

An abstract painting of a face wearing a hat. The face is rendered in shades of green and yellow, with a prominent nose and a slight smile. The hat is a wide-brimmed hat, also in green and yellow. The background is a mix of green, yellow, and red. The overall style is expressive and somewhat surreal.

R

# REABILITAÇÃO PSICOSSÓCIAL E INCLUSÃO NA SAÚDE MENTAL

DA BIOLOGIA À ECONOMIA DA SAÚDE  
DA INSERÇÃO À CRIAÇÃO ARTÍSTICA

Manuel Viegas Abreu  
João Pedro Leitão  
Eduardo Ribeiro dos Santos  
COORDENADORES

**EMPREGO E RECUPERAÇÃO DE PESSOAS  
COM DOENÇAS MENTAIS SEVERAS.  
A EXPERIÊNCIA DE ANDALUZIA**

**1. Apresentação\***

Falar de emprego e recuperação de pessoas afectadas pelo que designamos de doenças mentais severas é interessante e problemático. Interessante porque estes conceitos aludem a aspectos de especial relevância no que diz respeito às dificuldades mas também às possibilidades de inclusão social que as pessoas com problemas de saúde mental têm nos ambientes sociais em que vivem. Problemático porque, apesar do interesse teórico intrínseco de cada um destes conceitos e da sua associação, ambos os aspectos têm hoje um desenvolvimento insuficiente nas nossas sociedades. E esta situação mantém-se mesmo após uma década de esforços realizados por muitos profissionais, pessoas doentes e seus familiares.

Com o objectivo de contribuir para melhorar não apenas o interesse teórico mas sobretudo as suas repercussões práticas em benefício de um número crescente de pessoas com este tipo de problemas, o presente texto constitui simplesmente uma tentativa de mostrar algumas considerações gerais sobre este tema. Estas considerações baseiam-se tanto no

---

<sup>1</sup> Psiquiatra e sociólogo. Director de Programas, Avaliação e Investigação da Fundação Pública Andaluza para a Integração de Pessoas com Perturbações Mentais (FAISEM).

\* O autor utiliza o sistema de referenciação bibliográfica com base na ordem numérica das referências e não com base na ordem alfabética do nome do autor e do ano de publicação da obra citada. (Nota dos Coordenadores)

conhecimento teórico e prático acumulado à escala internacional como na nossa experiência mais limitada e concreta.

Assim, é feita uma síntese de alguns aspectos significativos, referindo-nos por um lado ao termo recuperação e, por outro lado, ao que sabemos hoje sobre os mecanismos que permitem melhorar a obtenção e a manutenção do emprego por parte das pessoas com problemas de saúde mental; considerando o emprego quer como um indicador quer como um factor condicionante da sua recuperação. Este resumo baseia-se numa revisão, necessariamente breve, da crescente literatura profissional em ambos os temas, complementada por algumas referências bibliográficas que consideramos serem as mais úteis, incluindo algumas que se baseiam em revisões muito mais pormenorizadas.

No entanto, as considerações teóricas deveriam acrescentar referências práticas e, por este motivo, o texto também apresenta as linhas gerais da nossa experiência específica desenvolvida na Andaluzia, região do Sul de Espanha, que tenta basear-se no conhecimento teórico e técnico que sintetizámos na primeira parte do texto.

Esperamos que, com toda esta informação, possamos disponibilizar elementos para uma reflexão que, submetida a críticas construtivas permitidas por um espaço aberto como este, nos ajude a melhorar os nossos programas de emprego e integração social e, com isso, a situação do maior número possível de pessoas com quem trabalhamos.

## **2. Recuperação e emprego**

Uma primeira referência teórica, apesar de ter implicações práticas evidentes, relaciona-se com o termo recuperação (“*recovery*”), que tem vindo a ter um uso crescente na área de cuidados para pessoas com doenças mentais severas, em particular das diagnosticadas com esquizofrenia. Um uso crescente que continua a revelar uma falta de precisão, matizes diferenciados e por vezes até visões opostas.

De facto, numa primeira abordagem, podemos encontrar pelo menos três sentidos diferentes na utilização do termo *recuperação*, sentidos

esses que são por vezes confusos na literatura referente a pessoas com este tipo de problema<sup>1,3-10</sup>:

- a) Em primeiro lugar, equiparando ao seu uso na linguagem corrente e de forma semelhante ao que acontece no caso de outros problemas de saúde, o conceito pode ser compreendido em sentido restrito, como a recuperação do nível de funcionamento anterior ao início da perturbação, tornando-se assim equivalente ao conceito de “cura”<sup>2,10</sup>.
- b) É evidente que, no caso das pessoas com doenças mentais severas, não é fácil falar em níveis de funcionamento anteriores ao aparecimento da perturbação nem em cura, em sentido claro<sup>4,10</sup>. Assim, podemos utilizar este termo em sentido mais lato, para falar de recuperação como uma importante, mas relativa, remissão de sintomas, especialmente, das dificuldades de funcionamento social e pessoal que geralmente caracterizam este tipo de perturbações<sup>4,11,12</sup>.
- c) Embora também, e isto é um sentido especialmente importante tanto nesta população como noutras afectadas por doenças crónicas, possamos utilizar a palavra “recuperação” para nos referirmos à possibilidade de retomar ou de voltar a alcançar uma vida satisfatória que não deixará de ser significativa apesar de a doença persistir e com ela certos níveis de sintomatologia e incapacidade<sup>1-9</sup>.
- d) Estes diferentes significados misturam-se e confundem-se quando nos referimos à recuperação de pessoas com doenças mentais severas. De uma forma muito mais específica, e sempre aludindo a esta população, encontramos na literatura profissional actual dois “modelos” ou perspectivas de recuperação que podem ser considerados como alternativos, contudo preferimos considerá-los como complementares<sup>3-8</sup>.
- e) Por um lado, temos o que poderíamos chamar *perspectiva profissional*, denominada por vezes de “recuperação da doença” ou “recuperação como *resultado*”<sup>3,8-8</sup>, baseada em evidências clínicas e epidemiológicas<sup>13,14</sup> e que tende a ser relacionada com o efeito de intervenções profissionais, quer farmacológicas quer psicossociais<sup>15</sup>.

- f) E, por outro lado, os *pontos de vista das pessoas afectadas directamente pelo problema*<sup>3-10,16,17</sup>, traduzidos pela expressão “recuperação na doença” ou “recuperação como um *processo*”, que se baseiam em casos pessoais e análises qualitativas de experiências directas que enfatizam os aspectos subjectivos e o papel desempenhado pela auto-ajuda, cuidados informais e iniciativa pessoal bem como aspectos da “psicologia positiva” (resiliência, esperança, auto-confiança, etc.)<sup>1,4,9,16-20</sup>.
- g) Em ambos os sentidos ou perspectivas de recuperação, o emprego aparece sempre como um elemento de particular relevância<sup>2,4,9,15,21-26</sup>. Por um lado, isto deve-se ao facto de o considerarmos como um indicador ou medida de resultado da recuperação, uma vez que ter um trabalho nas nossas sociedades é um critério claro de cidadania e inclusão social, o que por sua vez exige níveis razoáveis de funcionamento. E, por outro lado, pelo facto de ser ao mesmo tempo um factor chave no processo de recuperação, tendo em conta o que sabemos até agora através de investigações empíricas mas também das histórias pessoais de processos ou trajectos de recuperação, sobre os efeitos que a reabilitação vocacional e emprego têm em diferentes aspectos da experiência de vida de pessoas com problemas de saúde mental<sup>20-31</sup>.

### **3. Pessoas com problemas de saúde mental severos e emprego**

Falamos de pessoas com doenças mentais severas e embora nos pareça que compreendemos o que a expressão quer dizer, nem sempre o seu sentido é claro para aqueles que o ouvem e até para aqueles que o usam. Para nós, é um grupo de pessoas não muito numeroso, mas mesmo assim muito importante devido não só aos seus problemas e dificuldades, mas também porque para muitas dessas pessoas há soluções disponíveis, apesar de continuar a ser muito grande a distância que separa essas possibilidades da situação actual em que vivem<sup>2</sup>.

**Tabela 1.** Definição de Doença Mental Severa no protocolo de cuidados (*Proceso Asistencial Integrado TMG*) dos Serviços de Saúde Mental da Andaluzia<sup>33</sup>.

<p>Uma pessoa que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Apresenta sintomatologia psicótica ou pré-psicótica, a qual:<ul style="list-style-type: none"><li>Gera problemas na tomada de consciência e na compreensão da realidade</li><li>Distorce as relações com os outros</li><li>Implica ou pode implicar riscos nas suas vidas</li></ul></li><li>Tem repercussões negativas em diferentes áreas funcionais (incapacidade)</li><li>Requer medidas complexas, que incluem<ul style="list-style-type: none"><li>Cuidados de Saúde com intervenções biológicas e de reabilitação psicossocial</li><li>Intervenção de outros sectores (social, emprego, educacional, legal)</li><li>Intervenção no ambiente familiar e social</li></ul></li></ul> <p>Apresenta uma evolução a longo prazo com necessidades contínuas e coordenação interna e externa de cuidados</p> <p>Inclui os diagnósticos de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Esquizofrenia e psicoses relacionadas</li><li>Psicose Afectiva</li><li>Perturbação de Personalidade Borderline</li></ul>
--

De acordo com a definição clássica<sup>2,32</sup> estas pessoas são identificadas por três factores: o diagnóstico (esquizofrenia, psicose afectiva, perturbações severas da personalidade, etc.), a duração prolongada e a incapacidade. No nosso caso (Serviços de Saúde Mental da Andaluzia)<sup>33</sup>, como pode ser visto na Tabela 1, utilizamos uma definição que engloba os critérios de necessidades de cuidados. São precisamente estes critérios que têm em consideração que os cuidados a estas pessoas têm sofrido importantes mudanças conceptuais e técnicas nas últimas décadas; tais mudanças relacionam-se com o que designamos por “paradigma tecnológico” de Cuidados de Saúde Mental na Comunidade<sup>2</sup> cujas características gerais, tais como as entendemos, tentamos sintetizar na Tabela 2.

No campo conceptual e dos constructos sociais tentamos modificar a visão e identificação que habitualmente se faz das pessoas com problemas de saúde mental, vistas como perigosas e doidas no sentido de considerar essencialmente as suas características enquanto cidadãos com direitos e com dificuldades no exercício desses direitos. Dificuldades essas que dependem da perturbação e incapacidade que têm, mas também, de uma

forma bastante significativa, das barreiras sociais associadas ao estigma e discriminação<sup>2,34-36</sup>.

**Tabela 2.** Características Básicas dos Cuidados de Saúde na Comunidade Mental<sup>2</sup>.

<p><b>Abordagem de Saúde Pública:</b> Compromisso de prestar cuidados em territórios e com populações específicas Critérios epidemiológicos:     Focalização nas pessoas a tratar     Prioridades na prestação de cuidados</p> <p><b>Filosofia da reabilitação:</b> Interesses centrados na autonomia e na funcionalidade social das pessoas:     Ênfase nas suas capacidades     Respeito pelos seus interesses e expectativas Por meio de cuidados integrados:     Prevenção, tratamento, reabilitação (em sentido restrito) e inclusão social</p> <p><b>Redes de serviços (cuidados de saúde e outros):</b> Alternativas aos Hospitais Psiquiátricos Coloca a maior parte dos seus componentes em “contextos vivos” de pessoas Disponibiliza um conjunto de serviços, acessíveis e adaptáveis às necessidades dos indivíduos</p> <p><b>Funcionamento baseado no trabalho de equipa e na participação:</b> Coordenação e cuidados continuados:     Profissional     Utentes     Famíliares     Outros grupos sociais</p>
--

E na área das tecnologias e intervenções organizacionais, porque também estamos a mover-nos de grandes instituições asilares ou exclusivamente orientadas para os cuidados de saúde com uma finalidade paliativa para os sistemas de cuidados na comunidade que enfatizam as redes de serviços e a inter-sectorialidade (Saúde, Serviços Sociais, Emprego, Educação, Justiça, etc.), que tentam atingir objectivos para a recuperação e para o aumento da participação individual e colectiva das pessoas afectadas, que neste caso inclui dois grupos diferentes: os próprios utentes dos serviços e os seus familiares<sup>2</sup>.

Neste contexto, os programas de emprego para pessoas com problemas de saúde mental podem ser vistos sob uma dupla perspectiva<sup>31</sup>,

uma vez que podem ser considerados por um lado, como uma extensão dos cuidados de saúde e especialmente dos programas de reabilitação psicossocial. Mas é também necessário enquadrá-los no contexto das sociedades baseadas em modelos do Estado-Providência que procuram alcançar objectivos de pleno emprego, tais como a aplicação de políticas de emprego para uma população específica com importantes dificuldades nesta área. Embora este último aspecto sofra as repercussões negativas da crise financeira que nos afecta a todos nestes últimos anos.

Neste quadro, uma estratégia razoável para tentar promover o emprego de pessoas com este tipo de problemas deveria ter em consideração uma série de perspectivas concretas que vamos procurar resumir de seguida<sup>2,21,31,37-47</sup>.

A primeira diz respeito às funções que o emprego desempenha na vida de todas as pessoas, mas especialmente das pessoas com problemas de saúde mental. Por um lado, enquanto actividade (estímulos cognitivos, estruturação do dia-a-dia, veículo para as relações sociais), mas também enquanto fonte de rendimento financeiro e especialmente como garantia de um papel social activo associado à melhoria da auto-estima e valorização social. Parece ser lógico, e tem sido progressivamente avaliado e confirmado em diferentes estudos experimentais, considerar estes aspectos como importantes no desenvolvimento da recuperação das pessoas com doenças mentais severas<sup>15,22-31,37-40</sup>.

A segunda, em posição contrária à primeira, focaliza as múltiplas dificuldades que estas pessoas apresentam a este respeito. Dificuldades que derivam dos diversos aspectos do seu funcionamento que são afectados pela sua perturbação e pela incapacidade a ela associada (cognitiva, afectiva, sensorial, relacional) e a sua extraordinária variabilidade pessoal e evolutiva<sup>2,31,36,38-41</sup>, mas também a afecção precoce das condições básicas para a actividade produtiva tais como a educação, as competências sociais e as atitudes em relação ao emprego. É necessário acrescentar a estes aspectos, as interferências que o próprio processo de cuidados pode produzir (medicação, duração do tratamento...), sem esquecer os efeitos múltiplos do estigma dentro e fora do mercado de trabalho<sup>35,48</sup>. Estas dificuldades traduzem a taxa de desemprego que afecta o grupo de

peças com doença mental em diferentes países e que pode ultrapassar largamente 85% da população<sup>4,31,41</sup>.

**Tabela 3.** Evolução dos programas de emprego para pessoas com doenças mentais severas<sup>31,42,43</sup>

TIPO	CARACTERÍSTICAS	RESULTADO
<b>Ergoterapia Institucional</b>	“Emprego” e actividades em instituições psiquiátricas	Organização específica Frequentemente desvalorizadora e institucional
<b>Emprego protegido</b>	“Emprego” e actividades em ambientes específicos	Organizações específicas em ambientes protegidos Geralmente não é um emprego real e tem escassos resultados em termos de empregabilidade
<b>Reabilitação Vocacional</b>	Programas específicos para aceder a um emprego: Orientação Formação em procura de emprego Formação profissional Empregos de transição	Bons resultados enquanto formação para aceder a um emprego Baixo nível de resultados em manter o emprego sem apoio específico e a longo prazo
<b>Emprego apoiado</b>	Emprego directo em “empresas normais” com formação posterior e apoio externo contínuo	Resultados positivos (40-60%) em experiências deste tipo nos Estados Unidos Dificuldades em países com altos níveis de desemprego e políticas sociais
<b>Empresas sociais</b>	Emprego em empresas específicas mais competitivas no mercado	Vantagens do emprego apoiado e protegido Bons resultados na Europa sem verificação experimental.

Para completar a perspectiva da utilidade e a perspectiva das dificuldades, devemos ter em consideração a perspectiva resultante da experiência acumulada em diferentes estratégias e programas orientados para melhorar o emprego desta população, perspectiva que tentamos resumir, com os seus aspectos positivos e negativos<sup>31,42,43</sup>, na Tabela 3.

Na tentativa que fazemos para aprender quer com os sucessos quer com os fracassos, podemos valorizar em primeiro lugar, a escassa eficácia das abordagens tradicionais tais como as “ergoterapias” institucionais ou empregos protegidos, “a terapia industrial” ou “workshops” ocupacionais, no que diz respeito à obtenção de empregos estáveis para pessoas com doenças mentais severas<sup>25,26,33</sup>. Contudo, constatámos a existência de três tipos de estratégias ou programas que têm algum tipo de utilidade confirmada.

Em primeiro lugar, os programas de reabilitação vocacional, são uma extensão dos programas de reabilitação psicossocial em geral, através de actividades de orientação, de desenvolvimento de competências de procura de trabalho, formação profissional, emprego de transição, etc.<sup>41,44</sup>. Estas actividades parecem ser úteis para dar o primeiro passo para o emprego mas não tanto para, sem mais, assegurar um emprego a longo prazo.

Como alternativa, nos últimos 15 anos estão a ser levadas a cabo experiências em *emprego apoiado*, basicamente nos Estados Unidos, com estratégias de procura de emprego rápidas e flexíveis e apoio a longo prazo nos postos de trabalho<sup>29,41,45-47</sup>. Estas experiências tentam generalizar intervenções que foram testadas noutros grupos de pessoas com incapacidades e que têm evidência experimental significativa, pelo menos no seu contexto original, ainda que possam apresentar algumas dificuldades em ser implementadas noutros países. Este último aspecto, que foi sempre o foco principal da crítica europeia a este tipo de programa, está no entanto a começar a tornar-se relativo com a publicação de resultados de estudos experimentais no Canadá<sup>49</sup> e na Europa<sup>50,51</sup>, que revelam a sua boa capacidade operacional também nestes contextos, pelo menos no que diz respeito à obtenção e manutenção de emprego durante os primeiros anos.

E, finalmente no contexto Europeu, as experiências no desenvolvimento de empresas sociais que tentam encontrar uma síntese entre a especificidade do emprego protegido e as vantagens de integração do emprego em empresas reais<sup>51-57</sup>. Embora, não haja ainda estudos experimentais, pelo menos publicados neste campo, há um número importante

de experiências, muitas das quais no grupo do CEFEC<sup>2</sup>, que revelam a sua utilidade em capacitar as pessoas com este ou outro tipo de incapacidades a manter o emprego.

#### 4. A experiência de Andaluzia

Após esta síntese de revisão teórica, gostaria de apresentar alguma informação acerca da nossa experiência, que apesar de ser limitada/circunscrita é interessante, de construção de um sistema de apoio ao emprego para pessoas com este tipo de problemas num território próximo: a Comunidade Autónoma Espanhola de Andaluzia. Não pretendemos partilhar esta experiência como um “modelo” a ser reproduzido, mas antes como uma abordagem global e ao mesmo tempo especifica para tentar melhorar a situação que até agora tem tido falhas, quer no conjunto das regiões do Estado espanhol, quer especificamente na Andaluzia. É importante compreender que esta região tem características em comum mas também específicas em relação às outras regiões ou Comunidades do Estado Espanhol.

Relembremos alguns factos que são talvez já conhecidos: a Andaluzia é a região com maior população da Espanha com um pouco mais de 8 milhões de pessoas e que tem sido tradicionalmente considerada uma região subdesenvolvida em termos sociais e económicos, com uma taxa geral de desemprego e de rendimento *per capita* que permanece a mesma respectivamente, a primeira claramente acima e a segunda abaixo das taxas médias do Estado. Mas é também uma região que experienciou um importante desenvolvimento nas últimas décadas, associado ao processo geral de democratização, descentralização e integração na Europa a seguir ao fim da ditadura, mas devido também às políticas sociais e ao desenvolvimento de serviços públicos.

---

<sup>2</sup> Confederação Europeia de Empresas Sociais, Iniciativas de Emprego e Cooperativas, ONG que associa organizações de 15 países da Europa<sup>56,57</sup>

Um aspecto parcial, embora importante, desse desenvolvimento é o processo da *Reforma Psiquiátrica*<sup>58-60</sup>, que começou em 1984 e permitiu o encerramento gradual mas definitivo dos oito Hospitais Psiquiátricos públicos e criou um novo sistema baseado no princípio dos Cuidados de Saúde Mental Comunitários, com uma rede de serviços de saúde integrada no Sistema Geral de Saúde (*Serviço de Saúde da Andaluzia*), que é coordenado por uma rede de recursos de apoio Social que depende da Fundação Pública Andaluza para a Integração Social de Pessoas com Doença Mental (FAISEM). A Fundação, por sua vez, depende dos departamentos governamentais (Conselhos da Junta da Andaluzia) da Saúde, Bem-estar Social e Igualdade, Emprego e Economia e Finanças, tem diferentes programas para pessoas com doenças mentais severas em áreas tais como habitação, ocupação, acompanhamento legal, apoio a associações ou movimentos de familiares e utentes, assim como ao emprego, aspecto em que vamos centrar, a partir de agora, a nossa intervenção<sup>60,61</sup>.

**Tabela 4.** Níveis e Serviços para o acesso ao emprego de pessoas com perturbações mentais severas na Andaluzia<sup>62, 63</sup>

NÍVEIS	SERVIÇOS	FUNÇÕES
Cuidados de Saúde	Centros ou Equipas de Saúde Mental Unidades de Reabilitação	Tratamento Reabilitação Orientação Geral
Ocupação pré-emprego	Workshops/Centros ocupacionais	Competências Básicas Actividade Ocupacional
Formação	Cursos de Formação	Formação Básica Formação Profissional
Emprego	Empresas sociais Equipas de apoio ao emprego	Emprego de Transição Emprego
Coordenação geral	Serviços de apoio e orientação	Avaliação Orientação Apoio Coordenação de Programas

Neste contexto, entendemos que a empregabilidade de pessoas com doenças mentais severas requer a articulação de diferentes estruturas com

funções especiais que devem ser coordenadas para atender pessoas específicas (Tabela 4)<sup>31,42,43,62,63</sup>, e devem ser integradas num compromisso geral (de cuidados de saúde e sociais), regulamentado por um protocolo comum de acção designado por (no caso da Andaluzia) “*Processo de Assistência Integrado para Perturbações Mentais Severas*”<sup>33</sup>.

1. Os Serviços de Saúde Mental do Sistema de Saúde Pública, especialmente as Equipas da Comunidade e as Unidades de Reabilitação devem assegurar os devidos cuidados de saúde, orientados no sentido da recuperação e do desenvolvimento de competências necessárias à vida social bem como oferecer um primeiro impulso e orientação para o emprego<sup>2,33</sup>.
2. Os Serviços para a Orientação e Apoio ao Emprego (SOAE) que dependem da FAISEM e são coordenados pelo Serviço de Emprego da Andaluzia, que possibilitam a orientação, reabilitação vocacional, formação profissional e apoio na procura e na consolidação de emprego, também asseguram a coordenação do conjunto de estruturas de emprego e intervenções<sup>2,33</sup>.
3. Os centros ou workshops ocupacionais, constituindo uma rede de apoio, cumprem diversas funções, entre as quais, a de servir como um espaço prévio ao emprego. Apesar do debate à volta deste tipo de instituição e dos seus riscos de institucionalização ao bloquear severamente alternativas de emprego, pensamos que ainda têm utilidade como elemento de uma rede de apoio orientada para a recuperação<sup>2,31,40,42,62</sup>.
4. As Empresas Sociais, dirigidas por uma empresa instrumental (Iniciativas de Emprego Andaluzia Companhia Limitada, IDEA SA), possibilitam empregos fixos para um número de pessoas, que apesar de ser ainda pequeno, é importante no nosso contexto, e ao mesmo tempo serve como exemplo prático e como uma espécie de “amostra” e “montra” do conjunto do programa<sup>31,55,62,63</sup>.
5. As iniciativas de emprego em empresas gerais, apoiadas pelos SOAE, começaram com uma metodologia indefinida semelhante à que é utilizada com outras populações mas que agora estamos a tentar

orientar de acordo com os procedimentos estritos do emprego apoiado: maior contacto com os serviços de saúde mental, maiores níveis de atenção às escolhas das pessoas e maior intensidade e duração do apoio personalizado<sup>31,42,45,47,63,64</sup>.

No final de 2008<sup>61</sup>, o número de pessoas atendidas neste programa foi tal como indicado na Tabela 5:

1. Os oito Serviços para Orientação e Apoio ao Emprego atenderam um total de 2.544 pessoas com doenças mentais severas encaminhadas dos serviços de saúde mental para as diferentes ofertas do programa, inclusive actividades ocupacionais. Relativamente à orientação para o emprego, foram obtidos 881 contratos em diferentes empresas para 321 pessoas. A maior parte são contratos a curto prazo, em 60% dos casos de menos de 3 meses, apesar de poderem ser renovados pelas mesmas pessoas e 40 destes contratos são de duração indefinida.
2. Com os 2.589 lugares teóricos que os 115 workshops ocupacionais têm, são atendidas regularmente 2.215 pessoas com doenças mentais severas, apesar de, na maior parte dos casos, o objectivo a ser atingido se dirigir mais para a reabilitação em geral do que para a procura de emprego propriamente dita.
3. Aproximadamente 200 destas pessoas seguiram cursos de formação profissional específicos, das quais 30% obtiveram algum tipo de contrato de trabalho (inclusive as pessoas contabilizadas na primeira secção).
4. As nove Empresas Sociais oferecem emprego estável a um total de 487 trabalhadores, dos quais 250 têm doenças mentais severas, e 135 algum tipo de incapacidade; mais de metade está empregado há pelo menos 5 anos na empresa.

No final do ano iniciou-se um projecto específico de emprego em três províncias que procura verificar a utilidade desta metodologia e, caso a mesma se verifique, expandi-la ao funcionamento geral dos Serviços de Orientação; embora o seu desenvolvimento tenha sido afectado, como,

em geral, aconteceu com todo o conjunto do programa, pela crise económica que reduziu em cerca de 20% os contratos para o ano de 2009 em relação ao ano anterior, mencionados na Tabela 5.

**Tabela 5.** Situação dos programas de emprego na Andaluzia 2008<sup>61</sup>

PROGRAMAS	SERVIÇOS		LUGARES OU PESSOAS ATENDIDAS	
	N.º	Tipo		
OCUPACIONAL	115	Workshops Ocupacionais	2.589	Lugares (31,9/100.000)
			2.215	Inscritos
EMPREGO	8	Serviços de Orientação e Apoio ao Emprego	2.544	Pessoas Atendidas
			881	Contratos de Trabalho
	49	Cursos de Formação Profissional	207	Estudantes
	9	Empresas Sociais	250	Trabalhadores com Perturbações Mentais
			135	Trabalhadores com outras incapacidades
			102	Trabalhadores sem incapacidades
487			TOTAL DE TRABALHADORES	

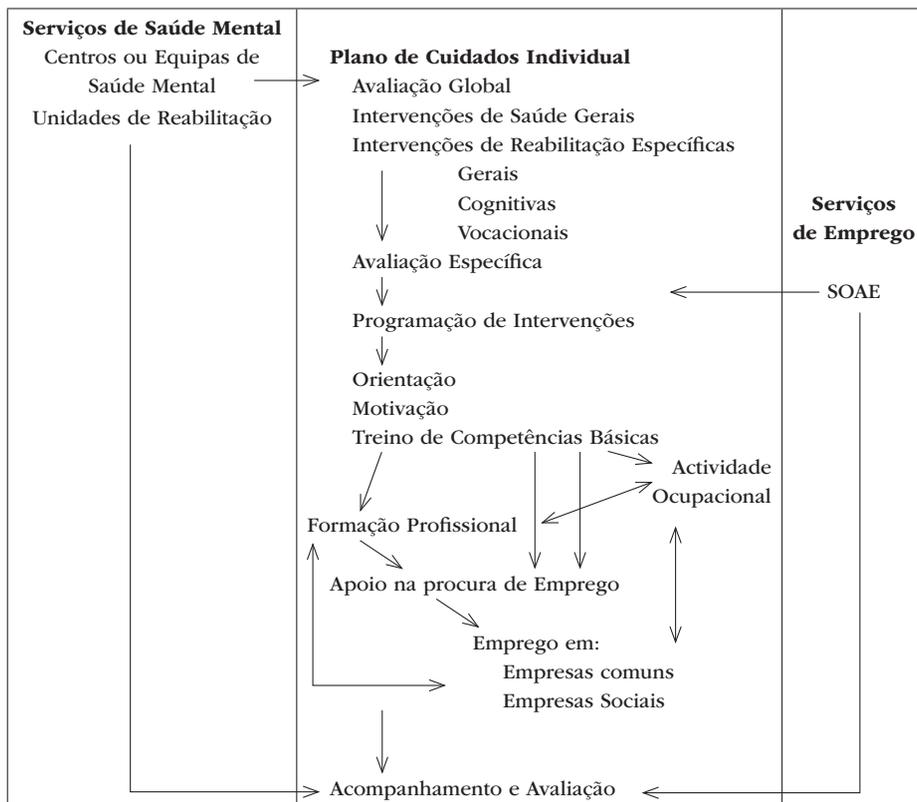
Este é um sistema que tenta operar de forma dinâmica e individualizada através do que designamos por “trajectórias pessoais orientadas para o emprego” como o Esquema 1 pretende demonstrar.

## 5. Algumas conclusões e perspectivas para o futuro

Em jeito de conclusão, gostaria de aludir a dois aspectos, na medida em que estes implicam posições para o futuro.

O primeiro é a avaliação geral que fazemos da nossa experiência e as linhas de trabalho previstas para o futuro imediato. Em geral, acreditamos que o programa, na sua totalidade, permitiu duas coisas importantes:

**Esquema 1.** Características básicas de uma trajectória pessoal orientada para o emprego.



provar que empregar um número significativo de pessoas com doenças mentais severas é possível no nosso contexto e, ao mesmo tempo, melhorar a situação de um pequeno mas importante grupo específico de pessoas que viram aumentar, de forma significativa, as suas perspectivas de cidadania e de recuperação pessoal.

De igual modo, a experiência destes últimos anos permitiu-nos verificar que ainda há muito a ser feito para alcançar uma percentagem maior da população. Para isso tentamos trabalhar em diversas frentes:

1. Melhorar a coordenação com os serviços de saúde mental, de forma a que os seus profissionais possam incluir nos seus cuidados do dia-a-dia a necessidade de avaliar, estimular e apoiar os seus pacientes

na área do emprego, incluindo o de preservar os postos de trabalho daqueles que já estão empregados.

2. Impulsionar a coordenação com as políticas e serviços gerais para o emprego, para que haja um lugar para pessoas com este tipo de problemas, reservando intervenções e serviços especializados para casos de maior complexidade.
3. Aperfeiçoar as capacidades operacionais dos SOAE, para aumentar a qualidade dos seus cuidados, enfatizando a correcção de dois problemas não resolvidos: a situação das mulheres e a situação de populações em cidades pequenas e áreas rurais. Neste aspecto acabou de ser concluído um projecto no âmbito da iniciativa EQUAL, orientado prioritariamente para ambas as populações e cujos resultados parecem indicar que se trata de uma tarefa possível<sup>61</sup>.
4. Continuar a desenvolver as empresas sociais, diversificando actividades e aumentando a capacidade de criação de emprego.
5. E concluir o projecto experimental sobre o emprego apoiado em empresas “normais”, reproduzindo programas baseados em evidências. Pensamos que esta experiência possa ser útil para nos ajudar a melhorar o trabalho dos SOAE.

E, finalmente gostaria de terminar com algumas considerações mais gerais sobre a necessidade de apoiar as políticas globais nesta área, quer ao nível nacional quer ao nível da Comunidade Europeia, especialmente em relação a países com níveis mais baixos de desenvolvimento neste aspecto, tanto os mais antigos como os mais recentes. Reflexões que retomam uma publicação recente do CEFEC (“The Linz Appeal”)<sup>57</sup>, na medida em que as suas recomendações coincidem basicamente com as nossas<sup>31</sup>.

Neste sentido, se os programas para apoiar o emprego para esta população pretendem ser eficazes para um número significativo de pessoas, devem ter em consideração:

1. A necessidade de se articularem com a totalidade dos serviços de saúde e de cuidados sociais, que por sua vez se devem focar na recuperação, inclusão social e reconhecimento do direito à plena

cidadania das pessoas com problemas de saúde mental e não apenas nos seus cuidados paliativos.

2. A necessidade de articular políticas e programas gerais com outros que são adaptados às características específicas da população-alvo.
3. A necessidade de contar com equipas de profissionais especializados em orientação, reabilitação vocacional e emprego apoiado.
4. A utilidade das empresas sociais como uma via importante para aceder ao emprego, quando apoiadas no seu desenvolvimento por medidas legislativas, financeiras e de apoio técnico, especialmente nos seus estádios iniciais.
5. Mas também a necessidade de coordenar essas medidas com a promoção do emprego em geral, tendo sempre em conta equipas específicas de acompanhamento e apoio a longo prazo.
6. E, por último, a necessidade de continuar a trabalhar, com os resultados de empresas e programas de sucesso, na modificação de atitudes sociais para as quais é essencial ter boas políticas de comunicação e interacção social bem como de avaliação sistemática e de investigação da eficácia dos diferentes programas.

A tarefa não é fácil e a prova disso é a insuficiência destes programas e os seus resultados concretos, em termos de níveis de emprego para esta população-alvo, até em países com altos níveis de desenvolvimento geral e de políticas de saúde mental. Mas pensamos ser necessário e possível, tendo em conta o conhecimento teórico e técnico acumulado bem como as experiências desenvolvidas nos últimos anos, que sendo ainda pequenas tem já alguma dimensão. Uma tarefa para ser realizada com esperança, e esperamos que o leitor se junte a nós, trocando informações e acrescentando experiências recíprocas e apoio.

## **Referências bibliográficas**

1. ANTHONY, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

2. LÓPEZ, M. & LAVIANA, M. (2007). Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (99), 187-223.
3. SCHRANK, B. & SLADE M. (2007). Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.
4. WAMER, R. (2009), Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 374-380.
5. SILVERSTEIN, S. M. & BELLAC, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28 (7), 1108-1124.
6. DAVIDSON, L. & ROE, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 1-12.
7. DAVIDSON, L., LAWLESS, M. S. & LEARY, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (6), 664-667.
8. BELLACK, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432- 442.
9. ONKEN, S. J., CRAIG, C. M., RIDGWAY, P., RALPH, R. O. & COOK, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 9-22.
10. ROBERTS, G. & WOLFSON, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49.
11. ANDREASEN, N. C., CARPENTER, W. T., KANE, J. M., LASSER, R. A. & MARDER WEIMBERGER (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
12. LIBERMAN, R. P., KOPELOWICZ, A., VENTURY, J. & GUTKIND, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
13. CALABRESE, J. & CORRIGAN, P. W. (2005). Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.). *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association.
14. HARDING, C. M. (2003). Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. In C. I. Cohen (Ed.). *Schizophrenia into later life*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
15. VELLIGAN, D. I. & GONZALEZ J. M. (2007). Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 535-518.
16. DAVIDSON, L., BORG, M., MARIN, I., TOPOR, A., MEZZINA, R. & SELLS D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
17. DEEGAN, P. E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
18. HARROW, M. & JOBE, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multi follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (5), 406-414.
19. ROE, D. (2001). Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (10), 691-699.

20. 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, 17-37.
21. ROE, D., YANOS, P. T. E LYSAKER, P. H. (2006). Coping with psychosis: an integrative developmental framework. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194 (12), 917-924.
22. DUNN, E. C., WEWIORSKI, N. J. & ROGERS, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32 (1), 59-62.
23. KRUPA, T. (2004). Employment, recovery and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 8-14.
24. MCGURK, S. R., MUESER, K. T., DE ROSA, J. & WOLFE, R. (2009). Work, recovery and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 319-335.
25. MUESER, K. T., BECKER, D. R., TORREY, W. C., XIE, H., BOND, G., DRAKE, R. E. *et al.* (1997). Work and non vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185 (7), 419-426.
26. PROVENCHER, H. L., GREGG, R., MEAD, S. & MUESER, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (2), 132-144.
27. VAN DONGEN, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32 (6), 535-547.
28. TORREY, W. C., MUESER, K. T., MC HUGO, G. H. & DRAKE, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51 (2), 229-233.
29. BOND, G. R., RESNICK, S. R., DRAKE, R. E., XIE, H., MC HUGO, G. J. E BEBOUT, R. R. (2001). Does competitive employment improve non vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
30. MARWAHA, S. & JOHNSON, S. (2004). Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
31. LÓPEZ, M., LAVIANA, M., ALVAREZ, F., GONZÁLEZ, S., FERNÁNDEZ, M. & VERA, M. P. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con Trastorno Mental Severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 31-65.
32. RUGGERI, M., LEESE, M., THORNICROFT, G., BISOFFI, K. & TANSELLA, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
33. CONSEJERÍA DE SALUD (2006). *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla: Consejería de Salud.
34. CORRIGAN, P. W. & PEN, D. (1997). Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 6 (4), 355- 366.
35. LÓPEZ, M., LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L., LÓPEZ, A., RODRÍGUEZ, A. M. & APARICIO, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (101), 43-83.

36. LÓPEZ, M., LAVIAN, M., LÓPEZ, A. & TIRADO, C. (2007). El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 4 (1-2), 11-27.
37. LEHMAN, A. F., BUCHANAN, R.W., DICKERSON, F. B., DIXON, L. B., GOLDBERG, R., GREEN-PADEN, L. & KREYEMBUHL, J. (2003). Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 939-954.
38. COOK, J. & RAZZANO, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 87-103.
39. MUESER, K. T., SALYERS, M. P. & MUESER, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
40. ROSEN, A. & BARFOOT, K. (2001). Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 295-308). Oxford: Oxford University Press.
41. CROWTHER, R. E., MARSHALL, M., BOND, G. R. & HUXLEY, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: a systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
42. LÓPEZ, M. & LARA, L. (2005). Guía operativa 9: Programa ocupacional y laboral. In J. M. Caldas de Almeida & F. Torre (Eds.), *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos* (pp. 93-99). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
43. LÓPEZ, M. & LAVIANA, M. (2006). Programas intersectoriales de apoyo social. In A. Cangas, J. Gil & V. Peralt (Eds.), *Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación*. PSICOM Editores, Capítulo 16.
44. COMUNIDAD DE MADRID (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, n.º 14.
45. BOND, G. R., DRAKE, R. E. & BECKER D. R. (1994). Applying psychiatric rehabilitation principles to employment: recent findings. In R. J. Ancil, S. Holliday & J. Higgenbttam (Eds.), *Schizophrenia. Exploring the spectrum of Psychosis* (pp. 49-65). Chichester: Wiley & Sons.
46. BOND, G. R., DRAKE, R. E., BECKER, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290.
47. BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R., RAPP, C., MEISLER, N., LEHMAN, A. *et al.* (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*, 5 (3), 313-322.
48. SEEMAN, M. V. (2009). Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 80, 9-16.
49. LATIMER, E. A., LECOMTE, BECKER, D. R., DRAKE, R. E., DUELOS, I., PIAT, M. *et al.* (2006). Generalisability of the individual and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
50. BURNS, T., CATTY, J., BECKER, TH., DRAKE, R. E., FIORITTI, A., KNAPP, M. *et al.* (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
51. BURNS, T., CATTY, J., WHITE, S., BECKER, T., KOLETSI, M., FIORITTI, A. *et al.* (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 949-958.
52. GALLIO, G. (1987). Per la salute mentale. Trieste: *Nell'Impresa Sociale*.

53. GROVE, B., FREUDENBERG, M., HARDING, A. E O' FLYINN, D. (1997). *The Social Firm Handbook*. Brighton, Pavilion.
54. WARNER, R. & MANDIBERG, J. (2006). An update on affirmative businesses or Social Firms for people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (10), 1488-1492.
55. LÓPEZ, M., ÁLVAREZ, F. & LAVIANA, M. (1998). Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18 (68), 735-747.
56. LÓPEZ, M. (2006). Economía social y empleo de personas con problemas de salud mental. Informe sobre la XIX Conferencia de CEFEC. *Rehabilitación Psicosocial*, 4 (2), 1-5.
57. CONFEDERATION OF EUROPEAN SOCIAL FIRMS AND SOCIAL COOPERATIVES (2007). *The Linz Appeal. Why there should be more social firms for disabled and disadvantaged people in Europe*. CEFEC, 2007 (www.cefec.com). Versão em castelhano em www.faisem.es
58. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1988). *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*. Sevilla: IASAM.
59. CARMONA, J., GAY, E., DEI RÍO, F. & TESORO, A., (2006). Análisis histórico crítico de la Reforma Psiquiátrica Andaluza. In F. Pérez (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 145-198). Madrid: AEN.
60. LÓPEZ, M. (2004). Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50 (2), 99-109.
61. FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (2008). *Memoria de Actividades* (www.faisem.es).
62. FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (2005). *Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral*. Documentos de Trabajo, n.º 2 (2.ª Edición). Sevilla: FAISEM, 2005. (www.faisem.es).
63. FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (2006). *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo*. Documentos de Trabajo, n.º 3. Sevilla: FAISEM, 2006. (www.faisem.es).
64. BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E. & VOGLER, K. M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation and Counselling Bulletin*, 40, 265-284.