de apoio. No domínio da saúde mental, asseguram uma diversidade de serviços, nomeadamente nas áreas da formação profissional, do emprego apoiado e/ou protegido, e de apoio e treino de competências, numa lógica de intervenção integrada que pressupõe a articulação entre diferentes áreas de atuação (Oliveira & Felipe, 2009).

O principal **objetivo** da investigação foi, assim, analisar o contributo das organizações do terceiro setor na reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental.

2. Metodologia

2.1. Métodos

O estudo adotou a metodologia qualitativa de tipo narrativa. A técnica de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada com perguntas abertas, tendo ainda sido recolhidos dados de fontes documentais para caracterização das organizações. Os dados das entrevistas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016), utilizando a análise categorial exploratória para criar um sistema de categorias que representem as ideias-chave do material analisado.

2.2. Participantes

Foram entrevistados seis participantes representantes de cinco organizações do terceiro setor com programas de reabilitação dirigidos a pessoas com doença mental. As organizações foram selecionadas por amostragem não-probabilística criterial, de um universo de nove organizações do terceiro setor com fins de saúde localizadas na região de Coimbra em Portugal, que articulam com a Equipa Comunitária de Saúde Mental da Unidade Sobral Cid do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Todas as organizações do terceiro setor são Instituições Particulares de Solidariedade Social, sendo a sua natureza jurídica diversa: três são Associações, uma é Fundação e outra é uma Cooperativa. A mais antiga tem a sua fundação em 1976 e a mais recente em 2017. As cinco organizações representam 55,56% das nove organizações na Região de Coimbra.

Destas, três organizações (33,33%) focam-se na deficiência intelectual, uma (11,11%) na deficiência e na doença mental, e uma (11,11%) exclusivamente na doença mental. Os participantes na amostra foram três psicólogas (50%), duas assistentes sociais (40%), e um gestor institucional (10%). Uma das instituições teve dois representantes entrevistados, por iniciativa da instituição.

2.3. Procedimentos e ética na investigação

As entrevistas foram realizadas presencialmente e por videoconferência, usando um gravador de áudio e plataformas digitais (Prodanov & Freitas, 2013; Sampieri et al., 2010), no período entre 11 e 26 de janeiro de 2024. Um dos participantes forneceu as suas respostas por escrito, sem a realização de entrevista interativa. A pesquisa atendeu aos critérios éticos em investigação, tendo sido assinada a declaração de consentimento informado, assegurado a confidencialidade dos dados, a voluntariedade na participação e a conformidade com os princípios éticos em investigação em vigor na Universidade de Coimbra.

3. Resultados

A maior parte das organizações participantes ($n = 4$) teve como base para criação a formação e a integração social de crianças e jovens com deficiência mental e/ou incapacidade, não incluindo inicialmente as situações de doença mental. Com o surgimento de dispositivos legais que integram as doenças mentais nos critérios de incapacidade, algumas organizações começaram a criar respostas específicas para pessoas com doença mental e outras integraram-nas pessoas dentro da sua população-alvo.

É importante referir que apenas a O1 e a O5 oferecem respostas específicas para pessoas com doença mental, além de criar oportunidades de emprego (a O1 integrando colaboradores e a O5 em serviços de produção). A O3 inclui pessoas com doença mental grave em programas de formação e empregos sociais, recorrendo a atividades ocupacionais e de capacitação quando necessário, um método também adotado pela O4 em circunstâncias semelhantes (Tabela 1). A O2 presta serviços exclusivamente a pessoas com deficiência intelectual, atendendo excepcionalmente indivíduos com doença mental, quando associada à deficiência intelectual. Nestes casos, os programas de formação profissional são oferecidos no contexto de reabilitação psicossocial (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das organizações do terceiro setor participantes

Organização	Respostas sociais	Público-alvo
O1	Formação profissional Unidade residencial Apoio ao emprego	Pessoas com deficiência mental; Pessoas com doença mental grave, incluindo síndrome demencial.
O2	Formação profissional	Pessoas com deficiência mental com quadros de doença mental associado.
O3	Formação profissional Centro de atividades e capacitação para inclusão (CACI) Apoio ao emprego e emprego protegido.	Pessoas com deficiência e quadros de doença mental associado; Pessoas com doença mental grave.
O4	Formação profissional Centro de recursos para inclusão Centro de atividades e capacitação para inclusão	Pessoas com deficiência intelectual associada a doença mental; Pessoas com doença mental grave.
O5	Atividades socialmente úteis Apoio residencial	Pessoas com doença mental grave.

Notas: O – Organização. Fonte: dados da pesquisa, elaboração própria (2024).

Os dados recolhidos foram organizados em categorias, subcategorias e respetivos indicadores e unidades de registo (Tabela 2).

Tabela 2. Sistema de categorias

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
C1. Utilizadores dos serviços das organizações do terceiro setor	Perfil	Heterogeneidade	Idades; Comorbilidades; Percurso de vida.
	Acessibilidade	Modalidade	Encaminhamento; Voluntariamente.
	Tempo	Duração	Indefinido; Temporário; Indeterminado.
C2. Reabilitação psicossocial	Valências/Programas	Respostas disponibilizadas	Formação profissional; Residências; Capacitação.
	Atividades desenvolvidas	Tipologia de atividades	Qualificação; Acompanhamento; Recreativas.
		Adesão	Limitações; Dificuldades; Desmotivação.
	Promoção de qualidade de vida	Projeto de vida	Inclusão.
		Suporte social	Facilitação.
C3. Potencialidades e limites das respostas oferecidas pela instituição	Limites	Barreiras institucionais	Financiamento insuficiente; Políticas; Adequabilidade dos serviços.
		Estigma Social	Resistência

		Desafios individuais	Instabilidade; Condições de vida.
Potencialidades	Envolvimento comunitário		Trabalho em rede e parceria.
	Flexibilidade		Abertura institucional; Ecletismo; Multidisciplinaridade.
	Inclusão social		Participação; Integração; Empregabilidade.
	Estratégias de sustentabilidade		Recursos humanos; Proveniência dos recursos.

Fonte: elaboração própria (2024).

Quanto às características dos utilizadores dos serviços das organizações do terceiro setor (C1), constatou-se a sua heterogeneidade sociodemográfica e nos percursos de vida. Em termos etários, os programas reabilitativos atendem pessoas a partir dos 18 anos de idade. As organizações da amostra acompanham pessoas dos 18 aos 54 anos. Quanto à condição de saúde mental dos utentes das organizações, verificou-se que os transtornos por consumo de substâncias ou quadros graves de ansiedade e de depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia, são apontados como os principais diagnósticos.

No que se refere ao acesso aos serviços prestados, as pessoas com doença mental são sinalizadas por distintas vias, sendo as mais comuns, o encaminhamento pelas unidades de saúde mental comunitária.

O encaminhamento é essencialmente feito pelos parceiros que atuam no âmbito do apoio psicossocial no domínio concelho (E3). Os candidatos a formação profissional chegam-nos através de resposta a anúncios nas redes sociais (...) por parte de técnicos do IEFP* (...) e do Centro de Recursos da ARcil, “passa a palavra” de ex-formandos, técnicos da segurança social, de IPSS do concelho, do Gabinete da Ação Social da Câmara, da CPCJ***” (E4) [*Instituto de Emprego e Formação Profissional; ** Comissão de Proteção de Crianças e Jovens].

Geralmente, a referenciação é direcionada para as organizações dirigidas a pessoas com deficiência intelectual, mas que recebem pessoas com doença mental associada ou não, principalmente para formação profissional. Nestes programas também se verifica a adesão voluntária, mas o seguimento para a medida de colocação depende da necessidade reabilitativa do utente. No caso das pessoas com doença mental encaminhadas para organizações específicas para esse público, a referenciação é feita por instituições

hospitalares nas quais os doentes são seguidos em regime de internamento ou em ambulatório. As equipas de intervenção comunitária em saúde mental também desempenham um papel importante nesse âmbito, articulando necessidades e respostas reabilitativas.

Em relação à duração dos programas de reabilitação, os interlocutores referem não haver timings definidos.

Digamos que não há aqui uma janela de tempo definida, (...) Pretende-se que os jovens que integramos nessa resposta se autonomizem (...) terem uma vida autónoma em comunidade (...), quer no plano pessoal, quer também no plano profissional” (E3). Não temos limites estabelecidos em termos temporários, porque quando vivemos em família (...). Portanto, é assim, quando, se eles decidem, (...) autonomizarem-se e tiverem condições para isso, tudo bem (E5).

Apesar de não estar estabelecido um limite temporal, em geral, a permanência de alguns utilizadores está condicionada pelas medidas de política social, ao tipo de resposta e à complexidade do quadro clínico.

Relativamente à reabilitação psicossocial (C2) foram identificadas as respostas sociais disponibilizadas para pessoas com doença mental. Verificou-se que a formação profissional, o apoio residencial e o apoio à colocação profissional são as respostas mais comuns entre as organizações.

Existe o programa das residências, existe o programa do CACI*, que é das atividades ocupacionais, existe o programa da formação profissional (E1). Neste momento temos quatro respostas sociais em funcionamento (...) o CACI, (...) a formação profissional, temos duas unidades de residências autónomas (...) que acolhem deficiência intelectual, e temos o CRI**” (E3). Tem (...) a empresa de catering (...) para servir pequenas refeições e lanches e (...) temos sete apartamentos (E5). [*Centro de atividades e capacitação para inclusão; **Centro de Respostas Integradas].

Reporta-se, todavia, uma necessidade de maior investimento para criação de respostas e atividades mais adequadas a necessidades reabilitativas de pessoas com doença mental grave, visto que a maioria das organizações foi criada para pessoas com deficiência intelectual.

A nossa Instituição, por definição não está primeiramente vocacionada para casos de doenças mentais graves primárias (sem deficiência mental), aparecem cada vez mais casos de comorbilidade e falta ou inexistência de serviços para apoiar os primeiros (E4). Pela instabilidade dessa população, muitas vezes a formação profissional é a resposta mais adequada (...) mas se calhar também pelas exigências que têm, (...) acaba por não ser a mais adequada (...) porque se houvesse, por exemplo, a unidade socio-ocupacional (...) se calhar acaba por ser essa a resposta mais adequada, ao menos em termos de intermédios, até depois poderem passar para a formação (E3).

Os dados apontam uma necessidade de adequar as respostas às necessidades reabilitativas, que atendam não apenas as características psicopatológicas, como as dimensões psicossociais (tais como a perda de competências socioprofissionais, suporte social/familiar ausente ou não efetivo), sob pena de comprometer a eficácia do processo e dificultar a adesão a programas ou atividades. Os responsáveis das organizações consideram, por isso, relevante definir atividades que incluem o acompanhamento do processo psicoterapêutico, de modo a garantir a estabilização de sintomas para permitir a integração e o sucesso em programas de reabilitação.

Acompanhamos os utentes com deficiência mental e com doença mental a vários tipos de consultas de especialidade, nomeadamente, a consultas de Psiquiatria comunitária. Nessas consultas, mediados a informação veiculada em contexto de consulta, a aquisição de medicação e o cumprimento do plano medicamentoso (E4). A filosofia de trabalho da (...) radica no planeamento centrando da pessoa e no modelo dos apoios, envolvendo sempre a pessoa com deficiência e incapacidade no seu planeamento individual (E2).

Os limites e potencialidades das respostas oferecidas pelas instituições (C3), foram identificados pelos participantes. O contributo das organizações passa por proporcionar respostas e acompanhamento no treino de competências. O suporte social e a facilitação social emergem no discurso dos participantes como potencialidades-chave no processo de reabilitação psicossocial.

Desenvolvemos cursos em várias áreas para essas pessoas aprenderem atividades profissionais (...) e obterem o treino necessário para poder desempenhar algumas atividades profissionais (...) temos também (...) uma

política de criação de postos de trabalho internos para destinar a essas pessoas (E2). Temos quatro áreas de formação em funcionamento (...) que visam a manutenção e a aquisição de um conjunto de competências (...) que lhes permitam (...) realizar mais facilmente as atividades de vida diária (...) Nós sabemos que o trabalho é uma porta de acesso para apelar a integração social (E3).

Quanto aos limites, são apontadas barreiras institucionais, o estigma social e os desafios individuais em termos psicopatológicos e psicossociais como constrangimentos para o processo e eficácia dos programas reabilitativos.

As barreiras institucionais englobam questões meso e macrossociais que interferem na sustentabilidade das organizações, assim como na oferta e qualidade de respostas reabilitativas, designadamente quanto a recursos financeiros. As barreiras ao investimento nas respostas sociais prendem-se sobretudo com o seu subfinanciamento pelas políticas públicas, por um lado. Por outro lado, a condição socioeconómica dos utentes e dos seus familiares, regularmente marcada pela pobreza, implicam diversos constrangimentos na coparticipação financeira.

O financiamento dessas organizações é um problema, (...) porque as condições que o PRR coloca para o investimento são muito elevadas e tem uma carga burocrática muito grande e a instituição não consegue por vezes em tempo útil (E1). Um processo de reabilitação precisa (...) de um determinado número de condições (...) ter dinheiro, que é a coisa que nós precisamos (...) e para isso precisamos de investidores sociais (E5). As comparticipações da segurança social são baixas, (...) no pressuposto de que as famílias devem complementar esse financiamento, mas as famílias são pobres, (...) são pessoas pobres, pobreza material, porque a doença mental traz pobreza material (E1). Nós tratamos de uma população que não tem dinheiro, (...), tudo o que envolva a parte financeira é muito difícil (E5).

O estigma que impera sobre as pessoas com doença mental é apontado como uma barreira para a definição de respostas adequadas, mas também para a materialização dos programas reabilitativos. Os entrevistados sublinham que o estigma associado à doença mental ocorre na comunidade, mas também nos meios profissionais.

As pessoas (...) não conseguem encontrar um local de trabalho, existe muito estigma, as empresas quando sabem que uma pessoa está medicada não a querem. A doença mental continua a assustar. O desconhecimento sobre a doença mental continua a ser um estigma. (...) (E5).

São ainda referidos os desafios individuais e comportamentais associados ao processo de adoecimento e que afetam os processos de reabilitação e a qualidade de vida.

As pessoas têm muitas limitações, (...) têm baixos níveis de autonomia (E2). Às vezes a doença mental é mais assustadora (...) porque (...) de um ponto de vista comportamental, estamos a falar de situações mais instáveis, não é? (E5). Tem muito miúdo sem regras nenhuma, sem capacidades nenhuma de permanecer (...) de cumprirem uma rotina, de serem assíduos, de serem resilientes e terem tolerância a frustração (E1).

Os participantes fizeram notar que o processo de reabilitação psicossocial imprime um conjunto de desafios, seja para os indivíduos, para as organizações, como para a sociedade em geral. No entanto, há exemplos de sucesso e potencialidades identificadas, designadamente quanto ao envolvimento comunitário, ao empoderamento e à inclusão social. Os participantes referem as potencialidades da articulação interinstitucional, trabalho em rede e estabelecimento de parcerias no âmbito do envolvimento comunitário.

A nossa entidade acaba por estabelecer um conjunto de protocolos com o tecido empresarial local, no sentido de integrar os nossos jovens em postos de trabalho. (...) depois (...) uma articulação estreita, sempre com a equipa de saúde mental comunitária, que acompanha estes utentes (...) precisamos da ajuda da equipa para os consumidores estabilizarem e motivarem (E3).

O empoderamento é visto como um requisito para inclusão social, pelo que os participantes referem tais dimensões como elementos fundamentais da reabilitação psicossocial, passando pelos programas de treino e aquisição ou manutenção de competências sociais e a promoção da participação social.

Os nossos utentes não estão (...) escondidos num quadrado, não. Portanto, eles estão plenamente integrados na comunidade (...) utilizam os serviços da comunidade todos os dias. (...) é assim que a Comunidade conhece o público com o qual nós trabalhamos e que conhece, e reconhece as competências e potencial dos nossos jovens (E3). No ano passado (...) das atividades

realizadas na comunidade pelos utentes (...) 53% já foram propostas pela comunidade (...) Estes números mostram que a comunidade já conhece a (...) e os utentes e que, de forma muito natural os integra e envolve como cidadãos válidos e ativos (E4).

Mereceram ainda destaque as políticas de promoção da empregabilidade de algumas organizações, encaradas não apenas como uma estratégia de sobrevivência da instituição, mas sobretudo como uma forma de empoderar essas pessoas através da integração socioprofissional.

Nós temos também tido uma política de criação de postos de trabalho internos para destinarmos... a essas pessoas para elas poderem trabalhar (...) nós tentamos que estas pessoas se integrem elas próprias dentro da instituição sempre que seja possível assumindo o papel de colaboradores e trabalhadores da instituição (E2).

4. Discussão

Com base nos pilares para a eficácia de um programa de reabilitação psicossocial – pessoas, programas e sistemas –, apresentados por Anthony (1999), discutem-se seguidamente os principais resultados obtidos sobre o contributo das organizações do terceiro setor para a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental na comunidade. São consideradas para discussão as três dimensões analíticas que emergiram das entrevistas: o perfil dos utilizadores dos serviços de reabilitação psicossocial, o processo de reabilitação psicossocial, bem como os limites e as potencialidades das respostas na comunidade.

Sobre o perfil dos utilizadores dos serviços prestados pelo terceiro setor, os resultados indicam um grupo diversificado em termos etários, com vulnerabilidade socioeconómica e com redes sociais ausentes ou ineficazes no suporte, que apresentam diversas condições clínicas. Cobb e Mittler (2005) destacam que as doenças mentais podem surgir em qualquer fase da vida, mas são mais prevalentes entre a adolescência e a idade adulta, com implicações na sua trajetória de inclusão social.

Almeida (2018) destaca uma maior prevalência de esquizofrenia e depressão entre pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconómica, sendo que, há uma tendência de maiores riscos de problemas de saúde mental entre jovens em dificuldades financeiras, o

que pode condicionar seu desempenho escolar e os níveis de participação no mercado de trabalho (Magalhães *et al.*, 2021). A doença psiquiátrica crónica, tende também a afetar o desenvolvimento normal das relações interpessoais e as dinâmicas das redes relacionais ao longo da vida (Leff, 2008).

Considerando que uma das características da doença mental é a alteração significativa dos padrões habituais de comportamento e de relacionamento em todos os níveis de interação social, esta experiência associa-se frequentemente a vivências que conduzem ao afastamento da interação social, podendo potenciar a cristalização de situações de isolamento social, desejado ou não, e afetar negativamente a qualidade de vida. Deste modo, a inserção da pessoa com doença mental em contextos que potenciam a interação social e a criação de novos laços, tal como um programa de reabilitação psicossocial, podem ser uma estratégia para renovação da rede social (Portugal *et al.*, 2014) e na autodeterminação.

Referente ao processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental grave, explorados na categoria 2 - contributo das organizações do terceiro setor a este nível, os resultados destacam-se essencialmente a existência de programas reabilitativos e estratégias para promoção da qualidade de vida das pessoas com doença mental grave.

Relativamente aos programas existentes, destacam-se iniciativas como formação profissional, apoio residencial e o treino de capacitação. Neste âmbito, assume-se como ponto principal o treino de capacitação, entendido como a dimensão basilar de todo e qualquer programa de reabilitação psicossocial em saúde mental (Fazenda *et al.*, 2022; Oliveira & Felipe, 2009; Santos & Pedrosa, 2016). O treino de capacitação e manutenção de competências é apontado como resultante da necessidade de proporcionar a (re)integração social dos indivíduos com doença mental. Engloba três dimensões específicas: a) a consciência pessoal e social; b) o comportamento social observável; e c) o planeamento e desenvolvimento de estratégias aplicadas à resolução de problemas (Canha & Neves, 2008). Estas dimensões favorecem o desenvolvimento da resiliência, ampliam os fatores de proteção, as aptidões sociais, a autoestima e as habilidades sociais, que proporcionam a experiência de “validade social” (Canha & Neves, 2008). O programa de treino de competências tem implicações significativas na eficácia dos programas de reabilitação residencial e profissional.

Sobre os programas de reabilitação residencial, os participantes destacaram a relevância das unidades de vida apoiada e de vida autónoma. As residências estão caracterizadas segundo as necessidades de suporte e reabilitativas (Oliveira & Felipe, 2009; Santos & Pedrosa, 2016). As evidências disponíveis mostram um quadro claro em relação ao impacto da reabilitação residencial sobre a situação clínica, o funcionamento pessoal e social, as redes sociais e, especialmente, na qualidade de vida (López et al., 2005).

No entanto, apesar de a eficácia dos programas residenciais na reabilitação psicossocial ser amplamente reconhecida e de a sua regulamentação existir em Portugal desde 1998, verifica-se uma escassez de estruturas neste domínio.

O desinvestimento em respostas neste âmbito apresenta incoerências face à nova Lei de Saúde Mental em Portugal de 2023, que defende a maximização dos serviços de psiquiatria comunitária, fomentando um vazio nas respostas a esta população.

No que concerne à reabilitação profissional, dois aspetos resultam relevantes no discurso dos participantes: a formação profissional e a inserção laboral.

Os programas de formação profissional foram identificados como a principal atividade reabilitativa em saúde mental, no contexto estudado. O principal motivo é o reconhecimento do seu papel na integração laboral e promoção da valorização e realização pessoal (Gonçalves & Nogueira, 2012). Quanto à inserção laboral, destacam-se as modalidades de emprego, apoiado e/ou protegido, que ocorre por via da celebração de protocolos de cooperação com empresas locais, ou pela criação de postos de trabalho nas próprias organizações do terceiro setor. O emprego remunerado representa um elemento crucial para a integração social, organização, convivência social e valorização pessoal (Abreu, 2008; Lamarca, 2009). Particularmente num contexto marcado pela globalização e por configurações sócio-laborais cada vez mais exigentes em termos de acesso à empregabilidade.

Outro aspeto importante identificado na categoria em análise, diz respeito às estratégias para promoção da qualidade de vida das pessoas com doença mental grave, com grande destaque para construção de uma rede de suporte social formal.

A frequência em programas de reabilitação psicossocial, além de permitir que as pessoas explorem e expressem as suas competências e valores, possibilitam também (re)construir uma rede social de suporte (Salles & Barros, 2014). O suporte social amortece

as consequências negativas associadas a eventos relevantes na vida (Guadalupe, 2016). Considerando a natureza instrumental, expressiva e o tipo de rede social disponível (Suárez-Vergne, 2019), é importante destacar que as organizações do terceiro setor proporcionam apoio emocional, social e terapêutico, contribuindo para a (re)integração social, o desenvolvimento de habilidades e a redução do estigma.

A complexidade dos contextos e processos de reabilitação em saúde mental exige a intervenção de diversos atores e setores, o que faz com que a implementação dos programas de reabilitação psicossocial seja permeada por múltiplos desafios/limites que requerem abordagens integradas e adaptativas que refletem suas potencialidades.

Na análise sobre as potencialidades das respostas oferecidas por estas organizações, a multidisciplinaridade, o trabalho em rede e as estratégias de promoção da empregabilidade apresentam-se como mais relevantes. Enquanto o estigma social, os desafios individuais dos utentes e questões socioeconómicas figuram entre os principais limites.

A reabilitação psicossocial oferece ferramentas necessárias para que a pessoa com doença mental atinja o seu nível máximo de funcionamento pessoal, social, familiar e profissional (Fazenda, 2008; Oliveira & Felipe, 2009), o que requer uma atitude de cooperação entre profissionais de diferentes áreas (Fazenda, 2008; 2012). As equipas multidisciplinares desempenham um papel crucial, pois favorecem a compreensão abrangente das necessidades da população atendida (Caldas et al., 2019), possibilitam a diversificação de respostas e a personalização dos cuidados (Oliveira & Felipe, 2009). A colaboração entre profissionais de diversas áreas promove uma abordagem que maximiza recursos e fortalece a capacidade da organização para enfrentar desafios complexos, resultando em reabilitação mais eficaz e sustentável. Outro aspeto relevante é a intervenção em rede no sentido da criação de novas redes ou do fortalecimento das redes existentes (Guadalupe, 2016). Partindo do princípio de que a reabilitação psicossocial exige articulação com os serviços de saúde mental e diversas instituições na comunidade (Fazenda, 2008), o trabalho em rede desenvolvido entre organizações fortalece parcerias, amplia recursos e diversifica respostas, promovendo a empregabilidade, a autonomia, a ampliação da rede de suporte social e aumentando a eficácia do processo de reabilitação.

Um dos limites identificados para os programas de reabilitação é o estigma social manifestado em atitudes preconceituosas e estereotipadas sobre a doença mental, trazendo constrangimentos à inclusão socioprofissional nas empresas locais. A doença mental grave

apresenta elevado estigma, que gera atitudes discriminatórias e dificultam a abertura e o acesso às estruturas da comunidade, fazendo com que elas enfrentem a dupla dificuldade: da doença e do preconceito (López et al., 2008). A discriminação afeta a autodeterminação, a participação ativa dos indivíduos na sociedade, além de influenciar negativamente a criação de respostas adequadas e o investimento neste campo.

Os desafios individuais incluem a desmotivação, a instabilidade sintomática e as condições socioeconómicas. As pessoas com doença mental grave enfrentam desafios significativos na gestão da vida pessoal, social e profissional, incluindo autonomia, controlo financeiro, redes de apoio e aprendizagem (Teixeira et al., 2009). Enquanto os sintomas positivos (alucinações e delírios) prejudicam a interação social, a execução de tarefas e a clareza de pensamento; os negativos (apatia e falta de motivação) dificultam a busca de emprego, performance profissional e o estabelecimento de relações no trabalho (Teixeira et al., 2009). As barreiras individuais tendem a condicionar fortemente o processo de reabilitação psicossocial. Conjuntamente com o estigma e a discriminação, podem potenciar desmotivação no processo. Por isso, o processo de recuperação não pode limitar-se à melhoria dos sintomas da doença, devendo considerar as condições de vida e outros determinantes sociais que influenciam os indivíduos a serem ativos e comprometidos, as estruturas comunitárias com respostas integradas e um sistema de suporte de longa duração (Cobb & Mittler, 2005; Anthony, 1999).

As questões socioeconómicas, enquanto barreiras, refletem-se no financiamento insuficiente das instituições que prestam esses serviços, assim como na situação socioeconómica dos reabilitandos.

As organizações do terceiro setor, na saúde mental, enfrentam reconhecimento limitado e financiamento reduzido (Silva, S. et al., 2014). Embora recebam financiamento de fundos comunitários e da administração central e local, o suporte principal vem das famílias. No entanto, esses recursos nem sempre são suficientes para garantir respostas adequadas ou sua sustentabilidade a longo prazo (Silva, E. et al., 2012). Sublinha-se que a flexibilidade das organizações para desenvolver programas capazes de proporcionar melhoria na qualidade de vida das pessoas com doença mental, apesar dos desafios de subfinanciamento, é encarada como o grande potencial destas organizações.

Há ainda que referir que a presente investigação apresenta limitações. Desde logo, pelo número restrito de organizações do terceiro setor com respostas específicas para

pessoas com doença mental na comunidade estudada, o que limitou a amostra e exigiu a inclusão de organizações com um foco mais amplo. Verificou-se ainda a escassez de literatura especializada sobre o papel do terceiro setor na reabilitação de pessoas com doença mental, o que restringiu o aprofundamento teórico e a discussão dos resultados baseada em evidência na área em estudo.

5. Considerações Finais

A investigação evidencia a relevância do terceiro setor para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental. O contributo das organizações comunitárias é notório ao nível dos programas de reabilitação e das potencialidades associadas. Constituem-se como respostas fulcrais no treino de competências pessoais e sociais, na construção de uma rede de suporte social, no apoio residencial, na promoção dos empregos sociais (protegido e apoiado), assim como na mediação entre a pessoa com doença mental e a comunidade, na medida em que favorecem a inclusão social e promovem a autonomia.

O presente estudo deixa pistas reflexivas para pensar nas suas implicações a vários níveis (designadamente, organizacional, comunitário, profissional e político), assim como para futura investigação. No campo do conhecimento, o estudo realça o papel do terceiro setor para a reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com doença mental promovendo evidência sobre este setor como catalisador de inclusão e mudanças sociais nas comunidades de proximidade, e reforçando a relevância do trabalho em rede na saúde mental comunitária. A nível profissional traz desafios aos assistentes sociais na defesa de políticas inclusivas baseadas em direitos humanos, assegurando o direito à continuidade de cuidados ajustados às necessidades da população e promovendo a qualidade das respostas comunitárias. A identificação da escassez de respostas comunitárias e de limites relevantes nos programas de reabilitação sugerem que a reabilitação psicossocial deve ser reconhecida como uma questão social e não apenas de saúde. Defende-se então a necessidade de eleger como pilar central das políticas de saúde mental as determinantes sociais da doença e da saúde, reforçando políticas integradas, a nível social e de saúde, que promovam a inclusão social e os direitos sociais e de cidadania. Sugerimos ainda que futuras investigações devem aprofundar o papel do terceiro setor e a (in)adequação dos programas de reabilitação na comunidade, assim como dar voz às pessoas com doença mental sobre as suas perspetivas acerca dos programas existentes, assim como dos seus

limites e potencialidades e implicações na sua participação e nas suas condições de vida na comunidade.

Considerando a crescente relevância social dos problemas de saúde mental na população, o estudo sugere uma urgente necessidade de priorização do suporte ao investimento em respostas de proximidade vocacionadas especificamente para pessoas com doença mental no âmbito das políticas públicas, assim como em recursos humanos na área de saúde mental comunitária. A integração intersetorial, o efetivo reconhecimento das determinantes sociais e a ampliação das respostas são essenciais para garantir ganhos em saúde para as populações e para alinhar as políticas de saúde mental com uma real abordagem holística subjacente ao conceito de “*one health*” promovido pela Organização Mundial de Saúde.

6. Referências bibliográficas

- Abreu, M. V. (2008). Concluir para começar: renovar a esperança, a vigilância e a exigência. Em M. V. Abreu, & E. R. Santos, *O papel das famílias e das redes de apoio social* (pp. 157-162). Almedina.
- Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico Nacional de Saúde Mental*.
- Alves, F. (2009). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Edições Afrontamento.
- Alves, F., Torres, A. R., Palma, F., Topa, F. J., Garcês, I. M., Nina, M. J., . . . Cruz, V. L. (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Universidade Aberta.
- Anthony, W. (1999). Reabilitação psiquiátrica. Em J. Ornelas (Ed.), *Conferência internacional: novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental* (pp. 15- 25).
- Bagrichevsky, M., Estevão, A., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2015). Desigualdades sociais, promoção da saúde e práticas corporais: por uma ressignificação contextualizada. Em M. Bagrichevsky, & A. Estevão, *Saúde coletiva: diálogo sobre interfaces temáticas* (pp. 221-257).
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Canha, L. N., & Neves, S. M. (s.d). *Promoção de competências pessoais e sociais: desenvolvimento de um modelo Adaptado a crianças e jovens com deficiência*. APCO
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental Salud Mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.

- Chantre, P. S., & Fazenda, I. (2016). Determinantes sociais da saúde mental e Serviço Social. Em APSS, *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 33 - 44). Exlibris.
- Cobb, H. V., & Mittler, P. (2005). "Diferenças Significativas entre Deficiência e Doença Mental. s.n
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Almedina.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.
- Gonçalves, J., & Nogueira, J. M. (2012). *O Emprego das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade: uma abordagem pela igualdade de oportunidades*. GEP/MSSS.
- Guadalupe, S. (2012). A intervenção social na saúde com famílias e em redes de suporte social. Em M. I. Carvalho, *Serviço Social na saúde* (pp. 183-217). Pactor.
- Guadalupe, S. (2016). Intervenção em rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social (2.^a ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lamarca, I. (2009). El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. *Norte de salud mental* (34), 34–43. Obtido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830212>
- Lara, M. B. (2010). *La gestión de la comunicación en las organizaciones del Tercer Sector: análisis de la imagen percibida de las organizaciones del Tercer Sector [Tesis Doctoral, Universitat Jaume I de Castellón]*.
- Leff, J. (2008). Inclusão social de pessoas com doença mental: a importância do trabalho. Em M. V. Abreu, & E. R. Santos, *Actas do Primeiro Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental - O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social* (pp. 23-40). Almedina.
- López, M., Laviana, M., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B., & Maestro, J. C. (2005). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitacion psicosocial*, 2(1), 2-15.
- Magalhães, J., Matijasevich, A., Ziebold, C., Malvasi, P. A., Evans-Lacko, S., & Paula, C. S. (2021). Vulnerabilidade social e saúde mental de crianças e jovens: relato de dois estudos longitudinais brasileiros. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 21(2), p. 9-38.
- Martins, Á. K., Soares, F. D., Oliveira, F. B., & Souza, Â. M. (2011). Do ambiente manicomial aos serviços substitutos: a evolução nas práticas em Saúde Mental. *Sanare*, 10(1), 28-34.
- Oliveira, S., & Felipe, C. (2009). *Guia de recursos de reabilitação psicossocial para saúde mental*. s.n.
- OMS. (2001). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Obtido de whr@who.int
- OMS. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Obtido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>

- Perobelli, A. d., Anholeti, A. P., Gorza, A. N., Santos, A. A., Nascimento, A. R., Marchi, B. F., . . . Oliveira, Z. A. (2018). *Diretrizes Clínicas em Saúde Mental*.
- Portugal, S., Nogueira, C., & Hespanha, P. (2014). As teias que a doença tece: a análise das redes sociais no cuidado da doença mental. *Revista de Ciências Sociais*, 57(4), 935-968.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 1275-1297.
- Santos, C., & Pedrosa, S. (2016). Reabilitação psicossocial e qualidade de vida. Em APSS, *Serviço Social na Saúde Mental* (pp. 103-119).
- Santos, S. X. (2012). *Organização do terceiro setor*. Obtido de https://conteudo.unp.br/ebooks_ead/Organizacao_no_Terceiro_Setor.pdf
- Silva, E. P., Vasconcelos, S. S., & Filho, M. A. (2012). Captação de recursos para a gestão do terceiro setor, um grande desafio. *Simpósio de excelência e gestão tecnológica: gestão, inovação e tecnologias para sustentabilidade*. Obtido de <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/2316610.pdf>
- Silva, S., Santos, N., Mota, J., & Martín, I. (2014). *Sustentabilidade das instituições particulares de solidariedade social em Portugal*. Obtido de <https://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Sustentabilidade-das-Institui%C3%A7%C3%A3o%CC%81es-Particulares-de-Solidariedade-Social.pdf>
- Suárez-Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social, y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (26), 155-168.
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Gonçalves, P. (2009). Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia: Estudo de Caso. *Psychologica* (50), 97-139.