

ajuda inter pares

NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS

editorial

Esta edição do jornal Ajuda Interpares propõe a necessidade de evoluir e dar seguimento a nova forma de contacto entre as pessoas com experiência de doença mental. Pretendemos estabelecer padrões de relacionamento entre pares, e divulgar ideias de apoio comunitário, parcerias e ter também testemunhos que reflectam a capacidade de participarmos mais na realidade da saúde mental. Criámos um fórum online na Internet e temos a missão de divulgar através de acções de formação a sua acessibilidade, para ser utilizado pelos membros da rede nacional de pessoas com experiência de doença mental.

O CEAM, constituído por pessoas que ao longo destes anos se têm empenhado na participação em eventos a nível nacional e internacional para divulgar a ajuda entre pares e o recovery, tem contribuído para a representatividade das pessoas com experiência de doença mental.

Ao reflectirmos sobre o que seria mais indicado para este objectivo, decidimos o seguinte para o futuro: integrar no fórum online e no jornal ideias e textos sobre a participação comunitária e sobre a melhoria da partilha de informação entre as pessoas com doença mental. Ao sermos conhecedores da vida dos outros protagonistas e das suas realidades e direitos passamos a estar mais fortalecidos para criarmos laços e reunir esforços para atenuar o estigma ou segregação a que estejamos sujeitos. ■



Daniel Fisher
 Director Executivo
 National Empowerment Center, Inc.
 Lawrence, Massachusetts, EUA

Características de uma pessoa em recovery

Perguntam-me muitas vezes, como se definem as características principais de uma pessoa que recuperou da doença mental. Esta informação não é dada pelo sistema de saúde mental, visto que o pensamento dominante do sistema em geral, é que as pessoas com doença mental não

atingem o recovery. É oportuno definir os traços principais de uma pessoa que está em “recovery” da doença mental, porque este tipo de noção já provocou mudanças na qualidade de vida de outras pessoas, especialmente devido

às orientações visionária do relatório “New Freedom Commission” (relatório para a saúde mental nos EUA).

A informação seguinte, tem evoluído a partir da nossa pesquisa realizada no National

Continua na pág. 15

Pessoa antes do recovery na doença mental	Papel social/ Identidade	Pessoa que alcançou o recovery na doença mental
Utente, doente mental Os profissionais necessitam de tomarem decisões - as pessoas estão dependentes		Pessoa com doença mental que é um familiar, trabalhador, estudante, vizinho ou outro papel social
O sistema de saúde mental proporciona todos os suportes sociais	Tomada de decisão	Capazes de tomar decisões por si próprias, as pessoas são auto-determinadas
Considerada uma condição	Suportes sociais principais	Rede pessoal de amigos e familiar proporciona os suportes principais
As emoções intensas são vistas como sintomas para serem tratados pelo um profissional, dificuldades interpessoais, de comunicação	Função da medicação	Considerada um instrumento com base na decisão informada
Fraca auto-determinação, orientada pelas pessoas que têm o poder sobre a pessoa, poucas perspectivas no futuro	Inteligência emocional	As pessoas exprimem e gerem as suas emoções com os amigos, aprendendo com as experiências
	Sentido de identidade pessoal	Fortalecida e determinada pelas suas opiniões e interações dos pares, perspectivas de futuro



Teresa Carvalhais


Maria João Neves
 Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

SAÚDE MENTAL E BEM ESTAR FÍSICO

Porque é que nos dias de hoje se está a dar tanta importância ao benefício que a actividade e o exercício físico trazem às pessoas com experiência de doença mental?

Descobriu-se através de estudos realizados, nomeadamente nos EUA, que as pessoas com experiência de doença mental sofrem de riscos acrescidos na sua saúde física em relação à população em geral e que esses riscos podem diminuir com a prática de actividade e exercício físico.

Ora vejamos, as pessoas com doença mental grave apresentavam, em média, menos 25 anos na sua duração de vida do que a população em geral, ou seja, 60% das mortes prematuras em pessoas com doença mental são devidas a questões médicas tais como:

doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e infecciosas (NASMHPD, 2006).

As pessoas com doença mental grave também sofrem da existência de factores de risco, que podem ser modificados, em particular a obesidade e o tabaco.

O mesmo documento refere, que existe um grande número de outros factores que colocam as pessoas com doenças

mentais graves em maior risco de adquirirem doenças:

- fumar
- consumo de álcool
- nutrição desadequada/obesidade
- falta de exercício
- relações sexuais sem protecção

- uso de drogas por via intravenosa

- residência em abrigo ou residências (exposição à tuberculose e outras doenças infecciosas)

Fumar, obesidade, colesterol, diabetes mellitus e hipertensão estão frequentemente inter-relacionados e uns pode influenciar os outros. Por exemplo, a obesidade pode influenciar a necessidade de insulina e eventual resistência à mesma e o desenvolvimento de diabetes.

A influência da medicação

Com a introdução dos novos medicamentos anti-psicóticos de segunda geração, durante a última década, alguns estudos indicam uma associação destes ao aumento de peso, resistência à insulina e síndrome metabólico (NASMHPA, 2006).

Na realidade, a obesidade (que, como se referiu é também favorecida pela medicação) entre pessoas com doenças mentais graves é em número muito superior à existente entre a população em geral.

Face a este problema da obesidade que fazer? A única forma de combater este problema é implementando uma alimentação adequada e a



Maria João Neves
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Da discriminação aos direitos

Fórum mensal temático do INR

A Rede Nacional das Pessoas com Doença Mental foi convidada para participar no Fórum Mensal Temático do INR, desta vez sobre o tema “Da discriminação aos direitos”.

Primeiro, o colega Orlando Silva fez uma apresentação sobre a criação, objectivos e trabalho realizado pela Rede Nacional das Pessoas com Experiência de Doença Mental.

De seguida eu falei sobre aspectos da aplicação da Lei 46/2006 bem como sobre a abrangência de outros documentos legais da deficiência ao campo da saúde mental.

Por exemplo, foi focada a nossa opinião acerca da tradução da palavra inglesa “disabilities” da Convenção das Nações Unidas por “deficiência”. Esta palavra é demasiado redutora. Não abrange todas as incapacidades como o faz a palavra inglesa.

Também foi referido o artigo 4º nº 3 desta Convenção onde se afirma que as pessoas com incapacidades devem ser ouvidas no desenvolvimento e implementação de legislação e políticas que lhe digam respeito.

Em segundo lugar a Dra. Isabel Fazenda da CNSM falou sobre saúde mental e direitos humanos.

Por fim foi a vez do representante do INR, Dr. Serôdio afirmou que, na sua opinião, as leis valem pela sua interacção a nível do sistema

legal onde se inserem e que em todas as leis da deficiência entende-se a sua abrangência às pessoas com doenças mentais também. Sendo assim informou que na tradução e na elaboração da Lei 46/2006 se teve em conta o enunciado das incapacidades constantes do Código Civil que são restritas:

- para a interdição: anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira.

-para a inabilitação: anomalia psíquica, surdez-mudez, cegueira, prodigalidade, abuso de bebidas alcoólicas e estupefacientes.

Por outro, refere, na área do trabalho, fala-se em “capacidade reduzida”. O Dr. Serôdio sugeriu como definição de deficiência a que consta do Dec.Lei 38/2004. Diz ele que neste decreto, na definição de deficiência a lei vai mais longe e abrange todas as incapacidades e doenças crónicas.

No nosso entender falta uma uniformidade de conceitos podendo existir riscos de exclusão, já que um organismo que se relaciona no terreno, como uma Junta de Freguesia, por exemplo, com pessoas com doença mental pode não estar a par de toda esta problemática terminológica.

Nós sugerimos a criação de uma adenda à Lei 46/2006 que mencionasse expressamente as pessoas com doença mental como acção

positiva.

Seguidamente houve um debate muito participado onde surgiram questões como:

- Quem representa a pessoa com doença mental no processo de internamento compulsivo?

- E quanto ao património? Quem gere o património das pessoas com doença mental internadas, nomeadamente as pensões de reforma que estas recebem da Segurança Social?

- Quando foram auscultados alguns grupos de pessoas para as reformas na área da saúde mental também foram ouvidos os surdos e surdos/mudos com doença mental?

No final, o representante do INR informou que já se constituiu um grupo de trabalho do INR para rever o regime da interdição e inabilitação que tem muita importância a nível do exercício dos direitos civis e patrimoniais das pessoas com incapacidades.

Também se chegou à conclusão que são importantes mais mecanismos de participação das pessoas com incapacidades a vários níveis. Só isso permite controlar a qualidade e a adequação dos serviços aos seus beneficiários bem como controlar a elaboração e implementação das políticas que nos digam respeito. ■



Orlando Silva
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Representação do CEAM no Encontro do ENUSP

Lisboa, 13 de Março de 2009, aqui vou eu apanhar o avião de madrugada para Bruxelas. Depois de algumas semanas de contactos, este encontro da ENUSP (Rede Europeia de Utilizadores Sobreviventes da Psiquiatria), como esta Rede designa as pessoas com doença mental, é de extrema importância, pelo facto de poder ser uma oportunidade para entrarmos nas posições da Europa em saúde mental, bem como haver contactos neste meio para futuros eventos e poder dar a nossa opinião, sabendo que esta não será em vão. Tendo em consideração tudo isto, a minha ansiedade de participar neste evento era muito grande. Assim quando cheguei ao Aeroporto de Lisboa às 6 da manhã, não conseguia pensar noutra coisa. Levantei os bilhetes, e fui tomar o café matinal, para depois entrar no avião e chegar a Bruxelas.

Quando cheguei a Bruxelas, deparei-me com o facto de as informações estarem todas em francês, o que me obrigou a falar com um passageiro português para ir buscar as malas, e depois no comboio, com um estrangeiro para sair na estação certa. Assim depois de alguma aventura, lá consegui chegar ao hotel, onde me foram apresentadas algumas individualidades para convivermos um pouco e começarmos a reunião à tarde, bem como no sábado todo o dia. E assim aconteceu. O Encontro foi muito interessante, discutimos temas como por exemplo, aprendermos a influenciar os políticos para a nossa realidade, como conseguirmos mais fundos para a ENUSP, de modo a que esta nos possa ajudar, e sobretudo ao conhecermos pessoas de outros países.

Outro aspecto a assinalar, foi o facto de convidarem para este encontro vários representantes políticos, como por exemplo a comissária europeia da saúde, pois como Bruxelas é a cidade onde estão os comissários europeus, foi fácil ela aceder ao nosso convite.

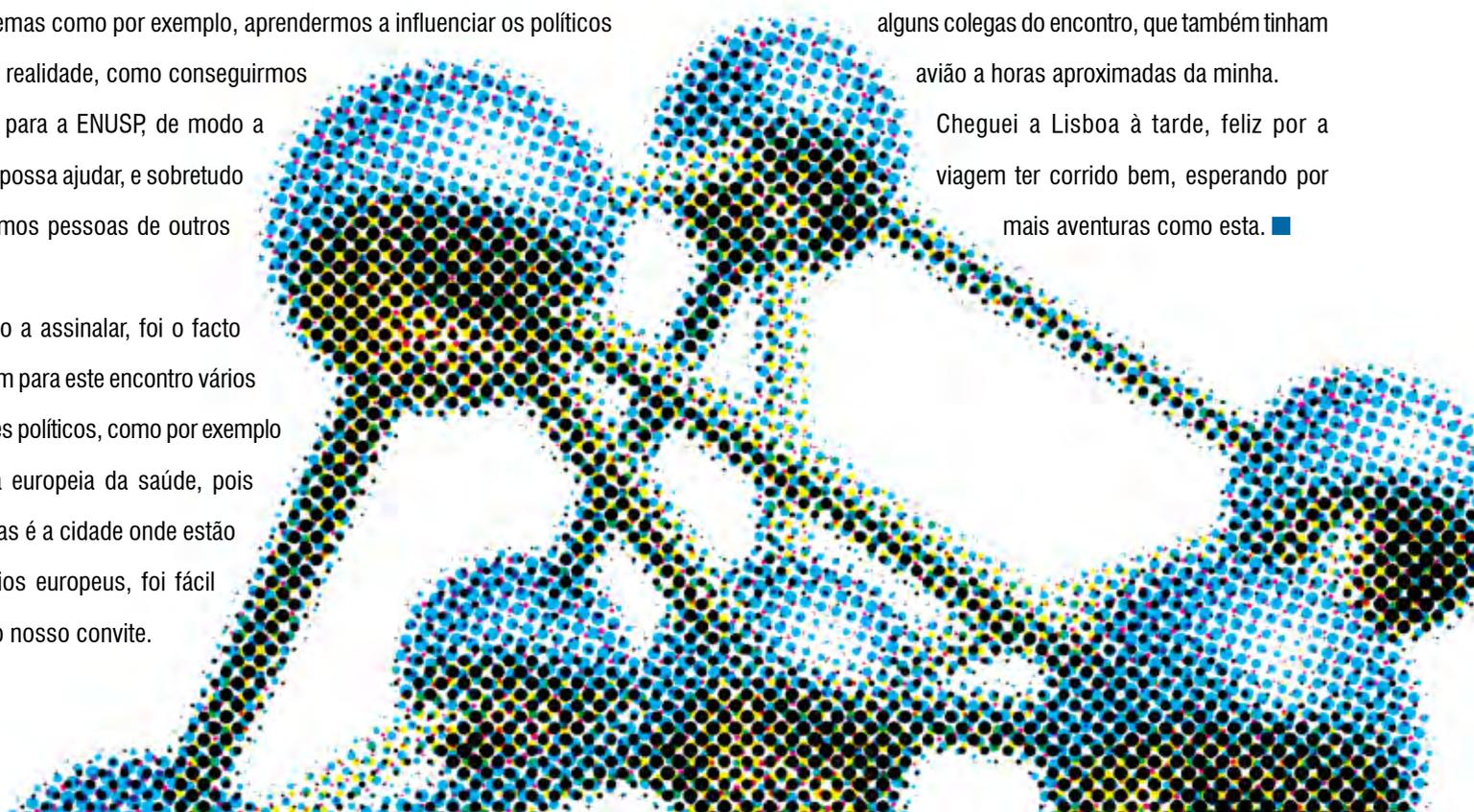
Se na sexta de tarde, os trabalhos do Encontro foram para nos conhecermos, no sábado durante todo o dia já nos dividimos em grupos de trabalho, e discutimos as medidas a serem tomadas num futuro próximo, nos próximos dois anos, bem como troquei contactos com outros intervenientes, entretanto já fomos visitados cá em Portugal por dois colegas estrangeiros que estiveram neste Encontro, e existe uma grande possibilidade de voltar a ver mais colegas dessa reunião.

É de referir que também tive a oportunidade de visitar a cidade de Bruxelas, que é muito bonita, com edifícios altos e antigos, como por exemplo os edifícios ligados à Europa, a Câmara de Bruxelas, jardins e ainda algumas Embaixadas, bem como sair à noite com os meus colegas europeus do Encontro.

Depois desta aventura, chegou a hora do regresso no domingo de manhã. Levantei-me, arrumei as coisas, despedi-me dos meus colegas, pedi ajuda ao Sebastien para me levar à estação de comboios, e assim fui até ao aeroporto. Cheguei lá, e tive a sorte de encontrar um português na fila de espera, e lá me safei, sem no entanto encontrar

alguns colegas do encontro, que também tinham avião a horas aproximadas da minha.

Cheguei a Lisboa à tarde, feliz por a viagem ter corrido bem, esperando por mais aventuras como esta. ■



Direitos e Necessidades das Pessoas com Experiência de Doença Mental

Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental

Este documento foi elaborado unicamente por pessoas com experiência de doença mental de todo o país, e traduz os direitos e necessidades que queremos ver concretizados:

1. Integração na comunidade: não estarem segregadas e separadas das pessoas ditas normais.

2. Não haver discriminação, direito à igualdade: informar as pessoas e levá-las a aceitar-nos como nós somos.

3. Empregos para todos: os doentes mentais terem emprego para todos e terem direito a uma formação para poder aceder ao mundo de emprego. Todos somos necessários no mundo do trabalho com competência e valor. Maior competitividade: devemos ser tão competitivos como os outros no trabalho. Deve-nos ser dada oportunidade de ter um emprego igual ao dos outros. A questão de dar às pessoas com doença mental oportunidade de trabalhar em empresas “iguais” a qualquer outras dentro da sociedade parece-nos uma necessidade, mas há a necessidade de apoio na rectaguarda. Para haver maior competitividade há que ultrapassar as nossas barreiras e superar as nossas dificuldades.

4. Uma casa para todos: tirar os doentes mentais dos hospitais e cada doente ter uma casa que deve ser uma casa com conforto, qualidade e inserida no contexto comunitário.

5. Formação dos profissionais de saúde: Fazer com que os

profissionais sejam mobilizados para uma nova visão de recovery no apoio ao doente mental. As pessoas com experiência de doença mental devem ter uma palavra a dizer na formação dos profissionais de saúde que estão mais em contacto connosco.

6. Cidadania para a educação nas escolas normais: Temos o direito a andar nas escolas com sucesso. Através de apoio da sociedade organizada haver resposta para as necessidades e escolhas de projectos que nos agradem.

7. Espiritualidade e recovery, respeito pela diversidade: é fundamental respeitar as crenças e culturas diferentes das pessoas. Poder frequentar cultos que mais agradem à pessoa pode ajudar é recovery devido ao respeito com a diversidade. A Espiritualidade é uma força espiritual que nasce dentro duma pessoa e que lhe permite vencer na vida.

8. Cidadania para todos: Votar quando há eleições, ter o cartão de eleitor, o B.I., o de utente de segurança social, o cartão de contribuinte, não serem discriminados no empréstimo bancário e nos acessos aos seguros, o direito as uniões de facto, casamento e maternidade/paternidade.

9. Devemos ter uma visão positiva de tudo na vida e levarmos os nossos projectos ate ao fim.

10. Actividades saudáveis, contacto com a natureza: fazer desporto ao ar livre, como por ex.: andar a pé, correr, ir para os jardins. Possibilidade de se poder viajar para locais onde o contacto com a natureza é muito forte, respirar ar puro, o saber estar bem com a Natureza.

11. Pretendemos uma maior independência em relação aos nossos familiares/técnicos, na forma de vivermos a nossa vida de maneira a sermos mais autónomos, nomeadamente a autonomia financeira (gerirmos o nosso dinheiro).

12. Mais ajuda mútua e inter-pares: haver mais reuniões de apoio. Pôr as pessoas todas a falar e fazerem-se sentir à vontade. A Ajuda-Mútua é muito importante na ajuda psicológica ou mental no meio da sociedade para resolver os nossos problemas íntimos e dos outros. Temos necessidade de uma maior união entre as pessoas com experiência de doença mental.

13. Melhor relacionamento entre os membros da família: é importante o bom relacionamento com a família pois ela é o primeiro suporte da pessoa com doença mental. Melhor relacionamento entre os membros da família.



Fátima Freitas
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua



Adelaide Cruz
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Mulheres e a ajuda-mútua

A ajuda-mútua: em que é que consiste?

A ajuda-mútua tem duas características fundamentais simultâneas. O movimento social em expansão e o processo de ajuda inter-pessoal.

Como movimento, fortalece e desenvolve a diversidade das pessoas, e promove capacidades dos indivíduos e comunidades. (Rappaport, 1990).

Enquanto processo de inter-ajuda, desenvolvem-se grupos de ajuda-mútua, com resultado da necessidade de partilhar experiências de vida. Os vários obstáculos na vida das pessoas proporcionam momentos de procura da partilha de sentimentos e desejos de evoluir, com outras pessoas, as quais vivenciem problemas de semelhante natureza; “o conhecimento da experiência”, (Borkman, 1991).

Objectivos da ajuda-mútua

Desenvolver competências através da inter-relação dos pares ou membros dos grupos de ajuda-mútua (GAM).

Os GAM facilitam a integração das pessoas na sociedade, potenciando a capacidade de resolução de problemas e estratégias de adaptação social.

As condições da ajuda-mútua

Espontaneidade, heterogeneidade, participação voluntária, suporte continuado e permanente.

Características dos grupos de ajuda-mútua

O método ou tipo de funcionamento dos GAM e a “partilha”. A estratégia de intervenção é o “conhecimento de experiência”.

Em termos teóricos, a ajuda-mútua equivale à participação e “empowerment” dos indivíduos e das comunidades.

A nível colectivo, promove-se a acção em comunidade, confrontando as pessoas em dificuldades com opções de reabilitação: criando oportunidades de participação no activismo comunitário.

O exemplo do Grupo de Mulheres

Neste espaço iremos focar-nos no suporte das mulheres com experiência com doença mental em relação à maternidade.

Como introdução poderíamos esclarecer que o Grupo de Mulheres da AEIPS foi fundado em 2002, reúne uma vez por semana com o objectivo geral de defender os direitos das mulheres com doença mental, com o intuito de empowerment.

Como exemplo de uma sessão de suporte foi o caso de debate da maternidade das mulheres com doença mental.

Alguns aspectos tratados foram: como é que as mulheres vivenciam a maternidade e como é que se vêem em papéis de mães dado o facto que têm doença mental.

Será que as mães, nesta situação, podem gerar um ambiente adequado para o bom desenvolvimento psicológico da criança?

Neste debate concluímos que a maternidade vivenciada pelas mulheres com doença mental só difere das demais mães, nalgumas limitações impostas pela doença, já que as vicissitudes das vidas são experimentadas por ambas.

É importante que os serviços de saúde e acompanhamento vejam as mulheres com doença mental para além da doença.

PROJECTO

Casas Primeiro

Inicia-se em Portugal o que já foi feito nos Estados Unidos, com êxito a saber o oferecer de uma habitação individualizada a um sem abrigo, com uma situação de doença mental severa, sem estabelecer nenhuma condição à partida que não seja naturalmente a ocupação da casa, nos Estados Unidos esta abordagem revelou-se um êxito e espera-se que em Portugal também o seja.

O absolutamente relevante é a não existência de programas preliminares, que têm que ser cumpridos e avaliados, tendo como consequência prática que no meio do processo, existe uma desistência ou então uma dilatação temporal desses programas preliminares, sujeitos a uma disciplina muito severa, que acaba por tornar impossível o usufruto de uma casa.

Claro que o desenvolvimento deste programa é possível, pela existência de um quadro político benévolo no entendimento dos direitos fundamentais.

Neste programa, que já está em execução em Portugal, na cidade de Lisboa, existe um team de cinco pessoas fortemente empenhadas, o que é seguramente uma certeza de êxito, que é alias bem preciso, uma vez que desse êxito depende em termos de efeito de escala, a posterior implementação de outros programas que se sentem tão urgentes na sociedade portuguesa.

Duarte Maria Vasconcelos



Maria João Neves
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

CASAS PR

Providenciar serviços residenciais para pessoas com doença mental assumiu grande importância desde o início da desinstitucionalização.

A AEIPS apresenta agora em Portugal com a colaboração das entidades oficiais uma novidade em termos de habitação apoiada: o programa “Casas Primeiro”. Este programa teve origem em Nova Iorque e tem como título original “Housing First”, sendo impulsionado pela “Pathways to Housing” cujo director é Sam Tsemberis.

Estamos a falar de casas individualizadas em alternativa às instituições de acolhimento, hospitais psiquiátricos, sem abrigo e outras situações de exclusão social.

É de referir que o desenvolvimento de respostas habitacionais está a criar uma nova geração de sítios quase-institucionalizados e a criação desse tipo de residências não é tanto importante como habilitar cada pessoa a viver na sua

própria casa. É precisamente para combater este tipo de situações que estão a surgir projectos como o “Casas Primeiro”.

Como refere o Prof. Ornelas no seu livro “Psicologia Comunitária” (p. 117), “a habitação é um direito fundamental e um elemento essencial para o bem-estar e ajustamento social de todas as pessoas com doença mental e outros grupos em situação de vulnerabilidade e um elemento essencial para o bem-estar e ajustamento social de todas as pessoas com doença mental e outros grupos em situação de vulnerabilidade social, sendo mesmo uma área determinante, sem a qual todos os outros domínios como o emprego, a escola e a participação social, poderão ficar comprometidos”.

Apesar da importância óbvia da habitação (continua ainda o Prof. Ornelas), a maioria das pessoas com experiência de doença mental tende a ter uma baixa probabilidade de acesso e

PRIMEIRO



manutenção de um espaço habitacional estável, individualizado e integrado na comunidade. Os baixos rendimentos de que dispõem e a discriminação social a que são sujeitos, limitam o leque de opções. A falta de recursos económicos constituiu uma grande barreira no acesso à habitação (Wilton, 2003), na medida em que as opções habitacionais acessíveis economicamente são escassas (Baxter e Hopper, 1981; Carline 1984).

Um dos aspectos mais inovadores do modelo de habitação apoiada é a sua estratégia de intervenção: casas primeiro, contrastando com o modelo de transitoriedade tradicional ao nível dos suportes habitacionais atribuí desde logo uma casa independente ao doente mental sem abrigo (,)

O modelo Housing First é um bom exemplo de um programa de habitação apoiada a pensar dar resposta às necessidades que sentem

nesse campo as pessoas com doença mental sem abrigo (Tsemberis, Gulgur e Nakae, 2004). O programa leva os que nele se enquadram a definirem as suas próprias necessidades e objectivos e não exige como condição prévia a aderência a tratamentos psiquiátricos ou à abstinência de consumo de álcool ou drogas. Para entrarem no programa as pessoas têm apenas que pagar 30% do seu rendimento para a renda da casa e, em segundo lugar, que se encontrem pelo menos duas vezes por mês com a equipa do projecto (Ornelas, 2008).

Este modelo parte do princípio que todas as pessoas podem manter a sua casa e que tê-la é uma condição principal para que se inicie todo o processo de recovery. Os abrigos e as residências transitórias são sítios onde, muitas vezes, as pessoas não se sentem seguras e onde não ganham empowerment (Ornelas, 2008). É de esclarecer que as habitações utilizadas nos

programas Housing First são como quaisquer outros apartamentos, com diversas localizações citadinas e arrendados, combatendo-se assim a discriminação e a segregação dos sem abrigo com doença mental.

Sam Tsemberis que apresentou, quando esteve em Portugal, as várias partes do programa sublinhou quatro elementos essenciais nos programas de habitação apoiada:

- Possibilitar a escolha do tipo de habitação
- Separar o serviço habitação dos serviços clínicos e assistenciais
- Desenvolver serviços orientados para a recuperação
- Desenvolver eficácia na prestação dos diversos serviços de apoio económico aos cuidados de assistência social e saúde.

Desta forma e com a separação dos vários apoios, as pessoas são incentivadas a recuperarem o domínio sobre as suas próprias vidas. ■

Judi Chamberlin (1944-2010)

Judi Chamberlin foi internada num hospital psiquiátrico aos 21 anos depois de diagnosticada uma depressão profunda. Essa experiência levou-a a iniciar um movimento de luta pelos direitos civis das pessoas com doença mental.

Judi Chamberlin, após doença prolongada, faleceu a 16 de Janeiro de 2010.

Ao longo da sua vida, criou um movimento cívico conhecido por Mental Patients Liberation Front e colaborou na criação da organização Ruby Rogers que é um centro de auto-ajuda dirigido por sobreviventes de psiquiatria.

Trabalhou também como especialista para o National Empowerment Center (NEC) e no Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Boston University como investigadora. Neste âmbito realizou importantes estudos sobre o empowerment nas pessoas com doença mental.

Judi Chamberlin também pertenceu à NARPA (National Association for Rights Protection and Advocacy) tendo várias comunicações sobre a defesa dos direitos das pessoas com doença mental.

Em 1978, ainda jovem, escreveu o conhecido livro “On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System”, entre outras colaborações e publicações.

Tributo a Judi Ch

No passado mês de Agosto de 2009 foi realizada uma celebração, em Boston, EUA, dedicada à Judi Chamberlin e em honra dos seus contributos para a protecção dos direitos das pessoas com doença mental. Nessa altura o CEAM enviou várias mensagens dirigidas à Judi, em video, para essa ocasião.



Orlando Silva

Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Eu sou o Orlando, do CEAM (Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua). Existimos desde 2006, e a nossa missão é lutar por e defender os direitos civis das pessoas com doença mental. Nós contactámos a Judi várias vezes, e conhecemos a Judi muito bem. Alguns de nós, até estivemos pessoalmente com ela, por isso, é que nós estamos a comemorar. É uma honra e um privilégio, obrigado.



Adelaide Cruz

Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Eu admiro o seu trabalho e progresso no mundo da Saúde Mental. Estou grata por ter tido a oportunidade de ler os seus artigos de empowerment

amberlin



e sobre as experiências das pessoas com problemas de saúde mental. O seu testemunho pessoal é algo de muito motivador e tem servido de inspiração para muitas pessoas que alcançaram o recovery e continuarão a fazê-lo, tenho a certeza. Traduzi alguns dos seus artigos para português e espero que os momentos que tem vindo a proporcionar nos tragam mudanças sociais mais positivas.

Desejo-lhe uma excelente “Celebração de uma vida” no dia 20 de Agosto.



Maria João Neves
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Há 40 anos, que a Judi Chamberlin é líder de um grupo de Saúde Mental para pessoas com problemas de saúde mental.

Envio-lhe os meus agradecimentos pela batalha que teve de gerir, e os incentivos que deu a pessoas como nós, pessoas com problemas de saúde mental.

Encontrei a Judi numa conferência da AEIPS, em 2004. A Judi falou do advocacy para pessoas com problemas de saúde mental: “a partir de uma perspectiva de direitos humanos”.

Todo este discurso foi feito sem paternalismos e de uma forma partilhada por todos.

Encontrámo-nos com a Judi Chamberlin mais uma vez, na conferência da Dinamarca, dada pela “Rede Europeia de Ex-Utilizadores e Sobreviventes

da Psiquiatria” (ENUSP).

A Judi recebeu-nos cordialmente e calorosamente.

Todavia, deixem-me também dar aqui uma nota sobre algumas das suas melhores características pessoais.

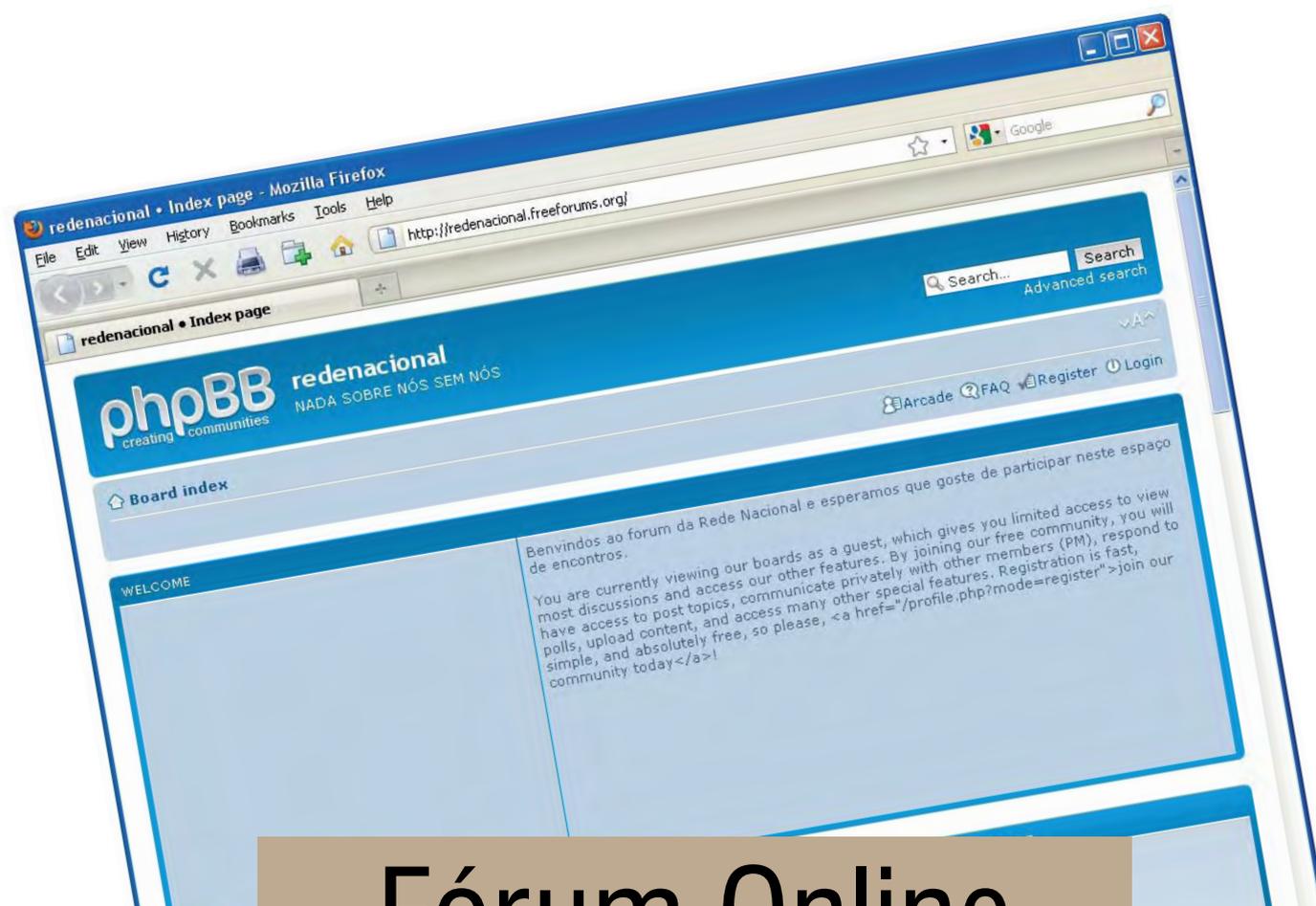
Ela é lutadora e uma optimista, deixando impressões muito positivas do seu trabalho por onde passa, dando apoio ao movimento de libertação das pessoas com problemas de saúde mental em todo o mundo.



José António Coimbra
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Por volta de 1987, eu tive a oportunidade de conhecer a Judi, quando eu estive no Grupo de Ajuda-Mútua orientado por pessoas com experiência de doença mental, grupo esse, que mais tarde se desenvolveu na AEIPS. Nunca me esqueci deste momento, e 22 anos mais tarde, ainda me lembro desse encontro. Depois disso, encontrei a Judi na conferência de Vedje, Dinamarca, em 2004. Fui fotografado na mesa do pequeno-almoço, com a Judi, e ainda temos a fotografia para a posteridade, no poster do nosso Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua.

Obrigado por visitar a nossa cidade de Lisboa, Portugal, em várias ocasiões, e desejamos-lhe um bom sucesso na sua evolução no empowerment e recovery para continuar a representar todas as pessoas com problemas de saúde mental.



Fórum Online

Resultados das formações

No ano de 2009, foram realizadas quatro acções de formação no âmbito da divulgação e formação do Fórum Online para as pessoas da Rede Nacional das Pessoas com Experiência de Doença Mental. As acções de formação incidiram sobre a PERSONA no dia 8 de Julho, na ANARP no dia 14 de Julho, na ARIA, no dia 17 de Setembro e na ASMAL no dia 29 de Setembro. Depois de elaborados e analisados os respectivos relatórios, chegou-se à conclusão de que os objectivos pressupostos tiveram resultados satisfatórios, sendo que a maioria das pessoas classificaram as acções de formação entre o satisfatório e o bom, existindo também algumas avaliações muito boas, e casos pontuais de avaliações negativas. É importante referir que devido a dificuldades de logística nalgumas organizações, os resultados poderiam ser ainda mais significativos na performance geral.

Concluimos que houve uma boa adesão por parte dos utentes das respectivas Associações. Estes demonstraram interesse em participar nas respectivas acções de formação elaboradas pela REDE NACIONAL, com a colaboração das associações envolvidas. Esperamos dar continuidade a este trabalho realizado para que cada vez mais as pessoas com doença mental se sintam motivadas em participar nas acções da REDE NACIONAL. Agradecemos o apoio e o interesse demonstrado. ■



Maria João Neves
Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

emprego apoiado *versus* emprego protegido

Em Portugal, até há bem pouco tempo não havia legislação que determinasse o conceito e o regime do emprego apoiado tal como é praticado na AEIPS. Existia legislação apenas para regular o que se chamava emprego protegido que era algo muito diferente da visão que nós tínhamos sobre o assunto.

Daí que a AEIPS e outras associações que trabalhavam com o modelo de emprego apoiado se tivessem de servir da legislação que definia os apoios e regime da prestação de trabalho por deficientes físicos ou mentais.

Finalmente surgiu o Dec.Lei nº 290/2009 de 12 de Outubro que logo no seu primeiro artigo fala em “Emprego Apoiado”, definição que mais à frente é dada no artº 38 e que corresponde à nossa definição desta modalidade.

É de referir o conteúdo deste artigo 38º (Conceito e Objectivos do Emprego Apoiado): “Considera-se ainda emprego apoiado o desenvolvimento de actividades em contexto

laboral, sob a forma de estágios de inserção que visem aferir as condições para o exercício de uma actividade profissional, desenvolver competências pessoais e profissionais e promover a inserção profissional das pessoas com deficiência e incapacidades.”

Todavia ainda como réstia do pensamento anterior, o diploma faz uma referência ao emprego protegido no artigo 45º definindo que: “Considera-se centro de emprego protegido a estrutura produtiva dos sectores primário, secundário ou terciário com personalidade jurídica própria ou a estrutura de pessoa colectiva de direito público ou privado, dotada de autonomia administrativa ou financeira que visa proporcionar às pessoas com deficiências e incapacidades e capacidade de trabalho reduzida o exercício de uma actividade profissional e o desenvolvimento de competências pessoais sociais e profissionais necessárias à sua integração em regime normal de trabalho.”

Como ressalta da leitura esta definição é totalmente diferente da definição de emprego apoiado do artigo 38º.

Porquê optar pelo emprego apoiado e não pelo emprego protegido?

A finalidade do emprego protegido é para o legislador (tal como no emprego apoiado) tornar a pessoa com incapacidade apta a entrar no mercado normal de trabalho.

Ora é esta transferência para um emprego em contexto normal de trabalho que na realidade, na prática, não consegue ser obtida com o emprego protegido.

Como explica o Prof. Ornelas na página 130 do seu livro “Psicologia Comunitária”, “...a ideia de que nem todos (as pessoas com doença mental) estariam aptas a integrarem um contexto laboral na comunidade e o pressuposto da necessidade de contextos experimentais de reabilitação e



SAÚDE MENTAL E BEM ESTAR FÍSICO

Continuação da pág. 3

prática de actividade e exercício físico.

(Atenção ao programa de promoção de vida saudável que está a ser levado a cabo pela AEIPS).

Com base em alguns estudos sobre a actividade física, concluiu-se que esta está associada a uma saúde mental positiva e à melhoria da qualidade de vida. A terapia psicomotora ou actividade física terapêutica, tem como principal objectivo reduzir os riscos anteriormente referidos.

A actividade física regular pode actuar efectivamente na prevenção, tratamento e promoção da saúde mental, através da melhoria do humor e do auto-conceito, maior auto-eficácia, controle de stress, melhoria intelectual, redução de ansiedade e depressão. A actividade física pode ser determinada, como sendo o conjunto de acções que o indivíduo pratica envolvendo gasto energético e alterações orgânicas através de exercícios que envolvam movimento corporal, com aplicação de uma ou mais capacidades físicas, associado à actividade mental e também social.

A prática regular de actividade física, não pretende substituir o tratamento para a doença mental, mas sim contribuir para um melhor resultado, trazendo benefícios no campo da saúde mental, e, por último, podendo actuar no campo da saúde social, trazendo benefícios para o convívio social, o ambiente de trabalho e o ambiente familiar.

A actividade física é um excelente meio de descarregar ou libertar tensões, emoções e frustrações acumuladas pelas pressões e exigências da vida moderna. Para se verificar efeitos substanciais do exercício físico na área emocional, é necessário praticar entre 4 a 20 semanas. A intensidade terá de ser individualmente adaptada.

É de referir também as grandes vantagens trazidas pela actividade física no combate à obesidade, que como já vimos é um problema grave que afecta as pessoas com experiência de doença mental (Veigas, Gonçalves, 2009; Theobald, Diettrich, S/D). ■

emprego apoiado *versus* emprego protegido

Continuação da pág. 9

preparação para o emprego, levou ao aparecimento de novas formas de segregação como centros de actividades ocupacionais, emprego protegido, enclaves e, posteriormente, firmas sociais, um percurso semelhante ao que se desenvolveu para as pessoas com deficiências físicas e mentais”.

Diversos estudos sobre o sucesso destas estruturas de reabilitação e preparação profissionais, apontam para taxas muito baixas de emprego no mercado competitivo de trabalho. Estes resultados pouco significativos devem-se ao facto de as competências profissionais e sociais que são desenvolvidas nestas estruturas pré-profissionais não serem generalizáveis ao emprego competitivo (Dellany, Rhodes e Albin, 1986; Tessler e Mandersheids, 1982 – citados por Ornelas – 2007).

É como consequência destas conclusões que, como refere o Prof. Ornelas no livro acima referido, nos anos 80 vêem a surgir alguns programas mais inovadores e eficazes na integração profissional que adoptaram uma abordagem de emprego apoiado, partindo do pressuposto de que as pessoas, independentemente da gravidade da sua problemática de saúde mental, poderiam desempenhar uma actividade produtiva num contexto normal, se fosse essa a sua escolha e se dispusessem dos apoios necessários para concretizar esse objectivo. As baixas taxas de emprego das pessoas com doença mental não resultavam da problemática da saúde mental em si mesma, mas à falta e inadequação dos apoios proporcionados (Anthony e Farkas, 1989; Ornelas, Martins e Duarte, 1991).

Embora reconhecendo a necessidade de um apoio continuado, tal não deveria ser confundido com um espaço físico segregado, mas ser entendido como um serviço prestado nos contextos naturais de emprego, onde as pessoas estavam integradas (Anthony e Blanch, 1987).

O diploma agora publicado sobre o assunto que me leva a escrever estas linhas já vem ao encontro desta nova realidade e esclarece a confusão que havia em Portugal entre o que a doutrina chamava de “emprego apoiado” e “emprego protegido”, sendo que, este, todavia, se apresenta agora como um subgrupo dentro do primeiro. ■



Características de uma pessoa em recovery

Continuação da pág. 2

Empowerment Centre, baseados em material escrito em numerosos grupos de trabalho:

Algumas características de que uma pessoa alcançou o recovery na doença mental:

- Toma as suas próprias decisões em colaboração com outras pessoas que não pertencem aos serviços de saúde mental;
- Possui uma rede de amigos que a apoia para além dos profissionais de saúde mental;
- Alcançou um papel social/identidade social significativa (tal como estudante, familiar, trabalhador/a) e não apenas o papel de utente,
- A medicação é para ela apenas um instrumento (recurso) entre outros, escolhida livremente pelo indivíduo, como suporte à vida do dia-a-dia, (tal como para as pessoas com outras doenças crónicas);
- Desenvolveu a capacidade de se expressar e compreender as emoções ao ponto de a pessoa se adaptar e gerir as situações emotivas críticas e intensas não sendo as acções consideradas sintomas, e sem interromper as suas funções sociais;
- O sentido de identidade pessoal é alcançado pela própria pessoa através das suas experiência de vida, e interação com os seus pares;

Uma outra forma de compreender as características de uma pessoa que recuperou é compará-la com a pessoa no seu estágio inicial de recovery, (aquelas rotuladas com doença mental), tal como exemplificado no quadro. ■



Orlando Silva

Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua



Vitor Morgado

Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua

Participação das pessoas com doença mental nas organizações de saúde mental

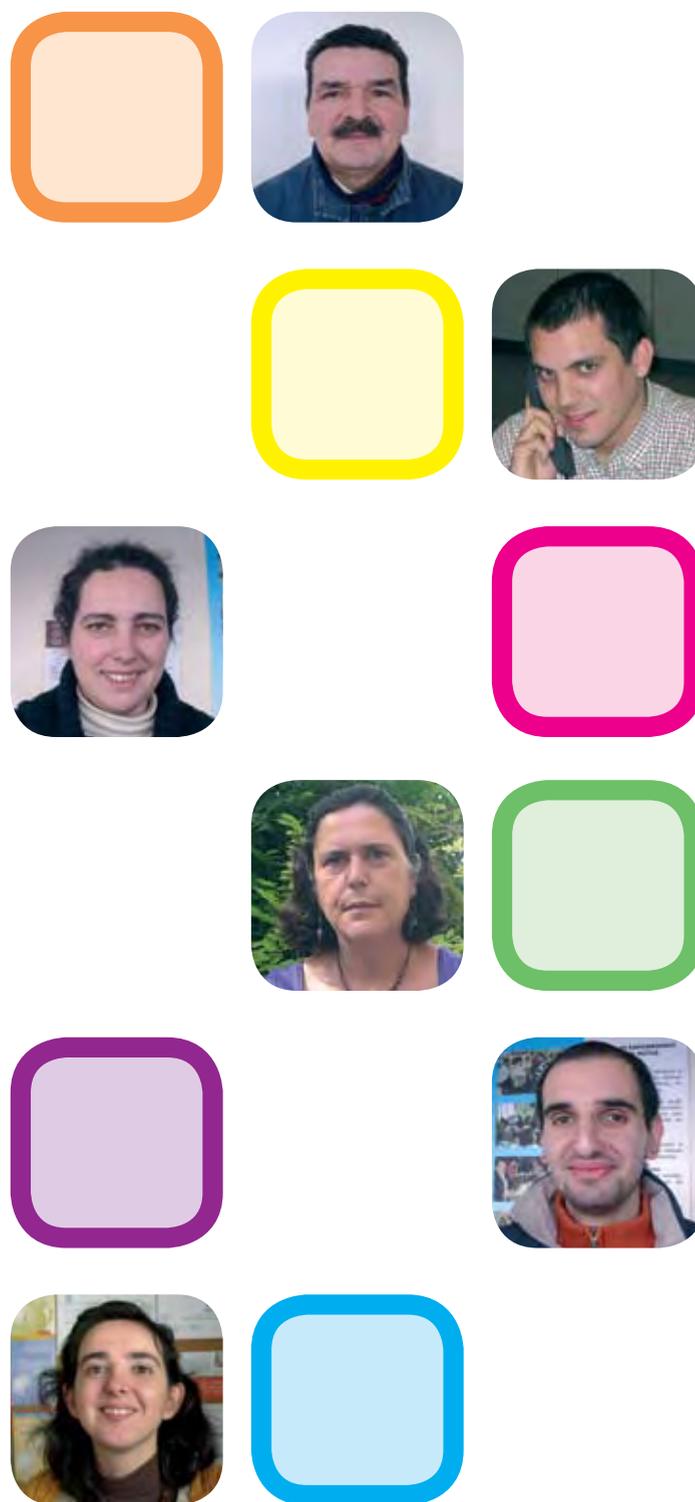
O Centro de Empowerment e Ajuda Mútua foi convidado a participar no 4º Encontro Nacional da Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais para moderar uma acção formativa dirigida aos técnicos e utentes das Associações.

Estivemos a realizar o Workshop 1 com o tema: “Suporte de pares e participação das pessoas com doença mental nas organizações de saúde mental”.

O objectivo geral foi o de incentivar os intervenientes a criar nas suas organizações estruturas idênticas ao nosso CEAM que é um serviço dentro da AEIPS, dirigido pelas próprias pessoas com doença mental.

O que versou em termos práticos foi, através da nossa experiência destes últimos anos, explicar em termos gerais, qual o nosso percurso até à implementação do CEAM e o benefício que poderá trazer para outras pessoas com doença mental.

Em resultado da nossa formação, referida na avaliação, um dos participantes, técnico de uma associação, mostrou muito interesse em criar na sua organização um órgão de CEAM. Outro mostrou-se muito sensibilizado pelo nosso percurso ao longo destes anos. ■



ficha técnica

Elaborado por:

Centro de Empowerment e Ajuda Mútua

- Adelaide Cruz
- Fátima Freitas
- José António Coimbra
- Maria João Neves
- Orlando Silva
- Vítor Morgado

Contacto: centro.empowerment@gmail.com

Tiragem: 1000 exemplares

Também disponível em: www.aeips.pt

Apoio:

