

Psicologia Comunitária

Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental

JOSÉ H. ORNELAS ()*

O CONTEXTO

O sistema de saúde mental em Portugal, nos anos oitenta do século XX, estava estruturado em torno dos hospitais psiquiátricos, de alguns serviços de psiquiatria agregados aos hospitais gerais e em estruturas institucionais geridas por congregações religiosas. Em 1987, um grupo de profissionais, de pessoas com doença mental e familiares, criaram uma organização não governamental denominada Associação para o Estudo e Integração Psicossocial¹ para promover um sistema de serviços de base comunitária. No decurso das últimas duas décadas o trabalho desenvolvido por esta organização, tem procurado sintetizar os contributos da Psicologia Comunitária e de outras iniciativas no domínio da integração psicossocial de forma a procurar

contribuir para a renovação do sistema de saúde mental em Portugal (Ornelas, 2002; Ornelas, Monteiro, Vargas-Moniz, & Duarte, 2005).

Este processo de mudança tem-se orientado com base em dois eixos distintos: a) um eixo estrutural focalizado em recursos e serviços e b) um segundo eixo com base numa abordagem ecológica da intervenção individual focalizada na mobilização ou expansão dos contextos pessoais e sociais. Para responder ao primeiro domínio, foi organizado um sistema de suporte de base comunitária estruturado para proporcionar serviços de apoio habitacional, de educação e emprego apoiados, promovendo a utilização de contextos naturais, tais como o acesso a escolas regulares, particularmente escolas secundárias e universidades, bem como toda a diversidade de recursos que estão disponíveis para a população em geral.

O segundo eixo tem-se focalizado no desenvolvimento de uma abordagem contextualista e ecológica (Levine & Perkins, 1987, 2004; Kelly, 2006) da intervenção individual focalizada na mobilização de recursos naturais para expandir as redes e suportes sociais, mantendo as pessoas com experiência de doença mental activas na vida da comunidade. O movimento da ajuda mútua tem também contribuído decisivamente para a melhoria e fortalecimento

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. E-mail: jornelas@ispa.pt ; www.ispa.pt

¹ Diário da República III Série n.º 284 de 11 de Dezembro de 1987 (Constituição) e Diário da República III Série n.º 46 de 25 de Fevereiro de 1991 (Reconhecimento de Utilidade Pública).

do papel social das pessoas com experiência de doença mental.

Este sistema foi inspirado na teoria de *Empowerment* (Rappaport, 1977, 1984; Zimmerman, 2000) e na missão do *Recovery* que pode ser definido como um processo, uma atitude... uma forma de encarar os desafios do dia-a-dia... estabelecer um sentido renovado de integridade e propósito pessoal para além da doença (Deegan, 2002) ou como uma forma de "... retomar um sentimento de confiança em si próprio(a)" (Chamberlin, 1997, p. 9). O *recovery* é assim possível através de um processo de fortalecimento pessoal, de controlo sobre as decisões importantes para a vida de cada pessoa, na sua participação na vida da comunidade e através do desempenho de papéis profissionais, educacionais ou familiares relevantes (*cf.* Ahern & Fisher, 2001).

Durante estes últimos vinte anos de intervenção persistente, tem decorrido um processo negocial, tanto com as estruturas governamentais nas áreas da segurança social e saúde como com financiadores e apoiantes do sector privado ou cooperativo. Com as estruturas governamentais, foi criada uma comissão entre 1990 e 1992, em que representantes desta organização foram extensamente entrevistados num conjunto de audiências e reuniões com um grupo trans-disciplinar e inter-ministerial (Saúde e Segurança Social), processo este que lançou a base para um documento legal que haveria de ser adoptado em 1998 (Despacho Conjunto 407/98).

Em 1995 as estruturas governamentais reconheceram oficialmente a importância desta área e criaram um acordo estabilizado de financiamento; nas etapas anteriores haviam sido disponibilizados suportes extraordinários essencialmente destinados às estruturas, mas sem abranger a operacionalização dos serviços.

Hoje, dispomos das estruturas, do conhecimento, da experiência, e dos(as) profissionais com formação bem como do compromisso das pessoas com doença mental e dos seus familiares para consolidar todo este processo. Podemos, assim, afirmar que Portugal está numa posição privilegiada para evitar fenómenos de Trans-institucionalização observados em países como a Itália, o Reino Unido e mesmo os Estados Unidos da América que, durante os anos setenta e oitenta do Século XX (Mosher & Burti, 1989; Levine & Perkins, 1987, 2004), promoveram políticas públicas sem a adopção de um paradigma

com a capacidade de sustentar a complexidade dos processos de integração social.

Embora ainda estejamos num país com dois sistemas na área da saúde mental, um sistema que se compõe dos grandes hospitais psiquiátricos, que consome a maior parte dos recursos e um sistema comunitário de suporte, é ainda relevante apresentar uma teoria e uma prática que possa preparar a era pós-hospitalar.

Em 2006, inspirados na *New Freedom Commission*, EUA de 2003, no relatório irlandês intitulado "Uma Visão para a Mudança: Relatório do Grupo de Peritos sobre Políticas de Saúde Mental"² (2004), e outras iniciativas, o Governo português criou uma Comissão Nacional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental,³ que incluiu representantes envolvidos em iniciativas de base comunitária. No âmbito desta Comissão, tem sido possível organizar várias audiências públicas para pessoas com experiência de doença mental, familiares e profissionais, para que grupos provenientes das diversas organizações, serviços ou mesmo pessoas a título individual, tenham a oportunidade de apresentar as suas necessidades específicas, opiniões e sugestões para a mudança. A partir da experiência de trabalho em contexto comunitário foi possível estruturar um conjunto de recomendações para apoiar e influenciar a Comissão Nacional como forma de contribuir para a mudança nas políticas públicas para a área da saúde mental.

Partindo da premissa de que os serviços orientados para o *recovery* (Onken, Dumont, Dornan, & Ralph, 2002), tendem a ter resultados mais positivos em termos dos índices de satisfação dos seus utilizadores, da sua participação social e dos resultados em termos de integração comunitária, recomenda-se que nos vários domínios e sistemas de prestação de serviços se possa reflectir acerca de como se poderão estes sistemas reorganizar-se em função deste objectivo. Por outro lado, propõe-se também que os serviços que estejam sustentados na teoria de *empowerment*, isto é, que sejam influenciados pelos utilizadores dos

² No original "A vision for Change: Report of the Expert Group on Mental Health Policy".

³ Para mais informação ver Despacho n.º 11411 de 25 de Maio de 2006.

serviços e que contem com a sua participação activa para melhorar os resultados em termos de *recovery*.

No sentido de continuar a construir e generalizar a vertente de integração comunitária para a área da saúde mental é fundamental que as soluções habitacionais possam ser diversificadas (Brown, Ridgway, Anthony, & Rodgers, 1991), proporcionando opções de grupo e/ou individualizadas e incluindo oportunidades para quem opte por viver em situações maritais. Será também relevante a estruturação de serviços de apoio domiciliário, compostos por equipas especializadas de intervenção, cujo objectivo primordial é o da prestação de serviços e suportes conducentes à manutenção das opções habitacionais em contextos comunitários, mesmo em situações de crise, procurando manter permanentemente as ligações e a articulação face aos contextos naturais relevantes para as pessoas com experiência de doença mental.

A partir da investigação disponível (p.e. Ridgway & Zipple, 1990; Brown *et al.*, 1991, entre outros), as soluções individualizadas tendem a aumentar os índices de satisfação e de integração das pessoas abrangidas.

No que concerne a integração profissional, considera-se fundamental a estruturação de suportes adequados e estratégias eficazes para a integração profissional nas empresas. Com este paradigma de integração, o sucesso pode ser alcançado por um número muito superior de pessoas, particularmente se os mecanismos legislativos ou programas nacionais e/ou europeus estruturados para apoiar desempregados de longa duração forem implementados.

A acessibilidade ou o regresso à escola é também relevante para de concluir diplomas nos diversos graus académicos no sistema regular, ou através de sistemas de equivalências; a conclusão de graus facilita e aumenta as oportunidades de integração profissional tem um enorme impacto na melhoria dos índices de satisfação, tanto em termos pessoais como familiares.

Com o que temos aprendido tanto a nível nacional como internacional é que os sistemas de saúde mental não se podem focalizar exclusivamente no tratamento de base institucional ou em ambulatório. Torna-se assim necessário reconhecer que há outros recursos fundamentais em todo este processo, nomeadamente a diversificação de opções a nível de habitação, de emprego e educação, se quisermos observar

o aumento das taxas de satisfação dos utilizadores e de integração comunitária efectiva.

É também possível observar resultados e impactos de longo-prazo, nas três áreas principais (habitação, emprego e educação) que podem ser consolidados através da participação concreta e o controlo por parte dos utilizadores nos serviços e nos recursos de suporte.

Deste modo, a reforma dos serviços de saúde mental deve incluir os Hospitais Gerais, os Centros de Saúde Mental em contextos comunitários e as políticas públicas inter-sectoriais nas áreas da habitação, do emprego e educação, todas orientadas para o *recovery* e abrangendo a construção de sistemas de avaliação com a participação activa dos utilizadores.

Para o desenvolvimento de serviços de base comunitária é ainda necessário estruturar suportes para as opções habitacionais diversificadas e para aumentar o acesso ao emprego e educação, bem como para a criação de organizações de ajuda mútua e suporte inter-pares, lideradas exclusivamente por utilizadores.

Para a formação dos recursos humanos e para que estejam mais habilitados para participar neste processo de mudança, podemos identificar três prioridades: a) Formação específica na área da prevenção e da promoção da saúde mental; b) formação sobre a teoria de *empowerment*, tanto em termos de processos como de resultados; c) formação incidindo sobre o planeamento, implementação e avaliação de programas de base comunitária.

Para a investigação a sugestão será o desenvolvimento de uma linha de investigação, que possa apoiar projectos inovadores na área da saúde mental, como por exemplo, um projecto sobre narrativas de *recovery*, processos e resultados de *empowerment*.

Considera-se assim pertinente que a Comissão portuguesa, à semelhança das Comissões irlandesa ou americana, inclua o *recovery* como desígnio para a reforma dos serviços de saúde mental, que os utilizadores tenham a possibilidade de influenciar de forma continuada a prestação e avaliação dos serviços, que as hospitalizações tenham lugar nos hospitais gerais ou espaços em contextos comunitários e de que há ainda a necessidade de aumentar os recursos disponíveis em termos de habitação, de suportes no acesso e manutenção do emprego e alternativas educacionais.

A partir da nossa experiência, podemos concluir

que não é suficiente a criação de estruturas ou serviços de base comunitária, precisamos de um paradigma, um modelo que possa contrapor a possibilidade de se replicar os modelos institucionalistas e hospitalo-cêntricos nos contextos comunitários.

INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DE PESSOAS COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

A abordagem contextualista focaliza-se na integração comunitária perspectivada como a presença física na comunidade, o acesso aos recursos comunitários, cuidados pessoais, participação em contextos familiares, de amizade e outros grupos e/ou contextos sociais (Segal & Aviram, 1978; Aubrey & Myner, 1996), e não a integração em serviços e recursos especificamente desenhados para pessoas com doença mental e para os seus familiares. Se revisitarmos os princípios da saúde mental comunitária, cruzamo-nos com afirmações como as pessoas, independentemente do diagnóstico que lhes tenha sido atribuído ou de outra qualquer vulnerabilidade, devem viver na comunidade, mesmo nos momentos mais difíceis, mantendo o acesso aos recursos disponíveis (Mosher & Burti, 1989; Levine & Perkins, 1987, 2004).

O movimento da saúde mental comunitária advoga que as pessoas que tenham acesso a recursos melhoram a sua vida, crescem e fortalecem-se (Levine & Perkins, 1987, 2004).

Embora seja ainda observável alguma prevalência social das perspectivas biológicas e genéticas, a participação em contextos sociais integrados contribui decisivamente para a prevenção de rupturas pessoais ou sociais e promove a estabilidade e o bem-estar a longo prazo.

A integração social é consequência de um conjunto de valores que defendem que as pessoas com doença mental tenham acesso às mesmas casas e aos mesmos contextos de emprego ou outras formas de interacção social, tal como qualquer outra pessoa; as pessoas com experiência de doença mental devem ter a possibilidade de escolher onde querem viver, trabalhar, estudar e socializar em conjunto com outras pessoas que não tenham experiência de doença mental, para benefício mútuo. Os serviços e os suportes devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades expressas individualmente, tendo em consideração que o grau e a diversidade de necessidades tendem modificar-se ao longo do tempo (cf. Carling & Palmer, 1999).

A aplicação de um modelo comunitário às pessoas com doença mental, famílias e profissionais de suporte, implica a reflexão acerca do papel que deve ser desempenhado por cada um dos grupos. Em relação às pessoas com experiência de doença mental, a mudança requer uma reflexão crítica aprofundada e a participação individual, organizacional e comunitária.

A participação das pessoas com doença mental em redes europeias e outras redes internacionais, tem contribuído para a autonomia progressiva dos movimentos de utilizadores ou sobreviventes. A emergência de um movimento de pessoas com experiência de doença mental em Portugal, como parte integrante do movimento global nesta área, tem vindo a acontecer em diversos momentos, nomeadamente a participação de utilizadores em seminários, congressos e outros eventos nacionais e internacionais, a organização de reuniões e contactos sistemáticos com líderes ou representantes de diversas organizações, a publicação de um boletim, a contribuição para documentos internacionais como o *Green Paper* na área da Saúde Mental⁴ e o processo de criação de um *Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua*, aberto para todos os que considerem necessitar do suporte dos seus pares, na área da saúde mental.

É fundamental que as pessoas com doença mental controlem as organizações, só assim é que um modelo comunitário se torna uma realidade; um exemplo concreto dessa realidade é a emergência e o papel desempenhado pelos grupos de ajuda mútua.

A partir de uma dinâmica de investigação colaborativa, conseguimos identificar resultados concretos da aplicação da filosofia de *empowerment*, nomeadamente um maior controlo e responsabilidade sobre as suas próprias vidas, o aumento da participação nos processos de decisão em termos organizacionais, o desempenho de papéis relevantes no suporte aos pares, na consultoria aos serviços prestados por profissionais, pelo que podemos concluir que maior participação e controlo, gera um aumento da consciência crítica, crescimento pessoal e *recovery* (cf. Ornelas *et al.*, 2002).

⁴ Para mais informação consultar: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/lifestyle/mental/greenpaper/mentalgpcontributionsen.htm#8

OS FAMILIARES DAS PESSOAS COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

No que concerne as famílias, no decurso dos últimos vinte anos, os membros das famílias, quer se tratassem de pais, irmãos ou outros parentes, tiveram também a oportunidade de participar em iniciativas de âmbito nacional e internacional, em projectos europeus (p.e. O Projecto PROSPECT 2001/2004 – Uma iniciativa financiada pelo Programa Europeu Leonardo da Vinci), ou reuniões e outros eventos de natureza diversificada, organizaram um grupo de ajuda-mútua e são membros de organizações de familiares das pessoas com doença mental a nível nacional e internacional (EUFAMI – Federação Europeia das Famílias das Pessoas com Doença Mental).

Num *focus group* organizado no decurso de 2006, que incluiu pais e irmãos, ao discutir a situação actual do sistema de saúde mental, chegou-se a algumas conclusões das quais se destacam a atribuição de carácter prioritário da criação de um movimento de famílias que defenda a integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental; a acessibilidade a apoios que facilitem a integração comunitária como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos e outras formas de internamento involuntário.

Este movimento deve procurar promover uma perspectiva holística acerca da doença mental, envolvendo-se na defesa dos direitos humanos dos seus familiares com experiência de doença mental em termos de direitos fundamentais, incluindo a procura de uma vida comunitária.

Um dos objectivos primordiais deste movimento de famílias é o desenvolvimento de uma dinâmica de ajuda-mútua, através de grupos diversificados e plataformas ou redes de interacção mais alargada, orientadas para as suas necessidades e suportes específicos, criando um sistema de assistência para benefício mútuo e para o *lobbying* político na defesa do aprofundamento dos sistemas de serviços e suportes comunitários.

OS(AS) PROFISSIONAIS EM CONTEXTOS COMUNITÁRIOS

Para o desenvolvimento de um sistema comunitário de prestação de serviços na área da saúde mental o maior desafio colocado aos(às) profissionais

é o da aplicação de uma filosofia de *empowerment* e da promoção do *recovery* (cf. Kloos, 2005) nas organizações comunitárias. A ideia de *empowerment* deve também ser aplicada aos profissionais, para que possam sentir-se fortalecidos e capazes de ancorar a sua prática num conjunto de valores que lhes permita aplicar um modelo comunitário consistente e a adaptar-se à participação crescente das pessoas com experiência de doença mental.

A aplicação de um modelo comunitário consistente, deve procurar mudar a ideia de que a prioridade é a integração das pessoas com experiência de doença mental e dos seus familiares nos contextos de prestação de serviços; o objectivo primordial da intervenção é a organização e a orientação consistente no sentido da integração em contextos comunitários.

Os serviços de base comunitária devem assim promover a participação em actividades sociais regulares, a manutenção de laços sociais diversificados, o aumento do acesso a uma rede de interacções sociais, incluindo a troca recíproca de suportes, as oportunidades de debate e reflexão crítica, bem como o fortalecimento do sentimento de comunidade ou de pertença, potenciados pela integração directamente nas empresas ou nas escolas procurando a frequência nos *curricula* regulares.

A implementação de um modelo comunitário implica uma abertura para o mundo exterior, a construção de redes e parcerias comunitárias para responder a necessidades específicas, aos interesses, talentos e opções dos(as) utilizadores dos serviços.

Em relação ao desafio colocado aos profissionais no ajustamento face à crescente participação das pessoas com experiência de doença mental, o desafio é o da partilha do poder. As áreas privilegiadas para o cumprimento deste desígnio são a participação activa nos processos de decisão relacionados com a organização, incluindo a definição de prioridades; a promoção da participação dos(as) utilizadores nos serviços, nos debates e nas iniciativas ou programas de formação contínua; a implementação de áreas de responsabilidade exclusiva por parte dos(as) utilizadores, como os grupos de ajuda-mútua, o suporte inter-pares, o desempenho de papéis significativos, a prestação directa de serviços e a representação externa da organização; a participação na definição de prioridades em termos de investigação privilegiando metodologias colaborativas, abordagens qualitativas e assegurando que os resul-

tados da investigação serão utilizados para a melhoria dos serviços e suportes.

Os profissionais devem ser defensores da causa da integração social das pessoas com experiência de doença mental a todos os níveis, nas empresas, nas escolas, no exercício dos seus direitos ou deveres cívicos e políticos (p.e. a participação política, o acesso a legados ou heranças familiares, a manutenção de contas bancárias, seguros de vida ou de saúde, etc.).

A missão dos profissionais como agentes de mudança é também a da promoção de alterações nos serviços para que se tornem mais eficazes na busca e localização de soluções em contextos integrados em termos educacionais, profissionais, ou outros domínios sociais. Neste processo de mudança as questões da habitação são também cruciais, sendo necessário desenvolver serviços e sistemas de suporte para a aquisição ou arrendamento de espaços habitacionais que promovam a utilização de outros recursos na comunidade.

Para complementar este sistema múltiplo de suporte comunitário, temos de incluir o suporte e a intervenção na crise, através do desenvolvimento da formulação de planos individuais de crise, o desenvolvimento de suportes flexíveis para a actuação em situações de emergência, de modo a prevenir as hospitalizações ou situações de ruptura social e/ou familiar.

CONCLUSÃO

Em consequência desta experiência de intervenção é possível concluir que a validação da qualidade dos serviços de acordo com um paradigma comunitário tem que observar três critérios que são também reconhecidos como cruciais para a investigação em Psicologia Comunitária e que são: a) os processos e resultados de *empowerment*; b) a participação dos indivíduos e c) a acessibilidade aos serviços e recursos naturais.

A implementação plena da ideia de desinstitucionalização é ainda um imperativo moral para a psicologia comunitária e foi o ponto de partida para o movimento da saúde mental comunitária; precisamos de expandir e alargar as fronteiras da ideia de diversidade advogando a integração plena das pessoas com experiência de doença mental e as pessoas com deficiência física e/ou mental que foram sendo deixadas para trás nos processos de

encerramento de instituições. Devemos continuar a trabalhar sobre estes processos e visitar os valores, de modo a consolidar e manter a consistência das nossas intervenções futuras.

REFERÊNCIAS

- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39 (4), 22-31.
- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). *PACE/Recovery Curriculum*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Aubrey, T., & Myner, J. (1996). Community Integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15 (1), 5-19.
- Brown, M. A., Ridgway, P., Anthony, W. A., & Rodgers, E. C. (1991). A comparison of outcomes for client seeking and assigned to supported housing services. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (11), 45-53.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.
- Deegan, P. (1999). Recovery as a Journey of the Heart. In *Actas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental* (pp. 63-89). Lisboa: AEIPS.
- Fisher, D., & Chamberlin, J. (2004). *PACE/Recovery through Peer Support*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Green paper para a área da saúde mental http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/lifestyle/mental/greenpaper/mentalgpcontributionsen.htm#8, consultado em 18 de Novembro de 2006.
- Kelly, J. (2006). *Becoming Ecological: An expedition into Community Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Kloos, B. (2005). Creating new possibilities for promoting liberation, well-being and recovery: learning from experiences of psychiatric consumers/ survivors. In G. Nelson, & I. Prilleltensky (Eds.), *Community Psychology: In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave Macmillan.
- Leff, J. (1997). *Care in the Community – Illusion or reality?* London: John Wiley & Sons, Ltd..
- Levine, M. D. V. (1987). *Perkins Principles of Community Psychology: Perspectives and Applications*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Mosher, L. R., & Burti, L. (1989). *Community Mental Health: Principles and Practice*. New York: W. W. Norton & Company.

- Onken, S. J., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). *Mental Health Recovery: What helps and hide's? A national research project for the development of recovery facilitating system and performance indicators*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning/National Association for State Mental Health Program Directory.
- Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: Desafios futuros. In *Actas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J. (Ed.) (2005). *Empowerment e Participação das Pessoas com Doença Mental e os seus Familiares*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M. J., & Albuquerque, M. (2003). Empowerment e Reabilitação de Pessoas com Doença Mental. In M. A. Verdugo Alonso, & F. B. Urriés Vega (Eds.), *Investigación, innovación y cambio – V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Rappaport, J., & Seidman, E. (Eds.) (2000). *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic.
- Rappaport, J., & Hess, R. (Eds.). *Studies in Empowerment: Steps toward Understanding and Action*. New York: The Haworth Press.
- Ridgway, P., & Zippel, A. M. (1990). Challenges and strategies for implementing supported housing. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 476-498.
- Segal, S., & Aviram, U. (1978). Toward a Community Care System. In S. Segal, & U. Aviram (Eds.), *The mentally ill in community-based sheltered care: Study of community care and social Integration*. New York: Wiley – Interscience Publication.
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment. In *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic.

RESUMO

O artigo descreve e reflecte acerca de como uma intervenção comunitária, inspirada nos princípios e valores da Psicologia Comunitária, tem vindo a ser implementada nos últimos vinte anos na área da saúde mental e como contribuiu e influenciou a mudança do sistema de saúde mental em Portugal. No decurso deste período

foi estruturado um sistema de suporte de base comunitária de modo a proporcionar serviços de habitação e emprego apoiados, enfatizando a utilização dos contextos naturais, como as escolas e empresas regulares e toda a miríade de recursos sociais disponíveis para a população em geral.

Uma abordagem contextualista e ecológica da intervenção individual tem vindo a ser desenvolvida focalizando-se na mobilização dos recursos naturais, na expansão das redes e suportes sociais e na manutenção das pessoas com experiência de doença mental activas na vida da comunidade. O movimento da ajuda-mútua tem também sido um contributo crucial para a melhoria e fortalecimento do papel social das pessoas com doença mental.

Este sistema foi inspirado na teoria de *empowerment* e na missão do *recovery*, operacionalizados através da participação comunitária.

Palavras-chave: Saúde Mental Comunitária, pessoas com doença mental, *empowerment*, *recovery*.

ABSTRACT

The article describes and provides critical reflection on how a community intervention inspired on the principles and values of community psychology as been implemented over the last 20 years, and how it has influenced the mental health system in Portugal.

During this period a community based support system has been structured promoting supported housing and employment, enhancing the use of natural contexts, such as schools, regular companies e all sorts of social resources available for the general public.

A contextualist and ecological approach for individual intervention has also been developed, focusing on the mobilization of natural resources, the expansion of social networks and supports, and the maintenance of people with an experience of mental illness active in community contexts. The contributions of the mutual help movements are recognized as crucial for the betterment and strengthening the social role played by those who have an experience of mental illness.

This system has been inspired in the empowerment theory and the mission of recovery, operationalised through community participation.

Key words: Community Mental Health, people with mental illness, empowerment, recovery.