

Sistema de suporte comunitário

OSÉ ORNELAS (*)

1. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Os Anos 50 e 60 marcaram o início de uma nova etapa nas abordagens relacionadas com o Tratamento e Reabilitação dos Doentes Mentais que até então se encontravam nos Hospitais Psiquiátricos. Ao mesmo tempo, a perspectiva de Saúde Mental Comunitária cresceu e tomou forma ao defender o conceito de que os cuidados a prestar aos doentes mentais e a todos os cidadãos devia ter lugar nas suas comunidades, evitando o seu isolamento em instituições distantes e por períodos indeterminados. Corolário deste movimento foi a promulgação em 1963, nos Estados Unidos da América, durante a Administração Kennedy, da Lei dos Centros de Saúde Mental (Community Mental Health Construction Act), no seguimento do Relatório Publicado pela Comissão sobre Doença Mental e Saúde (Albee, 1959, 1968, 1969; Hobbs, 1964, 1968; Fairweather, 1969; Rappaport 1977).

Segundo esta Lei, os Centros Comunitários de Saúde Mental deveriam proporcionar um conjunto de serviços que abrangiam o Internamento, o Acompanhamento pós-alta, Hospital de Dia, Serviços de Apoio na Crise, Serviços de Reabilitação, Lares de Transição, Consultoria e Prevenção através de Acções Educativas. Estes serviços eram dirigidos a diferentes tipos de grupos incluindo crianças, idosos, indivíduos com problemáticas de abuso de álcool ou droga e, aque-

les com necessidades de acompanhamento a longo prazo (Caplan, 1964, 1974; Altrocchi, 1972; Fairweather, 1974; Bellak, 1964).

Estes acontecimentos levaram ao surgimento de uma Política denominada de *Desinstitucionalização* que, nos últimos 20 anos tem levado à redução em larga escala da população doente mental dos Hospitais Psiquiátricos, tendo também exercido alguma influência sobre este facto a crescente discussão e Legislação sobre os Direitos e Liberdades Individuais (Bachrach, 1976; Brown, 1987).

As críticas dos Profissionais e do Público em geral às condições pouco humanizadas em que funcionavam as Instituições Psiquiátricas, transferiram-se nos anos 70, para os problemas levantados por esta Política de Desinstitucionalização. O primeiro problema identificado foi o de que as comunidades não estavam estruturadas para o regresso dos Doentes Mentais e, na maioria das situações, os recursos não estavam disponíveis para dar resposta às necessidades básicas de uma população desprovida de rendimentos, habitação, alimentação, vestuário e de cuidados de saúde.

Feldman (1978), Mollica (1980), Jeger e Slotnick (1982), apresentaram um conjunto de críticas ao *Modus Operandi* dos Centros Comunitários de Saúde Mental, alegando que estes (a) não desenvolveram actividades em número suficiente a nível da Consultoria e Educação Preventiva; (b) o envolvimento de agentes não-profissionalizados havia sido mais complicado do que o inicialmente previsto; (c) o envolvimento dos mem-

(*) Professor Auxiliar, ISPA.

bro da comunidade nos processos de decisão sobre os serviços somente se concretizou quando estes diziam respeito a grupos-alvo ou elites específicas e (d) a Avaliação de Serviços realizada não foi baseada na identificação das mudanças a realizar nos Centros para proporcionar o aumento dos seus índices de eficácia.

No entanto, a maior crítica apontada aos Centros Comunitários de Saúde Mental tem consistido na não-resolução das necessidades apresentadas por aqueles grupos que exigem maior índice de cuidados permanentes como é o caso dos Doentes Mentais e dos Idosos, sendo identificadas as seguintes razões para tal facto: (1) a tendência para trabalhar com aqueles utentes com maior probabilidade de sucesso nos processos de mudança e de afastamento daqueles cujas necessidades se apresentam como permanentes; (2) a não-articulação entre os Serviços Hospitalares e os Centros Comunitários de Saúde Mental e (3) o não-investimento em alternativas de apoio habitacional permanentes e não apenas de carácter transitório que a experiência posterior demonstrou serem fundamentais.

Os Centros de Saúde Mental existentes não estavam, na generalidade, preparados e organizados para assumir a responsabilidade por esta população com problemáticas graves e não haviam sido dimensionados para dar resposta ao tipo de necessidades que apresentavam.

Esta diversidade de serviços e apoios tem demonstrado ser necessária se se tiver por base o pressuposto de maximização da integração que implica a coordenação entre as Potencialidades Individuais e os Sistemas de Suporte disponíveis.

A inexistência destas estruturas de apoio na comunidade tem impedido que os Centros Comunitários de Saúde Mental contribuam, de forma eficaz, para a redução das hospitalizações e na prevenção do fenómeno conhecido por Transinstitucionalização que consiste na transferência de um número significativo de Doentes Mentais dos Hospitais para Lares da Terceira Idade, Prisões, Albergues e um aumento da população Sem Abrigo, situações que globalmente não contribuem para o desenvolvimento individual, proporcionando uma aparente integração na comunidade, destituída de Suporte Social e Emocional (Test & Stein, 1978; Mosher, 1983, 1989; Ornelas, 1988, 1989).

No sentido de evitar este fenómeno de transinstitucionalização, foi criado o conceito de *Sistema de Suporte Comunitário* definido por Turner (1977, 1978, 1979) como o conjunto de serviços e apoios a desenvolver ao nível da comunidade para os indivíduos adultos com problemáticas graves e persistentes de doença mental. Este sistema consistia numa rede organizada de profissionais e outros agentes na comunidade disponíveis para prestar assistência a uma população vulnerável, colaborando no desenvolvimento do seu potencial e integrados num contexto comunitário.

Este conceito tem subjacente um conjunto de Princípios que se relacionam com a importância do desenvolvimento dos serviços centrados nos seus utentes, isto é, deverão estar concentrados na satisfação das suas necessidades e não nas necessidades do sistema. Promove uma perspectiva de *Empowerment* (Rappaport, 1981, 1984), defendendo que os serviços devem ser prestados de modo a garantir aos seus utilizadores o maior índice de controlo possível sobre a sua vida, o que inclui a definição dos seus objectivos pessoais e a selecção dos serviços que consideram necessários. Os seus utilizadores devem também estar envolvidos nos processos de planeamento e decisão a nível das políticas de intervenção e prestação de serviços.

Outro dos princípios básicos inerentes ao Sistema de Suporte Comunitário, está relacionado com a importância da Adaptabilidade Étnica e Cultural da Prestação de Serviços, pressupondo a sua disponibilidade e acessibilidade para todos as minorias étnicas e grupos especiais.

Associado a este princípio está o da Flexibilidade, que implica a necessidade de estarem disponíveis os serviços para quando considerados necessários e por tempo indeterminado, de forma a possibilitar a sua utilização à medida que as necessidades individuais se vão modificando.

A Focalização nas Potencialidades Individuais é também um princípio deste sistema, em que os Serviços devem ser construídos tendo por base as formas de apoiar os seus utilizadores a manter um sentido de dignidade e identidade. O Funcionamento em Contextos Comunitários apresenta-se como sendo um dos pressupostos para o funcionamento de todo este sistema, facilitando a utilização e integração nos recursos e suportes disponíveis para a população em geral.

A Resposta às Necessidades Individuais e a Coordenação de Serviços constituem também um princípio deste Sistema, sendo que o primeiro se relaciona com a importância do reconhecimento de que esta população se encontra em desvantagem e de que os serviços deverão estar adaptados às suas dificuldades e, o segundo, que os diversos tipos de serviços deverão funcionar de forma coordenada, permitindo o envolvimento dos utilizadores e suas famílias no planeamento, implementação e avaliação dos serviços prestados.

Deste modo, poderão ser identificados dez componentes do Sistema de Suporte Comunitário que surgem a partir de modelos operacionalizados de Reabilitação e de Suporte Social e englobam as necessidades identificadas como prioritárias para a integração dos indivíduos Doentes Mentais:

1 - *Localização dos Indivíduos*: a importância do desenvolvimento de mecanismos que permitam que a informação sobre a acessibilidade e disponibilidade de um conjunto de serviços ou recursos comunitários de apoio chegue aos locais onde os indivíduos habitualmente circulam ou aos organismos ou instituições que já lhes prestem algum tipo de serviços

2 - *Assistência na Satisfação das Necessidades Básicas*: apoiar os indivíduos na satisfação de necessidades de alimentação, vestuário, habitação, segurança pessoal, cuidados de saúde, formas de obtenção de rendimentos e outros benefícios a que tenham direito

3 - *Cuidados de Saúde Mental*: proporcionar o acesso a serviços de Saúde Mental que incluam a Avaliação e Diagnóstico, prescrição de medicamentos, acompanhamento da medicação, bem como o acesso a serviços de apoio psicológico

4 - *Serviços de Apoio na Crise (24 horas)*: disponibilidade de resposta céleres de apoio em situações de crise de forma a possibilitar ao indivíduo, familiares ou amigos a lidar com as situações de emergência, mantendo ao maior nível possível, seus índices de funcionamento comunitário. Estes serviços deverão incluir linhas telefónicas a 24 horas, técnicos especializados em sistemas de prevenção e alternativas de apoio em hospitalizações de curto prazo ou alojamento comunitário periódico para a estabilização da situação de crise

5 - *Cuidados de Saúde*: os indivíduos com

problemáticas de saúde mental têm, com frequência outras problemáticas de saúde, tornando-se fundamental para a manutenção da sua qualidade de vida, o acesso a cuidados de saúde com regularidade

6 - *Serviços Psicossociais e Vocacionais*: incluem um conjunto abrangente de serviços psicossociais que implicam um continuum de ambientes e apoios destinados a melhorar ou manter as competências para o funcionamento em papéis sociais normais. Alguns destes serviços devem estar disponíveis por tempo indeterminado e deverão incluir o treino de competências para o funcionamento no dia-a-dia, competências sociais, interesses e actividades lúdicas ou recreativas bem como serviços de apoio vocacional para encontrar oportunidades de emprego.

7 - *Habitação Apoiada*: proporcionar um conjunto de serviços de apoio habitacional para doentes mentais que, não estando em situação de crise, necessitam apoio para a localização e manutenção de um espaço habitacional. As alternativas de suporte habitacional deverão ser alargadas de modo a permitir um processo de escolha e a oportunidade de progressivamente ser assumida a responsabilidade e o controlo sobre a sua vida

8 - *Consultoria*: informação, apoio e assistência às famílias, amigos, senhorios, empregadores, organismos, instituições e comunidades e outros que frequentemente contactem com Doentes Mentais, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os problemas associados com a presença deste grupo populacional na comunidade

9 - *Sistemas de Suporte Natural*: envolver os Sistemas, habitualmente relacionados com os familiares, amigos redes de vizinhança, igreja, clubes desportivos ou recreativos, outros organismos comunitários, como o comércio e indústria no processo de integração dos indivíduos com problemáticas de saúde mental. Outra vertente poderá ser o apoio para a criação de Grupos de Ajuda Mútua de modo a proporcionar oportunidades de partilha de experiências comuns, problemas, dificuldades bem como troca de informações e soluções.

10 - *Defesa dos Direitos Cívicos e Acompanhamento Individual*: estabelecer mecanismos de Protecção dos Direitos Cívicos dos Doentes Mentais dentro do Sistema de Saúde Mental ou no

seu exterior, sobretudo a nível habitacional. Facilitar a utilização dos sistemas formais e informais de prestação de serviços, através da designação de um técnico ou equipa responsável por prestar apoio de modo a que os indivíduos possam obter a informação necessária para tomar decisões sobre o que lhes diz respeito e sobre os apoios que poderão obter para as suas diversificadas necessidades, permitindo uma coordenação dos serviços prestados.

Este sistema pressupõe que os serviços devem respeitar a identidade e as necessidades individuais de cada um dos seus utilizadores, baseia-se na criação de oportunidades para desenvolverem o seu potencial e proporcionar uma autonomização individual progressiva.

O conceito de Sistema de Suporte Comunitário é flexível não prescrevendo portanto, o número de serviços que as comunidades devem desenvolver, fornece algumas referências das funções que devem ser exercidas de modo a dar uma resposta eficaz às necessidades da sua população-alvo. Os contextos específicos no seio dos quais se pode desenvolver o sistema podem ser estruturas organizacionais, modelos, abordagens ou intervenções permanecendo a decisão da selecção das áreas a desenvolver, responsabilidade da comunidade promotora.

Bachrach (1980) define um Programa como *«qualquer demonstração planeada de estratégias programáticas inovadoras na prestação de serviços para os Doentes Mentais e podem conter diversas modalidades, podendo organizar-se a nível do sector público ou privado»*.

2. DESCRIÇÃO DE UM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE APOIO A DOENTES MENTAIS

O Centro Comunitário de Doentes Mentais, que pertence à Associação para o Estudo e Integração Psicossocial e é um projecto pioneiro na área da integração desta população em Portugal.

O modelo implementado por esta Associação tem como principal objectivo facilitar o aumento dos níveis de funcionamento na comunidade dos indivíduos com Doenças Mentais graves e prolongadas, apoiando-os a assumir a responsabilidade sobre as suas vidas e a funcionar activa e autonomamente na sua comunidade.

Os princípios de funcionamento deste Modelo baseiam-se na prestação de serviços num contexto normalizante, num ambiente fora do sistema de Saúde Mental, num Modelo Não-Médico, focalizado no potencial individual e não na doença.

A perspectiva de *Empowerment* associada a este modelo, encoraja os seus membros a manter o controlo sobre as suas vidas, a estabelecer os seus próprios objectivos e a participar activamente nas decisões com eles relacionadas, tornando-se agentes activos no processo de reabilitação em vez de meros recipientes passivos.

As expectativas positivas e o optimismo são outra das vertentes da Filosofia subjacente a este Modelo, baseando-se no pressuposto de que os indivíduos estão em desenvolvimento, têm capacidade de crescimento e de mudança no sentido positivo e que, mesmo os que apresentam mais dificuldades, podem igualmente participar a nível social.

Os serviços prestados por esta Associação englobam quatro áreas: a Social/ Recreativa, a Vocacional, a Habitacional e a Educacional.

Os serviços de Apoio na área Social/Recreativa são estruturados com o objectivo de fortalecer as relações interpessoais e de aumentar o sentimento de participação social e satisfação pessoal. As actividades propostas nesta área são planeadas segundo as idades, interesses expressos, capacidades físicas e níveis de competências dos seus participantes, maximizando a utilização de espaços e instalações na comunidade, como por exemplo, ginásios, piscinas, cinemas e clubes recreativos.

Estas actividades têm lugar ao fim do dia, nos fins de semana, feriados ou férias, em momentos idênticos aos utilizados pela restante população. Os participantes que exercem uma actividade profissional podem também usufruir de tais actividades tendo, deste modo, a oportunidade de manter as relações de suporte iniciadas com a sua participação no Centro.

O domínio Vocacional no contexto deste modelo é considerado uma prioridade, pois contribui segundo Beard, Propst e Malamud (1982), para a mobilização, reintegração e participação social.

As actividades vocacionais transformam os participantes em agentes produtivos, facilitam novas relações e aumento qualitativa e quantita-

tivamente a mobilidade social. Estas actividades incluem a avaliação vocacional, oportunidades de apoio na selecção e manutenção de um Emprego, o desenvolvimento de competências de ajustamento ao posto de trabalho e a progressão na carreira profissional.

Os orientadores do Programa Vocacional ou também denominado de Emprego Apoiado negociam os lugares nas empresas, garantindo que a produção referente a cada posto de trabalho é concretizada pelos participantes. Os técnicos de Emprego Apoiado acompanham o elemento pelo tempo considerado necessário para a aprendizagem da função até este se sentir familiarizado com o novo contexto.

Estes técnicos visitam o local de trabalho com frequência para intervir na resolução de quaisquer problemas que surjam e estão sempre à disposição do empresário para intervir em qualquer situação de emergência.

Para além da área Vocacional, esta Associação desenvolve também um Programa de Apoio a nível Habitacional que desempenha um papel determinante no processo de integração social desta população. As soluções de Habitação Apoiada não são encaradas como espaços de tratamento, mas como oportunidades de acesso a uma habitação estável e integrada na comunidade.

A AEIPS dispõe actualmente de duas Residências Comunitárias, uma com apoio profissional a 24 horas e outra com apoio a tempo parcial, funcionando cada uma como espaço de habitação permanente para cinco Doentes Mentais. Com cada um dos participantes é desenvolvido um programa intensivo nas áreas dos cuidados pessoais, confecção de refeições, gestão de dinheiro e manutenção do espaço habitacional.

Os serviços de apoio Educacional são também parte integrante do Modelo implementado pela AEIPS, estando direccionados para a melhoria das capacidades individuais no funcionamento de papéis sociais normais. A este nível é dada formação nas áreas da gestão de dinheiro ou de medicamentos, hábitos alimentares, fazer compras, confeccionar refeições, fazer actividades de manutenção, como por exemplo, limpezas, utilização de meios de transporte, bem como a utilização de recursos diversificados na comunidade. Também integrado no âmbito das actividades de apoio educacional, são desenvolvidos programas de formação dirigidos aos familiares para a

deteção de sinais de descompensação e prevenção de hospitalizações. Iniciativas no sentido de apoiar os participantes a terminarem a Escolaridade Obrigatória, o Ensino Secundário ou Universitário, são também promovidas, procurando estabelecer ligações formais ou informais com Organismos ou Instituições na comunidade, de modo a facilitar o acesso a novos recursos.

Similarmente aos resultados obtidos por Dincin e Witheridge (1982) e Anthony e Farkas (1989), tem-se verificado um decréscimo significativo no número de hospitalizações e na duração dos internamentos no ano seguinte à entrada nos serviços desta Associação. Os serviços prestados facilitam o acesso a empregos, o aumento dos índices de funcionamento autónomo a nível habitacional e permitem uma maior participação e satisfação social.

O Modelo aplicado por esta Associação nasce a partir de um conjunto de investigações promovidas por Stein e Test (1975, 1976, 1978, 1980) e Stein e Diamond (1985), e pelos trabalhos-piloto desenvolvidos por Beard, Propst e Malamud (1982), através da constatação de que as hospitalizações sucessivas não produziam resultados a nível do funcionamento e integração na comunidade e de que as competências aprendidas no contexto hospitalar não eram transferidas e generalizadas para a comunidade.

A partir deste conjunto de investigações concluiu-se que as prioridades nos serviços a prestar aos doentes mentais deveriam ser centralizadas na comunidade, passando os profissionais hospitalares a focalizar a sua actividade no ensino de competências no contexto comunitário.

A primeira fase de desenvolvimento deste tipo de Modelo consistiu na formação dos profissionais para exercer actividades fora do contexto hospitalar no sentido de aprenderem a descobrir e avaliar os contextos comunitários que apresentam maiores índices de eficácia no processo de integração.

O modelo desenvolvido baseava-se no pressuposto de que estas experiências de integração não haviam tido sucesso com os doentes mentais e que as técnicas utilizadas pelos serviços na área da Acção Social não tinham desempenhado um papel preventivo quanto às rehospitalizações, para além das condições precárias em que tendiam a viver muitos doentes mentais pela inexistência de recursos e suportes comunitários.

Deste modo, o Modelo de Ensino de Competências de Funcionamento Comunitário surge para aumentar as ligações sociais, aumentar os índices de funcionamento, minimizar a sintomatologia e assegurar padrões qualitativamente aceitáveis no dia-a-dia dos participantes.

As competências necessárias para viver tão autonomamente quanto possível na comunidade, focalizam-se em quatro principais áreas: (1) competências de resolução de problemas do dia-a-dia; (2) competências vocacionais e habitacionais; (3) competências de utilização dos tempos livres e (4) competências nas relações interpessoais.

De acordo com esta abordagem as competências seleccionadas deverão ser operacionalizadas no contexto onde habitualmente se encontra o participante, sendo disso exemplo o tratamento da sua roupa, a confecção de refeições e a utilização dos espaços de tempos livres na sua vizinhança.

Quando as competências são aprendidas no seu contexto natural já não é necessária a sua generalização. Esta abordagem implica a deslocação da prestação de serviços para junto dos seus utilizadores, serve como factor de mobilização e envolvimento no programa, minimizando-se desta forma, as desistências do processo.

A filosofia subjacente a este Modelo advoga que quaisquer que sejam as estruturas utilizadas para o desenvolvimento de competências, por exemplo a nível habitacional ou vocacional, estas não devem assumir uma perspectiva global, mas facilitar a utilização de recursos e contextos diversificados de modo a ampliar as redes do contexto social do indivíduo e maximizar as oportunidades de funcionamento autónomo.

Componente deste modelo é também o Treino de Assertividade, pois muitos doentes mentais têm uma história de dependência e passividade e este tipo de abordagem facilita o envolvimento nas actividades propostas, recebendo os técnicos formação específica para, de forma assertiva, orientar os utentes no sentido de concretizar as actividades ou objectivos a que se propuseram.

Uma outra premissa deste modelo é a responsabilização, em parâmetros idênticos aos dos demais cidadãos, dos utentes por todos os seus actos, em que mecanismos de *feed-back* são implementados de modo a minimizar as problemáticas nas relações interpessoais.

Stein, Test e Marx (1975), definiram os princípios deste modelo em seis pressupostos, onde o primeiro se relacionava com a importância da minimização das hospitalizações no sentido de prevenir a institucionalização, o segundo que os serviços deveriam estar focalizados no ensino das competências necessárias para viver na comunidade e esse processo deverá concretizar-se no contexto natural de cada um dos utentes.

O terceiro pressuposto, focalizava-se no desenvolvimento de um trabalho conjunto com os familiares ou outros com significado no sentido de estes se transformarem em agentes de suporte e colaboração. Em quarto lugar, que os profissionais deveriam concentrar a sua acção na ligação dos utentes com os serviços e apoios na comunidade, proporcionando o suporte necessário à concretização das actividades identificadas como fundamentais para a sua manutenção na comunidade.

O quinto pressuposto referia a necessidade de favorecer as relações próximas com todos os organismos, instituições e indivíduos na comunidade de modo a que, com consistência, todos possam colaborar na manutenção do indivíduo nesse contexto. Por último, os profissionais tinham um papel fundamental no envolvimento permanente dos utentes no assumir das responsabilidades sobre o que lhes diz respeito.

O acompanhamento e avaliação clínica periódica representam também um papel deste modelo, proporcionando informação de modo a que cada utente aprenda a detectar os seus próprios sintomas e métodos para a sua gestão e controlo.

Este Modelo está estruturado de modo a que sejam coordenados um conjunto de serviços e apoios, iniciando-se todo o processo com uma avaliação individualizada e definição de um Plano Individual de Integração. As áreas abrangidas por este plano individual podem ser diversificadas, englobando a sintomatologia, a socialização, as actividades estruturadas do dia-dia, a área vocacional, habitacional, de relações interpessoais ou de cuidados de saúde em geral.

As actividades propostas são normalmente intensivas e continuadas e é proporcionada uma coordenação dos serviços envolvidos em todo o processo (Knoedler, 1979).

Em 1978, Test coordenou um Projecto de Investigação com doentes mentais com idades

compreendidas entre os 18 e os 35 anos, com uma média de hospitalização da ordem dos dois meses. Um grupo iniciou um Programa de Ensino de Competências e um grupo de controlo manteve o tipo de apoio posteriores à alta hospitalar a que normalmente tinham acesso.

Os resultados do estudo demonstraram haver algumas diferenças, sendo as intervenções individualizadas, a colaboração com a família, as competências para o funcionamento no dia-a-dia na área habitacional as que apresentavam maior índice de impacto na prevenção das rehospitalizações.

Outras investigações realizadas têm demonstrado a eficácia deste modelo na manutenção dos índices de Ajustamento Comunitário com um mínimo de utilização dos serviços hospitalares (Stein 1980).

BIBLIOGRAFIA

- Albee, G. W. (1959). *Mental Health Manpower trends*. New York: Basic Books.
- Albee, G. W. (1968). Conceptual models and manpower requirement in psychology. *American Psychologist*, 23, 317-320.
- Albee, G. W. (1968). Needed a revolution in caring for the retarded. *Transaction*, Jan/Feb, 37-42.
- Albee, G. W., & Joffe, J. M. (Eds.) (1981). *Prevention through political action and social change*. Hannover N. H.: University Press of New England.
- Altrocchi, J. (1972). Mental health consultation. In S. E. Gollan, & J. C. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of community mental health*. New York: Appleton Century Crofts.
- Anthony, W., Cohen, M., & Cohen, B. (1984). Psychiatric rehabilitation. In J. Talbot (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later*. New York: Grune & Straton.
- Bachrach, L. (1980). Overview model for chronic mental patients. *American Journal of Psychiatry*, 137 (9), 1023-1036.
- Bachrach, L. L. (1976). *Desinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Washington, Rockville: NIMH.
- Beard, J. H., Propst, R., & Malamud, T. J. (1982). The Fountain House Model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53.
- Bellak, B. (Ed.) (1964). *Handbook of community psychiatry and community mental health*. New York: Grune & Straton.
- Bloom, B. (1973). *Community mental health: A historical and critical analysis*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Bond, G., Dincin, J., Steze, P., & Withridge, T. (1984). The effectiveness of psychiatric rehabilitation. A summary of research at thresholds. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 7 (4), 6-22.
- Braun, P. B., Kochansky, G., & Chapiro et. al. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients – A critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Brown, G. W., Birley, L. T., & Wing, J. K. (1987). The influence of family life on Schizophrenia disorders. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Support system and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. New York: Basic Books.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own patient controlled alternatives to mental health system*. New York: Mc Graw Hill.
- Cutler, D., Terwillinger, W., Faulkner, L., Field, G., & Bray, D. (1984). Disseminating the Principle of Community Support Program. *Hospital and Community Psychiatry*, 35 (1), 315-321.
- Dincin, J., & Witheridge, T. (1982). Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry*, 33 (8), 645-650.
- Duhl, L. J. (1963). The changing face of Mental Health. In L. J. Duhl (Ed.), *The urban condition: People and policy into metropolis*. New York: New York Books.
- Fairweather, G. W. (1980). *The Fairweather Lodge Society. A twenty-five year retrospective. New Directions in Mental Health Services. A Quaterly Source Book*. San Francisco: Jossey Bass, Inc.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Cressler, D. L., & Maynard, H. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., et. al. (1974). *Creating change in mental health organizations*. New York: Pergamon.
- Heller, K. (1989). The return to community. *American Journal of Community Psychology*, 17, 1-16.
- Hobbs, N. (1964). Mental health's Third Revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 822-833.
- Hobbs, N. (1968). Reeducation, reality and community responsibility. In J. N. Carter (Ed.), *Research contributions from psychology to community mental health*. New York: Behavioural Publications.
- Hunter, A., & Riger, S. (1986). The meaning of community in community mental health. *Journal of Community Psychology*, 14, 25-69.

- Kelly, J., & Hess, R. (1987). *The ecology of prevention - Illustrating mental health consultation*. New York, London: The Haworth Press Inc.
- Kelly, J. C., Snowden, L. R., & Munoz, R. F. (1977). Social and community intervention. *Annual Review of Psychology*, 38, 323-361
- Kieffer, T. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. In J. Rappaport, & R. Hess (Eds.), *Studies in empowerment. Steps toward understanding and action*. New York: The Hayworth Press.
- Knoedler, W. (1979). How training in the community helps patients work. In L. Stein (Ed.), *New direction of mental health services. Community support systems for long-term mental patients (2)*. San Francisco CA: Jossey-Bass.
- Kruzich, J. M., & Berg, W. (1985). Predictors of self-sufficiency for the mentally ill in a long term care. *Community Mental Health Journal*, 21, 198-207.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1987). *Self help groups. In Principles of community psychology: Perspectives and applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Mosher, L. (1983). Recent developments in the care of the chronic mentally ill in Italy. *Hospital and Community Psychiatry*, 3 (4), 947-950.
- Moxley, D. (1988). Exploring the validity of social network indicators for use in psychosocial rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 3-10.
- Moxley, D. (1988). Measuring the social support networks of persons with psychiatric disabilities. A pilot investigation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 2 (21), 19-27.
- Nelson, B., & Twing, E. (1980). *Report of the community supportive care*. Program for the Community Mentally Ill. Rhinelander, WI: The Human Service Center.
- Ornelas, J. (1988). *Estruturas comunitárias de apoio à desinstitucionalização*. Comunicação apresentada no Congresso Nacional de Psiquiatria, Psiquiatria e Saúde Mental nos anos 90, Coimbra.
- Ornelas, J. (1988). *Saúde mental comunitária e integração dos doentes mentais nas Redes Sociais de Apoio*. Comunicação apresentada nas IV Jornadas de Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Ornelas, J. (1989). Do romantismo da loucura à sua transinstitucionalização. Apresentação de um projecto comunitário com esquizofrénicos. *Análise Psicológica* 7 (4), 583-587.
- Ornelas, J., Moniz, M. J., & Nunes, R. (1990). *Doentes mentais sem abrigo - Sistema Múltiplo de Apoio*. Comunicação apresentada no Seminário Europeu sobre os Sem Abrigo nos Países do Sul, Lisboa.
- Ornelas, J., Martins, M., & Duarte, T. (1991). Centro comunitário de doentes mentais. In *Actas do Congresso «Arte e Doença Mental»*, Coimbra.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 21-25.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16, 15-21.
- Robinson, R. et. al. (1960). *Community resources in mental health*. New York: Basic Books.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victims*. New York: Vintage Books.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seagall-Aviram (1978). *The mentally ill in community-based sheltered care and social integration*. New York: Wiley.
- Stein, L., Test, M.A., & Marx, A. (1975). Alternatives to the hospital: A control study. *American Journal of Psychiatry*, 132 (5), 517-522.
- Test, M. A., & Stein, L. (1978). Community treatment of chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 350-364.
- Stein, L., & Test, M. A. (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Stein, L., & Diamond, R. (1985). A program for difficult-to-treat patients. In L. Stein, & M. A. Test (Eds.) (1985). *New directions for mental health services - The training community model: A decade of experience*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stein, L., & Test, M. A. (1987). Alternative to mental hospitals: A conceptual model treatment program and clinical evaluation. *Arquivos of Genneral Psychiatry*, 37, 18-23.
- Test, M. A., & Stein, L. (1986). Practical guidelines for the community treatment for markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 12 (1), 13-27.
- Turner R. J. et al. (1983). Social support: Conceptualization, measurement and duplications for mental health. In J. R. Greenly (Ed.), *Research in community and Mental Health* (pp. 67-111). Greenwich CT: JAI Press.
- Turner, J. (1977). Comprehensive community support systems for mentally disabled adults: Definitions, components and guiding principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1 (3), 39-47.
- Turner, J., & Shifren, I. (1979). Community support systems: How comprehensive? In *New Directions for Mental Health Services* (pp. 1-13). San Francisco: Jossey-Bass.
- Turner, J. C., & Ten Hoor, W. J. (1978). The National Institute of Mental Health. Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4 (3), 319-348.
- Wellman, B. (1979). The community question. *American Journal of Sociology*, 84, 1201-1231.

- Wolfensberger, W. (1972). *Principles of Normalization in Human Services*. Toronto: Toronto National Institute of Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1970). The Principle of Normalization and its implications to psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 127, 29-294.
- Zinman, S. (1982). A patient-run residence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6 (1), 3-11.

RESUMO

A Desinstitucionalização deu origem a uma transferência de um número significativo de Doentes Mentais dos Hospitais Psiquiátricos para a Comunidade.

No sentido de reduzir o impacto do processo de integração desta população, foi desenvolvido o conceito de Sistema de Suporte Comunitário, também denominado de Sistema Múltiplo de Apoio que preconizava a criação de um conjunto de serviços de Apoio e Reabilitação focalizados em áreas como o Emprego, a Habitação e a Socialização.

O Programa desenvolvido pela AEIPS – Associa-

ção para o Estudo e Integração Psicossocial é descrito nas suas várias vertentes como um exemplo de aplicação do Modelo de Sistema de Suporte Comunitário em Portugal.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, Sistema de Suporte Comunitário.

ABSTRACT

The Deinstitutionalization contributed to the release of a significant number of Mentally Ill from Psychiatric Hospitals into the Community.

In order to reduce the consequence of this Movement, was created the Community Support System Concept which advocated for the development of a variety of Support and Rehabilitation Services, that included Housing, Employment and Socialization.

The Program developed by the AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial is described in its several domains as an example of a Community Support System for Mentally Ill in Portugal.

Key words: Deinstitutionalization, Community Support System.