



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



05.2025

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NA DOENÇA MENTAL

CIÊNCIA E PRÁTICA PSICOLÓGICAS



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Reabilitação Psicossocial na Doença Mental, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Abril de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Reabilitação Psicossocial na Doença Mental. Lisboa.

**Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:**

[andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt](mailto:andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt)

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250  
[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)

# Enquadramento Histórico da Reabilitação Psicossocial

A Saúde Mental tem uma história relativamente recente, porém marcada por várias mudanças, que decorrem do desenvolvimento da Ciência, da evidência acumulada sobre os diversos modelos etiológicos (i.e., sobre as causas) e de intervenção, assim como da evolução de preceitos e normas socioculturais. Os **serviços de Saúde Mental, destinados a pessoas que vivem com doença mental grave** (e.g., esquizofrenia; perturbação bipolar; depressão grave e resistente ao tratamento, perturbação *borderline* da personalidade), evoluíram em função desses aspetos, podendo a sua história ser dividida em **três períodos distintos**: a institucionalização, o seu declínio e a prestação de serviços de Saúde Mental tendencialmente comunitários.

A partir do **séc. XVIII**, as pessoas com doença mental grave e crónica, consideradas *loucas*, eram confinadas a espaços específicos (**asilos, hospícios**), não raras vezes sobrelotados e com poucas condições de salubridade e segurança. A política de Saúde Mental limitava-se a um **processo de classificação (alienismo)** e a uma **intervenção moral e física**: na ausência de psicofármacos, as pessoas com doença mental eram submetidas a *tratamentos* arcaicos e frequentemente cruéis, apartadas da comunidade e permanentemente vigiadas, muitas vezes abandonadas pelas próprias famílias e permanecendo institucionalizadas durante toda a vida.

No final do **século XIX**, os avanços da Psiquiatria e da Psicofarmacologia possibilitam as **primeiras classificações das doenças mentais** e a **substituição dos tratamentos repressivos, utilizados nos asilos, por tratamentos médicos, em contexto de hospital psiquiátrico**.

A partir de meados do **século XX**, a prática de institucionalização de pessoas com doença mental foi progressivamente declinando, em virtude da expansão do movimento dos Direitos Humanos e do reforço das dimensões social e mental na definição de Saúde da OMS. Estes aspetos permitiram iniciar um **movimento de desinstitucionalização** que veio questionar as práticas de segregação e isolamento que alimentavam a discriminação e exclusão das pessoas com doença mental. O movimento de

desinstitucionalização rapidamente se disseminou, centrando-se na **redução progressiva dos internamentos psiquiátricos de longa duração** e na **transferência para respostas mais amplas e flexíveis**, inseridas na comunidade ou em hospitais gerais.

Em resposta ao anterior, um **novo paradigma** reconhece que **a doença mental não resulta apenas num conjunto de sintomas**, mas **produz limitações funcionais** (dificuldades para desempenhar tarefas ou atividades), **incapacidades** (dificuldade para desempenhar determinados papéis) e **desvantagens** (estigma, discriminação, falta de oportunidades), que podem ser abordadas oferecendo **oportunidades de desenvolvimento do nível potencial de funcionamento autónomo das pessoas com doença mental**.

Esta abordagem, reforçada por evidências de controlo limitado da sintomatologia por via das intervenções farmacológicas, os seus efeitos secundários a curto e a longo prazo e a fraca adesão a tais tratamentos por uma percentagem considerável da população afetada, veio impor a utilização de uma abordagem ainda mais ampla. Esta rompe com a ideia de que a doença mental é irreparável, propondo uma **mudança para um sistema de cuidados de Saúde Mental de base comunitária** (i.e., prestados fora do ambiente hospitalar), **centrado na pessoa e nos seus direitos fundamentais**, que garanta que todos e todas têm acesso a uma gama de **serviços de apoio, desde a prevenção, à intervenção e reabilitação**.

Surge, neste contexto, o conceito de **reabilitação psicossocial – uma abordagem holística, multidisciplinar e baseada em evidências que coloca a tónica na recuperação (recovery)**, propondo, para além da gestão dos sintomas da doença, o **desenvolvimento de competências para uma vida autónoma, com o mínimo de apoio profissional** (e.g., Asher et al., 2015), com vista à facilitação do regresso/vivência da pessoa na sua comunidade. Assim, a filosofia da reabilitação psicossocial não pressupõe a *cura*, antes se refere à **possibilidade de viver uma vida esperançosa, satisfatória e**

**contributiva, mesmo quando existem limitações contínuas.**

A reabilitação psicossocial advoga, portanto, a **participação e inclusão da pessoa na sua comunidade**, enfatizando a sua **autonomização, a auto-determinação, a qualidade de vida e a superação do estigma**, bem como a criação de um **sistema de apoio social de longa duração** e a introdução de outras mudanças ambientais facilitadoras da integração comunitária (OMS, 2001).

Os primeiros programas de reabilitação psicossocial, surgidos nos EUA em meados do séc. XX, centraram-se, sobretudo, na formação e integração profissional de pessoas com doença mental. A abordagem difundiu-se um pouco por toda a Europa e as dimensões abordadas foram também alargando. **Atualmente, as diferentes práticas e modelos de reabilitação psicossocial visam apoiar as pessoas com doença mental a alcançar objetivos pessoais e funcionais muito diversos** (e.g., Corrigan, 2016), centrando-se no **desenvolvimento de cuidados de base comunitária, de competências, recursos e mecanismos que possibilitem uma participação social ativa**, ao invés de beneficiar passivamente de cuidados de Saúde Mental (Allot et al., 2002).

## **A Reabilitação Psicossocial em Portugal**

**O paradigma da reabilitação psicossocial tardou a chegar ao território nacional** onde, em meados do século XX (e contrariando a tendência de desinstitucionalização que se começava a verificar no continente americano e europeu), nasciam ainda novos hospitais psiquiátricos – como o Júlio de Matos (1942), o Sobral Cid (1946) e o Magalhães Lemos (1962).

Os parques ensaios de *reabilitação* (o conceito não era ainda utilizado) ocorriam em contexto institucional, com as primeiras experiências de *ergoterapia* (precursora da terapia ocupacional), que se considerava produzirem um efeito estabilizador. Independente das capacidades, formação e preferências das pessoas, este tipo de intervenção visava, sobretudo, promover a ordem e a disciplina interna das instituições, e não as competências e capacidades das pessoas. O Professor Miguel Bombarda, diretor do Hospital de Rilhafoles (mais tarde Hospital Miguel Bombarda) foi, à época, pioneiro da *ergoterapia* aplicada aos/às internados/as no pavilhão Panóptico (ou a 8ª Enfermaria), onde viviam, em total reclusão, as pessoas com doença mental, então denominadas de *alienadas*.

Esta abordagem hospitalar manteve-se até ao final

do século XX, altura em que a **Lei de Saúde Mental de 1998** veio instituir uma viragem ao nível da política de reabilitação e integração social na área da Saúde Mental, determinando a **prestação de cuidados em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, localizados na comunidade**. No mesmo ano, ao abrigo de um despacho conjunto (407/98) entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade foram criadas quatro tipologias de respostas sociais para pessoas com doença mental: *unidades de vida apoiada, unidades de vida protegida, unidades de vida autónoma e fórum socio-ocupacional*. Porém, estas respostas, além de limitadas a um número muito reduzido de utentes, caracterizava-se pela dificuldade em prestar apoio de qualidade, nomeadamente, devido à falta de profissionais qualificados.

**Em 2006 é criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental e, no ano seguinte, é publicado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Este pretendeu, essencialmente, “**promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos/as utentes e das suas famílias**”. Os seus objetivos específicos visavam: a) assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com doença mental, incluindo as pertencentes a grupos especialmente vulneráveis; b) promover e proteger os Direitos Humanos das pessoas com doença mental; c) reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da Saúde Mental; d) promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos/as utentes e das suas famílias; e e) promover a integração dos cuidados de Saúde Mental no sistema geral de Saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização (Martins, 2015).

Assim, o referido plano veio reestruturar os serviços de Saúde Mental, introduzindo princípios internacionalmente defendidos para a prestação de serviços de qualidade, como a **integração dos cuidados de Saúde Mental nos hospitais gerais e no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o internamento de pessoas com necessidade dessa resposta em hospitais gerais e a salvaguarda de direitos fundamentais e proteção contra todos os tipos de discriminação para as pessoas com doença mental** – nomeadamente, a prestação de cuidados num meio menos restritivo possível e a promoção do seu envolvimento no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam. O plano preco-

niza, ainda, o **envolvimento das famílias na prestação de cuidados de Saúde Mental**, bem como a **criação de condições que favoreçam a autoterminação e a procura de um caminho próprio de desenvolvimento pessoal** (CNRSSM, 2007).

Operacionalizando estes propósitos, o plano previa três vertentes de intervenção: **reabilitação profissional** (orientação e formação profissional; empresas de inserção; emprego apoiado e emprego protegido); **reabilitação residencial** (atividades da vida diária, relações interpessoais, gestão da medicação e do orçamento doméstico) e **participação social** (utilização dos recursos da comunidade, atividades ocupacionais e de lazer, *empowerment*, grupos de ajuda mútua dirigidos às pessoas e familiares, suportes sociais ao domicílio).

Os resultados do plano foram significativos, tendo-se verificado uma **diminuição em 40% do número de pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (SPPSM, 2015)**, bem como o encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico do país (o Miguel Bombarda) e a preparação da desativação de outros. Porém, o plano relevou ainda **inúmeras fragilidades e insuficiências de serviços, que deveriam ter como base a comunidade** – à exceção de programas e empresas vocacionados para a inserção profissional de grupos vulneráveis que, entre outros problemas (em particular, a desconsideração de especificidades dos diferentes grupos a que se dirigem), e que apresentam fragilidades e inconsistências quanto à reabilitação profissional das pessoas com doença mental. Em particular, foram identificados **constrangimentos nas vertentes do acesso, equidade e qualidade**. Apenas uma pequena parte das pessoas tinha acesso a cuidados, com recursos centrados em Lisboa, Porto e Coimbra e **distribuição de recursos humanos assimétrica** e especialmente marcada pela **escassez de Psicólogos/as ou Enfermeiros/as nas equipas de Saúde Mental**.

A nova **Lei da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho)** veio introduzir algumas mudanças à Lei de 1998, cuja revisão se justificava, não apenas pelos longos anos de vigência, mas pelos compromissos assumidos por Portugal nesta matéria junto de instâncias internacionais. O novo diploma prevê que a pessoa com necessidade de cuidados de Saúde Mental seja apoiada ou representada, no exercício dos seus direitos, **pelo/a acompanhante** (ao abrigo do regime da pessoa maior acompanhada), **pelo/a procurador/a de cuidados de Saúde**, **pelo/a mandatário/a**, pela pessoa que exerça as responsabilidades parentais, a tutela ou a quem tenha sido confiada. Nesse contexto, a nova lei prevê a figura, intencionalmente informal, da **pessoa de confiança — pessoa escolhida por quem tem necessidade de cuidados de Saúde Mental e por si expressa-**

**mente indicada para, com a sua concordância, lhe prestar apoio no exercício dos seus direitos.**

O novo diploma altera ainda os requisitos e condições para o tratamento involuntário, que substitui o internamento compulsivo. Nos termos da nova lei, a sujeição de pessoas com doença mental a tratamento involuntário pode ser determinada em caso de recusa do tratamento medicamente prescrito, necessário para prevenir ou eliminar um perigo para bens jurídicos do/a próprio/a ou de terceiros. **O tratamento involuntário só pode ter lugar se for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito**, devendo ser adequado a prevenir ou eliminar uma das situações de perigo referidas e ser proporcional à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico.

Neste contexto, **o tratamento tem finalidade terapêutica, sendo orientado para a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e psicossocial**, visando a (re)capacitação, o (re)empoderamento, a reposição da autonomia da pessoa que recusa o tratamento que lhe está medicamente indicado, como forma de evitar consequências irreversíveis para a sua Saúde Mental, bem como a de prevenir, em situação limite, a prática de ações que violem a lei. Em coerência com a finalidade que lhe é apontada, a pessoa em tratamento involuntário participa, na medida da sua capacidade, na elaboração e execução do respetivo plano de cuidados e é ativamente envolvida nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico.

Por fim, a nova lei estabelece a **preferência pelo tratamento involuntário em ambulatório, assegurado pelos serviços locais de Saúde Mental e/ou equipas comunitárias de Saúde Mental** (exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, cessando logo que o tratamento possa ser retomado em ambulatório). Uma outra alteração da nova lei, que merece destaque, é a de esta **eliminar a possibilidade de prorrogação indefinida da medida de segurança de internamento de inimputáveis**. Ou seja, a lei passa a impedir que as medidas de internamento tenham, na prática, uma duração ilimitada ou mesmo perpétua, prevalecendo o entendimento de que nenhum cidadão/ã – imputável e inimputável – pode ser privado de liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida.

No entanto, **o atual enquadramento legal não traduz ainda um modelo de organização de cuidados de Saúde Mental em linha com as recomendações internacionais** – em virtude de um **persistente subfinanciamento dos serviços de Saúde** (e de uma enorme carência de recursos materiais e humanos), para além do **foco na prestação de cuidados institucionais e das assimetrias**

**territoriais** (grande carência de respostas, em especial, fora dos centros urbanos) – pelo que as respostas de Saúde Mental de base comunitária permanecem escassas.

# 01. A Reabilitação Psicossocial

## 1.1. Definição de Conceitos

### *Reabilitação Psicossocial*

Na literatura, **os conceitos de reabilitação psiquiátrica e reabilitação psicossocial surgem, frequentemente, de forma intercambiada**, assumindo-se que funcionam como sinónimos e se referem à mesma prática (e.g., Hirdes & Kantorski, 2004).

Neste âmbito, **importa distinguir, de forma clara, tratamento e reabilitação**. Podem ocorrer em simultâneo ou em sequência, na mesma instituição ou em diferentes contextos, e têm objetivos distintos. O **tratamento** parte do diagnóstico, pretendendo reduzir os sintomas ou atingir a *cura* através de procedimentos como a psicoterapia ou a farmacoterapia. **Já a reabilitação** visa promover a recuperação e a reintegração social ajudando a alcançar uma vida o mais plena e satisfatória possível. Na reabilitação, o diagnóstico realizado pretende identificar as competências presentes, bem como o suporte que existe no ambiente da pessoa, necessários ao desenvolvimento das suas competências.

Em 1996, a **OMS publicou uma declaração de consenso sobre reabilitação psicossocial**, definindo-a como um processo facilitador de oportunidades para que as pessoas com doença mental atinjam um nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. Tal implica o desenvolvimento das suas competências e a introdução de mudanças no ambiente, no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida possível a pessoas com doença mental associada a determinado nível de défice, incapacidade ou desvantagem, trabalhando no sentido da sua máxima minimização, em consonância com escolhas e valores individuais (WHO, 1996). Hoje, a OMS define o conceito como um **“processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados devido a perturbação mental a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento, na comunidade, o que envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”** (OMS, 2001).

Trata-se de uma **prática baseada em evidências, que promove a recuperação pessoal, a integração comunitária e a melhoria da qualidade de vida para pessoas a quem tenha sido diagnosticado um problema de Saúde Mental persistente, com vista a uma plena participação como cidadãos e cidadãs**.

O foco da reabilitação psicossocial é, neste sentido, **apoiar a (re)integração comunitária**, através da melhoria progressiva da capacidade para **funcionar de forma plena, com satisfação e propósito**, nos ambientes de vida, sociais, de trabalho e de aprendizagem da escolha da pessoa. Porquanto cada indivíduo apresente dificuldades e capacidades específicas, a ênfase é colocada no potencial de recuperação de *cada* pessoa. Trata-se, portanto, de uma **abordagem individualizada, centrada nos objetivos, competências, interesses e interações da pessoa e na criação das condições necessárias à melhoria da Saúde geral, bem-estar e a sua qualidade de vida** (e.g., Llewellyn-Beardsley et al., 2019).

A OMS estabelece como **objetivos primordiais da reabilitação psicossocial**: a emancipação da pessoa; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde. Ainda de acordo com a OMS, **a eficácia da reabilitação psicossocial na Saúde Mental, requer o equilíbrio entre farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial** (Martins, 2015), i.e., deve, necessariamente, ser uma **intervenção multidisciplinar**.

### *Recovery*

Neste contexto, surge ainda, na literatura, o conceito de **recovery (recuperação)**, definido como um **processo pessoal e único de mudança de atitudes, objetivos, competências e papéis da pessoa com doença mental, através do qual a pessoa confere um novo significado à sua vida, apesar das limitações impostas pela doença** – em particular, envolvendo a superação do estigma que limita o seu exercício de cidadania (Anthony, 1993). O conceito de *recovery* liga-se, assim, à ação das próprias pessoas com doença mental e ao seu sentido de necessidade de contribuição para a comunidade.

Aqui emerge como particularmente relevante o **papel do estigma internalizado** (autoestigma) (Ritsher et al., 2023). Sendo uma adesão da própria pessoa aos estereótipos negativos e preconceitos na generalidade atribuídos pelos outros às pessoas com doença mental, a internalização do estigma traduz-se numa desvalorização pessoal e num sentimento de vergonha que reforçam o isolamento social. Como consequência, **o estigma internalizado parece resultar numa perda de autoestima e autoeficácia** (Link et al, 2001; Watson et al., 2007). Alguns estudos (e.g., Penas et al., 2024; Dubreucq et al., 2021) indicam que, em pessoas com doença mental grave,

o estigma internalizado **condiciona negativamente a recuperação e, inclusive, pode contribuir para o agravamento da sintomatologia** – evidenciando-se a importância de intervenções para a diminuição do estigma social e do autoestigma (Chuang et al., 2024; McCulloch et al., 2023).

Embora seja uma experiência individual, o *recovery* não é um processo solitário. As necessidades da pessoa com doença mental grave ocorrem num contexto social, familiar, político, económico, cultural e espiritual que tem impacto na sua saúde mental e bem-estar, e, portanto, o **processo de reabilitação psicossocial é profundamente influenciado pelas expectativas e atitudes da pessoa com experiência de doença mental e requer um sistema de suporte organizado**. Este inclui a família, vizinhos/as, amigos/as, colegas de trabalho, pares e profissionais, bem como o acesso a recursos sociais, como a habitação, o rendimento, o emprego, a educação ou o lazer. Deve ser visto como uma **jornada vitalícia, de crescimento, aprendizagem, desenvolvimento de resiliência, gestão de obstáculos e celebração de sucessos**, podendo existir momentos em que a pessoa se sentirá menos bem ou experienciar uma crise, e outros em que, com base nesses momentos, a pessoa aprende a superar (OMS, 2019).

O *recovery* da doença mental envolve muito mais do que *recuperar* dos sintomas da doença. As pessoas podem ainda ter de **recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma social que ela provocou, da discriminação e do isolamento, da falta de oportunidades de autodeterminação e de participação social** (Duarte, 2007). O *recovery* implica, assim, **um processo subjetivo, positivo e progressivo, que enfatiza a capacidade e o empowerment da pessoa para aprender a viver com qualidade, em contextos adaptados ao seu grau de autonomia, mas que lhes permitam ter acesso às mesmas oportunidades e contextos profissionais, sociais e habitacionais que quaisquer outros cidadãos e cidadãs**. O *empowerment* tem um papel crítico no processo de *recovery* dado que este se associa à **promoção da autonomia, tomada de decisão independente, responsabilização e auto-gestão** (Leamy et al., 2011; Lee et al., 2021).

De acordo com a OMS, os **componentes-chave do processo de recovery** incluem, mas não se restringem a: **inclusão** (acesso às mesmas oportunidades, serviços e recursos da comunidade, como qualquer outra pessoa); **manutenção das relações** (família, companheiros/as, amigos/as profissionais de saúde, equipa de suporte, grupo de pares); **esperança** (acreditar na superação de limitações e na possibilidade de participação social e concretização de aspirações, apesar da doença); **identidade** (sentido de si), alicerçada num sentido propósito e significado,

bem como; a **autodeterminação**, no que respeita ao controlo para gerir altos e baixos e a possibilidade de tomar decisões sobre a sua vida (OMS, 2019).

## 1.2. Evidência Científica

Estima-se que, aproximadamente, 14% da carga global de doenças seja atribuída a doenças neuropsiquiátricas (e.g., Prince et al., 2007). **A doença mental grave afeta 1-3% da população** (MHE, 2023), tendo um impacto negativo no funcionamento diário, no desempenho de papéis sociais e na qualidade de vida. O curso da doença mental grave é muitas vezes difícil de controlar e pode conduzir à exclusão social (e.g., Rasmus et al., 2021). Ainda, as pessoas com doença mental grave parecem ter uma expectativa de vida média 12,5 anos menor que a da população geral (Chang et al., 2011).

Embora a **maioria das pessoas com doença mental grave e crónica receba o diagnóstico de esquizofrenia ou de outra perturbação psicótica persistente**, existem outras psicopatologias (e.g., depressão grave e resistente a tratamento; perturbação bipolar; perturbações de personalidade graves) que podem ser alvo de programas de reabilitação psicossocial (Rössler, 2006). O grande desafio destes programas é a criação de ambientes que promovam a recuperação, compostos por um conjunto de serviços não apenas eficazes na intervenção em Saúde Mental, mas na promoção das competências da pessoa para realizar escolhas sobre o seu estilo de vida, que promovam a sua autonomia e a independência, reduzindo assim necessidade de serviços de internamento. Para tal, o foco destes serviços é o desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e sociais que apoiem as pessoas com doença mental grave a prosperar nas suas comunidades.

No entanto, a **reabilitação psicossocial foi, durante algum tempo após o seu advento, encarada como uma intervenção de segunda ou terceira linha**, a ser aplicada quando outros tipos de intervenção falhavam. Além disso, era percebida como uma prática de “senso comum”, que poderia ser realizada por qualquer profissional, mesmo sem formação específica, ou ainda como uma forma de ocupar o tempo (em lugar de uma intervenção especializada e com objetivos específicos).

Mais recentemente, a investigação em reabilitação psicossocial foi-se consolidando e fornecendo evidências dos seus benefícios em diversas dimensões – e por isso, a par de contínuos avanços da psicofarmacologia, **a reabilitação psicossocial é hoje considerada uma componente essencial da reabilitação em Saúde Mental** (e.g., Meehan et al., 2007).

A evidência científica indica que tem um **impacto positivo no bem-estar geral**, nomeadamente, um **maior sentido de autonomia e propósito**, bem como uma **maior sensação de paz/tranquilidade** (Rouse et al., 2017).

Nos últimos anos, vários/as investigadores/as identificaram um **conjunto amplo e crescente de modelos e práticas de reabilitação psicossocial** (Corrigan, 2016; Fleischhacker et al., 2014; Kern et al., 2009), sendo estas altamente variáveis em termos de metodologia, conteúdos e propósitos, diferentes nos vários países e dentro do mesmo país (Vita & Barlati, 2019). Os modelos de reabilitação baseados em evidências têm sido desenvolvidos para diferentes objetivos, incluindo a **promoção do emprego, competências de vida independente e de vida comunitária** (e.g., Rog et al., 2014; Bond & Drake, 2015).

Uma revisão centrada em programas de reabilitação psicossocial dirigidos a pessoas com esquizofrenia e doença bipolar demonstra a sua **eficácia em pessoas com doença mental grave**, que enfrentam maiores desafios de adaptação, emprego, socialização e vida autónoma (Yildiz, 2021).

Outros estudos, focados em modelos específicos de reabilitação psicossocial, mostram **resultados positivos diversos** (Vita & Barlati, 2019; Ye et al., 2023), por exemplo:

- **Programas de tratamento comunitário assertivo:** diminuição dos períodos de internamento e taxas de sem-abrigo.
- **Programas de treino de auto-gestão da doença:** melhoria das competências para lidar com a doença, redução de recaídas e melhoria do funcionamento social.
- **Programas de terapia cognitivo-comportamental na psicose:** Redução de sintomas positivos e negativos, melhoria do humor e do funcionamento social.
- **Programas de educação psicológica deliberada dirigida às famílias:** Redução de recaídas, melhoria do funcionamento social, aumento na adesão ao tratamento, aumento da literacia sobre a doença, conhecimento da doença, aumento da competência da família para lidar com a doença, diminuição da carga emocional familiar.
- **Programas de educação psicológica deliberada para a doença bipolar:** Diminuição da recorrência, diminuição da taxa e duração de hospitalizações, aumento da literacia sobre a doença, aumento da adesão ao tratamento, diminuição da sobrecarga do/a cuidador/a.

- **Programas de treino de competências sociais:** Redução de sintomas negativos, melhoria das competências e funcionamento social.
- **Programas de emprego apoiado, apoio à integração profissional e pós-colocação, programas de Formação Profissional:** Melhoria nas taxas de emprego e qualidade de vida.
- **Programas de promoção do exercício físico aeróbico e estilos de vida saudáveis:** Redução de sintomas positivos e negativos, melhoria do humor, cognição, funcionamento social e qualidade de vida.
- **Programas de intervenção precoce integrada para a psicose:** Redução de sintomas positivos e negativos, melhoria da adesão ao tratamento, melhoria do funcionamento social e qualidade de vida.
- **Programas de terapia de grupo para a perturbação *borderline* de personalidade:** Redução de sentimentos de raiva, do comportamento suicidário e de automutilação.

Sintetizando, quando beneficiam de programas de reabilitação psicossocial, as pessoas com doença mental grave têm oportunidades de recuperar um sentimento de independência e de participar em atividades sociais e profissionais, que podem melhorar significativamente o seu bem-estar geral e qualidade de vida, apresentando benefícios em múltiplas dimensões, como as relações familiares, comunicação, participação comunitária, autocuidado, gestão financeira ou competências para o trabalho (Spaulding & Sullivan, 2016).

**A reabilitação psicossocial pode ainda ser útil para pessoas com doença mental com menor gravidade, mas dificuldades sociais significativas** – por exemplo, pessoas com doença mental que receberam alta hospitalar, sem apoio social e/ou risco de isolamento/solidão ou que passaram por situações de crise. Ademais, existem estudos que apontam no sentido de **benefícios em contexto de cuidados paliativos**, sugerindo que os programas de reabilitação psicossocial podem desempenhar um papel importante na Saúde Mental dos/as doentes, contribuindo para a minimização dos sintomas, o apoio nas atividades de vida diária, a melhoria da qualidade de vida e a preparação para a morte (Almada et al., 2018).

Os benefícios da reabilitação psicossocial estendem-se ainda a outras dimensões da sociedade. Os cuidados com base na comunidade **promovem a inclusão e reduzem o estigma** associado à doença mental, aspeto que contribui para combater o isola-

mento e facilitar, de uma forma geral, a procura de apoio para problemas de Saúde Mental sem receio de julgamento ou discriminação.

Apesar destas evidências, em muitos países europeus (Portugal, inclusive – onde, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, 4% da população adulta sofre de uma doença mental grave, como a perturbação bipolar ou a esquizofrenia) **muitas das pessoas com doença mental não são, ainda, alvo de uma avaliação psicossocial adequada, nem integradas em programas de reabilitação.** Um dos desafios atuais prende-se com a percepção e crenças sobre a doença, que é diferente não apenas entre as pessoas com doença mental e os/as profissionais, mas também entre os/as próprios/as profissionais, daqui resultando divergências entre qual o tipo de terapêuticas a aplicar. Por exemplo, os/as profissionais da Medicina podem privilegiar o controlo dos sintomas através de terapêuticas farmacológicas, enquanto as pessoas com doença mental podem sentir como essencial a participação em programas de reabilitação psicossocial, nomeadamente, o envolvimento em atividades ocupacionais que garantam significado e propósito à sua vida (Deegan, 2005).

### 1.3. Princípios-Chave

Os **princípios-chave subjacentes a uma abordagem de reabilitação psicossocial** são aplicáveis a todos os prestadores de serviços de reabilitação em Saúde Mental, independentemente do contexto, do tipo de problema de Saúde Mental e do conteúdo do programa a implementar:

- **Orientação para a pessoa:** A reabilitação psicossocial baseia-se nos pontos fortes da pessoa, e não nos seus défices e problemas. O diagnóstico é desvalorizado em detrimento de uma abordagem global da pessoa, considerando os seus interesses, valores, talentos, expectativas como base para a definição de metas para a recuperação. Assim, os objetivos do plano de intervenção são individualizados, estabelecidos com base nas necessidades, preocupações e competências existentes.
- **Respeito pela autonomia e autodeterminação:** no reconhecimento do direito da pessoa com doença mental a uma cidadania plena, a reabilitação psicossocial prioriza o direito da própria pessoa a tomar as suas próprias decisões (um direito apenas revogado em circunstâncias extremas, quando existe perigo imediato para a própria pessoa ou para outros) e fazer as suas escolhas (e.g., acerca de onde e como viver, estudar, trabalhar). A pessoa tem o direito de esco-

lher os apoios de que beneficia (e.g., apoio ao emprego) e de recusar outros (e.g., utilizar uma medicação com determinados efeitos secundários).

- **Envolvimento ativo:** Na reabilitação psicossocial, a pessoa é implicada como agente, em todos os aspetos da sua reabilitação (definição de necessidades específicas, identificação de pontos fortes, definição de metas a alcançar). O processo requer ainda uma relação de colaboração e confiança entre a pessoa e os/as profissionais, sendo esta relação determinante na melhoria da qualidade de vida da pessoa e nos resultados funcionais (Catty et al. 2010; 2011). Esta colaboração muitas vezes abrange toda uma equipa, pessoas de confiança, elementos da família e outros elementos da rede social da pessoa. Neste contexto, a tradicional relação *médico-paciente* ou *terapeuta-paciente* é substituída pela relação *profissional-utente* – preconizando, em lugar de expectativas de adesão, a capacitação e autodeterminação (Farkas, 1999).
- **Integração social:** a reabilitação psicossocial visa o desenvolvimento de condições de vida o mais normalizadas possível, ou seja, desempenho de papéis sociais relevantes, enquadrados pelas características pessoais e do meio social de inserção da pessoa, valorizando o contexto específico em que esta vive, aprende, trabalha e/ou socializa.
- **Funcionamento:** a reabilitação psicossocial pretende (re)descobrir e desenvolver competências e aceder aos recursos comunitários necessários a uma vida significativa, com propósito, qualidade e Saúde, podendo incluir uma variedade ampla de serviços e apoios ao funcionamento da pessoa (e.g., apoio para atividades quotidianas, higiene e outras competências de vida, acesso à habitação, gestão financeira, transportes, incentivo à socialização com pares, gestão da medicação, apoio vocacional, emprego, oportunidades de voluntariado).
- **Apoio:** a reabilitação psicossocial enfatiza o apoio comunitário, em contextos do mundo real (junto de amigos, familiares, professores/as, colegas de trabalho), no grau mínimo possível, durante o tempo necessário;
- **Orientação para os resultados:** A reabilitação psicossocial é orientada para metas observáveis e mensuráveis, e não apenas para uma lógica de prestação de serviços; a reabilitação psicossocial enfatiza a avaliação constante dos resultados (e.g., autonomia e satisfação dos utentes), eficácia, eficiência e impacto dos programas, nos contextos da escolha da pessoa (Anthony et

al., 2002).

- **Potencial de crescimento:** a reabilitação psicossocial promove o funcionamento geral; a recuperação é vista como um processo e não como um resultado; independentemente das dificuldades atuais, o foco é colocado na melhoria progressiva do funcionamento geral e da satisfação da pessoa.

## 1.4. Serviços

Podem ser encaminhados para serviços de reabilitação psicossocial pessoas com doença mental grave que: a) tenham elevado grau de incapacidade na sua vida diária; b) que tiveram algum sucesso em intervenções previamente realizadas, mas apresentam ainda défices de funcionamento; c) não têm acesso a oportunidades adequadas para atingir um nível mínimo de funcionamento independente; ou d) conseguem funcionar de forma independente, mas não têm motivação ou debatem-se com grandes dificuldades, por exemplo, decorrentes do estigma de que são alvo.

Os serviços de reabilitação psicossocial podem, portanto, incluir **uma variedade de respostas dirigidas a pessoas com doença mental da qual resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência física, psíquica ou social, transitória ou permanente**, nomeadamente:

- **Unidades de vida apoiada:** respostas habitacionais destinadas a jovens e pessoas adultas com doença mental de evolução crónica, com necessidade de apoio para a vida diária, mas sem necessidade de intervenção médica frequente. Estas unidades proporcionam um ambiente estruturado e supervisionado, oferecendo um apoio e assistência nas atividades diárias, com vista a promover a recuperação da autonomia. São particularmente fundamentais nos processos de desinstitucionalização (por transição de ambientes institucionais para ambientes independentes).
- **Unidades de vida protegida:** respostas habitacionais destinadas ao treino de autonomia de jovens e pessoas adultas com doença mental de evolução crónica, clinicamente estáveis e com possibilidade de integração em programas profissionais/ocupacionais, ou que não possuem alternativa residencial.
- **Unidades de vida autónoma:** respostas habitacionais destinadas a jovens e pessoas adultas com doença mental, sem alternativa residencial, permitindo a sua integração em programa de for-

mação profissional ou em emprego normal ou protegido.

- **Fóruns socio-ocupacionais:** oferecem um conjunto de atividades diárias, terapêuticas e ocupacionais, com o objetivo de promover a autonomia e a qualidade de vida dos utentes, nomeadamente, com, vista à reinserção socioprofissional e/ou profissional, integração em emprego protegido ou formação.
- **Empresas sociais:** destinadas a apoiar a reinserção socioprofissional de pessoas desempregadas em situação de desfavorecimento face ao mercado de trabalho e que abrangem, entre outros, pessoas com doença mental em processo de recuperação.

**Iniciativas de apoio de pares e apoio não profissional:** envolvem pessoas com histórico de doença mental e voluntários/as que partilham experiências e prestam apoio.

Para além destas estruturas, outras respostas, ainda que não formalmente integrem o paradigma comunitário de reabilitação em Saúde Mental, oferecem uma variedade de serviços de Saúde Mental especificamente dirigidos a esta população, nomeadamente:

- **Centros e equipas comunitárias de Saúde Mental:** centrados na promoção do bem-estar e na prevenção de crises, têm o potencial de fornecer cuidados acessíveis (nomeadamente, de aconselhamento, psicoterapia e apoio psiquiátrico em ambulatório) nos contextos em que as pessoas vivem e trabalham, em estreita colaboração com os cuidados primários e com a rede mais ampla de apoios na comunidade.
- **Unidades de Saúde Mental em hospitais gerais:** concebidas para gerir crises agudas de Saúde Mental e fornecer intervenção imediata, oferecem internamento de curto prazo para pessoas que necessitam de cuidados hospitalares e prestam apoio e aconselhamento às pessoas em situações de sofrimento emocional agudo.
- **IPSS e Organizações Não Governamentais (ONG):** muitas delas têm desenvolvido serviços de formação profissional, emprego apoiado e protegido, centros comunitários e grupos de autoajuda (CNRSSM, 2007), ou ainda apoio jurídico, aconselhamento individual, treino de competências, linhas telefónicas SOS e apoio domiciliário (Fazenda, 2008).

## 1.5. Intervenção

A intervenção em reabilitação psicossocial deve ser norteadada pelo *recovery*, estando ambos os conceitos ligados ao mesmo **paradigma de inclusão da doença mental** e de superação do modelo centrado no internamento psiquiátrico, nas dimensões:

- **Ética:** a intervenção é centrada nos aspetos éticos, nos direitos e deveres, responsabilidades e valores que os/as profissionais deverão assumir no respeito pelos princípios da integridade, do tratamento com igualdade e da garantia da privacidade e confidencialidade no que se refere às pessoas a quem prestam o serviço.
- **Científica:** a intervenção centrada em evidências científicas (*evidence-based practice*) e na efetividade da intervenção é privilegiada, no sentido da promoção de serviços de comprovada qualidade. A intervenção deve ser guiada por teorias e modelos validados dos fenómenos que envolvem as questões da saúde e doença mental. A clareza conceptual no âmbito da reabilitação psicossocial deve orientar o processo de *recovery*, definindo objetivos, avaliando os resultados dos programas e reconhecendo o carácter ecológico deste tipo de intervenção.
- **Contextual:** focada no reconhecimento, mobilização e melhoramento dos recursos materiais e sociais da pessoa com doença mental. Estes recursos abrangem as redes de suporte social, incluindo familiares, vizinhos, amigos/as e o acesso à educação, emprego, habitação, lazer e ainda às medidas que facilitem a sua integração comunitária.
- **Económica:** norteadada pelos custos económicos e sociais das doenças mentais de evolução prolongada, pretende-se favorecer uma prática que proporcione oportunidades de emprego remunerado e significativo, providencie estudos acerca da eficiência económica dos programas (a um nível geral e individual) e subsidie os tratamentos terapêuticos e de reabilitação necessários.
- **Do Empoderamento:** a prática em reabilitação psicossocial deverá incentivar a tomada de decisão da pessoa com doença mental, ao nível individual e social. Como tal, será necessária a promoção da inclusão na comunidade e o combate ao estigma, quer em termos legislativos, quer ao nível da adoção de iniciativas concretas em contexto comunitário, sublinhando a importância do envolvimento e participação das pessoas com doença mental nesse processo.
- Dos **Serviços:** com o objetivo de oferecer serviços de qualidade e que assegurem a satisfação das pessoas com doença mental e suas famílias, a organização dos programas de reabilitação psicossocial deverá ter cinco metas centrais: colaboração na gestão da doença e da saúde geral (medicação, alimentação, exercício, gestão do stresse, gestão dos sintomas e inibição do consumo de álcool e/ou drogas); ocupação útil; aumento e melhoria das relações sociais e inclusão na comunidade; gestão do novo sentido de *self* e emoções, decorrentes da vivência com uma doença mental de evolução prolongada; e melhoria das condições de vida.
- Da **diversidade:** todos os fatores deverão ser considerados, nomeadamente, género, idade, pertença cultural e diferenças linguísticas, no respeito pela diversidade e individualidade de cada pessoa.
- Da **relação:** reconhecendo que a reabilitação psicossocial é um processo interpessoal, reveste-se da maior importância a atenção dada à manutenção de bons relacionamentos profissionais, quer ao nível da aliança terapêutica, quer ao nível organizacional (envolvimento dos/as cuidadores/as e pessoas com doença mental nas iniciativas das instituições, treino dos/as profissionais/as para a “partilha de poder” e de informação (Ornelas, 2007)).

## 02. O Papel dos/as Psicólogos e Psicólogas na Reabilitação Psicossocial

### 2.1. Enquadramento

O papel da Psicologia no contexto da intervenção em doença mental grave foi, tradicionalmente, descuido até muito recentemente, em detrimento da intervenção psiquiátrica farmacológica. Mas, nas últimas décadas, **os/as Psicólogos e Psicólogas (em particular os/as que atuam na área Clínica e da Saúde e/ou na área Comunitária) têm desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento de intervenções psicossociais empiricamente validadas para pessoas com doença mental** – ainda que os/as profissionais de Psicologia permaneçam sub-representados na intervenção com esta população (O'Connor & Yanos, 2021).

Sendo a Psicologia um campo de atuação extremamente vasto foram, ao longo do tempo, surgindo conceitos para diferenciar intervenções específicas – entre os quais, o de **Psicologia da Reabilitação**. Em 1965, a APA criou uma divisão vocacionada para as questões especificamente relacionadas com a *Psicologia da Reabilitação*, enquadrando-a como subárea da Psicologia da Saúde e definindo-a como uma **área da Psicologia dedicada ao estudo e aplicação de conhecimentos e ferramentas psicológicas a pessoas com deficiência e condições crónicas de Saúde** e vocacionada para o **acompanhamento psicológico e reinserção da pessoa na sua vida quotidiana** (por exemplo, após um internamento prolongado), a fim de maximizar a sua Saúde e o bem-estar, a independência e a escolha, as competências funcionais e a participação social, ao longo da vida (APA, 2022).

Os Psicólogos e Psicólogas que atuam na área da Psicologia da Reabilitação são especializados numa vasta gama de atividades dirigidas a **problemas comportamentais e de Saúde Mental em pessoas com deficiência e condições crónicas de Saúde, nomeadamente, as que vivem com algum tipo de psicopatologia grave** – nomeadamente, a identificação de dificuldades associadas e/ou causadas por sintomatologia psiquiátrica, educação psicológica deliberada sobre as perturbações e sobre fatores protetores e de risco da reabilitação, apoio familiar, promoção de competências socioemocionais, inves-

tigação, formação, ensino e desenvolvimento de políticas públicas (APA, 2022).

Os/as profissionais que atuam na área da Psicologia da Reabilitação trabalham em **equipas multidisciplinares**, de uma forma holística e integradora, para que a pessoa possa ser atendida em todas as suas necessidades. A sua intervenção considera as expectativas da pessoa, mas também a das famílias (Waisberg, et al, 2008).

### 2.2. Funções e Atividades

**Os Psicólogos e Psicólogas têm um papel central em todas as fases da implementação dos programas de intervenção junto da pessoa com doença mental grave:** fase diagnóstica (avaliação do nível de preparação para a intervenção), fase de planeamento e fase de intervenção, propriamente dita. Ao longo de todas as fases, cabe ao/a profissional de Psicologia **avaliar o nível de preparação para a mudança e adequar as intervenções ao estágio em que se encontra a pessoa**, bem como **promover experiências promotoras de consciência pessoal e contextual, variáveis fundamentais à autodeterminação**.

#### *Avaliação e Planeamento*

A pessoa com doença mental é geralmente encaminhada para uma resposta de reabilitação psicossocial pelo serviço local de Saúde (por exemplo, pelo/a Assistente Social, Médico Psiquiatra), que sinaliza, aquando do encaminhamento, o diagnóstico de doença mental. À chegada ao serviço, a pessoa é integrada em estruturas da comunidade onde é apoiada por **equipas com uma composição multidisciplinar** (com profissionais das áreas da Psicologia, Psicomotricidade, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, etc.), por forma a oferecer uma **intervenção holística, integral e multidisciplinar**, de acordo com o plano traçado (Killaspy & Dalton-Locke, 2023).

Num primeiro momento, o/a Psicólogo/a tem um papel preponderante na **avaliação inicial (cognitiva, neuropsicológica, social, de personalidade), identificação de necessidades e de pontos fortes**, que permitirão delinear o plano individual de reabilitação. O processo de avaliação inclui a avaliação de todas as áreas da vida da pessoa, englobando, entre outros aspetos:

- A dimensão **clínica**: recolha de informação junto da equipa clínica (relatório de diagnóstico por parte dos serviços clínicos exteriores); fase da doença e sintomatologia prevalente; exploração

da história de vida; funcionamento cognitivo; estilos de vinculação; estratégias de *coping* e grau de preparação para a mudança; saúde física; identificação de interesses, aspirações, expectativas e pontos fortes.

- A dimensão **funcional**: impacto da doença no quotidiano; identificação de desafios e potencialidades e no plano educativo, profissional e de lazer; identificação das principais problemáticas a abordar no âmbito do plano – por exemplo, abandono escolar precoce (e ausência de qualificação), ausência de qualquer experiência de trabalho, experiências profissionais frustrantes e negativas, problemas relacionais (e.g., famílias destruídas, dificuldades de relacionamento), historial de consumos, problemas associados à medicação (e.g., efeitos secundários agressivos, dificuldades de gestão da medicação), ausência de resposta residencial ou ausência de competências de vida diária, entre muitas outras.
- A dimensão **familiar**: análise da representação do problema no seio familiar/ dos/as cuidadores/as; nível de emoção expressa dos/as cuidadores/as; estilos parentais; necessidades de apoio aos elementos da família/ cuidadores/as.
- A dimensão **social/comunitária**: identificação de redes de apoio social; identificação e articulação com a pessoa de confiança; avaliação de comportamentos sociais; identificação de oportunidades de participação social; identificação de constrangimentos contextuais; identificação de incentivos à participação; identificação de recursos, ao nível de apoios sociais financeiros, bem como de espaços públicos que favoreçam a integração social.

A avaliação deve permitir ainda a **identificação de um/a técnico/as de referência** – i.e., elemento da equipa multidisciplinar que, em virtude da sua formação e intervenção, é o/a profissional mais adequado para coordenar e supervisionar o plano de reabilitação psicossocial (sempre em articulação com os restantes elementos da equipa).

A avaliação é um **processo contínuo**, que deve **prosseguir ao longo do tempo e permitir ajustes ao plano inicialmente definido**, em função de dificuldades emergentes ou de aspirações da própria pessoa.

## Elaboração do Plano Individual de Reabilitação

A metodologia de reabilitação psicossocial envolve uma **abordagem multidisciplinar que combina diversas abordagens preventivas, promotoras e terapêuticas, formação profissional e estratégias de reinserção social**. Implica a elaboração e implementação de planos ou programas que abordem, de forma integrada, a vida e funcionamento da pessoa, um trabalho individualizado e desenvolvido em contextos comunitários. Por tal, os planos de reabilitação psicossocial são, normalmente, articulados com vários cuidados, externos ao serviço: serviços de Saúde, de assistência social, a família e a comunidade.

O/A Psicólogo/a tem um papel central na elaboração do plano de reabilitação psicossocial, elaborado a partir da avaliação inicial, tendo em conta toda a informação clínica recebida (e.g., diagnóstico) e centrado nas necessidades específicas da pessoa (físicas, sociais, emocionais e contextuais), pontos fortes e expectativas. **O plano é definido em conjunto com a pessoa, a pessoa de confiança** (quando requerido) **e os elementos da equipa multidisciplinar do serviço e pressupõe uma intervenção balizada no tempo** (por exemplo, com a duração de um ano).

A definição do plano pressupõe o estabelecimento de um conjunto de **metas ajustadas às necessidades, aspirações e expectativas da própria pessoa** – por exemplo, vocacionadas para o desenvolvimento de competências (competências emocionais, cognitivas e sociais) e de apoios (e.g., acesso à habitação, educação, empregabilidade) – simultaneamente, **prevenindo o surgimento ou agravamento de dificuldades futuras** (e.g., novos internamentos). Pode incluir, entre outros, os seguintes objetivos:

- **A recuperação de competências de vida diária**, no caso de dificuldades nas atividades diárias, como cozinhar, limpar a casa, gerir o dinheiro, utilizar transportes públicos;
- **A otimização da medicação**, muitas vezes envolvendo estratégias adjuvantes e de gestão de efeitos secundários que interferem com o funcionamento ou com a qualidade de vida;
- **A monitorização e gestão de problemas de Saúde Física comórbidos**, em colaboração com profissionais que acompanhem a pessoa em cuidados primários e secundários;

- **A melhoria das relações sociais**, promovendo, na medida em que é relevante para a recuperação de uma vida autónoma, oportunidades para construir e manter relações significativas, através da participação em atividades sociais que possam combater o isolamento e o estigma a que muitas das pessoas com doença mental são votadas;
- **A melhoria das habilitações escolares académicas e/ou das competências para o trabalho**, apoiando na prossecução da formação escolar/académica e/ou no desenvolvimento de competências profissionais e de acesso ao trabalho e combate ao desemprego, particularmente elevado nas pessoas com doença mental grave;
- **A promoção da integração social e comunitária**, apoiando no acesso a uma habitação, no envolvimento nos espaços e serviços da área de residência, na integração num clube ou equipa ou na participação em eventos comunitários de interesse para a pessoa.

O trabalho dos/as Psicólogos/as enfatiza, em qualquer área de intervenção, o estabelecimento de alianças terapêuticas fortes como elementos-chave dos processos de intervenção. Este aspeto é particularmente relevante em contextos de reabilitação psicossocial, em que a pessoa com doença mental colabora, em todos níveis do processo, para alcançar metas também por si definidas (Anthony et al., 2002).

### **Coordenação e/ou a Liderança da Equipa Multidisciplinar**

Não raras vezes, cabe ao/à Psicólogo/a a coordenação e/ou a liderança da equipa multidisciplinar na implementação do plano (e.g., Gotham, 2006). Nesse papel, o/a profissional de Psicologia tem a responsabilidade de integrar informações recolhidas junto de agentes externos (aquando do processo de avaliação), bem como de **acompanhar a implementação do plano (por exemplo, no que diz respeito à gestão de expectativas da pessoa e obstáculos à concretização de metas definidas), monitorizar os resultados, discutir o caso com os elementos da equipa multidisciplinar e propor eventuais ajustes a realizar ao longo do tempo**. Este acompanhamento pode ser realizado de forma individual (ou, ainda, no contexto de dinâmicas de grupo<sup>1</sup>), bem como em vários tipos de resposta (e.g., fóruns socio-ocupacionais, unidades de vida autónoma, centros de dia).

O Psicólogo/a pode ainda ser responsável por atividades definidas no âmbito do plano, por exemplo:

- Acompanhamento e apoio à gestão da medicação, monitorização de sintomas positivos;
- Desenho e facilitação de atividades de grupo (e.g., sociais, de lazer, ocupacionais), em colaboração com elementos da equipa (e.g., terapeuta ocupacional; assistentes operacionais com formação em animação sociocultural) e com o objetivo de melhoria de competências interpessoais;
- Identificação de oportunidades de lazer, educativas e vocacionais na comunidade (e.g., ginásio, cinema, cafés, formação, educação de adultos, emprego apoiado, voluntariado), realizando o contacto colaborativo com organizações locais;
- Colaboração, sob a orientação do/a técnico/a responsável, em intervenções de terapia ocupacional.

Ao longo do processo, pode caber ainda ao/à Psicólogo/a a avaliação: 1) do sucesso do plano de reabilitação; 2) da satisfação da pessoa com o plano e com o trabalho colaborativo com a equipa; 3) da qualidade de vida da pessoa; 4) da satisfação da equipa com os recursos e organizações que permitem a operacionalização do plano de reabilitação das pessoas com doença mental.

### **Intervenção junto das Famílias e/ou Cuidadores/as**

Ao longo dos anos, **a família tem sido cada vez mais valorizada como parceira no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave** (e.g., Pinho & Pereira, 2015). Através de uma abordagem sistémica é possível intervir no sentido de redefinir dinâmicas familiares e de potenciar os seus recursos, promovendo a eficácia do processo de *recovery* (Townsend & Morgan, 2018; Johnson & Ray, 2016).

Porém, há que considerar que os elementos da família podem estar sujeitos a um elevado grau de desgaste psicológico, em virtude de fatores como o impacto do diagnóstico (não apenas concreto e material, mas do ponto de vista do estigma e autoestigma), a necessidade de adaptação a uma nova realidade, a dependência e implicações da cronicidade da doença mental, a sobrecarga física e emocional, conflitos entre os elementos da família, sentimentos de incredulidade, perda do controlo, stresse e gestão

<sup>1</sup> Regra geral, o/a Psicólogo/a não realiza, em contextos de reabilitação psicossocial, acompanhamento psicoterapêutico. O acompanhamento médico/psiquiátrico (e, em alguns casos, psicoterapêutico) é, também, realizado fora do serviço, nos serviços locais de Saúde (SNS) ou outros.

do comportamento (crises, recaídas) da pessoa com doenças mental (Pinho & Pereira, 2015). Neste sentido, **as famílias das pessoas com doença mental grave podem encontrar-se expostas a fatores de stresse prolongado.**

Para poder atuar e gerir todos estes aspetos, a família necessita de informação abrangente e detalhada sobre o problema em causa (diagnóstico), os tratamentos disponíveis (e respetivos riscos e benefícios), a medicação (escolhas e efeitos secundários), serviços de Saúde Mental a que deve aceder e, ainda, os seus direitos. Adicionalmente, os elementos da família podem necessitar, ao longo do tempo, de **apoio psicológico para lidar com a gestão da doença mental** e do seu impacto nos elementos do sistema e na dinâmica familiar. O papel do/a Psicólogo/a é central em todos estes aspetos, começando pelo enquadramento do problema e fornecimento de toda a informação necessária sobre os seus impactos e respetiva extensão.

## **Educação Psicológica Deliberada e Formação**

A Educação Psicológica Deliberada (também denominada Psicoeducação), no âmbito da Reabilitação Psicossocial de pessoas com doença mental, pode incluir literacia sobre doença mental, sobre a adesão à medicação, a relevância das diferentes terapêuticas, o reconhecimento dos sinais de alerta (relacionados com crises iminentes) e a prevenção de episódios de crise. Pode também incluir a desconstrução de crenças erróneas e de mitos sobre pessoas que vivem com doença mental.

Neste sentido, os/as Psicólogos/as podem promover conhecimentos junto das pessoas com doença mental, bem como junto das suas famílias e/ou pessoas de confiança. Alguns estudos têm demonstrado que a Educação Psicológica Deliberada parece relativamente efetiva na promoção da adesão à medicação (Alizioti & Lyrakos, 2021) e na diminuição de recaídas a curto e médio prazo (Zhao et al., 2015), assim como, junto das famílias, onde parece contribuir para diminuição da sobrecarga emocional (Okafor & Monahan, 2023; Pinho & Pereira, 2015).

Os Psicólogos e Psicólogas podem apoiar o desenvolvimento de oportunidades para que os familiares se envolvam em **ações de formação** em torno das

competências necessárias para lidar com o familiar com doença mental (muitas vezes, recorrendo ao apoio e testemunhos de pessoas com doença mental grave que beneficiaram de programas de reabilitação psicossocial), bem como ao **desenvolvimento e condução de grupos de ajuda**. Estes assumem um papel relevante em termos da identificação e resolução de problemas, da obtenção de recursos para adquirir mais, e do encontro e partilha com pessoas em circunstâncias similares. A partilha de experiências, a possibilidade de aprender com os outros e lidar com situações concretas e a oportunidade de libertar tensões e ansiedades, assumem especial importância em todo o processo. Adicionalmente, nestes contextos, é possível fornecer o acompanhamento psicológico e apoio emocional adequado em momentos de particular dificuldade e/ou o encaminhamento para outros serviços de Saúde Mental (caso a situação dos/as familiares assim o justifique).

Os Psicólogos e Psicólogas podem ainda ser responsáveis pela **formação dirigida aos diversos agentes que compõem as equipas multidisciplinares** (Médicos/as, Enfermeiros, Psiquiatras e outros profissionais, mas também auxiliares e voluntários/as), por exemplo, educando sobre a evidência científica mais recente sobre reabilitação psicossocial.

## **Articulação com outras entidades**

Os/As Psicólogos/as em contextos de reabilitação psicossocial podem ser responsáveis pelo contacto com outras entidades, designadamente, os serviços de Saúde, podendo sinalizar à equipa de Saúde que acompanha a pessoa a **necessidade de revisão do diagnóstico, em função da observação de (novos) sintomas**. Podem ainda articular com outros serviços da comunidade, sensibilizando para **necessidades de reintegração** (e.g., acesso ao emprego), quer numa ótica de colaboração (por exemplo, com medidas de apoio ao emprego do IEFV vocacionadas para pessoas com deficiência e incapacidade<sup>2</sup>), quer numa ótica de **promoção de literacia** – por exemplo, apoiando o desenvolvimento de ações e campanhas de desconstrução de mitos sobre a doença mental (e.g., de que as pessoas com doença mental são incompetentes, violentas, perigosas) e de **promoção do combate ao estigma e discriminação**, nomeadamente junto da população escolar (prevenção primária), de futuros/as profissionais e da população geral.

2 A este propósito é de notar a inexistência, em Portugal, de medidas de apoio ao emprego especificamente vocacionadas para pessoas com doença mental.

## *Investigação e Formulação de Políticas Públicas*

Os/as Psicólogos/as estiveram na linha da frente na condução de estudos longitudinais sobre intervenção na esquizofrenia (e.g., Harrow et al., 2005), contribuindo para a **evolução contínua do próprio conceito de recuperação** e para a construção e consolidação do seu papel nesse processo. Para além disso, continuam a ser fundamentais na investigação que se debruça na avaliação de programas de intervenção neste domínio, documentando a sua eficácia e seus benefícios específicos e, deste modo, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados. Por sua vez, os resultados de tais investigações podem **alimentar a construção de políticas públicas e a organização de serviços progressivamente mais ajustados** às necessidades da população em causa.

## 03. Recomendações para a Prática Profissional

Fundadas na constatação de que a doença mental grave integra a diversidade social, as presentes recomendações têm o propósito de incentivar os Psicólogos e as Psicólogas a fortalecer os seus conhecimentos e competências profissionais para a promoção do desenvolvimento, da Saúde e bem-estar das pessoas com doença mental grave, em contextos de reabilitação psicossocial e demais serviços.

### *Criar uma Cultura de Esperança*

A esperança não é um conceito abstrato. Significa manter uma crença na mudança e na expectativa de desenvolvimento positivo que, por sua vez, promove a motivação e a energia necessárias para enfrentar os muitos desafios colocados pela doença mental grave. **A esperança é a base sobre a qual se constrói uma jornada de recuperação em contexto psicossocial**, pelo que adquirir as capacidades para nutrir e manter a esperança é o ponto de partida para a construção de um plano de ação para a recuperação (e.g., Alizioti & Lyrakos, 2021). Na sua essência, a recuperação é, fundamentalmente, uma questão de esperança (MHCC, 2015).

Conforme exposto, qualquer processo de reabilitação psicossocial deve centrar-se nos valores, expectativas e aspirações da pessoa, bem como na ativação do seu potencial para construir uma vida com significado e propósito. Sentir-se esperançoso/a em relação ao futuro é determinante em qualquer processo promotor da Saúde Mental e do bem-estar. Sublinhe-se que, muitas vezes, estas pessoas acreditam serem incapazes de funcionar socialmente, de estudar ou de trabalhar e cuidar de si próprias. **A evidência científica demonstra que a esperança desempenha um papel fundamental no processo de recuperação sendo essencial para alcançar o melhor resultado possível** (Alizioti & Lyrakos, 2021; Schrank et al., 2012), quer para a própria pessoa, quer para os familiares.

**Os Psicólogos e Psicólogas podem desempenhar um papel fundamental de promoção da esperança e expectativas de recuperação através da sua ação**, encorajando-as consistentemente – por exemplo, estimulando as pessoas com doença mental grave a centrarem-se nos seus pontos fortes e nas atividades que podem realmente realizar (e não nas barreiras e desafios que enfrentam) e cele-

brando as suas conquistas. Para tal, é muitas vezes necessário que os/as profissionais reflitam sobre a sua própria experiência e atitudes, reconhecendo o papel do estigma, autoestigma e discriminação e as suas implicações para a esperança e o otimismo no trabalho junto desta população. Neste sentido, **podem trabalhar a sua capacidade de incorporar, modelar e comunicar uma cultura de esperança no contexto em que trabalham** – para que todos e todas dela beneficiem, as pessoas com doença mental grave e outros/as prestadores/as de cuidados.

Neste contexto, a linguagem é importante. Os Psicólogos e Psicólogas devem **evitar a utilização de termos que transmitam desânimo** e ajudar as pessoas a recuperar um sentido positivo de identidade. A esperança pode ser encorajada, por exemplo, através da escuta ativa e sem julgamento, da promoção de oportunidades de crescimento ou da transmissão de representações otimistas de pessoas em toda a sua diversidade, contando histórias de recuperação e resiliência. Os Psicólogos e Psicólogas podem, neste âmbito, desenvolver ainda um trabalho institucional, incorporando esta cultura de esperança em materiais do serviço em que trabalham – por exemplo, políticas, declarações de missão, formulários, panfletos, website. São ainda fundamentais no envolvimento das famílias e/ou cuidadores/as neste processo, ajudando-as a ser portadores/as de esperança – relembrando sucessos e experiências positivas (Topor et al., 2006).

Exemplos de atitudes e comportamentos dos/as profissionais neste contexto incluem, entre outros: comunicar expectativas de resultados positivos, bem como mensagens de esperança sobre a recuperação; criar ambientes de aceitação através do uso de escuta ativa; utilizar uma linguagem esperançosa e baseada na força das interações; incentivar a consideração da cultura, conexões e papéis sociais, atividade física, sexualidade, expressão criativa e eventual conexão com comunidades religiosas como fontes potenciais de significado e esperança; apoiar as pessoas a explorarem o impacto das barreiras externas (e.g., acesso limitado à habitação, pobreza) nos sentimentos de esperança; incentivar relações com pares que possam identificar-se com os mesmos desafios e despertar a esperança; convidar à evocação de realizações anteriores e à reflexão sobre experiências positivas; ou re-significar revezes como oportunidades de aprendizagem (MHCC, 2015).

## Utilizar Abordagens Culturalmente Sensíveis

Embora as recomendações para a ação de reabilitação psicossocial possam ser aplicadas em todo o espectro de condições de Saúde Mental e sejam relevantes para toda a diversidade da população ao longo da vida, elas exigem personalização para refletir plenamente realidades de diferentes grupos (por exemplo, crianças e jovens, pessoas mais velhas, pessoas LGBTQIA+).

Em particular, **o gênero é um determinante muito relevante da Saúde e da doença mental** (WHO, 2017). O sexismo impacta as diferenças nas taxas, desenvolvimento e recuperação da doença mental entre as mulheres (Mizock & Brubaker, 2021). Dados recentes apontam **taxas mais elevadas de doença mental grave em mulheres (6.5%), comparativamente aos homens (3.9%)** (NIMH, 2019). As mulheres com doença mental, em especial aquelas com doença mental grave, enfrentam também maiores desafios – por exemplo, pobreza, violência doméstica e sexual (e.g., Mizock & Brubaker, 2021), responsabilidades laborais e domésticas desproporcionais, barreiras na educação e no emprego ou desigualdade salarial – para além de serem mais vulneráveis a experiências de interseccionalidade que reforçam preconceitos e atitudes discriminatórias – por exemplo, racismo, sexismo, capacitismo, classismo, idadeísmo (APA, 2019; Carr et al., 2015). Socialmente vistas como menos capazes, são também as mulheres que apresentam uma maior probabilidade de receber medicação prescrita. Todos estes aspetos têm efeitos significativos no exercício de direitos fundamentais, concretamente, no que diz respeito à autodeterminação.

**Os Psicólogos e Psicólogas devem estar cientes das normas, expectativas e preconceitos de gênero e da forma como esses aspetos impactam a Saúde Mental**, bem como reconhecer os direitos das pessoas com doença mental grave, em particular, o seu direito à autodeterminação. Devem, portanto, **identificar os fatores sociais, económicos e políticos que influem nas representações da doença mental**, bem como os demais dados epidemiológicos e respetivos efeitos, por forma a **prestar cuidados adequados e adaptados a constrangimentos e desafios específicos** que esta população enfrenta. Por exemplo, na sua prática, devem **adotar uma linguagem inclusiva e não estigmatizante** e infundir, nas suas equipas, a necessidade de **abordagens culturalmente sensíveis e responsáveis** (i.e., que permitam adaptações culturais que se revelem necessárias).

Os Psicólogos e Psicólogas devem ainda **defender a prestação de cuidados de Saúde Mental que**

**proporcionem intervenções e serviços baseados na justiça social**, tais como os baseados em evidências e facilitadores do acesso ao direito à habitação, oportunidades de emprego e outros recursos financeiros (Mizock & Carr, 2021). Nesta ótica, devem reconhecer a potencial necessidade de articulação com outros serviços e apoios.

## Criar Condições para um Recovery Personalizado

No centro da reabilitação psicossocial está o reconhecimento da especificidade de cada pessoa e do seu direito à autodeterminação. No entanto, salve-se o entendimento de que as pessoas não são entidades isoladas, autossuficientes ou desligadas da sua história, cultura, família e comunidade. **Afirmar o direito à autodeterminação não implica que a pessoa caminhe sozinha, mas antes envolve uma rede de relações com outras pessoas, profissionais, lugares e práticas** (Topor et al., 2009). Além disso, cada pessoa terá as suas próprias preferências sobre como gostaria de se conectar com outras, pelo que não existe uma fórmula concreta para esta tecer a sua rede relacional. Para algumas, a ligação à família biológica pode ser central, enquanto para outras pode ser mais relevante estabelecer a ligação com amigos/as, com os/as profissionais ou, inclusive, a uma comunidade maior, a uma tradição ou um conjunto de crenças.

A recuperação não é um processo linear. Uma abordagem holística procura **compreender a interação entre os múltiplos fatores – biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais e espirituais – que afetam a jornada de recuperação de cada pessoa**, incentivando a aprendizagem e aceitando erros e contratempos como oportunidades de crescimento pessoal e construção de resiliência (Davidson et al., 2006).

Deste modo, os Psicólogos e Psicólogas devem **compreender a relação entre autonomia, autodeterminação, resiliência e recuperação**, reconhecendo que existem múltiplos caminhos de atuação, inclusivamente na escolha entre intervenções (incluindo tratamentos farmacológicos, abordagens psicológicas e psicoterapêuticas, apoio psicossocial, apoio de pares, atividade física, etc.), aceitando, ainda, que existirão riscos inevitáveis decorrentes da capacitação das pessoas para tomarem decisões sobre as suas próprias vidas. **Neste sentido, respeitar a “dignidade do risco” significa permanecer envolvido/a com a pessoa, mesmo quando esta toma medidas que podem parecer equivocadas**, integrando a tensão entre maximizar escolhas pessoais e apoiar a assunção positiva de riscos, por um lado, e promover a segurança, por outro.

No entanto, podem existir momentos em que a pessoa não tenha a capacidade para tomar decisões importantes. Durante uma crise, a família e os/as profissionais podem ter de intervir em nome da pessoa e procurar alguma forma de tratamento involuntário – algo que requer o envolvimento explícito da pessoa de confiança. Os princípios da recuperação psicossocial enfatizam a importância de **trabalhar em colaboração com a pessoa, a pessoa de confiança e a família, implicando a discussão e negociação abertas.**

Exemplos de atitudes e comportamentos dos/as profissionais neste contexto incluem, entre outros: explorar, respeitosamente, as circunstâncias da pessoa e identificar o que é importante e significativo para ela; ajudar a pessoa, familiares e cuidadores/as a explorar e a expressar as suas opiniões sobre o processo e evolução do *recovery*; reconhecer a família, cuidadores/as e os círculos de apoio e, com o consentimento da pessoa, incluí-los como parceiros no planeamento do *recovery*; facilitar o acesso à informação, tratamento, apoio e recursos em linha com os objetivos do *recovery*; descrever os prós e os contras das diferentes opções de tratamento para promover a tomada de decisões, apoiar as pessoas a fazerem o melhor uso de tratamentos, terapias e serviços; explorar formas de minimizar efeitos secundários ou outros danos potenciais das intervenções, bem como formas de alcançar um nível ideal de medicação; responder, de forma colaborativa, a múltiplas necessidades, e coordenar serviços relevantes (saúde, emprego, educação e formação, apoio à habitação); usar técnicas de *coaching* para ajudar as pessoas a expressarem os seus pontos fortes; demonstrar confiança na capacidade das pessoas para desempenharem papéis importantes (por exemplo, a parentalidade); explorar opções para fortalecer a autogestão dos sintomas, monitorar fatores precipitantes e identificar fatores de stress (MHCC, 2015).

### **Criar condições para o Recovery nos Contextos de Vida**

É importante salientar que uma parte significativa do percurso de recuperação ocorre fora dos contextos estritos do sistema de Saúde Mental, pelo que promover o *recovery* exige compreender as pessoas nos seus contextos de vida. **A família, os/as amigos/as, vizinhos/as, comunidade local, escolas, locais de trabalho e as comunidades espirituais e culturais, influenciam a Saúde Mental e o bem-estar e podem desempenhar um papel importante no apoio à recuperação.** A prática orientada para o *recovery* trabalha com as pessoas para ajudá-las a conduzir uma vida plena e significativa e a manter a relação com o mundo ao seu redor e promove a sua participação como cidadãos e cidadãs iguais na vida

social e económica da sua comunidade.

Os Psicólogos e Psicólogas devem **apoiar as pessoas a dar primazia à sua identidade para além da doença mental, fortalecendo a sua rede natural de ligações e os papéis sociais.** As famílias (quer seja constituída por familiares ou escolhidas no círculo mais amplo de apoio de uma pessoa) podem fornecer apoio emocional, social e material fundamental para a qualidade de vida. Com o consentimento da pessoa, os Psicólogos e Psicólogas devem **envolver consistentemente a família escolhida pela pessoa, o mais cedo possível.**

As famílias vivenciam uma série de emoções quando um dos seus elementos tem uma doença mental grave – desespero, culpa, desamparo, medo, pesar, perda e tristeza, bem como estigma e discriminação. Não raras vezes, relatam frustração e raiva com os desafios que enfrentam. As necessidades e dificuldades das famílias devem ser reconhecidas e apoiadas, bem como respeitado o seu direito a não participar na função de cuidadora. Quando o envolvimento da família é recusado, a prática pode incluir o fornecimento de apoio contínuo para melhorar a comunicação e ajudar a negociar o envolvimento (MHCC, 2015).

Exemplos de atitudes e comportamentos dos/as profissionais neste contexto incluem, entre outros: convidar as pessoas a identificar relações próximas, expressar as suas escolhas e identificar necessidades de apoio de outras pessoas importantes; envolver as pessoas identificadas o mais cedo possível no processo de recuperação; avaliar as necessidades das famílias e cuidadores/as e ajudá-los a navegar nos serviços; apoiar comunicações familiares positivas e promover oportunidades para manter, estabelecer ou restabelecer relações com a família; apoiar as pessoas para que continuem a desempenhar papéis importantes (mães e pais, cônjuges, estudantes, amigos, trabalhadores/as, etc.); procurar e incorporar opiniões de familiares e cuidadores/as para informar práticas de recuperação, investigação e prestação de serviços; discutir atitudes estigmatizantes; apoiar as pessoas com doença mental grave e as suas famílias e cuidadores/as a explorar e trabalhar o autoestigma, crenças e pontos de vista (MHCC, 2015).

## Apoiar a Melhoria Contínua dos Serviços

Empreender cuidados e serviços orientados para a reabilitação psicossocial é um processo contínuo. **A reabilitação psicossocial é, portanto, uma jornada não apenas para as pessoas que vivem com doenças mentais graves e suas famílias, mas para todos e todas os/as envolvidos na prestação de apoios.** Independentemente do tipo de cuidados e serviço, localização, população-alvo ou funções profissionais, o compromisso com o processo de reabilitação psicossocial deve encontrar expressão em todas as atividades da instituição, incluindo assegurar o apoio a uma força de trabalho com competências e recursos necessários para oferecer práticas orientadas para o *recovery*. Os Psicólogos e Psicólogas podem desempenhar um papel central nesta visão, enquanto detentores/as de conhecimento especializado e profundo sobre os princípios orientadores da reabilitação psicossocial, bem como de ferramentas para os disseminar e implementar.

## Praticar o Autocuidado

Se o trabalho dos Psicólogos e Psicólogas possibilita, por um lado, uma aprendizagem constante e uma profunda satisfação (porque contribui para melhorar a vida das pessoas), por outro lado, implica também uma enorme exigência psicológica: porque enfatiza a natureza unilateral da empatia e do cuidado (Guy, 2000; Skovholt et al., 2001). A prática da Psicologia exige, em qualquer área de intervenção, a **colocação do foco nas necessidades da outra pessoa e elevados níveis de envolvimento.**

Para responder a este desafio, bem como a problemas complexos e muitas vezes inesperados, os Psicólogos e Psicólogas recorrem às suas capacidades cognitivas, emocionais e criativas, recursos que não são infinitos e que os/as colocam em **maior risco de dificuldades psicológicas – nomeadamente, entre outras, stresse ocupacional, burnout e/ou fadiga por compaixão** – condicionando quer a sua própria Saúde, quer a qualidade dos cuidados que prestam.

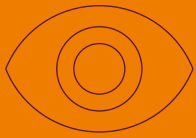
No caso concreto da intervenção em reabilitação psicossocial, sublinhe-se que os processos não são lineares, nem bem-sucedidos com todas as pessoas e situações. Muitos implicam a gestão de momentos de crise, bem como alternância entre avanços e retrocessos. Os Psicólogos e Psicólogas que trabalham nesta área estão expostos a níveis de stresse psicológico, aos quais acrescem o **controlo limitado sobre os resultados.** Devem, por isso, estar cientes da natureza das situações que acompanham, aprendendo a gerir expectativas, a frustração e emoções menos positivas decorrentes das dificuldades que vão emergindo. Neste contexto, salienta-se o papel protetor das práticas de autocuidado – sugerindo-se a consulta e utilização do [Manual de Autocuidado para Psicólogos e Psicólogas](#).

# Referências Bibliográficas

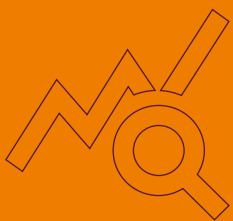
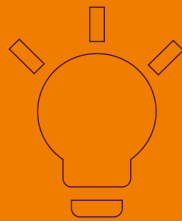
- Alizioti, A., & Lyrakos, G. (2021). Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety, and stress among patients with diagnosis of schizophrenia: A control trial. *Current Psychology*, 40, 3639–3650. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00255-4>.
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K.W.M. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21 (2), 13–33.
- Almada, A. L., Casquinha, P., Cotovio, V., Heitor dos Santos, M. J. & Caixeiro, A. (2018). The potential role of psychosocial rehabilitation in palliative care. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 48(4), 311-317. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2018.405>.
- American Psychological Association (2019). *Guidelines for psychological practice for people with low-income and economic marginalization*. [www.apa.org/about/policy/guidelines-lowincome.pdf](http://www.apa.org/about/policy/guidelines-lowincome.pdf).
- American Psychological Association (2022). *Guidelines for Psychological Practice with Women with Serious Mental Illness*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/women-serious-mental-illness.pdf>.
- American Psychological Association (2022). *Rehabilitation Psychology*. <https://shre.ink/82Np>.
- Anthony, W. A. (1983). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://shre.ink/8cyU>.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed). Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Asher, L., Fekadu, A., Hanlon, C., Mideksa, G., Eaton, J., Patel, V., et al. (2015). Development of a community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One*, 10: e0143572,
- Bond, G.R. & Drake, R.E. (2015) The critical ingredients of assertive community treatment: an update. *World Psychiatry*, 14: 240–2. [doi: 10.1002/wps.20234](https://doi.org/10.1002/wps.20234).
- Carr, E. R., Greene, B. & Ponce, B. (2015). Women and the experience of serious mental illness and sexual objectification: Multicultural/feminist theoretical frameworks and therapy recommendations. *Women & Therapy*, 38, 53-76. [doi: 10.1080/02703149.2014.978216](https://doi.org/10.1080/02703149.2014.978216).
- Catty, J., Koletsi, M., White, S., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Lissouba, P., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J.T., Wiersma, D. & Burns, T. (2010). Therapeutic relationships: their specificity in predicting outcomes for people with psychosis using clinical and vocational services. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 45, 1187–1193.
- Catty, J., White, S., Koletsi, M., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Lissouba, P., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J.T., Wiersma, D & Burns, T. (2011). Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Research*, 187, 68–73.
- Chang, C.-K., Hayes, R.D., Perera, G., Broadbent, M.T.M., Fernandes, A.C., Lee, W.E., Hotopf, M. & Stewart, R. (2011). Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Register in London. *PLoS ONE*, 6, e19590. [doi: 10.1371/journal.pone.0019590](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019590).
- Chuang, S.-P., Wu, J. Y.-W., & Wang, C.-S. (2024). Interventions for reduction of stigma in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Sciences*, 44(2), 53–59. [https://doi.org/10.4103/jmedsci.jmedsci\\_166\\_23](https://doi.org/10.4103/jmedsci.jmedsci_166_23).
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Relatório: Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://shre.ink/8b5p>.
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). Propostas e Recomendações.
- Corrigan, P.W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: Guilford Press.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tandora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640–645.
- Deegan, P.E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33: 1–7. [doi: 10.1080/14034950510033345](https://doi.org/10.1080/14034950510033345).
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 127-133.
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>.

- Farkas, M. (1999). *International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde Mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Fleischhacker, W.W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T.R., Carpenter, W., Duckworth, K., et al. (2014). Schizophrenia: time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3): S165–94. [doi:10.1093/schbul/sbu00613](https://doi.org/10.1093/schbul/sbu00613).
- Gotham, H. J. (2006). Advancing the implementation of evidence-based practices into clinical practice: How do we get there from here? *Professional Psychology: Research and Practices*, 37, 606–613.
- Guy, J. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(3), 351–352.
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723–734.
- Hirdes, A. & Kantorski, L.P. (2004). Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. *Revista de Enfermeira*, UERJ, 217-221.
- Johnson, B. & Ray, W. (2016). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*. New York: Wiley-Blackwell Publishing.
- Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. & Marder, S.R. (2009). Psychosocial treatments promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35: 347–61. [doi:10.1093/schbul/sbn177](https://doi.org/10.1093/schbul/sbn177).
- Killaspy, H. & Dalton-Locke, C. (2023). The growing evidence for mental health rehabilitation services and directions for future research. *Front Psychiatry*, 14, 1303073. [doi:10.3389/fpsy.2023.1303073](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1303073).
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Lee, K., Lee, S., Ju, M., Hsieh, W. & Liu, W. (2021). Mediating effect of empowerment on the relationship between global function and personal recovery among community-dwelling patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(241), 1-8.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52,1621-1626
- Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., et al. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One*,14: e0214678.
- Martins, J. S. A. (2015). *A família como parceiro no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental*. ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- McCulloch, S. P., & Scrivano, R. M. (2023). The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 100, 102242. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102242>.
- Meehan, T., McCombes, S. & Stedman, T. (2007). Integrating psychosocial rehabilitation and pharmacotherapy. In R. King, C. Lloyd, & T. Meehan (Eds.). *Handbook of psychosocial rehabilitation* (pp. 87-101). Oxford: Blackwell.
- Mental Health Commission of Canada (2015). *Recovery Guidelines*. Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada.
- Mental Health Facts and Statistics (2023). <https://www.nami.org/mhstats>.
- Mizock, L. & Brubaker, M. (2021). Treatment experiences with gender and discrimination among women with serious mental illness. *Psychological Services*, 18(1), 64–72. <https://doi.org/10.1037/ser0000346>.
- O'Connor, L.K. & Yanos, P.T. (2021). Where are all the psychologists? A review of factors impacting the underrepresentation of psychology in work with serious mental illness. *Clinical Psychology Review*, 86, 102026. [doi:10.1016/j.cpr.2021.102026](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102026).
- Okafor, A. J., & Monahan, M. (2023). Effectiveness of psychoeducation on burden among family caregivers of adults with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Research and Practice*, 2167096. <https://doi.org/10.1155/2023/2167096>.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia comunitária – contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1, 5-11.
- Penas, P., Uriarte, J. J., Alvarez-Gonzalez, A., Moreno-Calvete, M.-C., Garay, M. A., & Iraurgi, I. (2024). The role of personal recovery and internalised stigma on the expression of symptomatology in severe mental disorders: Mediating and moderating effects. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.020>.
- Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 15-23.
- Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., Rahman A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859–877. [doi: 10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0).
- Rasmus, P., Lipert, A., Pękala, K., Timler, M., Kozłowski, a E., Robaczyńska, K., Sobów, T., Kozłowski, R., Marczak, M. & Timler D. (2021). The Influence of a Psychosocial Rehabilitation Program in a Community Health Setting

- for Patients with Chronic Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4319. doi: [10.3390/ijerph18084319](https://doi.org/10.3390/ijerph18084319).
- Reddy, F., Spaulding, W. D., Jansen, M. A., Menditto, A. A., & Pickett, S. (2010). Psychologists' roles and opportunities in rehabilitation and recovery for serious mental illness: A survey of Council of University Directors of Clinical Psychology (CUDCP) clinical psychology training and doctoral education. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(4), 254–263. <https://doi.org/10.1037/a0021457>.
- Ritsher, J. B., Otilingam P. G., Grajales M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P., Daniels, A.S., Ghose, S.S., et al. (2014). Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65:287–94. doi:[10.1176/appi.ps.201300261](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300261).
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: An overview. *World Psychiatry*, 5, 151–157.
- Rouse, J., Mutschler, C., McShane, K. & Habal-Brosek, C. (2017). Qualitative participatory evaluation of a psychosocial rehabilitation program for individuals with severe mental illness. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 139-156. doi:[10.1080/00207411.2017.1278964](https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1278964).
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554–564. doi: [10.1016/j.socscimed.2011.11.008](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008).
- Skovholt T., Grier T., & Hanson M. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burn-out prevention strategies for counsellor resilience. *Journal of Career Development*, 27(3), 167–176.
- Sociedade Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental (2015). Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental em Portugal, I - O Processo de “Desinstitucionalização” Psiquiátrica em Portugal: da Análise Objetiva dos Factos às Perceções de Utentes, Familiares/ Cuidadores e Técnicos. <https://shre.ink/MSOz>.
- Spaulding, W.D. & Sullivan, M.E. (2016). Treatment of cognition in the schizophrenia spectrum: The context of psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), S53–S61. doi:[10.1093/schbul/sbv163](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv163).
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. doi: [10.1177/0020764010345062](https://doi.org/10.1177/0020764010345062).
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17–37. doi:[10.1080/15487760500339410](https://doi.org/10.1080/15487760500339410).
- Townsend, M. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Vita, A. & Barlati, S. (2019) The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 147. doi:[10.3389/fpsy.2019.00147](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00147).
- Waisberg, A.D., Veronez, F.D.S., Tavano, L. D.A. & Pimentel, M. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 52-65.
- Watson, A., Corrigan, P., Larson, J., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 6,1312-1318.
- World Health Organization (1996). *Psychosocial Rehabilitation - a Consensus Statement*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. <https://shre.ink/8bA9>.
- World Health Organization (2014). *Global disability action plan 2014-2021*. <https://shre.ink/8b5B>.
- World Health Organization (2019). Recovery practices for mental health and well-being. WHO Quality Rights Specialized training.
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO. <https://shre.ink/8cF5>.
- Ye, X., Zeng, F., Wang, Y. et al. (2023). Effectiveness of community-based rehabilitation interventions on symptoms and functioning for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Quarterly* 94, 501–529. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10029-8>.
- Yildiz M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro Psikiyatrs Ars*, 58(1), S77-S82. doi:[10.29399/npa.27430](https://doi.org/10.29399/npa.27430).
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: [10.1002/14651858.CD010823.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2).



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)