

**2º CONGRESSO DA PASTORAL DA SAÚDE**  
**AO SERVIÇO DA PESSOA - CURAR E CUIDAR**  
**Fátima, Centro Pastoral Paulo VI. 1 a 3 de Fevereiro de 2007**  
**7º. Workshop (2 de Fevereiro 2007, 16.30 – 18.00h)**

Tema:

*Psiquiatria institucional e comunitária. Necessidade humanas/ pastorais/ espirituais. Respostas institucionais e respostas comunitária para reduzir o estigma psiquiátrico*

Coordenação: pela Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, Pe. Aires GAMEIRO, psicólogo; pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Irmã Laurinda Faria, terapeuta. Participam ainda:

- Dr. Joaquim Gago, Psiquiatra
- Delfim Oliveira, Presidente da ADEB
- Prof. Doutor Manuel Viegas Abreu, Psicólogo, Presidente da VIME
- Prof. Doutor Mário Hipólito Presidente da FNAFSAM (convidado não pôde participar)

*1º Comunicação*

*S. João de Deus e S. Bento Menni, santos hospitaleiros inspiradores de respostas de inclusão: curar e cuidar ao estilo dos nossos fundadores*

*Irmã Laurinda Faria*

**I Parte**

No longínquo século XVI, S. João de Deus, fundador da Ordem Hospitaleira do seu nome, imprimiu no campo da saúde umas marcas indeléveis que a história muitas vezes ignorou, mas nunca pode apagar. Três séculos depois, S. Bento Menni, religioso hospitaleiro Restaurador da mesma Ordem na Península Ibérica e na América e Fundador da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus avivou essas pegadas da hospitalidade comprometendo-se especialmente com as pessoas com doença mental ou com limitação das suas funções psíquicas.

Nesses tempos, e quase até aos nossos dias, a prática da assistência psiquiátrica era de sentido hospitalo-cêntrico. A convicção e, sobretudo, o esforço por inverter este caminho na direcção da comunidade estão ainda na meninice, se consideramos a distância entre a legislação e os planos de saúde e a sua realização na prática quotidiana, entre as intenções e os factos.

**S. João de Deus**

abriu um caminho novo na área da saúde mental. Tendo sido internado no Hospital Real de Granada (Espanha) e aí tratado como louco, ao ver e experimentar, no corpo e no espírito, a crueldade com que eram tratadas as pessoas doentes, deu voz ao seu grito abafado: «*Jesus Cristo me conceda tempo e me dê a graça de eu chegar a ter um hospital, onde possa receber os pobres desamparados e sem juízo, e servi-los como eu desejo*». A concretização deste seu propósito deu lugar a um novo paradigma no estilo de curar e cuidar as pessoas com doença psíquica, modelo que foi um testemunho profético de humanização e respeito pela pessoa, de atenção personalizada e de inclusão social.

Ao contrário do que poderíamos imaginar, São João de Deus não criou um hospital psiquiátrico para responder ao sofrimento psíquico, mas uma “casa geral” onde acolhia, curava e cuidava pessoas das mais diversas patologias, incluídas aqueles a quem chamavam loucos ou dementes. A sua primeira forma de luta contra o estigma social consistiu em considerar o doente como próprio irmão, como pessoa digna e valiosa por si mesma, independentemente da sua situação; por isso afirmava convictamente: os pobres são nossos senhores. Um outro aspecto importante do seu serviço de curar e cuidar foi o protagonismo concedido ao próprio doente no processo da sua cura e na dos seus companheiros: cada pessoa devia colaborar com o que podia e sabia para que o cuidado e a cura pudesse chegar a todos os que precisavam.

Mas a sua acção hospitaleira não se resumia ao aspecto curativo. Em linguagem actual poderíamos dizer que soube actuar na prevenção da doença e na reinserção social, comprometendo nisso a comunidade: acorria a famílias adoptivas que recebessem os órfãos abandonados e apoiassem as mulheres arrancadas à prostituição e resolvidas a mudar de vida. Esta intervenção sanadora e a protecção que dava a famílias em condições de extrema pobreza e doença tinham também o objectivo de travar ou apagar o estigma de menos-valia que essa situação lhes proporcionava.

#### **S. Bento Menni**

foi um discípulo de S. João de Deus que viveu no século XIX. Ao Restaurar a sua Ordem e ao Fundar uma nova Congregação religiosa feminina fez uma opção exclusiva pelas pessoas com doença ou deficiência mental. Afirmava com a doutrina e com a prática que as pessoas doentes são não só irmãos, mas “imagens vivas de Jesus” e como tal devem ser acolhidas e cuidadas. Para elas criou: uma rede internacional de instituições orientadas pelos mesmos princípios e métodos; um modelo de assistência integral que, no seu tempo, “fez a diferença”; um estilo de vida consagrada com a missão de sanar.

O Pe. Menni conheceu o “asilo psiquiátrico” que começava então a denominar-se “manicómio”, mas que verdadeiramente não se diferenciava muito do que Antón Fructuoso chamou “armazém de razões perdidas”. Para contrariar este estigma, Menni criou o modelo “casa de saúde”, designação que permaneceu na sua Obra até aos nossos dias. A mudança de nome não pretende só o impacto social, mas substituiu, em muitos casos, a cela da prisão por uma cama no hospital tirando à pessoa o estatuto de criminosa e atribuindo-lhe o de doente com o consequente direito de receber tratamento específico, segundo a sua necessidade.

O Fundador tinha objectivos muito claros: as suas instituições destinavam-se a tratar, curar, reabilitar, reintegrar. Assim legislou: “*A Associação não omitirá meios para trabalhar de acordo com os verdadeiros avanços científicos, no tratamento das doenças mentais*” (Constituições 1882, 82). E definiu claramente a meta a alcançar: “*conseguir a cura e o alívio de muitas pessoas e a consolação de todas*” (Constituições 1882,36).

No dizer de Manuel Martín Carrasco, psiquiatra historiador da Obra do Padre Menni, este foi um inovador no modelo de assistência psiquiátrica. Para o tema que nos interessa, basta dizer que criou o primeiro hospital infantil da Península Ibérica e 3.º da Europa; fundou um estabelecimento específico para tratamento de pessoas com epilepsia; implantou a ergoterapia com um sentido reabilitador que não lhe era reconhecido nos manicómios do seu tempo.

Definiu que as suas Casas de Saúde eram lugares de acolhimento, passagem, cura e sanção. Aos médicos exigia qualidade profissional comprovada na área da investigação, publicação e

no serviço quotidiano; às enfermeiras e enfermeiros dava formação adequada e exigia-lhes capacidade de humanização, entrega e sacrifício; dos doentes requeria colaboração nas actividades de vida diária e em todo o processo da cura e reabilitação; às famílias comprometia-as no acompanhamento dos seus membros doentes; à sociedade fornecia informação sobre a instituição e os seus objectivos, e solicitava solidariedade material e afectiva; ao Estado exigia que se responsabilizasse económica mente pelo tratamento e cura dos seus cidadãos.

Palavras antigas ou modernas como qualidade, inovação, técnica, ciência, reestruturação, reorganização, objectivos, estratégias, compromissos, comunicação e gestão do conhecimento, excelência no trabalho, reabilitação e sanção integral são projectos que fazem a história da Ordem Hospitaleira de São João de Deus e da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

### **O Instituto das Irmãs Hospitaleiras**

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que neste ano celebra 125 anos de história da hospitalidade. As Irmãs Hospitaleiras estamos presentes em 24 países de 4 continentes, com centenas de equipamentos intra e extra hospitalares; às cerca de 1200 religiosas juntam-se 8.000 profissionais leigos na mesma missão. Herdámos do nosso Fundador, para além dum carisma do Espírito e de uma missão eclesial, um estilo de curar e cuidar que tem sido modelar ao longo da nossa história. A nossa acção apoia-se em duas grandes colunas -a ciência e a caridade- e orienta-se para dois grandes âmbitos –a instituição e a comunidade-. É tão grande o esforço actual para privilegiar a dimensão reabilitadora e de reinserção social, como são grandes as dificuldades em realizar os nossos projectos.

De forma muito sintética apresento alguns dados estatísticos globais sobre a acção das Irmãs Hospitaleiras na área da saúde mental em Portugal, tanto na área do internamento como da assistência comunitária:

– Centros de internamento .....	12
– Número total de camas .....	2805 camas
– Especialidades	
▪ Psiquiatria (8 centros) .....	2264 camas
▪ Psicogeriatría (2 centros) .....	170 camas
▪ Reabilitação psicopedagógica (2 centros) .....	360 camas
▪ Reabilitação na área da toxicodependência (1centro) .....	11 camas
▪ Consulta externa (em 4 centros) .....	7232
– Estruturas de Reabilitação (de transição ou comunitárias)	
▪ Residências protegidas .....	7 (43 camas)
▪ Residências de vida autónoma .....	10 (51 camas)
▪ Residências de vida apoiada .....	1 (8 camas)
▪ Cooperativas de solidariedade social .....	2
▪ Associações de familiares (todos os centros) .....	10
– Unidade de Cuidados Paliativos .....	1 (10 camas)

Nestas estruturas a Congregação desenvolve a sua acção de cura/reabilitação/ sanção/ reinserção. Enumero simplesmente algumas das formas privilegiadas pelas que optamos, tanto no interior da Instituição como na transição para a comunidade ou mesmo já no exterior, e com as quais pretendemos responder às necessidades das pessoas que nos procuram e trabalhar contra o estigma social provocado pela sociedade.

**1. Conceito abrangente de reabilitação psico-social:** Na nossa instituição defendemos que nenhuma pessoa é “um caso”, mas sim um sujeito de reabilitação psico-social e, como tal, entra num circuito de desenvolvimento e aprendizagem para alcançar a melhor forma de estar no mundo. Para isso, se investe fortemente na qualidade da resposta clínica, bem como na grande diversidade de projectos de intervenção técnica que enriquecem o modelo de curar e cuidar a pessoa.

**2. Humanização da relação e dos cuidados:** Este é o pano de fundo sobre o qual se promove o respeito pela dignidade da pessoa, se assegura um ambiente familiar às pessoas internadas, se promovem relações humanas que criam condições de saúde e bem estar, se organizam as respostas clínicas, terapêuticas e espirituais mais adequadas respeitando a integralidade e a liberdade da pessoa.

**3. Reestruturação da instituição:** O modelo “Casa de saúde” é um equipamento modernizado, em constante adaptação à população que a habita de forma temporária ou prolongada: a renovação das estruturas, a diversificação dos espaços, a especialização dos serviços, a modelação das unidades ao estilo familiar, e outros, são manifestações da mudança.

**4. Dinamismos de reabilitação:** É numerosa a população residencial nas nossas Instituições. Há muitas pessoas que terão a Casa de Saúde como seu lar natural para toda a vida. Esta condição não diminui, antes pelo contrário, estimula a criatividade humana e técnica que desenvolve serviços de: ressocialização, psicomotricidade, musicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, educação física, assistência de psicologia, bibliotecas, poliateliers, grupos de animação, etc. Muitos destes projectos e espaços têm ligação à comunidade e são interactivos com utentes externos. Neste processo de assistência, cura e reabilitação trabalhamos para comprometer cada vez mais a família e as instituições sociais.

**5. Unidades de transição:** É cada vez maior o esforço por criar condições de desinstitucionalização, especialmente através da preparação para a alta em residências especializadas para o efeito. Nesta linha estão também as oficinas pré-profissionais e de trabalho protegido. Coube ao nosso Instituto a honra de criar a 1ª. Cooperativa de Solidariedade Social (Polisercoop) que possibilitou inserção no mundo do trabalho no sector da restauração, lavandaria e apoio domiciliário em parceria com a paróquia onde se situa.

**6. Inserção comunitária:** O regresso à família e à sociedade de um seu membro doente ou funcionalmente afectado nas suas capacidades psíquicas é sempre difícil, mas é um projecto que o Instituto acarinha e persegue sem desânimo. Sublinho que o nosso Instituto foi pioneiro em Portugal na criação de estruturas alternativas ao internamento em psiquiatria, especialmente com as residências terapêuticas na comunidade. Para além das residências de vida autónoma, há também as famílias de apoio que proporcionam um ambiente saudável aos internados em fins de semana, segundo o plano de reabilitação que seguem.

Com estes projectos, que se inserem no plano mais amplo de curar e cuidar a pessoa doente mental, lutamos contra o estigma, mas não há dúvida, que este só deixará de existir com a mudança da mentalidade sócio-cultural de que todos nós somos herdeiros.

## II Parte

Partilho algumas ideias soltas que me parecem importantes na acção de cuidar e curar a pessoa, no âmbito da saúde mental.

### 1. O estigma dos “internos”

Tenho verificado que muitas pessoas internadas nas nossas Casas (é assim que habitualmente denominamos a instituição) não manifestam consciência de estigma por causa da sua doença ou deficiência psíquica, e estou convencida que isso tem muito de positivo. Significa que o modelo de curar e cuidar dignifica a pessoa, responde às suas necessidades, acolhe os seus sentimentos, dá força às suas esperanças. Por outro lado, para algumas pessoas internadas esse facto pode esconder a adaptação fácil e a desresponsabilização da própria vida, transformando-as em consumidores de bens e recursos que poderiam ser utilizados em favor de pessoas mais necessitadas: sentem-se bem na instituição e preferem continuar nela porque têm a vida facilitada.

## **2. O estigma dos “externos”**

Como digo, não são tanto as pessoas que sofrem doença mental que apresentam marcas de estigma, mas os seus familiares, os vizinhos do bairro, os inquilinos do andar de cima, de baixo e do lado, e a sociedade em geral. É caso para dizer que é a sociedade que está doente. São “os externos”, como dizem alguns, que manifestam medo e ignorância tanto do processo do adoecer como da cura, e desconhecem a instituição por dentro, na sua estrutura, organização, procedimento técnico e humano, social e espiritual. A cultura do estigma da doença mental continua a existir nos novos profissionais de especialidades afins à psiquiatria. É urgente melhorar as condições de vida da pessoa com dificuldades nesta área, mas também é necessário que mudemos de mentalidade e cresçamos em capacidade de aceitabilidade.

## **3. Os excluídos e os que excluem**

A doença mental inscreve-se na lista das doenças comuns. Ou será que estamos numa sociedade primitiva onde se acredita na interferência dos espíritos maléficos sobre o psiquismo humano? Não se percebe por que se fala candidamente de doente renal, hepático, cardíaco, canceroso, etc. e não se pode falar de doente mental. O estigma é um bom instrumento de exclusão do seio familiar, profissional, social. Com esta rejeição programada, o poder político, a sociedade e a família buscam sacudir dos ombros a própria responsabilidade para com os seus irmãos doentes. Não é o estigma que marginaliza o doente; são as pessoas que se dizem “sãs” que marginalizam.

## **4. A especialização dos serviços**

A especialização dos serviços leva consigo exigências técnicas e burocráticas, dificuldades de vária ordem, mas também muitos benefícios especialmente para as pessoas assistidas. A reestruturação da Instituição e a especialização dos serviços tem os seus resultados directos no cuidado e na cura da pessoa e também na diminuição do estigma social. Neste sentido, alguns Centros centenários da Congregação estão transformados em “Complexos assistenciais” e começam a ser desconhecidos como hospitais psiquiátricos. Porém, a carga económica que essa transformação supõe trava, em muitos momentos, o ritmo da mudança.

## **5. O trabalho em rede**

A Congregação tem uma experiência positiva nos países onde trabalha inserida na rede de saúde nacional ou regional, o que é considerado uma forma inteligente de trabalhar por parte dos Estados, especialmente em saúde mental. Nessas situações, abarcamos todo o âmbito da saúde: prevenção, cura, reabilitação e cuidados continuados em psiquiatria; abarcamos todas as faixas etárias, desde a infância à última geração numa determinada área territorial. Contamos, para isso, com uma gama de dispositivos ou equipamentos diversificados: apoio ao domicílio, centros de consulta, hospitais de dia, centros de dia, centros ocupacionais, cooperativas de produção, residências assistidas, residências autónomas, serviços de atendimento em situação de crise (doentes agudos), serviços especializados para patologias

especiais, unidades de longo e médio internamento, unidades de internamento em hospitais gerais, hospitais gerais com unidades de saúde mental.

#### **6. A integração familiar e social**

A inclusão social e familiar choca hoje com problemas novos derivados do modelo de família que se está a constituir. Este é outro aspecto que é preciso ter em conta à hora de pensar em estruturas alternativas ao internamento psiquiátrico de longa duração.

#### **7. Algumas perguntas que já têm barbas**

Na nossa missão de cuidar e curar as pessoas com doença ou deficiência mental interferem muitos condicionalismos, mas refiro apenas dois:

*a) A eterna indefinição da tutela face à sua relação com as Ordens Hospitaleiras.*

Por que será que o poder político não aproveita a experiência e as propostas das Obras Hospitaleiras assegurando-lhes um maior desenvolvimento e rentabilização dos exíguos recursos com que se vêm a braços, especialmente na área comunitária?

*b) O desfasamento total do acordo vigente entre as Ordens e a tutela que só nos credencia para o internamento.*

Por que será que se aniquilam os esforços continuamente realizados para conseguirmos uma cooperação justa e digna para ambas as partes e, sobretudo, para as pessoas com sofrimento psíquico?

Quero dizer uma última palavra em nome do Instituto que represento: não vamos desanimar. Motiva-nos a força de uma fé religiosa, o dinamismo de uma vocação carismática e a certeza de uma missão de caridade recebida da Igreja. Dos nossos Fundadores herdámos a audácia dos profetas e a coragem dos mártires. A Deus pedimos a clareza dos místicos para podermos continuar a abrir brechas e a rasgar caminhos. Cada pequeno passo será um degrau para os passos seguintes. Com tantos profissionais identificados e comprometidos com a causa das pessoas doentes mentais, seguiremos em frente.

#### **Conclusão**

Num mundo onde impera o fundamentalismo do mercado e o culto do utilitarismo, é urgente praticar não só a arte de cuidar, mas também imprimir nela o vigor da compaixão, atitude fundamental que se concretiza em actos compassivos. A cultura e a fé judaico-cristãs traduzem este tema do cuidado com a palavra “rahamim”, que etimologicamente significa “ter entranhas”, ser misericordioso e compassivo. Saltamos fora do âmbito racional, do ‘compreender’, para entrar na realidade do ‘con-sentir’ a realidade do outro, “calçar as suas sandálias”, experimentar a sua situação, e por em acção os meios para estabelecer a harmonia e o seu bem-estar integral.

A arte de cuidar e curar a pessoa é uma responsabilidade inerente a todo o ser humano, um princípio sagrado e uma herança cultural e ética da qual nos devemos orgulhar; mas é também condição para se poder falar em humanização, solidariedade, justiça e fraternidade universal.

Irmã Laurinda Faria

## 2º Comunicação

### *Respostas institucionais e respostas comunitárias para reduzir o estigma psiquiátrico institucional*

Irmão Aires Gameiro, O.H.

Começo por dizer que S. JOÃO DE DEUS foi tratado desumanamente num hospital psiquiátrico, e para mais Hospital Real, onde lhe nasceu o desejo de tratar os doentes da razão com mais humanidade, vindo a cumprir esse desejo mais tarde. Mas, caso curioso nunca fundou nenhum hospital psiquiátrico, embora assistisse loucos mas no seu hospital geral.

Pela sua vida e actividades posteriores bem podemos considerar S. João de Deus como um “sobrevivente do manicómio”, e até poderia ser proclamado o Patrono de todos os sobreviventes destes hospitais. Já agora dou o sentido de sobrevivente como aquele que, depois de uma ou várias passagens por estes hospitais, se libertaram deles e conseguem dispensar os seus serviços e gerem a sua vida sem dependência de rótulos de estigma.

Este workshop destina-se a reflectir sobre respostas institucionais e comunitárias, para reduzir o estigma de louco e as consequências mais desagradáveis dos seus rótulos, em especial a exclusão social.

E aqui põe-se um problema: como não ser excluído e estigmatizado e viver numa instituição que também é excluída social e economicamente. Não esquecer que o estigma está ligado aos hospitais e outras instituições psiquiátricas e aos seus rótulos

Todos sabem ainda que a saúde mental é o parente pobre da saúde e que as instituições ou IPSS das Ordens Hospitaleiras são, dentro da saúde mental, parentes ainda mais pobres. Daí que os doentes aí assistidos acabam por ser cidadãos de terceira. Estou certo, pelo que conheço da Europa, Portugal é o país em que estas instituições são mais negativamente discriminadas em relação a locação de recurso. Há qualquer “peste” ideológica no ar que assim vai condicionando as coisas.

Apesar desta discriminação estas instituições, há cerca de quinze-vinte anos, têm feito esforços consideráveis para reduzir o estigma, com a implementação do modelo de reabilitação psicossocial. E fizeram-se progressos notáveis com reduzidos meios.

Vou resumir alguns avanços relativos ao Instituto S. S. João de Deus

De propósito não vou usar a nomenclatura do despacho conjunto de 1998, por me parecer que a insistência que o seu uso insistente em estilo *tecnês* constitui, ainda como que, uma tentativa de “amarrar” os doentes mentais a um mundo aparte e a rótulos de estigma, impedindo a sua libertação deles com processos graduais de normalização e não discriminação (para mais pormenores e dados ver Aires GAMEIRO, “O Papel dos Institutos de S. João de Deus” em Portugal” in IX Congresso de Psiquiatria. Para uma assistência integrada. Livro de Comunicações, Fevereiro, Lisboa, 2006, pp.16-30.

Em seis instituições assiste cerca de ..... 1650

Camas, cerca de ..... 1800

(Não estão incluídas as 50 camas para idosos e para cuidados continuados com reabilitação; nem as 120 camas de ortopedia e reabilitação física).

Pacientes de evolução prolongada reinseridos na família e em residências na comunidade nos últimos anos cerca de ..... 270

São duas as frentes em que o Instituto S. João de Deus tem trabalhado para reduzir o estigma, humanizar, tornar mais autónomos os pacientes e normalizar mais a sua vida e as suas instalações;

- 1) Acção intra-institucional e
- 2) Acção extra-institucional.

Tanto num caso como noutro a normalização residencial é fundamental.

A nível intra-institucional os centros do Instituto conseguiram já modelar as unidades, tornando-as quase familiares, em mais de metade delas, diminuindo a massificação, o aquartelamento e o estigma, na medida em que são passos para a humanização, a intimidade, a responsabilização.

Actualmente, para os 6 Centros de Saúde Mental do ISJD, existem:

1. Unidades de treino ou de transição (6-7 camas cada uma) para uma vida com mais autonomia na comunidade, por onde têm passado dezenas de pacientes ..... 1 unidade em cada centro
2. Unidades familiares com menos de 20 residentes cada uma ..... 9 unidades
3. Unidades moduladas com 20-30 residentes cada uma ..... 7 unidades
4. Unidades moduladas com 30-40 camas ..... 8 unidades
5. Unidades com mais de 40 camas ..... 16 unidades
6. Unidades de cuidados geriátricos ou cuidados continuados 1 unidade em cada centro
7. Unidades de agudos.....1 unidade em cada centro

Os programas de treino de reabilitação psicossocial têm sido fundamentais para a modulação de *habitats* mais familiares e com vida mais autónoma.

A nível *extra-institucional* o ISJD está já com 12 residências de 6-7 residentes sedeadas na comunidade, das quais vão saindo progressivamente alguns pacientes para as famílias.

Além disso cada centro tem *uma unidade de cuidados continuados ou geriátricos* para os doentes que vão ficando dependentes devido à idade e a outras deficiências físicas e mentais.

Todos os centros do Instituto S. João de Deus têm ainda *uma unidade de agudos* com capacidades de cerca de 30 a 50 camas. E finalmente quatro dos centros têm *uma unidade especializado de alcoologia* de cerca de 20 camas com programa próprio, separado da psiquiatria; e um quinto está a implementar essa unidade.

Apesar de tudo, porém, temos que reconhecer que isto são gotas de água para reduzir o estigma. Não se tem avançado mais por falta de meios. Importa dizer que o ISJD e o Instituto das Irmãs têm que fazer face a investimentos que estão para além dos seus meios. Importa lembrar que as diárias para igual qualidade são 1/3 ou de 1/5 dos custos do sector estatal, por exemplo do Hospital Júlio de Matos ou Miguel Bombarda.

Para reduzir o Estigma, para além de ser preciso avançar com mais residências na comunidade e de mais módulos familiares nos Centros, estou convicto que seria preciso mudar os rótulos *das Casas de Psiquiatria para Casas de Reabilitação*, incluindo nesta denominação não apenas a valência de reabilitação psicossocial mas várias outras valências.

Vemos por estes dados que para reduzir o estigma se vai deslizando

1. Para unidades na comunidade, desprovidas de rótulos, com utentes já treinados para um alto grau de autonomia;
2. Para unidades de treino de competências e de transição dentro dos centros;
3. Para unidades moduladas e familiares de cerca de 20 pacientes, também já treinados para uma semi-autonomia, nas quais se reduzem as horas de técnicos e de auxiliares e se aumentam as horas de ocupação produtiva ou utilitária mediante o treino para a responsabilização;

4. Para as tornar mais específicas, autónomas e menos estigmatizadas têm-se implementam-se unidades autónomas de alcoologia, gerontopsiquiatria e de cuidados continuados para dependentes de evolução prolongada.

As unidades de cuidados continuados para os doentes muito dependentes, não necessariamente idosos, vai exigir grande implementação e investimentos, tendo em conta que muitos destes vão precisar de cuidados paliativos, tal como quaisquer outros doentes. Estes cuidados, para respeitarem a dignidade dos pacientes, não se compadecem com os níveis de meios até agora disponibilizados.

Concluo.

«O Instituto de S. João de Deus continua a pôr os pacientes e reabilitandos *no centro da sua acção, segundo o carisma que herdámos do Nosso Fundador*». Caminhamos com os doentes mentais para uma relação progressiva que vá da assimetria para mais simetria com os profissionais, mais participação, mais autonomia participativa em ordem ao seu potenciamento e elevação de estatuto social (*empowerment*) e à transidentificação (*recovery*).

Deseja tomar consciência de que há doentes com famílias que não estão em condições de assistir, só por si, os seus familiares em dificuldade, como diz Bento XVI, no Dia Mundial do Doente (11.02.06) e precisam de mais solidariedade e justiça.

Numa palavra, como diria S. João de Deus, tornamo-los irmãos nossos, e não apenas doentes: «Procuramos assisti-los não apenas com competência técnica mas também com competência do coração.» (cf Aires Gameiro, l.c.).

Este workshop, porém, têm também o objectivo de dialogar sobre respostas na comunidade dependentes do papel das associações de familiares e de doentes. Por isso foram convidados representantes de várias instituições, estando presentes duas delas.

Estou convicto que as associações precisariam de rever o seu papel, pois algumas funcionam mais como *forças centrípetas* que *centrífugas* em relação aos hospitais e casas de saúde. E terão razão para isso, porque se as IPSS das Ordens Hospitaleiras são parentes pobres da saúde mental, no que se refere aos recursos económicos, as *associações de auto-ajuda* são os parentes paupérrimos e “mal-amados”.

De toda a maneira, estas associações têm grandes méritos mas precisam de se tornar mais combativas, mais militantes e mais parceiros sociais; e também com mais visibilidade, para virem a ter mais peso social como grupos de pressão na sociedade civil. Mas sobre isso vamos ouvir os seus representantes.

Irmão Aires Gameiro, O.H.

### *3ª Comunicação*

#### *Da redução do estigma à inclusão social das pessoas com doenças mentais*

Prof. Doutor Manuel Viegas Abreu \*

São duas as ideias principais que pretendemos propor para reflexão e debate.

1. Um primeiro passo para reduzir o estigma associado às doenças mentais consiste em conhecer melhor a natureza multifactorial do estigma.
2. A estratégia mais adequada de combate ao estigma e à exclusão social que dele deriva passa necessariamente pela criação e difusão de estruturas e serviços de inclusão social.

#### 1. A natureza multifactorial do estigma

Enquanto “marca” desvalorizadora ligada a uma pessoa, a uma situação, a um grupo ou a uma instituição, o estigma é um fenómeno de natureza complexa que importa conhecer melhor para melhor o poder combater. Conhecendo melhor as principais componentes de que o estigma é feito, as acções que procuram alcançar a sua redução podem organizar-se de forma mais fundamentada, consistente e sistemática. O estigma associado às doenças mentais tem raízes históricas e culturais muito profundas e complexas e é, ainda hoje, responsável por atitudes e processos de marginalização e de exclusão social que inibem a concretização de respostas sociais adequadas e dificultam os esforços de reabilitação e integração comunitária. A marginalização, a desvalorização e exclusão social que atinge as

---

\* Professor Aposentado da Universidade de Coimbra, Investigador do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (FCT) e Presidente da Direcção da VIME - Viver Melhor – IPSS; WWW. vime.pt

peças com doenças mentais decorrem de “dificuldades de compreensão”, de “preconceitos”, “vergonhas” e “silêncios”, proveniente muitas vezes das próprias pessoas doentes e das respectivas famílias. O estigma cristaliza-se numa espécie de “pacto de silêncio” em torno da realidade dramática dos doentes mentais e das suas famílias, que importa conhecer nos seus factores constituintes para o poder combater de forma eficaz.

**Um factor psicológico básico: o medo**

No estigma podemos identificar factores psicológicos, sociais, culturais e religiosos.

Um dos factores psicológicos em que o estigma tem uma das suas raízes mais profundas é o medo: o medo de tudo o que aparece como estranho, desconhecido, inexplicado. Ao longo de séculos, os esforços para compreender e explicar as causas das doenças mentais têm conduzido a resultados muito frágeis. E ainda hoje as causas, factores e condições de eclosão das doenças mentais permanecem pouco conhecidas e, sobretudo, pouco difundidas socialmente. Sem informação suficiente, as pessoas receiam os seus semelhantes que apresentam sintomas característicos das doenças mentais. O seu comportamento estranho suscita estranheza nos outros, a sua perturbação e ansiedade geram perturbação e ansiedade, as suas emoções de medo induzem medo. E o medo leva ao afastamento e à exclusão.

Como combater o medo? Organizando e difundindo, de forma sistemática, informação actualizada, a começar pelos doentes e suas famílias, e alargando-a a toda a comunidade.

**Os estereótipos ou as “ideias feitas”, exemplos de factores sociais**

De entre diversos factores sociais do estigma, podemos assinalar os estereótipos sociais ou as “ideias feitas” que são aceites como “verdades” pela grande maioria das pessoas, de forma implícita, sem análise crítica ou avaliação objectiva que os fundamente. Exemplo é o preconceito da violência acrescida e do perigo de perturbação da ordem pública por parte dos doentes mentais.

A informação e a análise crítica das condições geradoras de violência constituem antídotos eficazes contra o estigma.

**A componente cultural do estigma: a doença mental como “negação” de valores**

O estigma das doenças mentais tem também uma forte componente cultural, na medida em que a doença mental é vista como um *desvalor* absoluto. A pessoa com doença mental é vista como incapaz de ser produtiva, não só do ponto de vista económico, mas também do ponto de vista cultural. Pensa-se que a doença mental incapacita para o trabalho e incapacita também para a criação cultural. A doença mental não acrescenta nenhum valor positivo à sociedade em qualquer das categorias fundamentais dos valores culturais do Bem, do Belo, do Verdadeiro, do Justo.

Como combater esta avaliação desvalorizadora das doenças mentais? Promovendo o reconhecimento e a valorização das capacidades e potencialidades criativas das pessoas com doença mental em diversos sectores das ciências e das artes.

**A componente religiosa do estigma: a “possessão pelos maus espíritos”**

O estigma comporta também factores que podem ser considerados de natureza religiosa. Ao longo de séculos as pessoas com doenças mentais foram consideradas como “possessas de demónios”, possuídas por “maus espíritos” cuja influência nefasta era preciso destruir para cura do corpo e alívio da alma. Numa perspectiva algo diferente, embora próxima, a doença mental é ainda vista e sentida como um “castigo divino” por alguma falta de que os pais das pessoas doentes se culpabilizam e de que dificilmente se podem redimir. Estas concepções sobre a origem “sobrenatural” da doença mental, potencialmente reforçadoras de outros factores do estigma, parecem estar actualmente em declínio, embora persistam “reminiscências” culturais que levam tempo a desaparecer.

Como poderão estas concepções ser superadas? Como poderão ser substituídas por um visão mais próxima do “espírito das bem-aventuranças” inspirador de uma prática de misericórdia e de esperança? S. João de Deus deu o exemplo ao ver em cada pessoa doente não o alienado estranho, imprevisto e perigoso, a ser submetido a castigos e maus tratos, mas o irmão próximo, que precisa de ser acolhido e apoiado. O exemplo de S. João de Deus tem de ser posto em prática por todos os cristãos. O apelo que Bento XVI lançou no Dia Mundial do Doente, na mensagem de 11 de Fevereiro de 2006, não pode ficar esquecido pela Igreja. Cumpre à Pastoral da Saúde Mental propor os caminhos mais eficazes para expandir a prática de proximidade, de acolhimento e inclusão social que caracterizou o carisma de S. João de Deus, que continua nas duas Ordens que ele inspirou.

**2. A recuperação e a inclusão social dos doentes mentais são possíveis. Exigem estruturas e serviços de integração na comunidade cuja concretização constitui o maior desafio cultural do nosso tempo**

Todos sabemos que o estigma conduz ao afastamento, à marginalização e à exclusão. Assim sendo, a estratégia mais adequada de combate ao estigma e à exclusão social passa necessariamente pelo apoio às famílias e pela criação e desenvolvimento de estruturas e serviços de reabilitação e de integração na comunidade conducentes à inclusão social plena, tarefas que, até agora, têm sido difíceis de concretizar, mas cujo adiamento é eticamente insustentável.

**O indispensável apoio às famílias**

As famílias constituem a estrutura social de suporte natural das pessoas doentes e o primeiro factor da sua integração comunitária. Todavia, para que as famílias possam desempenhar com eficácia a sua missão, precisam elas próprias de apoios diversificados, contínuos e eficazes por parte das Autoridades da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social;

**Entre os Hospitais e as Famílias: do vazio actual à integração na comunidade**

A recuperação e a integração comunitária requerem estruturas e serviços intermédios entre os Hospitais e as Famílias, designadamente: unidades residenciais assistidas, centros de trabalho apoiado, equipas móveis de cuidados continuados;

**Será possível a recuperação das pessoas com doença mental?**

As pessoas com doença mental têm direito, como todos os doentes, a cuidados de saúde de alta qualidade, adequados à sua reabilitação, ao desenvolvimento possível das suas potencialidades criadoras e produtivas e à sua inclusão social plena. Se forem criadas as condições de estruturas e serviços de cuidados e apoios adequados a esse efeito, a resposta à pergunta formulada não pode deixar de ser positiva. A concretização dessas condições constitui o maior desafio cultural do nosso tempo

**As tarefas de uma mudança cultural: uma nova concepção e uma nova prática. Um apelo especial aos órgãos de comunicação social.**

O estigma que envolve as doenças mentais reflecte-se na marginalização do próprio sector da saúde mental no interior do sistema nacional de saúde, do qual continua a ser o “parente pobre” por falta de investimentos adequados às necessidades em infra-estruturas, na preparação de recursos humanos especializados e na investigação fundamental e aplicada.

Importa, por conseguinte, suscitar um movimento consistente de combate ao “estigma”, promovendo a informação objectiva sobre a realidade das doenças mentais, sua origem, natureza, evolução e possibilidades de recuperação, de forma a desfazer preconceitos, concepções erróneas e medos sociais injustificados.

Trata-se de contribuir para uma mudança cultural que envolve necessariamente muitos protagonistas de múltiplos sectores sociais. Os órgãos de comunicação social podem desempenhar um papel decisivo neste processo, abrindo as suas portas à informação esclarecida sobre a natureza das doenças mentais, sobre as potencialidades de reabilitação dos doentes e sobre as necessárias mudanças socio-culturais indispensáveis à sua valorização e inclusão social.

Manuel Amândio Viegas Abreu

#### ***4ª Comunicação***

***O que é a ADEB e a sua acção em Saúde Mental em Portugal na prevenção e educação para a Saúde e no combate ao estigma e exclusão social.***

Sérgio Paixão

Vice-Presidente da Direcção Nacional da ADEB

A Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) é um caso de sucesso pela sua continuidade activa junto de uma população delicadamente necessitada de apoio especializado para a sua doença bipolar ou unipolar.

O pilar que sustenta a Associação é o conhecimento adquirido pela própria vivência dos associados sobre a doença. A direcção é presidida por Delfim Oliveira que conhece bem a realidade da doença e, através desse conhecimento dirige a Associação com vista as necessidades das pessoas que sofrem devido à doença.

A ADEB foi fundada, em 5 de Junho de 1991, por um grupo de doentes, familiares, médicos e técnicos de saúde mental, tendo a escritura notarial sido lavrada em 21 de Agosto de 1991.

Está registada na Direcção Geral de Acção Social, com o n.º 18/93, em 19 de Fevereiro de 1993, como Instituição Particular de Solidariedade Social, de utilidade pública, com fins de saúde.

A Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) tem: SEDE Nacional em Lisboa; Delegação da Região Norte; Delegação da Região Centro; Núcleo do Alentejo; Núcleo do Algarve.

Em seguida, gostaríamos de realizar a apresentação dos objectivos e valências desenvolvidas pela ADEB.

A ADEB tendo como âmbito o território nacional, abrange doentes, familiares, médicos, psicólogos, enfermeiros e técnicos de serviço social e outros profissionais e tem como objectivos, nomeadamente:

- A reabilitação psicossocial com vista a desenvolver e conservar o equilíbrio da pessoa com doença mental;
- Promover a acção médica especializada junto da comunidade, e divulgando conhecimentos sobre as doenças mentais;
- Apoiar a célula familiar, facultando informações para a justa integração social do paciente bem como a sua estabilidade;
- Apoiar e orientar os utentes desempregados na inserção ou reinserção profissional, em cooperação com os centros de emprego;

- Apoiar o adolescente tendo em vista uma avaliação e um encaminhamento que permita um diagnóstico precoce, de modo a prevenir o agravamento da doença e possibilitar mais ganhos de saúde;
- Criar um Fórum Sócio-Ocupacional permitindo às pessoas em reabilitação o desenvolvimento de competências e aptidões sociais, artísticas e vocacionais, cruciais a uma positiva recuperação e realização de um projecto de vida;
- Implementar o Apoio Domiciliário Integrado, tendo em vista assistir e acompanhar a pessoa no domicílio visando adquirir autonomia, recuperação de aptidões essenciais para viver com saúde e qualidade de vida.

Perante estes objectivos, as nossas acções repartem-se por:

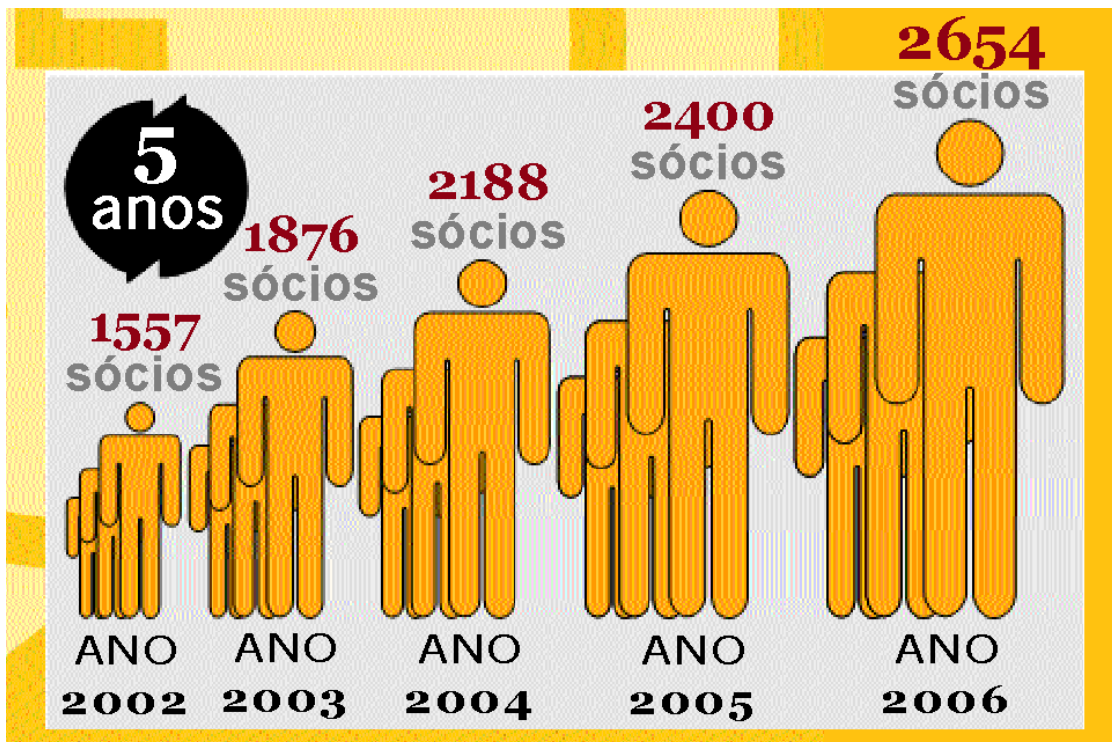
- S.O.S Apoio Telefónico;
- Sessões de Apoio Psicossocial;
- Grupos de auto-ajuda,
- Grupos psicoeducativos;
- Sessões psicopedagógicas;
- Apoio a Adolescentes com Distúrbio de Humor;
- Educação para a Saúde Mental: Edição de documentação técnica e pedagógica; Realização de seminários e Colóquios; Publicação trimestral da revista Bipolar; Actualização e inovação do site [www.adeb.pt](http://www.adeb.pt); Apoio à Célula Familiar;

E ainda com:

- Banco Alimentar contra a Fome;
- Fórum Sócio Ocupacional;
- Apoio e Orientação Profissional;
- Aconselhamento Jurídico;
- Actividades Culturais e Recreativas;
- Actividades Formativas e Pedagógicas.

A evolução dos Serviços e Valências da ADEB nos últimos 5 anos, a nível Nacional, está representada nos seguintes gráficos:

<b>Evolução dos dados associativos e das valências da ADEB nos últimos 5 anos</b>					
<b>Evolução dos dados associativos</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Número de Associados</b>	1557	1876	2188	2400	2654
<b>Evolução das valências em R.P.S.</b>					
<b>SOS ADEB Apoio Telefónico</b>	6773	5095	6925	7013	6780
<b>Apoio Psicossocial - utentes</b>	638	542	581	482	431
<b>Apoio Psicossocial - familiares</b>	63	100	81	77	89
<b>*Grupos de Auto-Ajuda - utentes</b>	24	27	20	22	24
<b>Grupos de Auto-Ajuda - familiares</b>					3
* cada G.A.A. inclui no máximo 10 utentes					
<b>Educação para a Saúde Mental</b>					
<b>Sessões Psicopedagógicas</b>	6	22	25	23	13
<b>Colóquios</b>	2	3	1	3	3
<b>Seminários</b>	-	-	1	1	
<b>Encontros</b>					5
<b>Materiais pedagógicos distribuídos</b>	25446	18177	27840	27990	28100
<b>Actividades Culturais</b>					2
<b>Apoio Orientação Profissional</b>	68	60	68	68	56
<b>Aconselhamento Jurídico</b>	9	43	25	29	17



A ADEB é uma associação que presta apoio ao doente bipolar ou depressivo num trabalho complementar a outros técnicos de Saúde: médico psiquiatra; médico família; psicólogo.  
 Contactos úteis da ADEB: 218540740/8; [adeb@adeb.pt](mailto:adeb@adeb.pt) [www.adeb.pt](http://www.adeb.pt)

**Sérgio Paixão**  
 Vice-Presidente da Direcção