



Hospitalidade

Ano 85 | n.º 331 | Janeiro - Março 2021 | Trimestral | 5,50 €

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

ENTREVISTA

Eugénio Fonseca

COMUNIDADE | AÇÃO

Sobrevivo, logo existo

CENAS & CENÁRIOS

Admirável mundo velho



OLHARES DIFERENTES

Problemáticas diversas

FICHA TÉCNICA

DIRETOR

Vítor Lameiras
vitor.lameiras@isjd.pt

COORDENADORA

Susana Queiroga
susana.queiroga@isjd.pt

CONSELHO EDITORIAL

Diana Chaves
Margarida Cordo
Rui Ferreira Amaral
Sónia André

CONSELHO CIENTÍFICO

Vítor Viegas Cotovio
Presidente | vitor.cotovio@isjd.pt

Acácio Ferreira Catarino	Isabel Galriça Neto	Margarida G. Neto
Adelino Manteigas	Isabel Lima	Michel Renaud
Aires Gameiro	Isabel Varanda	Nuno Lopes
Ana Sofia Carvalho	João Paulo Abreu	Pacheco Palha
António Leuschner	João Paulo Vidal	Paulo Braga
Caldas de Almeida	José Castelão	Ricardo Campos
D. Jorge Ortega	José Manuel Jara	Rocha Almeida
D. Manuel Clemente	José Raimundo Costa	Rute Alves
David Padeiro	Luís Daniel Fernandes	Vaz Serra
Eduardo Lemos	Luís Filipe Fernandes	Vítor Feytor Pinto
Fátima Carvalho	Luís Gamito	Zeferino Venade Ribeiro
Fernando Pinho	Luís Sá e Melo	
Isabel Bragança	Luísa Figueira	

PROPRIEDADE

Provincia Portuguesa da Ordem
Hospitaleira de S. João de Deus
Contribuinte nº 500 224 269

EDITOR & SEDE DE REDAÇÃO

Instituto S. João de Deus
Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600 – 871 Lisboa
Tel.: 217 213 300
E-mail: hospitalidade@isjd.pt
Contribuinte nº 500 927 731

REDAÇÃO

Diana Chaves
Susana Queiroga

FOTOGRAFIA E SELEÇÃO DE IMAGENS

Susana Queiroga

REVISÃO DE TEXTOS

Daniela Costa

ESTATUTO EDITORIAL

www.isjd.pt



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

www.isjd.pt



IMAGEM DE CAPA

Unsplash

DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO

Typeworks, Design,
Comunicação e Marketing

IMPRESSÃO

Jorge Fernandes, Artes Gráficas
Rua Quinta Conde de Mascarenhas
N9 Vale Fetal
2825 – 259 Charneca da Caparica

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

2 750 Exemplares

ASSINATURA ANUAL

20,00 Euro

DEPÓSITO LEGAL: 86985/95

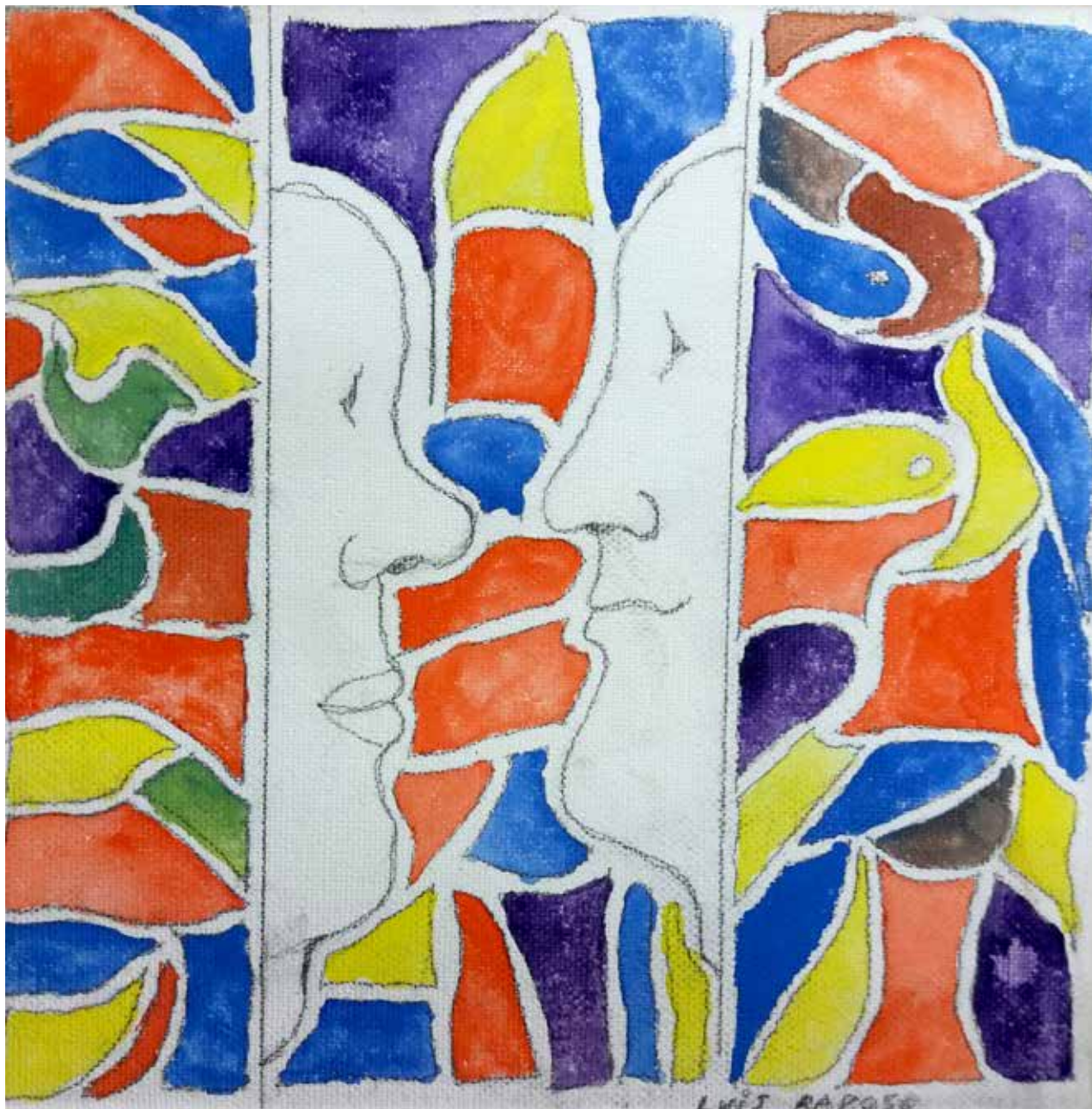
REGISTO E.R.C.: 104805

ISSN: 0871-0090



SAUDAR-TE

A ARTE PELOS UTENTES DO ISJD



Trabalho feito por Luís Raposo da Casa de Saúde do Telhal.

EDITORIAL

2021 entrou com péssimas notícias no nosso país. Fomos assolados por uma vaga de COVID-19 que provocou uma elevada pressão no sistema de saúde português e bateu todos os recordes, em todas as “modalidades” diariamente avaliadas pela comunicação social. Em simultâneo, deu-se início a um processo de vacinação que, para lá dos entusiasmos e polémicas geradas, vem dotar os indivíduos de uma maior capacidade de combate à doença e, por conseguinte, a possibilidade de poder vislumbrar um horizonte diferente do que se tinha há um ano ou mesmo há seis meses. No Instituto S. João de Deus, este processo decorreu nos diversos Centros, alguns dão disso conta nas notícias que publicamos no Suplemento desta revista. Há por lá outras novidades para ler porque, apesar das dificuldades, os projetos e as iniciativas continuam.

Também na Ordem Hospitaleira se assistiu a dois momentos históricos: foram reestruturadas as províncias da América Latina numa só, em janeiro, e já em março as três províncias de Espanha também deram lugar a uma. Estas reestruturações permitem não só uma melhor gestão ao nível da missão, mas também uma revitalização das comunidades de religiosos. Numa altura em que as vocações dão frutos em menor número, esta parece ser uma boa medida de enfrentamento do futuro. Como estamos a preparar os cristãos? Talvez haja ainda muito a fazer nesta matéria (aconselhamos a leitura do *Escutar e Auscultar*) porque ser cristão é uma questão de audácia (e também a leitura da *Entrevista*). No que respeita aos artigos que publicamos, o destaque vai para a sua diversidade, aliás é essa diversidade que serve de mote para o título deste número da revista. No âmbito das problemáticas diversas, pode saber mais sobre o despieste precoce de sofrimento psíquico nos filhos de pais com doença mental, ou sobre a associação e dependência entre ética, educação social e saúde mental, ou ainda conhecer a rede de apoio aos militares e ex-militares portugueses. A este propósito, também o comunidade-ação lhe dá a conhecer a associação APOIAR e o trabalho que faz junto dos ex-combatentes e suas famílias.

Também se titula a revista com *Olhares Diferentes* e é neste contexto que o pensamento livre se debruça, apresentando os problemas do homem fragmentado. E esta fragmentação espalha-se por muitas faces planas, como podemos constatar no sobre K, já que “a vida é um poliedro”. Espaço agora para lhe recomendar o avesso de capa: uma enfermeira e uma psicóloga de cuidados paliativos, pouco habituadas a estas conversas públicas, partilham connosco a conversa que mantiveram sobre o trabalho que fazem. O desafio que colocamos aos cronistas residentes é precisamente um olhar diferente a cada número: cenas e cenários e os habituais post-it são disto um bom exemplo.

A Revista Hospitalidade tem este gosto de levar até ao leitor uma possibilidade de reflexão a partir de três prismas: o do conhecimento científico e reflexão académica, o da atualidade na Ordem Hospitaleira em geral e da missão da qual o Instituto S. João de Deus se encarrega de administrar, assim como uma componente religiosa, com um artigo dedicado, um Irmão entrevistado ou o testemunho de vida dos Irmãos de S. João de Deus que nos estão na memória (tudo no já referido suplemento). Este número, pela sua rica diversidade, é um ramo das diferentes flores que, nesta altura do ano, pintam os campos. Um convite à reflexão para preencher os momentos de distanciamento físico. Juntamente com máscaras e higiene das mãos, continuemos, apesar da vacina, a disciplina que nos ajudará a terminar esta pandemia. Faça a sua parte e leia também esta revista.



Susana Queiroga

SUMÁRIO

ANO 85 | N.º 331 | JANEIRO – MARÇO 2021

Hospitalidade

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus



12



15



24



27



37



41



47



I

EDITORIAL	04
POST-IT	06
NO QUADRO	07
ACONTECEU	08
SOBRE K	11

ESCUTAR&AUSCULTAR

PADRE CARLOS AQUINO	12
---------------------	----

SAÚDE&SOCIEDADE

DESPISTE PRECOCE DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	15
--	----

ENTREVISTA

EUGÉNIO FONSECA	24
-----------------	----

SAÚDE&SOCIEDADE

REDE NACIONAL DE APOIO	27
------------------------	----

O AVESSO DA CAPA	37
------------------	----

PENSAMENTO LIVRE	39
------------------	----

SAÚDE&SOCIEDADE

ÉTICA E EDUCAÇÃO SOCIAL	41
-------------------------	----

COMUNIDADE | AÇÃO

SOBREVIVO, LOGO EXISTO	47
------------------------	----

SUGESTÕES	49
-----------	----

CENAS&CENÁRIOS	50
----------------	----

SUPLEMENTO

IRMÃOS DE S. JOÃO DE DEUS	I-XX
---------------------------	------

POST-IT

MÉSICLES HELIN BERENGUEL | PSICÓLOGO E SONOPLASTA



VACINA E SAÚDE MENTAL



Um ano após o início do extraordinário primeiro confinamento, a incerteza do futuro continua assunto do presente. Já nesta terceira vaga, a ministra da saúde Marta Temido disse que “a pandemia deixará um rasto pesado na saúde mental da população”.

Se há esta clarividência, porque será que o grupo de pessoas com doença mental grave não está contemplado nos planos de vacinação de grande parte dos países da União Europeia, incluindo Portugal? Apenas a Holanda, Dinamarca, Alemanha e Reino Unido reconheceram a doença mental grave como uma condição médica de alto risco, portanto, elegível para a vacinação prioritária contra a Covid-19. A investigação recente aponta para um aumento de 65% de contágios por SARS-CoV-2 quando há um distúrbio psiquiátrico grave e estes doentes têm duas vezes maior probabilidade de morrer. [H](#)

O SENTIMENTO DE INDIFERENÇA



Na véspera do primeiro dia de confinamento das férias escolares da Páscoa, mais de um milhão de portugueses deslocaram-se para mais de 100 quilómetros de distância da área de residência. É o mesmo que dizer que “foram de férias”. Estamos a

falar de 10% da população a cirandar para apanhar sol no Algarve, visitar familiares que não se veem provavelmente há meses ou, simplesmente, sair de um recolhimento involuntário que faz adoecer. É ilegal? Sim. É ilegítimo? Não, é humano. A questão surge se a isso se juntar o sentimento de que está tudo bem e a consequente alteração de comportamentos. Esquece-se a higiene das mãos, a máscara fica abaixo do queixo e, como é usual ouvirmos dizer, “em família não se usa máscara” ou “entre amigos estamos seguros”. Mais perigoso do que irmos por aí fora, é o sentimento de indiferença que a exaustão pandémica provoca no ser humano. [H](#)

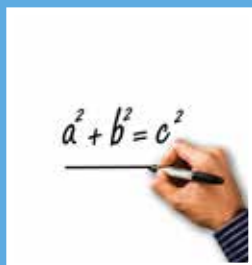
TODOS PODEMOS CONTRIBUIR



A fadiga pandémica não é uma entidade nosológica, mas o termo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde. O cansaço, a zanga, a frustração, a indiferença perante o risco são manifestações vividas em todas as idades. No ano passado, sete em cada dez portugueses acusaram sofrimento psicológico e mais de metade tiveram sintomas de depressão moderada a grave. A ca-

pacidade de pedir ajuda ainda compreende resistências notórias, sejam de natureza social, cultural, financeira ou outras. A aproximação dos psicólogos à comunidade tem contribuído para a redução de estigmas que, se não forem identificados e desconstruídos, são obstáculo à superação a que aspiramos pós-pandemia. Não basta existir um Mecanismo de Recuperação e Resiliência criado pelo Parlamento Europeu para a mitigação dos danos provocados pela crise socioeconómica, precisamos todos de contribuir no nosso quotidiano, pelo bem comum, pela saúde de todos. [H](#)

TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO



Estamos a experimentar novos sentimentos e emoções através das relações interpessoais vividas na ausência física e direta com o outro. A tolerância à frustração é uma delas. Os anos de 1980, 1990 e até mesmo os do início deste século foram prós-

peros para a geração de homens e mulheres que hoje são pais, para os jovens adultos, adultos e crianças. Educámos e aprendemos a viver com tudo. Lembro-me de uma expressão que se usava muito nessa altura. À pergunta de alguém sobre “o que é tens feito?”, o outro respondia: “nada, compro tudo feito.” E tínhamos tudo feito, na verdade. A menina quer, o papá compra. Não aprendemos a tolerância à frustração. A pandemia veio dar existência ao que nós não temos sido capazes de ensinar. Na verdade, preocupa-me mais a fragilidade da estrutura emocional de um jovem do que a facilidade com que ele aprendeu o teorema de Pitágoras. Até porque o desenvolvimento pessoal e humano não é a mera soma dos conceitos apreendidos nos manuais escolares. 

UMA IDADE MAIOR



Nasceu em março de 1931, em Campo Maior. Começou a torrar café aos 12 anos, no negócio do pai e dos tios. Aos 17 anos, por morte do pai, tomou rédeas da pequena torrefação da família. Aos 30 anos, juntamente com a mulher Isabel,

fundou a sua própria empresa, a Delta Cafés. Cumprimenta os empregados pelo nome. Gosta de ver um sorriso no rosto das pessoas e por isso já pagou algumas próteses dentárias a desconhecidos. Criou um Museu e um Centro de Ciência do Café. Reinventou o empreendedorismo através da educação sustentada no humanismo. Evita a palavra “eu” e promove o “nós”. Prefere dizer “colegas” a “concorrentes”. Devia ser autor de um manual de gestão a distribuir pelas faculdades de economia do mundo. É um senhor. Parabéns pelos 90 anos, Comendador Rui Nabeiro. 

EPIFENÓMENO POLÍTICO



Com o confinamento, o valor da liberdade tem vindo a enraizar-se em todos os povos. É um fenómeno mundial. Impera a ansiedade de sair para a rua, de estar com a família alargada, com os amigos, com desconhecidos até. As

liberdades mais básicas do ser humano têm sido atingidas diariamente no mundo, de tal modo que os governos de Estado vão ter muito mais dificuldade em lidar com os seus eleitores. O exercício do poder político pode vir a funcionar tanto melhor quanto o sentido de autoridade ganhar o lugar ocupado tantas vezes pelo autoritarismo. É um desejo acreditar, portanto, que os regimes populistas e sem ideologia não serão mais do que epifenómenos. 

NO QUADRO

*Hoje celebramos a causa da democracia.
A democracia prevaleceu.*

*JOE BIDEN,
in discurso de tomada de posse como 46º
Presidente dos EUA*

*O caos interessa a todos aqueles
que precisam de dividir para reinar,
que precisam de terra queimada e de terra
de ninguém para continuarem
com os seus negócios.*

*FREI FERNANDO VENTURA,
in Jornal 2, sobre a situação de Cabo Delgado*

*Quero motivar as futuras gerações.
Quero acima tudo que pensem
sempre grande.*

*ELYRA FORTUNATO,
Prémio Pessoa 2021, in Diário de Notícias*

CUIDANDO CONTINUA TRAJETÓRIA DE EXPANSÃO

No ano em que assinalou 10 anos de intervenção, o Projeto CuiDando integrou um processo de qualificação interna e capacitação da sua equipa, apoiado pelo Portugal Inovação Social, nos domínios da comunicação e planeamento estratégico e avaliação de impacto. Para além de reconhecer o projeto como uma iniciativa de mérito e inovação social, este processo permitiu ao CuiDando refletir sobre a sua prática e procedimentos, auscultar parceiros e beneficiários e planejar o seu futuro de forma integrada e colaborativa.

Neste percurso, foram co-construídos três importantes documentos estratégicos com vista a reforçar a efetividade da resposta e a sua capacidade de captar investimento externo: uma melhorada *Metodologia de Avaliação de Impacto*, um novo *Plano de Comunicação* do projeto e um *Plano Estratégico* que oriente a sua expansão, escalabilidade e consolidação noutras áreas geográficas para além do concelho de Barcelos. O primeiro fruto deste processo de capacitação foi, desde logo, as duas candidaturas aprovadas no instrumento de financiamento Parcerias para o Impacto, do Portugal Inovação Social, que permitiram a expansão da resposta, totalmente financiada, aos concelhos de Espinho, Oeiras e Almada. Contam com os respetivos municípios no papel de investidores sociais, bem como a parceria formalizada com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, para maior suporte na monitorização e avaliação de impacto.

Com esta nova fase, foi possível a replicação do projeto, que nasceu na CSSJD-B, na CST, sendo esta a impulsionadora da intervenção nos concelhos de Almada e Oeiras. Pretende-se, assim, potenciar a atividade assistencial na comunidade, levando o carisma de S. João de Deus para mais perto da população, assumindo uma relevância estratégica

de expansão da nossa Missão, garantindo, a médio e longo prazo, a continuidade de um posicionamento diferenciado. O desenvolvimento desta atividade comunitária contribuirá para a alavancagem da consistente sustentabilidade financeira através de um financiamento global de 416.566,08€, permitindo, assim, aumentar o investimento interno na modernização dos serviços de saúde prestados.

Para além da resposta habitual, neste novo ciclo, o CuiDando assume ainda um maior compromisso com os seus beneficiários, com a inclusão de ações e estratégias concertadas e em parceria, específicas para a promoção da sua integração socioprofissional, rumo à sua autonomia e independência e à melhoria da sua funcionalidade e qualidade de vida.

Através da intervenção no domicílio, baseada na metodologia de Gestão de Caso, o CuiDando continuará a assumir um papel fundamental de sinalização e encaminhamento de casos, a que a comunidade não esteja a ser capaz de dar resposta efectiva, e desenvolver simultaneamente um trabalho articulado com as instituições públicas, sociais e particulares locais na promoção de alternativas reais de integração profissional e ocupacional na comunidade. Este é um aspeto fundamental na prevenção de descompensação clínica e necessidade de novo internamento, que acarreta custos tangíveis diretos para o Estado e intangíveis significativos para a pessoa.

Com o intuito de potenciar as sinergias e partilhar conhecimentos e aprendizagens, nos dias 23, 24 e 25 de março, as equipas do *CuiDando Barcelos* e *CuiDando Telhal* reuniram-se na CSSJD-B numa atividade de benchlearning, onde foram discutidas as práticas e modelos de intervenção, instrumentos de trabalho e indicadores relevantes para o sucesso e sustentabilidade do CuiDando. ■

HOME 360: RESPOSTA COMUNITÁRIA ESPECIALIZADA EM DEMÊNCIAS



O Home 360 é uma resposta comunitária especializada para as pessoas com demência e seus cuidadores. Promove a capacitação das pessoas, de forma individualizada e integrada, potenciando a articulação de recursos, através da figura do gestor de contexto. Pretende contribuir para a diminuição das institucionalizações precoces e atenuar a sobrecarga do cuidador, visando a melhoria da qualidade de vida, a dignidade, o bem-estar e a inclusão social das pessoas com demência. Por se tratar de um projeto co-financiado pelo Programa Lisboa 2020, Portugal 2020 e União Europeia, através do Fundo Social Europeu – com um investimento de 379.841,75€ –, e contar com as Câmaras Municipais de Oeiras e Sintra como investidoras sociais, esta resposta é gratuita para os beneficiários. Esta resposta, que teve início a 1 de setembro de 2020 e decorre até dezembro de 2022, incluiu o recrutamento de uma equipa especializada na área das demências. A equipa é constituída por psicólogos, neuropsicólogos e terapeutas ocupacionais, apoiados por uma assistente social e uma médica psiquiatra especialista em psicogeriatrica, em regime de consultadoria, e um administrativo na execução financeira. O Home 360 destina-se a qualquer pessoa que resida no concelho de Oeiras ou Sintra e que apresente um diagnóstico de demência ou perturbação neurocognitiva major. A referenciação é feita através de uma ficha de encaminhamento, que poderá ser preenchida por um médico, técnico de saúde

ou social, cuidador informal ou pessoa com demência.

O processo inicia-se com uma avaliação de necessidades da pessoa com demência, cuidadores informais e contexto biopsicossocial, focando as áreas da funcionalidade e autonomia; qualidade de vida; condições habitacionais; rede social de apoio; alterações neuropsiquiátricas; sobrecarga do cuidador; compreensão do diagnóstico e prognóstico da demência; e capacidade de comunicação, gestão das emoções e resolução de problemas.

As intervenções são adaptadas às necessidades identificadas e podem incluir: intervenção cognitiva, motora e sensorial junto da pessoa com demência; apoio emocional à pessoa com demência e seus cuidadores; psicoeducação e capacitação dos cuidadores; adaptação ambiental; reforço da rede social da pessoa com demência e seus cuidadores; e articulação com os recursos da comunidade. De forma a potenciar a acessibilidade e a continuidade de cuidados durante e após a intervenção, também está a ser desenvolvida uma app com conteúdos gerais e específicos na área das demências.

A intervenção domiciliária e comunitária direta teve início a 15 de dezembro de 2020 e, até março de 2021, foram encaminhadas 51 pessoas com demência e 54 cuidadores, num total de 105 pessoas integrando a resposta. Até ao momento, foram realizadas 177 visitas ou sessões. Para saber mais vá a www.isjd.pt/home360 📄

CASA DE SAÚDE FAZ DOAÇÃO DE CORDOFONES AO MUSEU ETNOGRÁFICO DA MADEIRA



No âmbito do desenvolvimento do projeto «Atelier Solidário», dirigido à capacitação de Utentes das Unidades

de Reabilitação Psicossocial, na área da construção de cordofones madeirenses, foi a 23 de março, formalizada a doação de 5 (cinco) cordofones tradicionais madeirenses (viola de arame, rajão, braguinha, machete e machetinho) ao Museu Etnográfico da Madeira. Foram inteiramente produzidos neste novo atelier sob a orientação do luthier João V. Henriques, com a tutoria da Casa de Saúde S. João de Deus. O evento ocorreu na Casa São João de Deus – Funchal, com a presença dos principais representantes das duas instituições. Este ato teve o propósito de acrescentar, ao já vasto acervo do museu, elementos tão representativos da etnografia regional e que por um qualquer motivo ainda não constavam. EDUARDO LEMOS

PREVENÇÃO DO BURNOUT E SATISFAÇÃO LABORAL



Inserida no projeto de prevenção ao Burnout e promoção da satisfação laboral, decorreu no Hospital S. João de Deus, no dia 12 de fevereiro, mais uma iniciativa tendo como principal objetivo o envolvimento dos Colaboradores em atividades de convívio, relaxamento e partilha de momentos vividos. Contámos com a colaboração de duas fisioterapeutas para a realização da atividade e estiveram presentes 16 Colaboradores. Em ano de pandemia, consideram-se estas estratégias e temáticas fundamentais para a promoção de um melhor bem-estar em termos pessoais e consequentemente laborais. O projeto conta ainda com mais quatro sessões de partilha e um momento formativo durante o ano 2021. DAVID PADEIRO

REVISTA HOSPITALIDADE E FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS ENTREGAM MAIS UM PRÉMIO DE INVESTIGAÇÃO

O artigo intitulado “Plano Individual de Intervenção – proposta para uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, da autoria de Filipa Reis, foi o vencedor da 2ª Edição do prémio S. João de Deus para a Investigação. Foi uma decisão unânime do júri composto por Margarida Cordo, Paulo Braga e Zeferino Venade Ribeiro. Nesta edição, foram admitidos cinco artigos, três dos quais foram já publicados no último número da Revista Hospitalidade (330) e os outros dois serão publicados no número 332 de abril-junho de 2021. Este prémio tem como principal objetivo potenciar a inovação e a reflexão crítica, o conhecimento científico e o desenvolvimento humano e está aberto a toda a comunidade científica, esteja ou não ligada às instituições hospitalares. O prémio dirige-se às várias especialidades e grupos profissionais na área da Psiquiatria e Saúde Mental, Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Reabilitação Psicossocial, Ética, Dependências e Espiritualidade.



A VIDA É UM POLIEDRO

EUGÊNIO FONSECA | PRESIDENTE DA CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DO VOLUNTARIADO

“O cemitério está cheio de insubstituíveis” é uma afirmação que se utiliza para objetar a quem julga que antes de si nada existia e depois de si tudo deixará de existir. Desde que o Papa Francisco utilizou este aforismo, ele tornou-se mais vulgarizado. Compreendo o alcance desta afirmação, mas socorrendo-me da visão de alguns filósofos e teólogos julgo que é importante realçar a dimensão unitária do ser humano. Ranher, não deixando de afirmar que a pessoa é uma realidade complexa, realça-a como ser uno que se ultima numa única essência¹. O Compêndio da Doutrina Social da Igreja é perentório ao afirmar: «O homem existe como ser único e irrepitível, existe como «eu», capaz de autocompreender-se, de autopossuir-se, de autodeterminar-se. (...) A pessoa humana há de ser sempre compreendida na sua irrepitível e ineliminável singularidade.»². Se é singular e irrepitível quer dizer que o projeto de vida de cada pessoa também é único. O que alguém não fizer ficará para sempre, irremediavelmente, perdido. Outros poderão fazer algo, mas não igual. A ser assim, somos mesmo insubstituíveis, mas não detentores de todos os dons nem exclusivos proprietários seja do que for.

Se houvesse uma maior consciência de que cada homem e mulher é um ser único e que traz consigo um projeto singular, o sentido de responsabilidade pessoal e coletiva tomaria proporções maiores e a participação nas causas comuns seria muito alargada. Todavia, também é incontornável saber-se que não somos seres perfeitos e que precisamos do outro para nos completarmos. Esta indispensável complementaridade de dons obriga a partilha de diferenças que, ao longo da história da humanidade, sempre foi muito difícil de concretizar.

As diferenças são tantas, quantas são as dimensões existenciais da pessoa. Em tudo o que o ser humano toca deixa a sua “impressão digital”, o que torna também as realidades quotidianas diferenciadas e complementares, por isso mais enriquecidas. O Papa Francisco compara estas diferenças vitais a um “poliedro” «que tem muitas faces, muitos lados, mas todos compõem uma unidade rica de matizes, porque «o todo é superior à parte». (...) «O poliedro representa uma sociedade onde as diferenças convivem integrando-se, enriquecendo-se e iluminando-se reciprocamente, embora isso envolva discussões

e desconfianças.»³. São, efetivamente, estes dois problemas que têm acompanhado, desde a sua origem, a Humanidade. As diferenças não têm sido reconhecidas, efetivamente, como um potencial de valorização integrada de todo o cosmos. As referidas desconfianças tornam-se mais violentas quanto maior desconhecimento existir das potencialidades das diferenças. Muito se tem estudado, testado e prometido para vencer os preconceitos decorrentes das diferenças antropológicas, sociológicas, culturais, políticas, religiosas... É óbvio que não é possível eliminar as diferenças, pois elas têm uma natureza ontológica. Nem as consequências perversas delas resultantes se resolverão por qualquer decreto. Trata-se de um processo com exigências de compromissos a vários níveis e que não dispensa o contributo de ninguém. Francisco aponta duas vias que me parecem incontornáveis e que estão muito bem escautelizadas na magnífica Carta Encíclica “Fratelli Tutti” – que aconselho a ler – e na qual sustento a minha opinião sobre as metodologias mais adequadas para que as diferenças assumam o seu princípio fundante que é de complementaridade para que se construa o bem comum e se derrote o individualismo. As duas vias são: a cultura do encontro e o diálogo social. Estas duas propostas exigem uma reflexão muito mais profunda, mas deixo apenas duas constatações. Para que o encontro se vá tornando uma forma de cultura, é necessário que queiramos «encontrar, procurar, pontos de contacto, lançar pontes, projetar algo que envolva a todos.»⁴, A cultura do encontro deveria tornar-se um estilo de vida. O diálogo social, segundo o Papa, obriga a atitudes, tais como: «Aproximar-se, expressar-se, ouvir-se, olhar-se, conhecer-se, esforçar-se por entender-se, procurar pontos de contacto (...) de forma discreta mas muito mais do que possamos perceber, ajuda o mundo a viver melhor.»⁵. Não tenho dúvidas disso. O indispensável é que cada um faça a sua parte. ■

¹ cfr. RAHNER – Antropologia: problema teológico, 16.

² cf. CONSELHO PONTIFÍCIO “JUSTIÇA E PAZ”, Compêndio da Doutrina Social da Igreja (2 de Abril de 2004), S. João do Estoril: Principia 2005, 131.

³ cf. FRANCISCO, Carta Encíclica Fratelli Tutti (3 de outubro 2020), Prior Velho, Paulinas Editora 2020, 215.

⁴ cf. FRANCISCO, Carta Encíclica Fratelli Tutti (3 de outubro 2020), Prior Velho, Paulinas Editora 2020, 216.

⁵ cf. Ibidem, 198.

PADRE CARLOS AQUINO

"A crise que vivemos agudizou muito a solidão"

SUSANA QUEIROGA

© PANCHO AZEVEDO

O PADRE CARLOS É NATURAL DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO. TEM 51 ANOS E É SACERDOTE HÁ 27 ANOS. É PÁROCO DAS PARÓQUIAS DE LOULÉ E QUERENÇA. A SUA PARÓQUIA FOI UMA DAS DESTINATÁRIAS DE PARTE DO VALOR RECOLHIDO PELA CAMPANHA "ABRAÇA-ME" DA FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS. COM ESTE VALOR, AJUDOU 10 FAMÍLIAS FINANCEIRAMENTE AFETADAS PELA PANDEMIA A PAGAR ALIMENTAÇÃO.



O TEMA DESTE NÚMERO DA REVISTA HOSPITALIDADE É "OLHARES DIFERENTES, PROBLEMÁTICAS DIVERSAS". POR QUE PRISMA DEVE VER A IGREJA ESTE CONVITE DA "OPÇÃO PELOS POBRES" QUE NOS FAZ O PAPA?

Sempre pela dimensão evangelizadora, porque o anúncio do evangelho comporta os dinamismos que são fundamentais, até na edificação da própria comunidade a que chamamos Igreja. Esses dinamismos são a Palavra, o Culto (oração) e a Caridade. Chamo-lhes dinamismos porque constituem a identidade e a missão da Igreja. O grande desafio é termos um olhar atento ao mundo, ao grito do mundo, para que se possa cumprir o evangelho. Jesus proclamou a palavra na

proximidade e a Igreja tem de estar próxima, caminhar com as pessoas e ser uma resposta libertadora e de vida.

O PAPA FRANCISCO CONVIDA-NOS A SER UMA IGREJA EM SAÍDA, DANDO ESPECIAL ATENÇÃO AOS POBRES. OFERECE INCLUSIVE UMA METODOLOGIA. COMO É QUE SE EVANGELIZA AS PERIFERIAS?

Em primeiro lugar, é muito importante acolher o desafio do Papa, que é esse partir para as periferias, abrir a porta de casa, mas sobretudo abrir o coração. Se não mudamos de mentalidade, chamamos a isso conversão, metanoia, e se não purificamos o olhar não sentimos o desejo de sair. A saída, em pri-

meio lugar, é interior. É sentirmos que precisamos de estar próximos, de acolher e depois tornar efetiva essa necessidade e acolhimento. As periferias não são só de espaço, são também as periferias existenciais. Muitas vezes, dentro de casa, a começar pela nossa família, há uma desatenção enorme a quem vive connosco, habituamo-nos a estar e não nos olhamos. Esta saída é interior, mas depois há que torná-la efetiva em tantos espaços que marcam as nossas cidades. Nós somos alérgicos aos guetos, mas há muitos guetos sociais. Nos espaços onde estamos, trabalho, escola, há aí também periferias. A crise que vivemos agudizou muito a solidão, isso é muito visível nas grandes cidades, os corações das cidades são habitados por gente profundamente só. Uma imensa solidão. A crise agudizou também o desemprego e outras necessidades. Portanto, a saída implica estarmos atentos a estas necessidades. Nós deixamos de tocar a fragilidade: eu sou muito sensível a uma caridade pelo toque da ferida. Somos extraordinários numa solidariedade cujo rosto não vemos, até partilhamos, mas penso que a solidariedade cristã vai mais longe, precisamos de tocar as feridas, ver o rosto. Isto a começar por onde habitamos, nos nossos prédios, dos nossos vizinhos, mesmo na comunidade da Igreja. É imperiosa esta saída, primeiro interior e depois tornar-se efetiva, onde a Igreja tem de estar próxima, levando a palavra, mas ajudar, não só materialmente, mas também pelo tempo que dedicamos para escutar e partilhar a vida.

LANÇOU RECENTEMENTE UM ESTUDO TEOLÓGICO-LITÚRGICO RELATIVO AOS SACRAMENTOS DA INICIAÇÃO CRISTÃ. MUITOS BATIZADOS ACABAM POR ABANDONAR A IGREJA. NA SUA VISÃO, E ATÉ COMO AUTOR DESTE ESTUDO, A IGREJA PROMOVE SUFICIENTEMENTE A VIDA NOVA COMO DOM NAS SUAS CATEQUESES E NO ACOMPANHAMENTO QUE FAZ AOS CRISTÃOS?

Não, nem sempre o promove. Penso que há dois enormes problemas. Nós abordamos muito mal a iniciação cristã, a iniciação à fé. Ainda não tivemos a humildade suficiente de o meditar em conjunto, falamos muito da linguagem sinodal, mas depois trabalhamos muito mal na sinodalidade. Temos que escutar também os que pedem a fé, os que desejam ser batizados e o desejam porque querem ser cristãos, escutamos muito pouco. Depois, operacionalizamos muito fragilmente esses processos iniciáticos, respeitando o tempo, as

fases, a história de cada pessoa. Mas cumprindo o processo de catecumenato. Este processo é pedagógico, formativo, espiritual, celebrativo, de acompanhamento pessoal e humano. Mas é um processo longo e que conduz à maturidade. Muitas vezes, fazemos o processo e não o cumprimos, não estamos a realizar uma filiação. No fim dos processos, as pessoas não se sentem filhos e é uma pena. Não iniciamos na vida cristã. Depois há outro problema, sofremos um deficit: que comunidade é que nós somos? Acolhemos e acompanhamos quem deseja entrar? É outro grave problema. Temos de conhecer as pessoas e desejar que cresçam connosco e transmitirmos a fé, nós os batizados, com uma profunda alegria. As nossas comunidades têm deficit de alegria, de esperança, e isto é trágico para quem quer ser cristão. Que fé anunciamos com um semblante tristonho? Parece que vivemos sempre na sexta-feira santa e nunca houve o Domingo da ressurreição. Vivemos uma fé voltada para o sacrifício, apenas num cumprimento religioso, mas falta muito da esperança e da alegria, partilhamo-las muito pouco. Sem cristãos alegres e convictos, a edificação da Igreja será sempre deficiente.

O TRIBUNAL CONSTITUCIONAL CHUMBOU A LEI DA EUTANÁSIA. OPÔS-SE A REFERENDOS SOBRE ESTA MATÉRIA. QUAL A SUA VISÃO E COMO PODE SER A FÉ UM LUGAR DE ESPERANÇA PARA AS PESSOAS QUE CONSIDERAM QUE A VIDA JÁ NÃO FAZ SENTIDO?

Em primeiro lugar, dizer que estou em profunda comunhão com tanta gente que sofre e que não deseja morrer, mas antes deseja não sofrer e ter qualidade de vida. A vida é frágil, é um dom, mas é frágil. A fé não suprime nem a fragilidade nem o sofrimento, mas aponta um horizonte, um sentido de vida. Nunca defendi, nem defendo, um referendo sobre esta questão porque considero que a vida não é referendável e o evangelho potencia a vida como um dom e, portanto, é não referendável. Diria que era fundamental gastarmos mais tempo a ajudar a criar um Serviço Nacional de Saúde efetivo e tornar efetivos os Cuidados Paliativos. Se tivermos mais investimento, melhores serviços, com acesso também dos mais pobres, o que as pessoas desejam não será o morrer. Há aqui princípios éticos que não devem ser fragilizados. Nem se trata de uma questão religiosa, é uma questão profundamente ética, cuidar da vida.

»

PADRE CARLOS AQUINO

EM 2015, RECEBEU UM VOTO DE LOUVOR, APROVADO POR UNANIMIDADE, DA CÂMARA MUNICIPAL DE SILVES, POR DUAS RAZÕES: A SUA AÇÃO NA DIGNIFICAÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO-CULTURAL DO CONCELHO E A SUA INTERVENÇÃO COM VISTA À CONSTRUÇÃO DE UM CONCELHO MAIS JUSTO E DIGNO. O QUE O MOTIVA?

Motiva-me o evangelho. Antes de ser padre, sou um homem feliz na tentativa de ser cristão e isso depois leva-me ao sacerdócio. O património é a expressão de um povo, de uma cultura cristã e expressão de um caminho que é feito e nos fala. É a bíblia rezada, colocada na pedra, nas imagens e que traz à nossa vida tanto da presença de Deus, fazendo-nos tocar o que habita no mais profundo de nós, o transcendente. O património tem essa dimensão. Depois, o que Jesus colocou no evangelho, o cuidado pelos últimos, concretizamos isso através das bem-aventuranças ou das obras de misericórdia. Torna-se, assim, efetivo o evangelho na nossa vida cristã. Gosto de voltar aos padres da Igreja, de recordar o que nos dizem e que nos ensinaram, numa linguagem simples, que não podemos amar a Deus se esquecermos o pobre. É amar como Jesus amou. Claro que não conseguimos eliminar toda a pobreza, não conseguimos ajudar todos. Mas podemos fazer a alguns e podemos sempre estar presentes. A atenção é prioritária, não podemos fingir que não existe mesmo que não possamos ajudar todos.

QUE FRAGILIDADES SOCIAIS SE REVELARAM NESTA PANDEMIA, PARTICULARMENTE NA REGIÃO DO ALGARVE ONDE ESTÁ? ESTAMOS PERANTE NOVAS NECESSIDADES OU ELAS ESTIVERAM SIMPLEMENTE ALIVIADAS?

A pandemia avolumou. O Algarve é uma zona muito dependente do turismo e, por conseguinte, muito sazonal, na hotelaria e no turismo, e essas atividades foram profundamente afetadas. Muitos jovens universitários, por exemplo, aproveitavam as épocas altas para trabalharem na restauração e hotelaria e ficaram sem essa forma de rendimento. Já vamos no segundo ano. Há dificuldades na alimentação, na água, na luz, nas rendas. Depois, as pessoas ficaram mais ansiosas, nalguns casos aumentou a agressividade, a violência, crianças e jovens ficaram em mais risco. Aqui acompanhamos 25 crianças e verificamos um aumento nestes casos porque são

retiradas a famílias que não têm condições e são acolhidas na Igreja. Se estas IPSS fechassem, era um caos.

REFERE QUE NAS FRANJAS DA POBREZA ENCONTRAMOS MUITO FACILMENTE GRUPOS ÉTNICOS, COMO OS CIDADÃOS CIGANOS. COMO PODE A IGREJA SER MAIS INTERVENTIVA JUNTO DESTAS COMUNIDADES E NA SUA ADVOCACIA?

Aqui, a palavra é a conversão. Conversão no sentido da mudança de mentalidade, do olhar. Olhamos sempre com muita suspeição o estranho. Em Silves, havia uma comunidade cigana e aqui em Loulé também, embora em Loulé haja também uma grande expressão de outras comunidades, como a comunidade cabo-verdiana, búlgara, marroquina e a tendência é sempre olhá-las com distância, de fora. Penso que temos que mudar esta mentalidade, olhar com olhar purificado e sem suspeição, sem catalogar. Atualmente, fazemos guetos, não inserimos na comunidade. O trabalho pastoral deve ser feito de modo a integrar. A outra palavra é ouvi-los, caminhar com eles, não deixar de corrigir o que não estará tão certo, mas também perceber a sua identidade e a sua cultura, sem impor, mas tentar ajudar e possibilitar que o evangelho também lhes toque no coração, mostrar-lhes um mundo novo e uma sociedade mais justa e fraterna. É um grande trabalho e um grande desafio. Mas ainda olhamos com estranheza e isso é sinal que o evangelho nos chegou à cabeça e não nos chegou ao coração.

É PRECISO REBELDIA NA LIDERANÇA PARA SE CONSEGUIR DEFENDER O QUE É JUSTO?

Sim, rebeldes e revolucionários e não devemos ter medo disso. Esta rebeldia, esta revolução, o sonhar, o sermos corajosos nos nossos sonhos, o ir mais longe, o sabermos ler os sinais do nosso tempo, a realidade da vida. É isto. Não é o ter sempre resposta para tudo, que não temos, mas é termos coragem para fazer propostas exequíveis, avaliarmos, caminharmos. Eu acho que vale mais às vezes errar ao fazer do que ter medo em não fazer. O medo tolda a esperança, é inimigo da fé. Tem de ser uma rebeldia que passe por sonhos grandes, por compromissos. A revolução é continuar o sonho de Jesus, dar a vida para que os outros a tenham em abundância e faço isso dentro das dimensões da minha vida que são a unidade e a comunhão. ■

DESPISTE PRECOCE DE SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS FILHOS DE PAIS COM DOENÇA MENTAL” - REFLEXÃO

RAQUEL DOMINGUES



RESUMO

Este artigo visa fazer uma reflexão, baseada na revisão da bibliografia, acerca das repercussões da doença mental dos adultos nos seus filhos, bem como a forma como a mesma afeta as competências parentais e o tipo de vinculação estabelecida. Famílias em risco psicossocial terão maior predisposição para que os seus filhos sofram de doença mental no futuro. Estas doenças podem ter início numa fase precoce do ciclo de vida da criança, aquando da experiência de vinculação não securizante e/ou exacerbada por acontecimentos de vida negativos, associados a altos fatores de risco ao desenvolvimento infantil e a fracos fatores de proteção.

PALAVRAS-CHAVE

Doença Mental, Risco Psicossocial, Desenvolvimento Infantil

ABSTRACT

This article aims to reflect on the repercussions of the mental illness of the adults in their children, as well as the way in which it affects the parental competences and the type of bond established. Families at psychosocial risk will be more likely to have their children suffer from mental illness in the future. These diseases may begin early in the child's life cycle, when experience of non-safering and / or exacerbated by negative life events associated with high risk factors for child development and weak protective factors. »

DESPISTE PRECOCE



KEYWORDS

Mental Illness, Psychosocial Risk, Child Development

INTRODUÇÃO

Aquela criança chegava cabisbaixa, esquecida da alegria do que é ser criança

E apesar do seu olhar doce,

Havia nela o grito sufocado pelo peso da solidão,

Tal qual marioneta à mercê de quem não entende o peso do tempo,

À mercê de quem não sabe como frágil é ser-se criança...

De acordo com as Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários, é estimado que 10 a 20% das crianças sofram de pelo menos um problema de saúde mental. Inúmeros estudos epidemiológicos, quer prospetivos quer retrospectivos, têm vindo a confirmar que muitas patologias psiquiátricas dos adultos têm o seu início antes dos 18 anos de idade, tal como é referido no Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e Propostas

Prioritárias para a extensão a 2020 (p.53). Estas perturbações mentais associadas à comorbilidade e à continuidade da psicopatologia na idade adulta refletem-se num elevado peso económico e social. No mesmo relatório é referido que se tem assistido, em Portugal, a um aumento da procura de serviços especializados de saúde mental, quer ao nível das consultas de ambulatório, quer ao nível da consulta de urgência, bem como a um aumento da gravidade dos quadros clínicos, na infância e adolescência. Desta forma, parece ser unânime que se implementem estratégias de promoção e prevenção da Saúde Mental em fases precoces do ciclo de vida, nomeadamente na fase pré e pós-natal, infância e adolescência, sem descuidar o acompanhamento na fase adulta.

FAMÍLIAS EM RISCO PSICOSSOCIAL

A família, sendo o contexto das primeiras relações interpessoais da criança com a família, possibilita um conjunto de interações significativas de afetos e emoções positivos e negativos que nos formam enquanto pessoas. Estas vivências são importantes e condicionantes no crescimento

e qualidade de vida da criança, não só no que respeita ao seu desenvolvimento, como também no desenvolvimento de competências parentais dos adultos responsáveis por estas crianças, sejam eles pais biológicos, pais adotivos ou outros familiares a quem é atribuída essa tarefa.

Entende-se por risco psicossocial a “presença de um fator ou vários fatores individuais e ambientais que aumentam a probabilidade de aparecimento de uma problemática ou disfunção” (Evans, W., Li, D. & Whipple, S. (2013)). De acordo com Ramos, E. (2013), existe uma multiplicidade de fatores que alertam para a predisposição de famílias em risco psicossocial: que é o seu grau de risco conjuntamente com os seus fatores de vulnerabilidade e proteção. O risco é o “resultado de uma situação geradora de stresse capaz de afetar negativamente os padrões de interação familiar, nomeadamente dos pais, dos quais depende o desenvolvimento da criança” (p. 4). Tal como refere Cox, M. J. & Paley, B. (1997), “qualquer membro está profundamente incorporado no sistema familiar, e, deste modo, jamais poderá ser inteiramente compreendido de forma dissociada”. Desta forma, é fundamental termos em conta que o tipo de manifestações de sintomatologia e comportamento da criança não deve ser analisado de forma isolada, mas sim inserido no seu contexto familiar, principal ambiente onde se desenvolvem as suas primeiras experiências relacionais e emocionais e, secundariamente, no seu contexto social, onde se destaca o seu grupo de pares e a rede social.

Se tivermos em conta uma abordagem sistémica da família, o risco psicossocial terá repercussões tanto mais negativas quanto menor for a resiliência, ou maior vulnerabilidade, dos elementos que a constituem, especialmente quando se verifica a existência psicopatologia associada aos pais.”

De acordo com Gasper, J., Stolberg, A., Macie, C., & Williams, L. J. (2008), urge o reforço de competências parentais saudáveis, bem como o despiste e/ou tratamento de filhos de pais com doença mental, com vista a prevenir situações que despoletem a longo prazo nos jovens adultos problemas de saúde mental e de adaptação à sociedade.

Refere Carvalho, A. et al (2007): “visto que os filhos de pais com problemas mentais desenvolvem também desordens psiquiátricas ou psicossociais e passam um dia a dar entrada nos serviços de atendimento psiquiátrico, as crianças devem ser incluídas no cuidado aos seus pais” (p. 3)

VINCULAÇÃO E PSICOPATOLOGIA DOS PAIS

De acordo com as teorias da vinculação, devem ser os pais os facilitadores para que a criança explore o mundo envolvente onde é esperado que a criança possa voltar aos pais, sempre que precisa de se sentir segura, permitindo assim desenvolver o seu sentimento de autonomia e autoconfiança. A vinculação é fundamental nos primeiros três anos de vida, quando a criança se depara com situações traumáticas durante a exploração do mundo exterior à família (pessoas, lugares e situações estranhas). Segundo Bowlby (1969), a vinculação é caracterizada por “[...] um conjunto complexo de situações que implicam uma regulação da segurança.[...] Há uma figura vinculada que procura proteção e há uma figura de vinculação, concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda, caso haja necessidade, havendo uma continuidade da função da vinculação ao longo do ciclo de vida do indivíduo.” (p. 88).

George & Solomon (1999) referem que a qualidade da vinculação nos primeiros anos de vida condiciona o modo como a criança se autoperceciona, como ela forma o seu modelo interno e suas expectativas em relação ao outro. Tal como afirmam Duncan, S. & Reder, R. (2000), quando surge a perturbação psiquiátrica, o adulto passa a estar menos disponível para a criança e as competências parentais ficam comprometidas. Isto leva-nos a concluir que problemas do foro psiquiátrico podem comprometer a vinculação, na medida em que a pessoa, ao experienciar qualquer situação de insalubridade mental, não está plenamente disponível para desenvolver as suas competências parentais de uma forma saudável e isto terá consequências no crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Refere Teixeira, S. (2015) que quando a doença psiquiátrica surge no seio da família, podem aparecer sentimentos de angústia, medo, tensão, conflito e negação; é necessário que os seus elementos façam reajustamentos para atingir um novo equilíbrio nos seus novos papéis e responsabilidades.

Para que as crianças cresçam e se desenvolvam de forma saudável, é necessário que os seus pais lhes ofereçam um ambiente securizante, isto é, que lhes satisfaçam as necessidades físicas (alimentação, higiene, segurança e conforto), as necessidades comportamentais (estimulação/interação, exploração/aprendizagem, socialização e limites) e emo- »

DESPISTE PRECOCE

cionais (afeto, empatia, construção da autoestima, identidade individual, vinculação e autonomia).

Sabe-se que o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, hostilidade e pouca sensibilidade interpessoal, nos adolescentes, está relacionado com o tipo de vinculação insegura. Existe todo um conjunto de variáveis culturais, biológicas e psicossociais que determinam a maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo para manifestar psicopatologia. Os acontecimentos de vida tanto se podem manifestar como fatores protetores, dotando o indivíduo de uma maior capacidade para enfrentar situações negativas, como se podem manifestar de forma que o indivíduo manifeste maior vulnerabilidade e consequentemente desenvolva sintomatologia psicopatológica. Desta forma, parece ser fundamental que no seio de famílias de crianças e adolescentes, cujos pais foram diagnosticados com doença mental, seja feita uma abordagem sistémica para se identificarem vulnerabilidades, se potenciarem os seus fatores protetores e fazer-se o despiste de sofrimento dos filhos, de forma a promover a sua saúde mental. Como sabemos, nestes filhos são frequentes manifestações clínicas como: alterações emocionais e do comportamento, sintomas psicossomáticos, sintomas de ansiedade com alterações no sono e no apetite, diminuição do rendimento escolar e maior probabilidade de abuso de substâncias, que poderão agravar-se no futuro, traduzindo-se em doenças mentais graves. No entanto, é importante ter em conta também a personalidade da criança, a sua vulnerabilidade, o estado emocional e o desenvolvimento cognitivo, pois estes fatores condicionam a forma como ela reage em situações de adversidade. Teixeira, S. (2015) defende que o impacto da doença mental dos pais nas crianças não se deve tanto à doença em si, mas ao conflito conjugal e a deficiências nas relações interpessoais, nos papéis e estrutura da família. Percebemos assim que estes fatores justificam uma abordagem terapêutica à família, consciencializando todos os elementos das suas limitações e potencialidades, promovendo a sua autonomia e responsabilização na reabilitação.

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E PSICOPATOLOGIA NA CRIANÇA

Segundo Barnett, D. (1997), existe uma forte associação entre a psicopatologia da criança e a sua exposição a maus tratos como abuso e negligência. Estes dois fatores pare-

cem ser, segundo o autor, preditores nos défices ao nível do desenvolvimento saudável da criança nas áreas da cognição, linguagem, êxito académico e desenvolvimento socio-emocional; estas crianças apresentam maior dificuldade em regular o afeto e o comportamento. Os diferentes tipos de violência doméstica, como a violência física, violência psicológica e negligência, têm implicações importantes no desenvolvimento de doença mental na criança. A violência física envolve maus tratos corporais e predispõe para que as crianças, mais tarde adultas, tenham condutas de vida pautadas por crimes violentos, tal como é referido por Windon, C. (1989). A violência psicológica ocorre quando alguém é submetido a ameaças, humilhações e privação emocional. Como consequências da violência psicológica, o Conselho Americano de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*, 2002) destaca a ocorrência de prejuízos nas áreas: do pensamento (medo, baixa-estima, sintomas de ansiedade, depressão, pensamentos suicidas), da saúde emocional (instabilidade emocional, incapacidade de controlo de impulsos e raiva, transtorno alimentar e abuso de substâncias) e das *habilidades sociais* (comportamento antissocial, problemas de apego, baixa competência social, pouca empatia), baixo rendimento escolar e queixas somáticas.

Cardoso (2001) salienta que a criança que experiencia a violência doméstica vivenciará a ambivalência entre amor e ódio, para além de conflitos. Brancalhone & Williams (2003) referem como consequências da violência psicológica: a agressão, o uso de drogas e/ou álcool, distúrbio de atenção e baixo rendimento escolar. Barnett (1997) destaca problemas de ansiedade, depressão, transtorno de stresse pós-traumático e problemas somáticos.

Outros fatores de risco ao desenvolvimento psicológico e social são, segundo Aiello, A. & Buonadio, M. (2003) que os pais sejam portadores de deficiência mental. Barnett, D. (1997) refere: baixa escolaridade dos pais, famílias numerosas, ausência de um dos pais, depressão materna e abuso de drogas. Maia, J. & Williams, L. (2005) acrescentam que o ambiente de negligência e hostilidade parental dirigida à criança e adolescente contribui para que estes últimos adotem distúrbios de conduta.

De acordo com Hosman, C. (2016), é importante avaliar-se o perfil de risco e forças de cada família na transmissão de doença psiquiátrica entre gerações, onde realça a atenção



particular às crianças em idade pré-natal e até aos 5 anos de idade; mães grávidas; doença mental parental crônica/múltiplas doenças; ambos os pais com doença mental; famílias com elevado conflito, abuso e negligência; famílias com história de tentativa de suicídio parental; famílias com pobreza ou com acumulação de fatores de risco.

Assim, é importante ter em conta os fatores intrínsecos da criança como a sua personalidade, a vulnerabilidade, o estado emocional e o seu desenvolvimento cognitivo, pois estes fatores condicionam a forma como ela reage em situações de adversidade.

FATORES DE PROTEÇÃO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Para Alarcão (2002), “os fatores de proteção são elementos que protegem o indivíduo de um acontecimento stressante, tal como o afeto, o suporte emocional, a existência de limites claros, a coesão, a flexibilidade, a comunicação aberta, a competência de resolução de problemas e os sistemas de crenças positivas” (p.347).

Estudos comprovam que um bom funcionamento familiar, a

existência de vínculo afetivo, o apoio e a supervisão parental são fatores protetores que reduzem a probabilidade da ocorrência de comportamentos disruptivos dos adolescentes (e destes enveredarem por comportamentos delinquentes ou de risco) e/ou desenvolverem psicopatologia.

Assim, é importante que as crianças filhas de doentes mentais sejam incluídas no processo terapêutico, de forma a se planearem e se implementarem estratégias terapêuticas, com vista não só à reabilitação dos pais como também à promoção da saúde mental dos filhos.

Holden et al. (1998) referem que a interação da criança com os pares e outras pessoas elementos exteriores à família, o baixo-nível de depressão materna, os estilos parentais adequados, uma interação com a comunidade e uma rede social estabelecida, podem ser destacados como exemplos de fatores de proteção da criança, pois podem diminuir a expectativa de consequências negativas. Neste sentido, também Hosman, C. (2016) faz a ressalva de que 1/3 dos filhos de pais com doença psiquiátrica cresce sem problemas devido à sua elevada competência social e emocional; às interações saudáveis entre pais - filhos (que oferecem cuidado, afeti- »

DESPISTE PRECOCE



vidade e segurança); ao suporte do outro progenitor; às relações próximas com os amigos; às experiências escolares positivas; à rede de suporte familiar/social que oferece apoio prático e emocional.

Rae-Grant, N., Thomas, B., Offord, D., & Boyle, M. (1989) identificam como fatores de proteção da criança o temperamento positivo, a inteligência acima da média e a competência social. No que respeita aos fatores familiares que são favoráveis/produtores, os autores referem o suporte dos pais, a proximidade da família e um ambiente de regras adequado. Relativamente à comunidade, são fatores protetores: os relacionamentos da criança com os seus pares, com outros adultos significativos e com instituições com as quais ela tenha contacto.

FUNCIONAMENTO FAMILIAR E STRESSE PARENTAL

Segundo Araújo, A. (2013), o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar é um dos mais utilizados na análise e no diagnóstico relacional familiar. Este modelo foca-se nas três dimensões – *coesão*, *adaptabilidade* e *comunicação* – que são frequentemente consideradas nos modelos teóricos

familiares e nas abordagens de terapia familiar. A dimensão *coesão* indica os laços emocionais que cada membro da família estabelece com os restantes, isto é, determina a *individualidade VS união*. Olson (2000) refere que a coesão pode variar entre os níveis “desmembrada” (nível muito baixo), “desligada” (nível baixo/moderado), “enredada” (nível moderado/alto) e “muito enredada” (nível muito alto). De acordo com o mesmo autor, o nível ótimo de funcionamento familiar quer-se nos níveis “desligada” e “enredada”; os níveis extremos “desmembrada” e “muito enredada” são considerados problemáticos, principalmente se se verificarem durante muito tempo.

A dimensão *adaptabilidade* avalia a capacidade do sistema familiar mudar a estrutura de poder, regras e o papel das relações face a uma mudança, encarada como stress situacional, avaliando como a família atinge o equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. A adaptabilidade pode variar entre o nível “rígida” (nível baixo), “estruturada” (nível baixo/moderado), “flexível” (nível moderado/alto) e “muito flexível” (nível muito alto). O bom funcionamento familiar é reflexo dos níveis “estruturada” e “flexível”, ao contrário do nível “rígida” e “muito flexível”.

A dimensão *comunicação*, estabelecida no sistema familiar, é considerada como elemento primordial nas relações interpessoais, facultando ou não oportunidades de negociação entre os elementos da família, a partir das situações de desequilíbrio.

Abidin, R. & Santos, V. (2003) elaborou um modelo multidimensional do stresse parental, defendendo que o stresse resulta da interação complexa entre características dos pais, características das crianças e variáveis situacionais que se relacionam diretamente com o papel parental. Na componente relacionada com as características dos pais, aponta: a depressão, o sentido de competência no papel parental e a vinculação parental. Relativamente às características da criança, refere: o temperamento (maleabilidade de adaptação, exigência, humor e distração/hiperatividade), expectativas dos pais (aceitação da criança) e o sentimento de se sentirem reforçados (reforço aos pais). As variáveis situacionais que contribuem para o nível de stresse experimentado pelos pais são: a relação com marido/mulher, o isolamento social, a saúde parental e a restrição de papel. Deste modo, o stresse parental determina a qualidade do funcionamento familiar, que por sua vez influencia o desenvolvimento da criança; isto justifica que a criança possa desenvolver problemas comportamentais e/ou emocionais, como consequência da disfuncionalidade parental. Existindo psicopatologia no seio da família, associada ao stresse, certamente que haverá maior probabilidade para aumentar o risco de consequências danosas na criança. A propósito, como é referido por Araújo, A. (2013): “os filhos de pais com perturbações de ansiedade apresentam um risco maior de desenvolver perturbações de ansiedade (...), filhos de progenitores que abusam de substâncias têm maior risco de desenvolver problemas emocionais ou comportamentais, estando a perturbação materna mais relacionada com o desenvolvimento de problemas emocionais e a perturbação paterna com problemas comportamentais” (p. 16).

No estudo de Campbell, S. (2017) ficou realçado que as crianças, filhas de mães com depressão, são mais vulneráveis a desenvolver um apego pouco seguro com as suas mães, a ter níveis de desenvolvimento cognitivo e de linguagem mais baixo, a serem menos cooperativas e a ter maior dificuldade em controlar a raiva e a agressividade.

Gross, E., Shaw, S. & Moilanen, L. (2008) referem que existe uma relação recíproca entre a perturbação psicopatológica

parental e a perturbação psicopatológica filial, onde é exemplificada a relação entre os sintomas depressivos maternos e comportamentos disruptivos de crianças e comportamentos antissociais nos jovens. Desta forma, e atendendo a que a disfunção familiar determina a qualidade de interações entre pais e filhos, é importante que seja feita uma abordagem integral à família, nomeadamente avaliando o seu grau de funcionalidade, preferencialmente o mais precocemente possível, para se despistarem sinais de sofrimento psíquico ou psicológico dos seus membros, nomeadamente das crianças. O grau de disfuncionalidade familiar pode ser causa ou consequência da doença mental inaugural ou do agravamento de doença mental preexistente, de pais ou filhos; o êxito do tratamento e reabilitação familiar será tanto maior quanto mais precoce for feita a intervenção de ajuda à família.

TERAPIA FAMILIAR NA PSICOPATOLOGIA

A terapia familiar com doentes mentais evoluiu da ideia de que é possível melhorar o funcionamento da família, melhorando os padrões relacionais através da comunicação, nomeadamente através da gestão de conflitos e resolução de problemas. Esta técnica terapêutica visa responder às exigências da doença de uma forma positiva associada ao comportamento do doente. Contudo, tal como é referido por Cooklin, A. & Barnes, G. (2004), nenhuma das terapias considerou ajudar os doentes no seu papel parental.

Atualmente, considera-se que a terapia familiar no contexto da psicopatologia permite promover a interação saudável entre o doente mental e os membros da família; ajudar a família na capacidade de expressão das necessidades de todos os membros (e não apenas as do doente); fomentar a socialização da família, desvalorizando o preconceito e o estigma da doença mental; desenvolver intervenções que promovem a interação entre figura parental e filho; desmistificar a zanga do(s) filho(s) para com o pai/mãe doente; fomentar a parentalidade assertiva dirigida aos comportamentos inadequados dos filhos; ajudar a criança a perceber os comportamentos dos pais associados à doença mental; ajudar o pai/mãe a consciencializarem a criança da sua irresponsabilidade relativamente à doença dos pais.

CONCLUSÃO

Apesar da evidência da literatura e dos esforços canalizados »

DESPISTE PRECOCE



para o acompanhamento de crianças e jovens, no sentido da prevenção da doença e promoção da saúde mental, assistimos ainda a um grande número de casos de crianças e jovens que entram em crise de doença. Isso leva-nos a repensar as estratégias implementadas quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível dos cuidados hospitalares e comunidade envolvente para que a atuação de todos os intervenientes seja feita em tempo útil e da forma mais eficiente possível. Sendo considerada a doença mental um problema de saúde pública, é importante realçar que o papel da prevenção e promoção da saúde mental não é apenas da responsabilidade dos pais ou dos profissionais de saúde, mas de todos aqueles que interagem direta ou indiretamente com estas crianças. A intervenção terapêutica precoce com a criança e sua família ditará o sucesso de reabilitação. É preciso que a abordagem à criança/família seja feita de forma holística, valorizando primordialmente os fatores de proteção potencialidades/oportunidades. Atendendo à unicidade da pessoa, é fundamental que as estratégias de monitorização/despiste de doença mental, em crianças e adultos, sejam continuamente reavaliadas e interpretadas tendo em conta o seu potencial e singularidade.

É igualmente importante considerar que os instrumentos de avaliação apenas nos orientem e não nos balizem, ao ponto de rotular uma criança pela sua perturbação/doença, menosprezando o seu potencial adaptativo. Só desta forma adotaremos estratégias de intervenção conscientes, significativas e adaptadas à dignidade da pessoa, promovendo-se assim o *empowerment* e *recovery* da criança/jovem e bem-estar da própria família.

Prestar cuidados ao adulto com doença mental sem ter em conta as interações entre os restantes elementos da família parece tão descabido como prestar cuidados à criança sem ter em conta a os pais e pessoas significativas e a sua saúde mental; tratando-se de dois subsistemas que se influenciam mutuamente (o parental e o filial), é imprescindível adotar estratégias terapêuticas tendo em conta o todo familiar, porque o equilíbrio familiar depende do equilíbrio de todos os elementos. Desta forma, o despiste de sofrimento emocional ou psíquico deve ser feito a todos os elementos da família, nomeadamente aos filhos, crianças e jovens de hoje, futuros pais amanhã. Apesar de a literatura atual nos elucidar para a importância do trabalho terapêutico com crianças/jovens, fi-

lhos de pais com doença mental penso que é importante que o despiste de doença mental nos filhos deva ser feito o mais breve possível, independentemente de existir um diagnóstico de doença mental nos pais. Notemos que existem inúmeros casos de doença mental subdiagnosticada com repercussões graves no funcionamento do indivíduo e da família. Neste âmbito, os Cuidados de Saúde Primários poderiam ter papel mais ativo se existissem ferramentas práticas e eficazes no despiste precoce de doença na criança.

Por outro lado, sabendo que a escola é transmissora de normas e valores para o indivíduo viver em sociedade, é importante que também ela tenha um papel ativo na promoção da saúde e prevenção da doença mental. Uma estratégia possível de articulação seria contemplar a avaliação precoce da criança/jovem nos critérios para a frequência escolar, no ensino regular e no ensino curricular alternativo, de forma a garantir-se o encaminhamento precoce de possíveis casos de sofrimento psíquico, promovendo a reabilitação da criança e melhores resultados escolares.

É preciso apostar no despiste da doença mental em crianças e jovens no plano da prevenção primária; os profissionais de saúde e comunidade envolvente deverão continuar a reunir esforços e repensar estratégias no sentido da antecipação da doença. É urgente educar e responsabilizar a família e a sociedade para a literacia em saúde mental infantojuvenil. Não nos podemos demitir do nosso dever de promover o desenvolvimento saudável das crianças, em sociedade, incumbindo toda a responsabilidade à família; é importante apoiar a família, potenciando as suas competências parentais e orientá-la no sentido de procurar ajuda especializada aos primeiros sinais de sintomatologia.

Apostar hoje na prevenção de doença mental terá ganhos a médio e longo prazo para toda a sociedade civil. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R., & Santos, V. *Índice de Stress Parental (PSI) - Manual* (1ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, 2003.
- Aiello, A., & Buonadio, M. (2003). *Mães com deficiência mental: O retrato de uma população esquecida*, 2003.
- Alarcão, M. *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.
- American Academy of Pediatrics. *The psychological maltreatment of children-technical report*. *Pediatrics*, 109 (4), pp. 1-3, 2002 In Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, no 2, 2005, pp. 91 – 103.
- Araújo, A. *Stresse Parental, Psicopatologia e Funcionamento Familiar: associações com a psicopatologia dos filhos*, 2013.

- Barnett, D. *The effects of early intervention on maltreating parents and their children*, 1997.
- Bowlby, J. *Attachment and loss: Attachment*. Londres: Basic Books, 1969 In: Pinto, A. S. *Vinculação aos pais, psicopatologia e percepção de competências parentais em mães de crianças utentes da consulta de Psicologia*, 2013.
- Brancalhona, P. G., & Williams, L. C. A. *Crianças expostas à violência conjugal: uma revisão da área*, 2003 In Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, no 2, 2005, pp. 91 – 103.
- Campbell, S. *Depressão materna e ajustamento da criança na primeira infância*. University of Pittsburgh, EUA, 2010 (vers. 2017).
- Cardoso, L. C. *Impacto da violência doméstica sobre a saúde mental das crianças*, 2001 In Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, no 2, 2005, pp. 91 – 103.
- Carvalho, A. et al. *Mães com Transtornos Mentais. Um estudo exploratório*. Vol III, nº1, art 7, 2007.
- Cooklin, A., Barnes, G. G. *Family Therapy when a parent suffers from psychiatric disorder*, 2004.
- Cox, M. J. & Paley, B. *Families as systems*. *Annu. Rev. Psychol.* 8, pp. 243-67, 1997.
- Duncan, S., Reder, P. *Children's experience of major psychiatric disorder in their parent. An overview*, 2000.
- Evans, G. W., Li, D. & Whipple, S. S., (2013). *Cumulative Risk and Child Development*. *Psychological Bulletin*, pp. 1-55, 2013 In Patranito, T. S. *Risco Psicossocial, sintomas psicopatológicos e competências parentais*, 2015.
- Gasper, J., Stolberg, A., Macie, C., & Williams, L. J. *Coparenting in intact and divorced families: its impact on young adult adjustment*. *Journal of Divorce & Remarriage*, 2008 In Ramos, E. P. *Competências Parentais Percebidas, Aliança Parental e Bem-Estar Infantil em Famílias de Risco Psicossocial*, 2013.
- George, C. & Solomon, J. (1999). *Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system*, 1999 In Pinto, A. S. *Vinculação aos pais, psicopatologia e percepção de competências parentais em mães de crianças utentes da consulta de Psicologia*, 2013.
- Gross, E., Shaw, S., & Moilanen, L. *Reciprocal Associations between Boys' Externalizing Problems and Mothers' Depressive Symptoms*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), pp. 693-709, 2008.
- Holden, G. W., Geffner, R., & Jouriles, E. N. (1998). *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington, 1998: American Psychology Association In Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, no 2, 2005, pp. 91 – 103.
- Hosman, C. *Transgenerational mental health Opportunities to prevent transmission of psychiatric problems to next generations*, 2016.
- Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, nº 2, pp. 91 – 103, 2005.
- Olson, D. *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. *Journal of Family Therapy*, 22, pp. 144-167, 2000.
- Rae-Grant, N., Thomas, B. E., Offord, D. R., & Boyle, M. H. *Protective factors, and the prevalence of behavior and emotional disorders in children and adolescents*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 1989, pp. 262-268.
- Ramos, E. *Competências Parentais Percebidas, Aliança Parental e Bem-Estar Infantil em Famílias de Risco Psicossocial*, Faro, 2013.
- Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa, 2009.
- Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020, Julho de 2017. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental.
- Teixeira, S. *A Vivência da Criança face à doença mental de um dos pais: intervenção em terapia familiar*. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 6 (1), 2015.
- Windon, C. S. *The cycle of violence*. *Science*, 244, pp. 160-166, 1989 In Maia, J. & Williams, L. *Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área*, Vol. 13, no 2, 2005, pp. 91 – 103.

NOTA

Trabalho realizado no âmbito da Pós-Graduação em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, CRIAP.

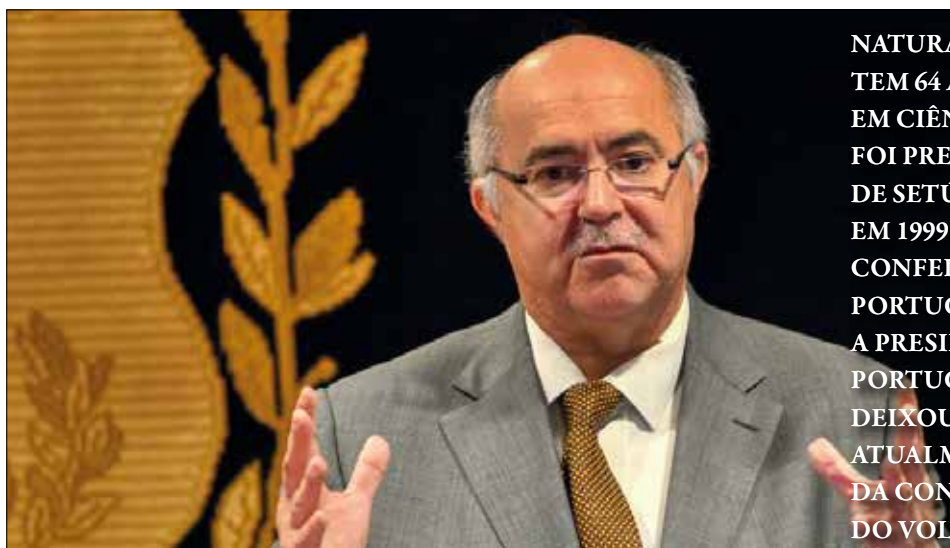
AUTORA

Raquel Cristina Caetano Domingues Enfermeira, Serviço de Psiquiatria Infância e Adolescência, Hospital José Joaquim Fernandes Beja, ULSBA

EUGÉNIO FONSECA

“O voluntário é aquele que se preocupa com a defesa da cidade”

SUSANA QUEIROGA



NATURAL DE SETÚBAL, TEM 64 ANOS E É LICENCIADO EM CIÊNCIAS RELIGIOSAS. FOI PRESIDENTE DA CARITAS DE SETÚBAL, ENTRE 1987 E 2016. EM 1999 FOI NOMEADO PELA CONFERÊNCIA EPISCOPAL PORTUGUESA PARA A PRESIDÊNCIA DA CARITAS PORTUGUESA, CARGO QUE DEIXOU EM NOVEMBRO DE 2020. ATUALMENTE É PRESIDENTE DA CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DO VOLUNTARIADO.

TERMINOU HÁ 5 MESES A SUA COLABORAÇÃO COMO PRESIDENTE DA CARITAS PORTUGUESA. QUE BALANÇO FAZ DE TODA A EXPERIÊNCIA QUE TEVE NESTE CONTEXTO?

Foi uma possibilidade de um grande enriquecimento pessoal. A experiência que adquiri na Caritas Diocesana de Setúbal, que me permitiu ingressar numa área que para mim era nova, em termos de pastoral da Igreja, foi muito importante para responder ao desafio que me foi lançado em 1999. O enriquecimento aconteceu na possibilidade de ter uma visão mais abrangente da diversidade em quatro dimensões: económica, social, cultural, onde incluo a educação, e religiosa católica. O grande desafio foi harmonizar as diferenças endógenas que existem em cada uma destas dimensões.

Tudo passou por uma aprendizagem, sobretudo de relacionamento, mas também do conhecimento específico de cada realidade. A primeira prioridade foi poder construir, dentro desta diversidade, espaços de comunhão. Comunhão na diversidade. Isto levou a um interesse muito especial pelas Caritas das dioceses que, por estas diferenças, menos possibilidades tinham de ir respondendo às exigências de cada tempo. Daí que o primeiro objetivo foi a constituição de uma Caritas em cada diocese. Elas existiam, mas com dinâmismos profundamente diferentes. Também, e porque vinha de uma realidade muito particular e desafiante que foi a crise económica de 1980, que em Setúbal se sentiu muito fortemente, a experiência obrigou-me a uma transformação do léxico social que depois me ajudou a transpor para as rea-

lidades a nível nacional. Isto passou por um investimento muito forte na formação, minha e dos agentes. A formação também tinha os seus ritmos, os níveis em termos de conteúdo tinham de ser diferentes, falamos de agentes pastoraes que vêm de níveis diferentes no âmbito da sua própria formação inicial. Outro aspeto foi dar visibilidade à ação da Caritas, procurando sempre não confundir isso com protagonismo. O que quis foi tornar a Caritas uma parceira ativa, competente, com os demais agentes de intervenção social no país. Isto trouxe outra coisa importante, pelo dinamismo que se foi gerando, é que a visibilidade trouxe mais simpatia que no final se traduziu em partilha. Se não fosse esta possibilidade de se conhecer o que já acontecia, não era tão fácil ao cidadão comum apoiar a Caritas nas suas ações. A outra perspetiva é a universalidade, que é intrínseca ao catolicismo, ou seja, trabalharmos além-fronteiras. Com isso, regressámos às Caritas Europa e Caritas Internationalis. Isto trouxe-nos um enriquecimento e uma mundivisão muito grande de troca de experiências. As visitas eram de missão e foram muito enriquecedoras. Um aspeto que quero mencionar, que nesses contactos internacionais fui recebendo, é a valorização da cultura portuguesa que tem um substrato de solidariedade que lhe é muito próprio. Um marco importante foi a criação das Caritas lusófonas no ano 2000. Algo que ficou um bocadinho aquém das expectativas que me parecem legítimas e estruturantes da ação social da igreja foi não conseguir ir tão longe, no âmbito das caritas diocesanas, de modo a que cada paróquia tomasse consciência da sua responsabilidade intrínseca, como missão evangelizadora e não prosélita da atenção aos pobres de forma organizada, repito, de forma organizada. A Igreja sempre atendeu os seus pobres, mas nem todas o faziam de modo estruturado, devidamente organizado.

O QUE É QUE A PANDEMIA DESNUDOU?

A pandemia trouxe ao de cima valores que se percebia culturalmente haver uma predominância para os evitar. Dois exemplos muito concretos: a família, que a pandemia demonstrou que é muito importante, na relação dos filhos com os pais, dos netos com avós, mas não só, até na família mais alargada e o facto de não se poder juntar para atos celebrativos. Por baixo desta camada que parecia ser mais relativista, veio-se a perceber que a relação humana é

muito importante, ao nível da família e mesmo ao nível dos indivíduos entre si e mesmo entre as instituições. Outro aspeto, um assunto muitas vezes considerado tabu, é a forma como se olhava para a morte e como se passou a olhar. Com a pandemia, e a impossibilidade de cumprir rituais que são necessários para interiorizar algo que acontece e pelo qual temos de passar inevitavelmente e, neste caso, inesperadamente, sentiu-se a necessidade do encontro com a morte, facilitado pelas relações interpessoais que deixaram de existir, também em virtude dos normativos impostos para a prevenção da COVID-19. Outro aspeto é um que ainda está em equação: a pandemia facilitou os nossos contactos. Este dinamismo do “online” gostaria de o ver transposto para o encontro interpessoal. A nível objetivo, a pandemia trouxe a descoberto a necessidade de um sistema nacional de saúde mais eficaz, com público, social e privado, de forma complementar, a concorrer para servir necessidades.

QUAIS AS ESPECIFICIDADES DO IMPACTO DA PANDEMIA NAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS?

A especificidade tem a ver muito com fatores como a própria idade, os contextos familiares, as histórias de vida já decorrida, a capacidade de formação para os valores e formação académica e os níveis de socialização das próprias pessoas. Tendo em conta estes fatores, as expressões vão sendo diferentes. Mas todas apontam para uma realidade: é que elas geram perturbações, também de níveis diferentes. Aqui está um aspeto que me parece crucial e a hora já está a passar, que é o da monitorização destas situações, onde, famílias, instâncias educativas, instâncias associativas, Igrejas, cuidados de saúde primários, todos devem estar muito atentos para perceberem o nível em que se encontra a reação do que cada um está a viver. Não tenho dúvida de que a vários níveis já estão a acontecer problemas específicos, de sentidos emocionais mais afinados, mais sensíveis, emoções essas que, se não forem bem enquadradas e suavizadas com ações alternativas, podem gerar em ausência de saúde mental. Temos que fazer um trabalho muito grande que se chama prevenção. E a prevenção está na identificação. Isto passa por uma coisa que parece ser muito difícil no campo da saúde mental que é olhar para a saúde mental como algo que não é muito bom falar porque deixa estigma. Eu deixo um apelo: é preciso congregar sinergias para que esta prevenção se »

faça e a ajuda seja atempada, sob pena de faltarem as sinergias para a recuperação que temos que fazer para a recuperação do nosso país.

AGORA ESTÁ MAIS DEDICADO ÀS QUESTÕES ASSOCIADAS AO VOLUNTARIADO. NESTA MATÉRIA E CONSIDERANDO OS FRACOS NÚMEROS DE VOLUNTARIADO EM PORTUGAL, O QUE É MAIS URGENTE FAZER?

Em primeiro lugar, é criar uma dinâmica que possa levar às pessoas a verificação da importância que o voluntariado representa para um desenvolvimento sustentável. Parece-me urgente e tem que ser feito com a ajuda de fazedores de opinião e a disponibilidade dos meios de comunicação social de levarem o que é bom ao conhecimento das pessoas. Existe uma ideia predominante de que estas questões do voluntariado são questões para preenchimento de tempos livres, que são questões de interesse exclusivamente pessoal, subjacente na ideia de que “não há almoços grátis” e que é uma prestação de trabalho incompetente, voluntarista, emocional, inadequada e até causadora de não avanços mais céleres em questões estruturais que visem a transformação de condições de vida das pessoas. Isto é uma visão deformada do que é o voluntariado. Vamos colocar o voluntariado ao nível do que é a consciência pessoal de que somos parte da solução dos problemas existentes e não basta sermos críticos da existência desses problemas. Kennedy disse sobre o seu país, mas podemos aqui aplicar, a frase “não perguntes o que a América pode fazer por ti, pergunta antes o que podes fazer pela América”. E nós estamos no campo de conceitos que correm o risco de serem menos valorizados por muito propalados e pouco evidentes. Ser voluntário é conjugar, com o trabalho remunerado que é um direito, um trabalho sem ter esse tipo de compensação, mas que os dois concorrem para o exercício de cidadania. No fundo, só me posso considerar cidadão se tenho que defender a cidade. O voluntário é aquele que se preocupa com a defesa da cidade e ninguém devia ser dispensado de ter esta consciência coletiva. A civilização predominante que coloca um preço em tudo coloca sempre mais-valias e tudo premeia, é uma civilização hedonista, desproporcionadamente competitiva e neste tipo de civilização é muito difícil vin-

gar a doação, porque ser voluntário é dar-se. Reconheço que há formas que têm sido evidenciadas de ações que se identificam como ações de voluntariado que são depreciativas daquilo que na verdade é o voluntariado. O voluntário é aquele que se dá e em Portugal, muitas vezes, também dá para ser voluntário! As nossas instituições devem estar abertas para a resposta às necessidades de cada tempo e aproveitar todo o manancial de disponibilidade dos jovens para criar um dinamismo intergeracional que conjugue a vontade com a experiência.

D. MANUEL MARTINS É UMA REFERÊNCIA NA SUA VIDA. É PRECISO AUDÁCIA PARA SER CRISTÃO?

Sem audácia não se pode ser cristão. O mês que estamos a viver, para os cristãos, ainda no fulgor da noite da Páscoa, diz-nos que todo o processo que nos leva a seguir a pessoa de Jesus, que é o que verdadeiramente é ser cristão, tem expressões dessa audácia que pode levar, como levou a S. João de Deus, a ser alcunhado de louco. Às vezes, é uma audácia tão profunda, tão exigente, utópica, na positividade da utopia, que pode ser vista aos olhos dos outros de forma muitas vezes desfocada, que parece ter motivações que podem não ser nada cristãs. Tenho pena que - como aconteceu com D. Manuel Martins ou acontece também com o Papa Francisco e outros - muitas vezes esta audácia não seja vista por muitos cristãos como uma audácia que se foi buscar à fonte do evangelho, mas como uma audácia que se retira do capital de Marx. Mas o evangelho é muito mais audaz do que todas as revoluções pós-cristãs que aconteceram. No plano humano, por exemplo, Jesus ajoelhava-se aos pés dos seus discípulos ou, no plano da fé, passamos para a audácia de olharmos para duas substâncias materiais, que para serem utilizadas têm que ser esmagadas, que é o Cristo ter ficado nas espécies do pão e do vinho. Depois vamos para a audácia de entregar a vida por inteiro, sujeitando-se a um julgamento indigno e morte violenta. Mas a audácia maior, e essa é que me galvaniza, é a de saber, embora continue um mistério, que há uma madrugada, saber que quando acreditamos e lutamos por algo que tem a ver com o bem das pessoas, a libertação das pessoas, não estamos sozinhos, porque o amor venceu a morte. Sem sonho, não somos capazes de ser cristãos. A aventura de Cristo é uma sublime audácia. ■



Irmãos de

S. João de Deus

Suplemento da Hospitalidade

S. JOSÉ E S. JOÃO DE DEUS: MODELOS DE HOSPITALIDADE

JEAN LIMA



O mês de março é revestido de um significado especial para a Igreja, e particularmente para a família hospitaleira. Nele celebramos a festa de nosso pai S. João de Deus. A sua total doação aos mais necessitados por meio do serviço da hospitalidade dá-nos a certeza de sua união íntima com Deus.

O Superior Geral¹ afirma na sua carta que o “nosso Santo padroeiro e fundador é para nós um apelo a estarmos sempre prontos a partir e a praticar a hospitalidade, coerentemente com a missão samaritana da Igreja e com quanto o Papa Francisco nos propõe: construir um mundo onde rodeia a amizade social e a fraternidade.” S. João de Deus foi um homem de posicionamento firme e decidido, soube compreender a graça da sua vocação no serviço da hospitalidade, sendo testemunha do mistério e da misericórdia de Deus.

A poetisa Adélia Prado afirma que “o que a memória ama, fica

eterno”. Podemos dizer então que S. João de Deus continua vivo e eternizado, pois o seu coração continua a pulsar forte nos inúmeros Irmãos, Vocacionados, Colaboradores, Jovens e Voluntários que vivem o carisma da hospitalidade. Até aos dias de hoje, todas as gerações da família hospitaleira dedicaram o melhor de si para manter viva a chama da hospitalidade.

Nesta ocasião, também celebramos no dia 19 a festa de S. José, esposo da Virgem Maria. Não podemos separar a figura de José da figura de Maria, uma vez que a vocação de ambos se encontra e se completa. A vocação de José, como pai de Jesus e protetor de Maria, mostra-nos claramente que Deus contou com ele no plano da salvação. Embora a sua figura apareça sempre de forma discreta nas Sagradas Escrituras, a sua vida e missão continua a ser exemplo para os nossos dias. No decurso do tempo, S. José foi “sempre amado pelo povo cris-

tão, como prova o facto de lhe terem sido dedicadas inúmeras igrejas por todo o mundo; de muitos institutos religiosos, confrarias e grupos eclesiais se terem inspirado na sua espiritualidade e adotado o seu nome; e, desde há séculos, se realizarem em sua honra várias representações sacras.”² No entanto, muito mais do que essa representatividade devocional, não nos podemos esquecer que ele é o Patrono da Igreja de Cristo.

A tradição ensina que S. José sempre foi um homem humilde e simples, que realizava o seu ofício de carpinteiro “fazendo o bem bem feito”. Foi com afeto que ele formou e cuidou da família de Nazaré. Homem sonhador e sensível, foi capaz de compreender a voz daquele que o chama e guia na vocação. Homem justo, que colocou a vontade de Deus acima de qualquer outra vontade. Quando lemos em Mateus 1, 24: “José acordou, fez como o anjo lhe tinha mandado [...]”, podemos perceber que ele não possuía respostas prontas e, mesmo no silêncio, sua vida não se silenciava diante das circunstâncias difíceis.

De maneira singular, a vida de S. José faz-nos compreender o sentido da palavra hospitalidade. Diante das incompreensões que lhe são apresentadas, silenciou. A sua hospitalidade em aceitar Maria como sua esposa é sinal de fidelidade à promessa salvífica do mistério da encarnação.

As dúvidas de S. José são guiadas pela presença constante e silenciosa de Deus, que vem ao seu encontro. Foi assim que ele assumiu a sua vocação, aquela de cuidar do Filho de Deus e de zelar pela pureza de Maria, sua esposa. Segundo Bertolin³: “A grandeza e a santidade de S. José estão unidas no cumprimento fiel da mais alta ordem divina que lhe conferia uma tal missão para ser o legítimo e natural guarda, chefe e defensor da divina família de Nazaré.” O sim de S. José contribuiu para tornar o mundo melhor e mais hospitaleiro.

Sabemos que a prática da hospitalidade é essencial para a construção de um mundo mais fraterno. Porém, para que isso aconteça, é necessário conhecer-se e conhecer o outro, aceitando as diferenças e entendendo que elas não podem ser barreiras que impedem o encontro. Deus acolhe cada um de maneira singular e única. Foi esse o exemplo deixado na parábola do Filho Pródigo. Reconhecer o outro enquanto ser singular e abrir-se à experiência do diálogo é condição para cultivar relações sadias. Deus é palavra que acolhe cada um; é verbo que se faz carne para viver próximo de cada um. Eis o mistério sublime! Por isso, não podemos viver isolados, pois a vida humana é relação.

O Papa Francisco recorda-nos que “essa foi a vida de José. Vi-

ver a sua profissão, a sua vida de homem e entrar no mistério. Um homem capaz de falar com o mistério, de dialogar com o mistério de Deus. Não era um sonhador. Entrava no mistério.”⁴ Diante deste mistério, valeria a pena rever a nossa relação íntima com Deus, olhar para a maneira como necessitamos uns dos outros. Somos seres de relação, assim como a Trindade é relação entre o Pai, o Filho e o Espírito Santo. Precisamos praticar a hospitalidade como forma de se acolher e de se relacionar com o outro. Veja o leitor como são vários e constantes os chamamentos para despertar a hospitalidade.

Neste sentido, vale a pena recordar que a nossa forma de vivenciar a hospitalidade também se externaliza no amor que dedicamos ao trabalho, que se deve caracterizar pela hospitalidade, pela qualidade, pelo respeito, pela responsabilidade, pela espiritualidade, assim como pela busca contínua de fazer sempre o “bem bem feito”.

O Papa Francisco, mais adiante na sua Carta, afirma: “Em S. José vemos como se responde à vocação de Deus: com disponibilidade e prontidão”. Por isso, almejamos render graças neste dia pelas vocações hospitaleiras de cada Irmão, Vocacionado, Colaborador, Jovem e de todos aqueles que fazem parte da família hospitaleira, contribuindo para a concretização do sonho de S. João de Deus, nos mais variados projetos e vocações. Tanto S. José como S. João de Deus são testemunhas da experiência de Deus, eles mostram-nos o caminho da hospitalidade, dando-nos razões profundas para continuar esta missão.

Vivemos um momento extremamente desafiador com a pandemia do coronavírus. Possivelmente, perdemos alguns sonhos durante este tempo de isolamento social, medos e angústias. Ainda assim, que a ousada esperança continue a visitar-nos todos os dias. Que S. José e S. João de Deus nos estimulem a nunca deixarmos de sonhar sonhos autênticos e profundos. Mais do que nunca, precisamos despertar a esperança e os sonhos adormecidos pelo desânimo da vida.

Pensemos em S. João de Deus junto aos mais necessitados, nos seus olhos atentos e no seu coração compassivo e hospitaleiro. Que ele continue a ser o nosso melhor exemplo nas nossas ações quotidianas. ■

¹ Carta Circular do Superior Geral Ir. Jesús Etayo / Solenidade de S. João de Deus. Março 2021.

² Carta Apostólica PATRIS CORDE do Papa Francisco por ocasião do 150º da declaração de S. José como padroeiro Universal da Igreja. 2020.

³ Pe. José Antonio Bertolin, 100 Questões sobre a Teologia de S. José.

⁴ Carta Apostólica PATRIS CORDE do Papa Francisco por ocasião do 150º da declaração de São José como padroeiro Universal da Igreja. 2020.

IR. AUGUSTO VIEIRA

SUSANA QUEIROGA

ASSUMIU ESTE ANO UM NOVO RUMO NA SUA ATIVIDADE HOSPITALEIRA, INCORPORANDO A NOVA PROVÍNCIA DA AMÉRICA LATINA. COMO FOI PARTICIPAR NESTA EXPERIÊNCIA DE UNIFICAÇÃO E QUE IMPACTO ESTÁ A TER NAS ESTRUTURAS PRESENTES NO BRASIL?

Efetivamente, representando o Brasil, integrei a Comissão que, com os Provinciais, ao longo de três anos, foi preparando as 3 Províncias e 2 Delegações para se fundirem, em 16 de janeiro de 2021, na Província São João de Deus da América Latina e Caribe, assim é que é o nome completo, grande como o território, estruturas e pessoas que abrange: 11 países, mais de 30 centros assistenciais, 7.000 Colaboradores profissionais e 113 Irmãos, em 25 Comunidades.

O processo implicava também uma renovação espiritual e carismática dos Irmãos, coisa difícil de medir!

Impactos no Brasil? Para já, revelou mais claramente a nossa pequena dimensão e a nossa fragilidade organizacional. Por isso só poderemos melhorar. Para já, vamos nos reunir numa só Comunidade (Itaipava) e foram encerradas, pelo menos temporariamente, as atividades assistenciais na Casa de São Paulo. Por isso, acho que a unificação só pode trazer melhorias.

QUE CAMINHOS DE UNIFICAÇÃO INTUI PARA PORTUGAL?

Hum!... e a Espanha ali tão perto! Se for necessário!

COM A EXPERIÊNCIA QUE TEVE, NESTE PROCESSO DE UNIFICAÇÃO, NECESSARIAMENTE BASEADA EM ARTICULAÇÕES, EM TERMO DE MISSÃO, COMO PODEM OS INSTITUTOS HOSPITALEIROS ARTICULAR-SE MAIS ENTRE SI?

A Hospitalidade é, por natureza, expansiva, agregadora, articulável e articuladora. Mas, quando excessivamente institucionalizada, temo que algumas dessas características fiquem ofuscadas



por coisas “razoáveis”, mas feias como competição ou medo. No processo de unificação nunca ouvi a menor referência, interesse ou desinteresse sobre articulação com outros institutos hospitalares, nem da mesma cepa nem de outras. Como podem articular-se mais? Se isso for considerado importante por todas as partes, talvez começando por pequenos projetos planeados e executados em comum.

DE TODAS AS RESPONSABILIDADES QUE TEVE NESSES QUASE 50 ANOS COMO HOSPITALEIRO, QUAL FOI A QUE CONSIDEROU MAIS DIFÍCIL E QUAL A QUE LHE DEU MAIS GOZO?

Mais difícil foi reencontrar em grandes dificuldades financeiras, as Fundações que a Ordem Hospitalera administrava, em Divinópolis, e depois ter de acompanhar, como autoridade máxima, a intervenção do Estado, seguida da passagem da administração para outras entidades. O Plano de Saúde faliu, mas o Hospital, felizmente, redescobriu o caminho da sustentabilidade e modernização, apresentando futuro promissor e mantendo o nome de S. João de Deus.

O maior gozo reparto-o por duas criações da Província Portuguesa, com muito carisma e pouca estrutura, onde coloquei muito sonho, liderança e empenho pessoal: uma com 50% dos créditos para a Ir. Laurinda e sua Congregação, chama-se Juventude Hospitaleira, em Portugal, e a outra chama-se Casa da Hospitalidade, no Brasil. A primeira tem 33 anos, cresceu muito, “hospitalidou” bastante, contaminou Portugal e depois decresceu, mas ainda mexe; a segunda mostrou ao que ia, contaminou a cidade de Aparecida do Taboado (de 25 mil habitantes), autonomizou-se (prescindindo da presença física de Irmãos), continua a “hospitalidar” e merecia reproduzir-se.

NUMA ENTREVISTA QUE DAVA À REVISTA HOSPITALIDADE, EM 2011, PARTILHAVA, RELATIVAMENTE À CASA DE HOSPITALIDADE, QUE «O NOSSO NEGÓCIO É “PELA VIDA A VIDA TODA”. COMO TORNAR ESTE MOTE ATRATIVO PARA NOVAS PESSOAS QUE QUEIRAM ABRAÇAR UM PROJETO HOSPITALEIRO?

O mote é esse mesmo: “pela vida a vida toda”. Está escrito lá na fachada da CH e na atuação dos agentes da casa, atualmente só voluntários. Ali nos disponibilizamos a favor da vida, dos vários aspetos da vida, às vezes imprevisíveis, e sem horário. A gente sabe que o nosso dia começa ao nascer do sol, mas não sabe por onde vai passar ou onde vai terminar. Certamente em coisas como uma conversa de aconselhamento, depois da missa paroquial da noite; no hospital, para acompanhar um idoso sem família; na calçada da nossa casa, brincando com crianças vizinhas; carregando sobre o tejadilho do carro um cochão que a senhora X disponibilizou para a família Y, que chegou de fora, sem nada; procurando a farmácia de serviço, para buscar e pagar um remédio inadiável para o senhor W; rezando na casa da família Z, a quem toca hoje receber o grupo da novena da Fraternidade...

É uma postura de disponibilidade para o outro, porque, afinal, as características da Hospitalidade continuam a ser a sacralidade, a universalidade, a imprevisibilidade e a concreticidade que podem conferir no livro da Espiritualidade da Ordem!.

Voltando ao mote, e para não fugir à pergunta... para “novas pessoas”, acho esse mote muito mais atrativo e mais próximo do estilo do João de Granada do que dizer-lhes, por exemplo, que venham trabalhar conosco para fazermos um hospital de maior qualidade, ou para implantarmos um novo centro as-

sistencial onde ganhamos o concurso sobre cinco entidades concorrentes. Melhor mesmo é sair, com carga mínima, na dependência recomendada no Evangelho e de olhos abertos para os sofrimentos que formos encontrando... que os há em todo o povoado, basta abriremos os olhos! Talvez pudesse resumir, dizendo que acho mais atrativos, para pessoas novas (no sentido de renovadas ou convertidas), os sites de samaritanos do que os sites de estalajadeiros.

QUE PISTAS DEIXARIA AOS JOVENS PARA PROCURAR A SUA VOCAÇÃO HOSPITALEIRA?

Que embarquem em experiências práticas de serviço aos mais necessitados, como muitos vão embarcando. Se não conseguirem descobrir outros pobres mais perto de deles, que batam às portas dos Irmãos ou de outros/as hospitaleiros/as que, por aí, tem gente precisando de vocês. O Espírito Santo fará sua parte e... quem sabe a procura, talvez lenta, tem sucesso! É o “vinde e vede” do Evangelho de João. Rezar também costuma recomendar-se.

O QUE O MOTIVOU A CRIAR O MOVIMENTO “JUVENTUDE HOSPITALEIRA” E QUE FUTURO LHE AUGURA?

Adorei conhecer as duas perguntas que fundamentam o projeto missionário dos Jesuítas para toda a Colômbia. Primeira: o que anda Deus fazendo por aí? Segunda: em quê nós podemos ajudá-lo? Com a criação da Juventude Hospitaleira acho que também nós (nós e não eu) quisemos ajudar Deus. Sim, gosto de pensar que, na origem estive o próprio Deus, “querendo fazer novas todas as coisas”. Intuímos claramente que era possível, fácil e benéfico construir uma rede, a partir das centenas de jovens que conhecíamos. E foi! Convidámos os conhecidos e eles se encarregaram de contagiar muitos outros.

Numa era pós-moderna e digital, como podemos utilizar estes meios para podermos catalisar novas vocações?

Sobre essa pergunta só tenho duas certezas: a primeira é que os jovens estão todos nas redes sociais e a segunda é que as novas vocações também estão todas lá. É impossível que uns e outras não se encontrem. Cabe a nós estar lá também, para avivar as vocações hospitaleiras, para dar-lhes mais cor, para oferecer-lhes notoriedade... e provocar o encontro, muitos encontros. E que isso seja apenas o princípio! Porque bom mesmo é o presencial. E, volto a lembrar, a hospitalidade exige concreticidade. ☒

UM CÁLICE COM MUITAS HISTÓRIAS

O Museu S. João de Deus possui nas suas coleções de Arte Sacra um cálice muito interessante pela sua simbologia bíblica e pelo trabalho de ourivesaria de grande qualidade. É proveniente do Lar S. João de Deus, em Itaipava (Brasil), da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

O cálice [PPOHSJD 1156], em prata dourada, de origem alemã, datado do século XIX, é decorado com quatro medalhões circulares na copa, os quais representam três passagens do Antigo Testamento e uma do Novo Testamento: o “Sacrifício de Isaac”, no momento em que o anjo ordena a Abraão para não sacrificar o filho Isaac (Gen. 22, 12); “Moisés envia exploradores a Canaã”, vendo-se o momento em que dois homens levam um cacho de uvas (Num. 13, 23); a “Serpente de bronze”, quando Israel é afligida por serpentes venenosas e o Senhor manda Moisés fazer uma serpente de bronze e colocá-la num poste para curar aqueles que olhassem para ela (Num. 21, 9); e o Calvário, vendo-se Cristo crucificado, com a Virgem, à sua direita, e S. João Evangelista, à esquerda. A base do cálice é também decorada com quatro medalhões circulares que representam os quatro evangelistas: S. Marcos, S. Lucas, S. Mateus e S. João.

A biblioteca do Museu S. João de Deus possui um vasto acervo de livros religiosos com gravuras que ilustram estas passagens bíblicas, dos quais selecionamos a gravura que representa “Moisés envia exploradores a Canaã”, da obra “História Bíblica e Doutrina Moral da Religião Catholica Extrahida dos Livros Santos do Antigo Testamento”, de Francisco Sarmiento, datada de 1865. 



ORDEM HOSPITALEIRA NO MUNDO

ORDEM HOSPITALEIRA REESTRUTURA PROVÍNCIAS

Na Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, dando cumprimento às decisões dos Capítulos Provinciais de 2018, nasceram duas províncias, resultado de um processo de reorganização ao nível das diferentes regiões onde a Ordem Hospitaleira tem obras assistenciais.

A primeira a ser constituída, a 26 de janeiro, foi a Província de S. João de Deus da América Latina e Caraíbas cuja assembleia decorreu, simultaneamente, de forma presencial (em Bogotá, Colômbia) e por via telemática. Foi por esta via que o Superior Geral, o Irmão Jesús Etayo, desde Roma, proferiu o Decreto de Constituição desta Província. Neste processo foram extintas, consequentemente, a Delegação Provincial do Brasil, que fazia parte da Província Portuguesa, a Delegação Geral México-Cuba-Honduras, a Província Colombiana, a Província Sul-americana Setentrional (Perú, Equador e Venezuela) e a Província Sul-americana Meridional (Argentina, Bolívia, Chile). A Província de S. João de Deus da América Latina e Caribe congrega, assim, 113 Irmãos, mais de 30 Obras Assistenciais e cerca de 7000 Colaboradores. Foi nomeado Superior Provincial o Irmão João Carlos Tovar Huertas (natural da Colômbia) e contará com 6 conselheiros, que, até maio de 2022, altura em que se celebrará o primeiro Capítulo, se encarregarão de orientar esta fase da nova Província. Já em 16 de março, em Granada, foi constituída a Província de S. João de Deus de Espanha. O Decreto do Superior Geral que a constituiu foi lido durante a Eucaristia e com esse decreto foram extintas a Província de Castela e a Província de Aragão;



a Província Bética recebeu a nova designação já mencionada e mudou a sua Sede para Madrid, centralizando aí a gestão dos 75 centros das áreas da saúde, social e académicos que em Espanha atendem quase um milhão e meio de pessoas. A nova Província de Espanha fica composta por 188 Irmãos, 15000 Colaboradores e mais de 3300 voluntários e benfeitores. Foi nomeado Superior Provincial o Irmão Amador Fernández Fernández que, juntamente com 5 conselheiros, levarão a cabo esta primeira etapa da nova província até ao seu primeiro Capítulo, que decorrerá também em maio de 2022.

Com a unificação destas Províncias, culmina o processo de reconfiguração realizado ao longo de mais de seis anos, no caso espanhol, e de cinco anos, no caso latino-americano. O objetivo destes processos de unificação é a revitalização das comunidades, melhor organização e gestão das obras assistenciais, aprimorando e rentabilizando os recursos humanos e materiais. 

REGIÃO DE FRUIL VENEZA JULIA APOIA PROJETO NO TOGO

Esta região do nordeste italiano financiou um projeto de cooperação para o desenvolvimento no valor de trinta mil euros. A candidatura foi apresentada pelo Gabinete Europa, na pessoa de Carlo Galasso. Através do projeto denominado “um apoio para o Togo”, os profissionais de saúde da residência Vila San Giusto de Gorizia, estrutura com mais de 200 camas que pertence à Província Lombardo-Véneta, partilharão e colocarão à disposição do projeto a sua experiência operativa no âmbito da emergência do coronavírus

e os seus conhecimentos anti-contágio a favor do Centro de Saúde Mental S. João de Deus situado no norte da capital Lomé, uma das poucas estruturas do Togo para pessoas com demências ou transtornos psiquiátricos. As principais atividades do projeto incluem um programa de formação digital e apoio à distância, principalmente na incorporação de medidas que reduzam a possibilidade de contágio, como seja a utilização da máscara, luvas, higienização das mãos e distanciamento físico. 

TIMOR-LESTE

RENOVAÇÃO DOS VOTOS



No dia 2 de fevereiro de 2021, os dois Irmãos escolásticos Emílio Pascoal Sarmiento e Marcos Abi fizeram a quarta renovação dos votos simples na Comunidade formativa de Díli. A renovação dos votos ocorreu durante a oração de Laudes. O Ir. José Antônio de Lima foi quem recebeu os votos destes dois Irmãos. Como testemunhas, estiveram o Ir. Bentolino Soares e o Ir. Vitorino Campos. Este foi um momento de alegria para os dois, pois renovaram o seu Sim ao carisma de Hospitalidade no Dia da Vida Consagrada. 

CURSO INTER-CONGREGACIONAL

Decorreu em Hera (Díli) o curso Inter-congregacional, no dia 26 de janeiro, destinado aos postulantes. A Eucaristia de abertura foi presidida pelo Pe. Carlito, presidente da conferência de religiosos de Timor Leste. O curso contou com 70 participantes. Da nossa Comunidade, estiveram presentes quatro postulantes: Jeremias Caet, Aleixo Amaina, Manuel Soares e Ananias da Costa. 

SOLEINIDADE DE S. JOÃO DE DEUS



No dia 8 de março, o Centro de Apoio à Saúde S. João de Deus, Laclubar, celebrou a Solenidade de S. João de Deus. A festa começou com a Eucaristia pelas nove, presidida pelo Pe. José Manuel Leonardo Machado. Depois da missa, houve uma procissão com a estátua de S. João de Deus ao redor da casa. Participaram os Irmãos de S. João de Deus em Laclubar, Postulantes, Vacionados, Colaboradores, Utentes e Bolseiros do ensino secundário. O CAS-SJD ofereceu uma merenda festiva a todos, num momento de confraternização com os convidados. Na hora da merenda, o Pe. José Manuel leu a carta que o Superior Provincial redigiu para o dia da festa de S. João de Deus e partilhou connosco a vida de S. João de Deus. A festa encerrou-se no período da tarde com a plantação de uma árvore de fruto e com um jogo voleibol entre Irmãos, Colaboradores, Utentes e bolseiros. 

DIA MUNDIAL DO DOENTE

No dia 11 de fevereiro, celebrámos o Dia Mundial do Doente no Centro de Apoio à Saúde de S. João de Deus (CAS-SJD), em Laclubar. Começámos com a Eucaristia na capela S. João de Deus, presidida pelo Pe. José Manuel Leonardo Machado. Depois da missa, o Pe. José Manuel administrou o sacramento da unção dos enfermos aos doentes no CAS-SJD Laclubar. 

LUGAR AOS JOVENS

CARNAVAL HOSPITALEIRO ONLINE

Chegamos ao primeiro trimestre do ano. E com ele uma das festas mais esperadas e que alegria Jhovens e Residentes: o Carnaval! Este ano, a incerteza do que fazer impunha-se devido à pandemia. Contudo, a equipa da Pastoral Juvenil e Vocacional das Casas de Saúde de Areias de Vilar e Barcelos tomou em mãos este desafio (mais um!) e avançou com o Carnaval Hospitaleiro Online, que teve boa adesão de Jhovens, com cerca de vinte participantes, e com a adesão de alguns Residentes, sobretudo das Casas de Areias e do Telhal.

Como qualquer atividade presencial, também no virtual houve momentos diversificados: de apresentação, de dinâmicas, de desafios diários, de oração e, claro, de festa. A pandemia trouxe muitos impedimentos, mas um coração hospitaleiro sabe sempre reinventar-se. Foi o que aconteceu. O objetivo principal de manter, reforçar e até criar vínculo entre Jhovens e Residentes foi alcançado. Ficou em todos a boa experiência e a esperança de que para o próximo ano esta atividade possa já ocorrer presencialmente. Ainda assim, uma coisa é certa: online, ou presencial, no Carnaval festa haverá sempre. Porque um Carnaval para ser Carnaval tem de ser hospitaleiro. E num Carnaval hospitaleiro tem de haver obrigatoriamente festa. Este ano não foi exceção!  DAVID BARBAS

VIGÍLIA DE S. JOSÉ

Na Comunidade dos Irmãos do Telhal, aconteceu na sexta-feira, dia 19 de março, a Vigília em memória litúrgica de São José. Momentos de orações e reflexões da Carta Apostólica Patris Corde do Papa Francisco, por ocasião do 150º aniversário da Declaração de São José como padroeiro Universal da Igreja. A celebração ganhou um significado especial, com a participação de inúmeros jovens, Irmãos, Irmãs e amigos da Ordem. O Irmão Jorge, juntamente com seus familiares, prestou uma singela homenagem a S. José com um vídeo musical. No final, todos rezaram pedindo a S. José pelo fim da pandemia do coronavírus. 

JUVENTUDE HOSPITALEIRA RUMO ÀS JMJ2023

No último sábado de cada mês, a Juventude Hospitaleira reúne-se para realização das Catequese rumo a JMJ2023.

A Catequese #0 realizou-se no dia 16 de janeiro com o tema “Levanta-te e põe-te a caminho”. Começámos a preparar-nos espiritualmente para este longo caminho, verificando que temos quatro símbolos que nos devem acompanhar: a mochila, a cruz, o bastão e a bíblia. Maria, modelo da Hospitalidade, apresenta-se a unidade da Juventude Hospitaleira que se lança neste percurso de fé de vivência com os inúmeros jovens.

A Catequese #01 realizou-se no dia 20 de fevereiro com o tema “Levanta-te e diz sim”, que vem na continuidade da Catequese #0 realizada no mês anterior. O encontro, com base nas orientações do “Rise Up”, teve espaços de partilha, escuta, oração, reflexão, autoconhecimento e formação, favorecendo uma rica experiência rumo à JMJ2023. 

ENCONTRO VOCACIONAL



No dia 31 de janeiro aconteceu, através da plataforma zoom, o Encontro Vocacional dos Irmãos e das Irmãs. Participaram deste momento jovens das várias comunidades de Portugal. O encontro teve como tema: “Conectados com a vocação” e aprofundou-se a temática do discernimento vocacional. Durante o encontro, houve momentos de partilha e escuta das experiências vocacionais, motivações, missão e carisma.

Quem desejar conhecer a

Ordem dos Irmãos de S. João de Deus e participar nas nossas atividades juvenis e vocacionais, pode escrever para a Pastoral Juvenil e Vocacional. E-mail: pjv@isjd.pt. As atividades são abertas a todos. 

FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS

ACONCHEGAR – UMA MISSÃO BEM-SUCEDIDA

A iniciativa ACONCHEGAR, iniciada a 9 de dezembro, numa parceria conjunta da Fundação S. João de Deus e da International Association of Microsoft Channel Partners - IAMCP Portugal (associação de Parceiros Microsoft em Portugal) atingiu, nesta última semana da sua vigência, as 250 camas doadas a hospitais e estruturas de retaguarda de 14 distritos do nosso país, num total de 18 entidades diretamente envolvidas no cuidado a pessoas com COVID. No que respeita a apoios, o empresário Nuno Miguel Guerra, CEO da empresa CreateIT, destacou “a capacidade de todos em compreender a importância de mobilizar a energia de pessoas e empresas na ajuda aos hospitais nacionais”. Já Rui Ferreira Amaral, presidente da Fundação, deixa a nota de que “foi muito importante reconhecer o envolvimento individual de cada um dos cerca de 1500 benfeitores que, no seu conjunto, doaram mais de 150 000 euros. As empresas doaram, mas o esforço de cada pessoa envolvida foi determinante para que as camas chegassem onde eram necessárias”. 

BOLSAS DE ESTUDO DE MÉRITO EM TIMOR-LESTE



Desde 2018, quer em Timor como em Moçambique, a Fundação S. João de Deus dinamiza a iniciativa Bolsas de Estudo de Mérito (BEM). No caso da Lacubiar (Timor-Leste), são apadrinhados jovens que fazem volun-

tariado no Centro de Saúde Mental e cujas famílias são acompanhadas pelos Irmãos S. João de Deus. Graças aos benfeitores e amigos comprometidos com esta iniciativa, este ano, já estamos a ajudar 22 jovens em Timor-Leste a prosseguirem os seus estudos e a viverem os seus sonhos. O valor da bolsa anual é de 100€ e visa contribuir para o pagamento de propinas e material escolar e não exige compromisso para o ano seguinte. Todos os jovens já têm o seu padrinho e madrinha (no total são 21), tendo iniciado a escola secundária no final do mês de janeiro.

Para ser Padrinho ou Madrinha, basta querer fazer o BEM. E, em breve, vamos precisar de ajuda para apoiar os jovens do BEM Moçambique. Esteja atento. 

QUER FAZER A DIFERENÇA NA VIDA DE UMA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL?



a uma instituição à sua escolha. E tudo isto, sem qualquer custo para si, pois este valor (0,5%) é-lhe sempre retirado. E, se não identificar a instituição que quer apoiar, o Estado receberá a totalidade do seu IRS liquidado. Sempre. Assim,

Todos os anos, tem de fazer o seu IRS. Todos os anos, tem de dar o imposto ao Estado. E, todos os anos, tem a possibilidade de doar uma parte do seu IRS (os tão falados 0,5%)

a nossa questão é: prefere dar os 0,5% do seu IRS ao Estado ou a uma instituição social? Se a sua resposta é a uma instituição social, então continue a ler esta mensagem, pois ela foi feita a pensar em si.

Esta é a oportunidade que tem de continuar a ajudar a Fundação S. João de Deus, sem custos para si. Fazer a consignação de 0,5% do IRS à Fundação S. João de Deus é um pequeno gesto para si, é simples e fácil e faz toda a diferença na vida de uma pessoa com experiência de doença mental. Ajude-nos a continuar a missão de S. João de Deus. Este ano, consigne 0,5% do IRS à Fundação S. João de Deus (NIF 507 807 987). 

MEMÓRIAS DA FAMÍLIA HOSPITALEIRA



IR. JOSÉ GONÇALVES ROSA

Nasceu a 15.09.1925, na freguesia Bofinho-Pelmá, Concelho de Alvaiázere, Diocese de Coimbra. Ingressou no Postulando a 18.03.1942 e no Noviciado a 04.03.1943.

Fez a Profissão Simples a 19.03.1944
e a Profissão Solene a 16.09.1949.

O Ir. Rosa concluiu o Curso de Enfermagem Geral, em 1949. Algum tempo depois, em 1952, foi enviado, como missionário hospitaleiro, para a Gafaria «Dr. Aires Pinto Ribeiro» em Naueia, Moçambique, onde exerceu as funções de Enfermeiro. Em 1956, foi nomeado Diretor Administrativo desta Gafaria. Entre 1959 e 1962, desempenhou também o cargo de Delegado Provincial em África.

Em 1962, foi nomeado Diretor Administrativo do Hospital-Granja de Namaíta, em Nampula. Em 1966, foi para Lourenço Marques, para supervisionar a construção do Hospital Psiquiátrico de S. João de Deus do Infulene, cujas obras duraram três anos. Nessa altura, foi nomeado Superior da Comunidade em Luanda, Angola, onde esteve até 1975. Regressou a Portugal e, entre 1977 e 1983, foi Superior das Casas de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada, e da de S. José, em Vilar de Frades.

Em 1983, foi nomeado Delegado Provincial do Brasil. Em 1986, voltou à Casa de Saúde S. Miguel, nos Açores. Três anos depois, entrou na Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos. Regressou, em 1993, à Casa de Saúde S. Miguel, tendo sido eleito Superior em 2001.

Celebrou as Bodas de Ouro a 19.03.1994, na Casa de Saúde S. João de Deus em Barcelos. Faleceu a 17.09.2010, no Hospital do Espírito Santo, em Ponta Delgada, com 85 anos de idade e 66 anos de Profissão religiosa.

Nota: Por respeito a uma vida inteira consagrada à Hospitalidade, o Museu SJD reconhece o lapso biográfico do nº 330 desta revista, corrigindo-a na presente biografia.



Irmãos missionários em Moçambique. Década de 1960

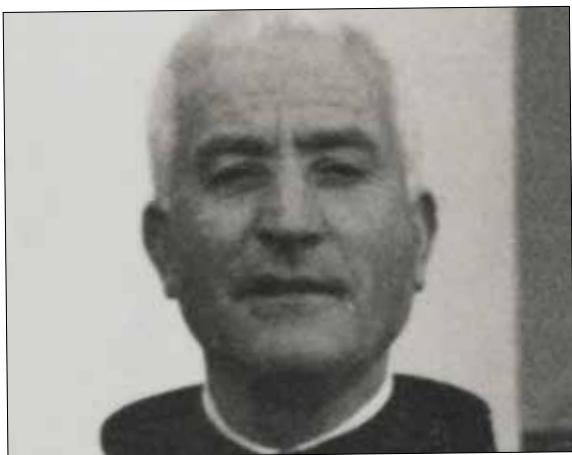


Irmãos com os jovens da Escola Apostólica em Nampula. Moçambique, 1969



Casa de Saúde S. Miguel. Celebração do dia da Imaculada Conceição. Açores, dezembro de 2005

MEMÓRIAS DA FAMÍLIA HOSPITALEIRA



IR. ANANIAS MIGUEL GUIOMAR

Nasceu a 11.08.1892, na freguesia de Albardo, Distrito e Diocese da Guarda. Ingressou no Postulantado a 07.11.1920 e no Noviciado a 18.01.1921. Fez a Profissão Simples a 19.01.1922 na Casa de S. José de Carabanchel Alto, em Espanha, e a Profissão Solene a 19.01.1925, na Casa de Saúde S. João de Deus, no Funchal. O Irmão Ananias “foi sempre o Irmão fervoroso com Deus e dinâmico no serviço do próximo. [...] não era de águas mornas; trabalhava e fazia trabalhar.”

Enquanto esteve em Espanha, “cuidou de crianças aleijadas”. Regressando a Portugal, em 1923, fez parte da Comunidade da Casa de Saúde S. João de Deus, no Funchal, onde foi esmoleiro. Em 1927, foi para a Casa de Saúde do Telhal, onde ficou encarregado da agricultura e dos empregados da Casa.

Entre 1934 e 1947, esteve nos Arquipélagos dos Açores e da Madeira, nas Comunidades das Casas de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada, na de S. Rafael, em Angra do Heroísmo e na de S. João de Deus, no Funchal. Nestas Casas exerceu diversos ofícios, como o de guarda noturno, de cozinheiro, de despenseiro ou de sacristão.

O Ir. Ananias gostava muito de plantas e flores e, onde quer que chegasse, começava logo a surgir um jardim sob a sua orientação. Assim aconteceu na Casa de Saúde S. João de Deus no Funchal, onde chegou a “ter reunida a mais completa coleção de plantas ornamentais de toda a Ilha e admirava a todos o modo como ornamentava a Igreja para as grandes solenidades.”

Em 1953, foi para o Hospital Infantil de S. João de Deus, em Montemor-o-Novo. Em 1957, entrou na Comunidade da Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos. Nesta Casa, faleceu a 14.05.1965, com 72 anos de idade, dos quais 44 anos como Irmão de S. João de Deus.



Inauguração da Igreja da Casa de Saúde S. João de Deus. Visita do Bispo do Funchal, D. António. Funchal, 29 de Junho de 1943



Visita do Bispo Auxiliar, D. José Pedro da Silva, ao Hospital Infantil S. João de Deus. Montemor-o-Novo, 9 de Dezembro de 1956



Visita do Superior Provincial, Ir. José Joaquim Fernandes, à Comunidade do Hospital Infantil S. João de Deus. Montemor-o-Novo, 1956.

TELHAL

VACINAÇÃO COVID-19: CASA DE SAÚDE DO TELHAL, PRIMEIRO HOSPITAL PSIQUÁTRICO DO CONTINENTE A VACINAR UTENTES



No dia 20 de janeiro, arrancou o Plano de Vacinação contra a COVID-19 na Casa de Saúde do Telhal. No dia em que se celebra a Conversão de S. João de Deus, chegou até nós a primeira dose da vacina e deu-se início ao processo de vacinação, honrando-nos a distinção de ser a primeira instituição psiquiátrica de Portugal Continental a vacinar não apenas os seus profissionais, mas também os seus Utentes, naquele que se constitui como mais um passo deveras significativo para o combate a uma pandemia que, em definitivo, há já mais de um ano assola e marca a história da humanidade. [1]

VOLUNTARIDO EM TEMPO COVID: JOVENS “COMVIDAS



Durante os meses de janeiro e fevereiro, numa fase de maior azáfama pandémica vivida na Casa de Saúde do Telhal, muito agradecemos aos jovens “ComVidas” a ajuda que voluntariamente vieram prestar nas Unidades, colmatando assim algumas baixas sentidas na equipa de Colaboradores. [1]

CAMINHADAS QUARESMAIS

Com o chegar do bom tempo, pintado com as cores da Primavera, regressam também as caminhadas quaresmais dos Utentes da Casa de Saúde do Telhal, pela Serra da Carregueira, abraçando um espírito de liberdade e reflexão, num encontro com a natureza e com as pequenas coisas que dão sentido à vida. [1]

DIA DE S. JOÃO DE DEUS

A intensidade hospitaleira adquire uma especial expressão neste dia em que se faz memória de S. João de Deus. Depois de uma emotiva Eucaristia - e que mesmo à distância os Utentes puderam acompanhar, com recurso às tecnologias, que permitiram fintar o confinamento - o andor com a imagem do Pai da Hospitalidade percorreu as diversas Unidades e Serviços, tornando-se próximo de Utentes e Colaboradores. [1]



DIA MUNDIAL DO DOENTE

Tendo em conta as medidas de contingência internas à Covid-19 e ao encerramento da Capela do Estabelecimento, a celebração eucarística do Dia Mundial do Doente foi observada a 11 de fevereiro, via televisão nas Unidades de Internamento. Apesar desta situação, o Sacramento de Unção solicitado pelos doentes foi administrado pelo capelão nas respetivas unidades. [1]

COMEMORAÇÃO DE S. JOÃO DE DEUS



A Casa de Saúde preparou-se para o dia festivo da Solemnidade S. João de Deus com realização da Novena pelas Unidades de Internamento.

No dia 08 de março, a celebração eucarística teve lugar na Capela da instituição, com participação representativa dos membros da Família Hospitalreira entre Irmãos, Utentes, Colaboradores e Voluntários. Devido às condicionantes, a celebração foi posteriormente transmitida nas televisões das Unidades, bem como a distribuição de lanches. Para o desfecho, no dia 12 de março proceder-se-á a entrega de prémios aos vencedores do Concurso S. João de Deus. [1]

CARNAVAL NA CASA DE SAÚDE



A Casa de Saúde S. João de Deus comemorou o Carnaval no dia 15 de fevereiro, nas Unidades de Internamento, seguindo as medidas de segurança em contexto de pandemia.

Esta quadra festiva foi assinalada de forma diferente, com um baile trapalhão em cada Unidade, sem grupos do exterior, num ambiente enfeitado e com música, proporcionando aos Utentes momentos de alegria e de descontração. Para o lanche, não faltaram as malassadas recheadas com mel para relembrar a tradição madeirense. [1]

COMEMORAÇÃO DO DIA S. JOSÉ 2021



O Papa Francisco determinou a 8 de dezembro de 2020, que este ano seria o Ano Especial dedicado a S. José, pedindo a sua proteção universal. Com a retoma do culto presencial a 9 de março, realizou-se a Novena a S. José na Capela em horário estabelecido para cada Unidade. A 19 de março, realizou-se uma missa campal na Unidade dos Agudos, S. José e posteriormente, um lanche para as pessoas assistidas naquela valência. [1]

ANGRA DO HEROÍSMO

VACINAÇÃO: A ESPERANÇA POSSÍVEL



A Casa de Saúde S. Rafael integrou a primeira fase do plano de vacinação regional contra a covid-19. No dia 6 de janeiro, utentes e profissionais, sob a gestão de 3 enfermeiros da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, foram inoculados com a segunda dose a ocorrer no dia 27 de janeiro, e sem reações dignas de registo. 

ANIVERSÁRIO DA UNIDADE DE ALCOOLOGIA

Inaugurada no dia 1 de fevereiro de 1999, a Unidade de Alcoologia da Casa de Saúde São Rafael, conta com um programa de intervenção estruturado, e certificação de qualidade no referencial EQUASS, desde janeiro de 2015.

Dotada de uma equipa multidisciplinar especializada, já deu resposta nos Açores a cerca de 2000 internamentos, bem como apoio aos respetivos familiares/pessoas de referência envolvidos no processo de reabilitação do utente.

Com um programa com duração mínima de 3 semanas, apresenta um plano de intervenção holístico, abordando os diferentes contextos de vida, de modo a favorecer o alcance e/ou manutenção da abstinência alcoólica

A unidade recebe utentes do sexo masculino e feminino, numa doença que nos tempos atuais está cada vez mais presente na nossa sociedade, celebrou este ano o seu vigésimo segundo aniversário. 

VISITA DO SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE

No dia 3 de fevereiro, a Casa de Saúde S. Rafael recebeu a visita do Secretário Regional da Saúde e Desporto, Dr. Clélio Meneses, que se fez acompanhar pelo Diretor Regional da Prevenção e Combate às Dependências, Enf. Pedro Fins. Após uma apresentação Institucional, tomou conhecimento de todas as respostas assistenciais em curso, dinâmicas internas, dificuldades e projetos futuros, comprometendo-se com um acompanhamento de maior proximidade, e um olhar atento para as necessidades das pessoas com doença mental. 



FESTA DE S. JOÃO DE DEUS



O Papa Francisco disse certo dia a seguinte frase: “Como seria belo, se cada um de vós pudesse ao fim do dia dizer: hoje realizei um gesto de amor pelos outros”.

Ao longo dos 93 anos de história da Casa de Saúde S. Rafael, todos aqueles que por aqui passaram, e os que por cá andam, quer cuidadores, quer cuidados, realizam diariamente esse gesto de amor pelos outros. No dia de S. João de Deus, homenageámos todos eles, e reconhecemos todos esses gestos de amor, através do trabalho e dedicação de 25 anos de um deles: o auxiliar de ação médica Paulo Jorge Costa Rodrigues. 

DEMENTIA RIGHT

Nos passados dias 25 e 26 de fevereiro, realizou-se por vias telemáticas a reunião de lançamento do projeto DEMENTIA RIGHT. Este projeto, desenvolvido por um consórcio internacional liderado pela CSSJD-B, é financiado pelo Programa Europeu ERASMUS + e tem como objetivo principal desenvolver uma Abordagem Baseada nos Direitos Humanos para as pessoas com demência, complementar à Abordagem Centrada na Pessoa.

Com a sua evolução, a demência pode provocar alterações que dificultam a participação plena na comunidade das pessoas com demência, quer seja através da alteração da sua capacidade de exercer o seu direito de voto de forma informada, por exemplo, quer através da limitação à sua participação social, ou da capacidade de reivindicar os seus interesses e direitos fundamentais. Caberá, nesta fase, aos seus cuidadores, formais ou informais, e à sociedade no global, a missão de assegurar que a sua voz é ouvida em todas as decisões que lhe dizem respeito e que a sua opinião e vontade são valorizadas e respeitadas. Contudo, nem sempre auxiliar a tomada de decisão das pessoas com demência é uma tarefa fácil para quem as

acompanha, dadas as possíveis alterações de perceção e comportamento que a demência pode provocar, conduzindo por vezes os seus cuidadores ao dilema da autonomia versus segurança.

Com o lema “nada sobre nós, sem nós”, este projeto tem como premissa garantir que é a voz das pessoas com demência a guiar o desenvolvimento dos seus objetivos específicos, que passam por co-construir uma Carta dos Direitos das pessoas com demência, um Manual Europeu da Abordagem Baseada nos Direitos Humanos para disseminação gratuita pelos diferentes profissionais que atuam nesta área de intervenção e ainda uma Plataforma Digital para disseminação e suporte à implementação desta abordagem na Europa, bem como diversos recursos pedagógicos traduzidos nas diferentes línguas do consórcio.

Neste desígnio, juntam-se ao ISJD, as Associações Portuguesa e Grega de Alzheimer, o Hospital St. Josephs Shakill da Ordem Hospitalreira (Irlanda), a Universidade de Oviedo (Espanha) e organizações ligadas à educação social e direitos humanos na Turquia (BUHAYAD) e Portugal (Amnistia Internacional Portugal). 

4º ANIVERSÁRIO DO CAFÉ MEMÓRIA DE BARCELOS



O Café Memória de Barcelos celebrou, no passado dia 13 de fevereiro, quatro anos de existência, de encontros e de convívio entre pessoas com problemas de memória ou demência, seus familiares, amigos e cuidadores. A data foi assinalada no formato virtual – o Café Memória Fica em Casa –, que possibilitou reunir numa só sala da Plataforma Zoom, mais de 120 pessoas

de Barcelos e de todo o país. Mantendo o formato inicial do Café Memória, esta sessão dinamizada pela equipa de Barcelos contou com a presença de dois oradores convidados, a escritora Fátima Marinho e o médico psiquiatra Zeferino Ribeiro, que num diálogo entre arte e medicina discutiram esperança, com alusão à lenda do Galo de Barcelos, e saúde mental, principalmente em tempos de pandemia. Todos os participantes foram convidados a interagir colocando não só questões concretas relacionadas com o tema, mas também partilhando experiências de vida. Esta sessão especial de aniversário terminou com um soprar velas virtual e a típica fotografia de grupo.  DÂNIA CERQUEIRA (ESTAGIÁRIA LICENCIATURA CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO UTAD)

PONTA DELGADA

CARNAVAL 2021

A atual situação pandémica não nos permitiu celebrar o Carnaval da habitual forma, no entanto, não deixámos de o comemorar nas diversas Unidades e Serviços.

O Serviço de Animação promoveu o concurso online “A Máscara de Carnaval”, cujos vencedores foram as unidades S. Ricardo Pampuri e S. Bento Menni. Foi uma atividade diferente, que permitiu dar também a conhecer uma outra vertente do trabalho que é desenvolvido na nossa Casa.

Paralelamente a esta atividade, foram ainda levadas a cabo atividades nas diversas Unidades, de acordo com as solicitações os Utentes. 



DIA MUNDIAL DO DOENTE

À semelhança do que tem acontecido nos anos anteriores, o dia 11 de fevereiro, Dia Mundial do Doente, foi assinalado com a celebração da Eucaristia, animada pelo Grupo Coral Hospitaleiro. 

BEATO JOSÉ OLALLO VALDÉS



No dia 12 de fevereiro, Utentes e Colaboradores da Residência José Olallo Valdés reuniram-se em momento de oração para celebrar o dia do patrono da sua unidade. 

FESTA DE S. JOÃO DE DEUS E DIA DA MULHER

As festividades em honra de S. João de Deus tiveram início com a novena a S. João de Deus, no dia 27 de fevereiro, na Igreja S. João de Deus, animada pelo Grupo Coral Hospitaleiro.

No dia 8, a família hospitaleira reuniu-se para celebrar a Festa de S. João de Deus, com eucaristia solene, presidida pelo Rev. Pe. José Fernandes, antigo capelão da Casa, que muito nos honrou com a sua presença.

Foram homenageados os Colaboradores José Amaral, José Mateus Braga Chaves e Pe. José Fernandes, que se reformaram. A todos os Colaboradores, foi entregue uma pequena lembrança alusiva ao dia, realizada pelos Utentes do Centro Ocupacional Ir. Brás, assim como uma lembrança a todas as mulheres, assinalando também desta forma o Dia Internacional da Mulher. 



TRADICIONAL PROCISSÃO EM HONRA DE S. JOÃO DE DEUS “DIFERENTE” EM TEMPO DE CONFINAMENTO



A Cidade de Montemor-o-Novo viveu no dia 8 de março um dia de festa e de procissão em honra de São João de Deus, bem diferente do que era habitual nos anos anteriores. Aquela que era tradicionalmente uma das maiores procissões anuais, na terra natal de S. João de Deus, ficou completamente reduzida no número de participantes devido à pandemia. Participaram apenas os Bombeiros Municipais que, no seu “velhinho” carro, transportaram o Andor com a Imagem de S. João de Deus desde a Igreja Matriz até à igreja do Hospital. É certo que tanto à saída como à chegada algumas

personas ou por curiosidade ou por devoção ali se encontravam. No percurso por algumas das artérias da cidade, alguns curiosos ou transeuntes paravam para ver o que se passava, talvez pelo som da coluna donde um som de fanfarra, à frente da viatura dos Bombeiros, anunciava a passagem do mais ilustre montemorense, o pai dos pobres e patrono dos doentes e hospitais, bombeiros e livreiros, S. João de Deus. Chegados ao Hospital de São João de Deus, os bombeiros retiraram o andor da viatura e deu-se a bênção com as relíquias do Santo aos doentes que aguardavam no terraço, aqueles que podiam, que de imediato se dirigiram para o coro da Igreja onde participaram na Missa em honra do Fundador. Foi uma celebração simples, presidida pelo Cônego José Moraes, pároco de Montemor, e concelebrada pelo Capelão do Hospital, Padre Álvaro Lavarinhas. Participaram alguns Colaboradores, os Irmãos, cantores e leitores. No final da celebração, por ser o momento mais solene, foram entregues títulos de reconhecimento e as respetivas medalhas pelos 25 anos de serviço na Instituição aos Colaboradores: Edite Menino (fisioterapeuta) e Jaime Oliveira (segurança e manutenção). A eles, os nossos parabéns e felicitações. Que S. João de Deus continue a inspirar-nos a viver a Hospitalidade à sua maneira! 

DIA MUNDIAL DO DOENTE E QUARTA-FEIRA DE CINZAS

Apesar das circunstâncias atípicas e com as devidas precauções, conseguiu-se realizar uma série de atividades. No dia 11 de fevereiro, realizámos o Dia Mundial do Doente com a celebração da Eucaristia e a administração do Sacramento da Unção dos Doentes àqueles que o solicitaram.

Na Quarta-feira de Cinzas, dia 17 de fevereiro, de acordo com as recomendações da Santa Sé e da Conferência Episcopal Portuguesa, celebrámos a Eucaristia com o Rito da Imposição das Cinzas. Tanto numa celebração como na outra, houve uma participação significativa de Utentes. 

ENTRUDO NO HSJD

Este Carnaval, na impossibilidade de contar com a participação dos Utentes para a animação e participação no desfile de máscaras,



alguns Colaboradores rigorosamente envergando os trajes alusivos e representando figuras de animação (como a Rosinha, o Rei Momo e Speedy Gonzalez) passaram pelas unidades e serviços, dando um ar de graça, animando e fazendo rir os doentes, e não deixaram passar ao lado o Carnaval que faz parte do imaginário de muitas pessoas. 

VILAR DE FRADES | GELFA | MELGAÇO

AREIAS DE VILAR CELEBRA O DIA DE S. JOÃO DE DEUS



No dia 8 de março, celebrou-se o dia de S. João de Deus. Numa época atípica e com um misto de emoções, os Colaboradores deixaram de lado o habitual convívio para prestar apenas uma homenagem ao grande legado deixado pelo patrono. O dia iniciou-se com uma oração no exterior da instituição, junto à portaria, onde se encontrava um altar ornamentado pela equipa da PSA.



Nas unidades de internamento, o dia ficou marcado pela visualização de um vídeo de teatro de sombras, retratando uma das passagens da vida de S. João de Deus e acompanhado com uma oração, entre outras dinâmicas. O dia foi marcado de forma positiva com grande envolvimento dos Utentes. O espírito de manter viva a memória de S. João Deus continua presente no dia-a-dia de todos nós. 

EM MELGAÇO HOVE CANTAR DAS JANEIRAS

No dia 20 de janeiro, cumpriu-se a tradição de Cantar as Janeiras, na Unidade de Cuidados Continuados de Melgaço, e desta vez os Utentes não saíram à rua, mas receberam um lanche tradicional, com salpicão, chouriça e o Bolo-rei. Um pequeno gesto que fez deste dia um dia muito original para todos. 



DIA DA AMIZADE, CARNAVAL, S. JOÃO DE DEUS E DIA DA MULHER ASSINALADOS NA GELFA

No dia 14 de fevereiro, celebrou-se na Unidade de Saúde da Gelfa o dia da Amizade. Foi pedido aos Utentes que completassem a frase “Amizade é...”. Muitas foram as respostas que realçaram a importância da amizade e dos afetos. Nestes tempos de pandemia, mais do que nunca, receber uma palavra/chamada amiga reconforta e dá força para continuar nesta luta.

Noutra perspetiva, este ano não se festejou o Carnaval no Sambódromo, nem em Estarreja nem em Loulé. Mas festejámos na Unidade de Saúde da Gelfa! Os Utentes participaram na elaboração das máscaras e, no dia do entrudo, fez-se uma festa de carnaval, com direito a música e alegria!

Já o 8 de março é um dia duplamente especial para a Unidade de Saúde da Gelfa: festeja-se o Dia de S. João de Deus e o Dia Internacional da Mulher. Este ano, celebrou-se com a Eucaristia e a entrega de uma flor a cada mulher. Para além disso, foi ainda proporcionada às utentes da unidade a oportunidade de se pentearam, maquilharem e pintarem as unhas, fazendo-as sentirem-se especiais e ainda mais bonitas! 

VACINAÇÃO CSJA



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a vacinação é a “pedra angular da cobertura universal de saúde e vital para alcançar a saúde ideal para todos”, uma vez que previne o aparecimento de doenças tornando possível a sua erradicação, eliminação ou controlo. Assim, permite melhorar o bem-estar da população e contribuir para a eficiência e sustentabilidade dos Serviços de Saúde, sendo um fator de desenvolvimento.

No atual contexto pandémico, a vacina contra a Covid-19 constitui-se como a principal esperança para controlar a disseminação do vírus, oferecendo um nível de proteção individual e coletiva.

Atravessamos tempos desafiantes, de resiliência, de reinvenção, e na Clínica S. João de Ávila a esperança foi renovada no dia 12 de fevereiro, quando se iniciou a vacinação dos Colaboradores e Utentes contra a Covid-19. Um trabalho de equipa multidisciplinar que decorreu em articulação com o ACES de Lisboa Norte e RNCCI, permitindo vacinar numa primeira fase 59 Colaboradores e 61 Utentes. Cumprindo as orientações da DGS, a CSJA continua ativa no cumprimento do plano de vacinação, contribuindo, assim, para um bem-estar individual e coletivo. Para além disso, a CSJA mantém o reforço do cumprimento das medidas preconizadas para a proteção e contenção da transmissão, nomeadamente o uso de máscara e o distanciamento social, mantendo vigente o seu Plano de Contingência. [H](#)

PRÉMIO S. JOÃO DE DEUS PARA A INVESTIGAÇÃO ESCOLHE O ARTIGO PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO - PROPOSTA PARA UNIFORMIZAÇÃO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



Foi vencedor do Prémio S. João de Deus para a Investigação o artigo Plano Individual de Intervenção – Proposta para uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, da autoria da colaboradora Filipa Reis. Este artigo é resultante da Tese de Mestrado com o mesmo título, orientada por Carla Pereira (Direção-Geral da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública) e Filipa Reis (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias).



Com este estudo, pretendeu-se contribuir para o desenho do PII das unidades da RNCCI e identificar as categorias da CIF que classifiquem os utentes da RNCCI, uma vez que este instrumento é tratado de forma muito distinta nas várias unidades. Considera-se que um PII comum à RNCCI poderá assegurar a continuidade da prestação de cuidados através de um entendimento comum entre o utente e os prestadores de cuidados. [H](#)

CÚRIA PROVINCIAL

RETIRO QUARESMA HOSPITALEIRO



No dia 13 de março, realizou-se o retiro da quaresma da Família Hospitaleira, com cerca de 80 participantes online. Foi orientado pelo padre Leonardo Sales, capelão da CSJA de Lisboa, que partilhou com os participantes em dois momentos do dia reflexões sobre o tema “cinza na cabeça e água nos pés”. Além das orações individuais, o retiro teve ainda uma hora de adoração transmitida pelo Facebook, organizada pelos Irmãos e Irmãs das Comunidades de Lisboa. Os mais jovens tiveram uns momentos extra, com orações via WhatsApp e um momento final de partilha via zoom.

Além de toda a espiritualidade quaresmal, também se realizou um percurso reflexivo sobre todas as leituras dos domingos da Quaresma, com proposta de oração e reflexão para que cada participante fizesse a sua caminhada espiritual.

Foi um dia bastante completo e cheio de espiritualidade hospitaleira! ☒

ORAR COM S. JOÃO DE DEUS



Em março, mês de S. João de Deus, renovamos a proposta do orar com S. João de Deus, com um novo cartaz, continuando a lançar o desafio de orarmos todos os dias 8 de cada mês.

Ainda que de forma virtual, devido à situação pandémica, todos os meses, via zoom, dezenas de participantes, por vezes até a nível internacional, fazem a experiência hospitaleira do orar em conjunto, segundo o estilo bem joandeíno. S. João de Deus convida todos a participar! ☒

RENOVAÇÃO DE VOTOS DE IRMÃOS ESCOLÁSTICOS

No dia 2 de fevereiro, tal como em Timor-Leste (pode ler essa notícia na página 7 deste suplemento), também em Portugal dois jovens Irmãos escolásticos renovaram os votos evangélicos de castidade, pobreza, obediência e hospitalidade, em Barcelos, continuando a dizer sim a Deus, no seguimento de Jesus, no carisma da hospitalidade.

Continuam assim a sua caminhada como Irmãos de S. João de Deus, fazendo o caminho formativo nos estudos académicos e espirituais. ☒

REDE NACIONAL DE APOIO AOS MILITARES E EX-MILITARES PORTUGUESES PORTADORES DE PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA CRÔNICA

ANTÓNIO CORREIA



RESUMO

No âmbito da Rede Nacional de Apoio (RNA) aos *militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica*, a Liga dos Combatentes criou um projecto “*Cuidados de Saúde e Apoio Psicossocial*”, implementado e dinamizado através de uma estrutura nacional, constituída pelos 110 Núcleos, assegurando respostas numa de relação de proximidade com os combatentes e seus familiares, a funcionar em rede com os Centros de Apoio Médico Psicológico e Social (CAMPS) e instituições e parcerias locais. Esta estrutura deve ser potenciada

pelo Ministério da Defesa Nacional (MDN), tornando-a mais dinâmica e funcional, melhorando a articulação entre os serviços da Rede Nacional de Apoio (RNA), para continuar a ser uma referência relevante e significativa no apoio específico e de reabilitação psicossocial comunitária aos Antigos Combatentes e aos militares das missões de paz.

PALAVRAS-CHAVE

Rede Nacional Apoio, Combatentes, reabilitação psicossocial comunitária »

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES



ABSTRACT

In the scope of the National Support Network (RNA) to the military and ex- military with chronic psychological disturbance, the Combatants League created a project "Health Care and Psychosocial Support", implemented and dinamized through a national structure, constituted by 110 Nuclei, ensuring responses in a loose relationship with combatants and their families, running on network with the so called CAMPS (Medical, Psychological and Social Support Centers) and local institutions and partnerships. This structure should be strengthened by the MDN (Ministry of National Defense), making it more dynamic and functional, improving the articulation between RNA services, to continue to be a relevant and significant reference to the former combatants and the military of the missions of peace through specific support and community psychosocial rehabilitation.

KEYWORDS

National Support Network, combatants, community psychosocial rehabilitation

INTRODUÇÃO

A escolha do tema: "Rede Nacional de Apoio (RNA) aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica¹" – constrangimentos e potencialidades, vem a propósito da recente discussão para aprovação da Lei do Estatuto do Antigo Combatente² que reconhece aos Antigos Combatentes (AC) o serviço prestado à pátria na guerra do Ultramar (1961-1975), fornece o enquadramento jurídico para o reforço de apoios existentes ao nível da RNA, e pretende criar novos instrumentos destinados a apoiar o envelhecimento digno e os seus familiares que padecem de dificuldades físicas, mentais (patologias provocadas pelo stress pós-traumático de guerra - SPTG) e carências sociais e económicas.

A RNA, criada em 2000, deve garantir a informação, identificação e encaminhamento dos casos de patologias provocadas pelo SPTG durante o cumprimento do serviço militar e a necessária prestação de apoio médico, psicológico e social. Estes serviços são prestados em complemento e em articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Serviço de Saúde Militar (SSM), por Organizações Não-Governamentais

(ONG), Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) e Liga dos Combatentes (LC), com protocolos celebrados com o Ministério da Defesa Nacional (MDN), em que a cláusula 3ª do protocolo refere: “*A reabilitação e reintegração social dos pacientes...*”

Neste trabalho final da pós-graduação em reabilitação psicossocial em saúde mental procura-se refletir sobre que tipo de reabilitação e reintegração social comunitária tem sido concretizada, ao nível da RNA, no apoio aos AC e seus familiares, ao longo destes quase 20 anos.

Na sequência do protocolo celebrado, em 2007, entre o MDN e a LC, o autor do presente trabalho foi convidado, para criar e implementar, na instituição LC, tutelada pelo MDN, um projeto de apoio aos combatentes ao nível dos cuidados de saúde e apoio psicossocial. É neste contexto que esta experiência ao nível da coordenação e intervenção prática no terreno será refletida neste trabalho, procurando ligar os conhecimentos adquiridos e reforçados ao longo desta formação.

Pretende-se com este trabalho realizar uma reflexão crítica e deixar algumas contribuições para melhorar o funcionamento e as respostas da RNA.

ENQUADRAMENTO NORMATIVO E IMPLEMENTAÇÃO DA RNA NA LIGA DOS COMBATENTES

O presente capítulo apresenta o conceito geral da PSPT, o enquadramento normativo e a criação, desenvolvimento e implementação prática da RNA na Instituição Liga dos Combatentes.

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)

Pensamos ser importante definir e caracterizar alguns conceitos relacionados com a PSPT cujos critérios de diagnóstico podem ser observados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais na sua 5ª Edição (DSM V; 2013, 2014).

A PSPT ocorre após a exposição de uma pessoa a um evento ou acontecimento considerado traumático, ao qual se evocam sensações de medo, ameaça, horror e impotência. O acontecimento potencialmente traumático (APT) define-se como uma experiência vivenciada pelo próprio, observação ou confronto com acontecimentos ou situações que envolveram ameaça de morte, morte real, ferimentos gra-

ves, ameaça à integridade física do próprio ou de terceiros a diferentes formas traumáticas, como sendo desastres naturais, violação sexual, violência doméstica, maus tratos ou a guerra, entre outras situações.

Apesar de uma vasta variedade de formas traumáticas que podem desencadear uma PSPT, a exposição a cenários de guerra foi possivelmente o evento traumático sobre o qual se tem realizado a maior parte dos estudos e investigações que conduziram ao conceito atual da PSPT.

Desde há 100 anos na I Guerra Mundial que se referenciaram manifestações psicológicas e comportamentos alterados nos combatentes das trincheiras. O conceito evoluiu desde o reconhecimento da entidade nosológica nos sistemas de classificação psiquiátrica (DSM-III, 1980), designada “*Post-Traumatic Stress Disorder*” (PTSD), como uma perturbação de ansiedade, definindo-se que a sua principal característica era o desenvolvimento de sintomas típicos, na maioria das pessoas, após terem sido expostas a uma situação considerada psicologicamente traumática. Também a Organização Mundial da Saúde (OMS; 1992, 2013) se refere ao stress pós-traumático como uma perturbação por ansiedade causada pela exposição a uma situação traumática muito incómoda, na qual a pessoa experimenta mais tarde repetidamente a situação traumática.

A PSPT adquire assim aspetos particulares que a distinguem de outras perturbações psiquiátricas, pelo facto de se ter vivenciado a experiência traumática (direta ou indireta), bem como da subjetiva interpretação que a pessoa lhe atribui, ou seja, o mesmo acontecimento pode ser traumático para uma pessoa e não ser para outra. Por outro lado, torna-se muitas vezes difícil um diagnóstico definitivo pela complexidade dos fatores envolvidos.

Um dos estudos de referência da PSPT em Portugal, efetuado por Albuquerque et. al. (2003) refere uma taxa de ocorrência de 10,9% em ex-combatentes da Guerra Colonial e considera que a exposição aos cenários de guerra foi responsável pelo desenvolvimento de perturbações psicológicas nos ex-militares expostos, cursando frequentemente de forma crónica.

Vários estudos (Pereira e Pedras; 2010) e da experiência prática do trabalho com esta população identificam uma vítima direta (combatente), mas também uma vítima indireta, a esposa/companheira que pode ter desenvolvido uma »

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

perturbação (secundária) de PSPT.

O tratamento da PSPT inclui medicação e apoio psicológico individual ou em grupo e outras intervenções ao nível psicossocial e dinâmicas familiares. Devem-se identificar as vulnerabilidades ao nível dos sintomas e alterações da personalidade, mas também capacidades e potencialidades, com intervenções dirigidas à funcionalidade e não apenas centradas nas incapacidades.

A Lei de Apoio às vítimas de stress pós-traumático de guerra

Vinte e quatro anos após o fim da Guerra do Ultramar (1961-1975), e na sequência de movimentos de várias Associações de Combatentes, como a ADFA, a Associação de Apoio aos ex-combatentes Vítimas de Stress de Guerra (APOIAR), e a Associação Portuguesa dos Veteranos de Guerra (APVG), entre outras, no sentido de reconhecer os AC com PSPT, foi aprovada, na Assembleia da República, a Lei nº 46/99: “Apoio às vítimas de stress pós-traumático de guerra”. Este normativo veio consagrar inequivocamente o reconhecimento do stress pós-traumático como causa de diminuição da capacidade geral de ganho, integrando esta patologia no regime de proteção aos Deficientes das Forças Armadas (DFA).

Esta legislação vem instituir o regime de apoio às vítimas de stress pós-traumático de guerra, materializando o reconhecimento que a Nação confere aos que, no cumprimento dos seus deveres militares, foram expostos a situações causadoras de trauma psicológico, que se refletem em sofrimento generalizado e que em determinados casos evolui para a cronicidade.

O normativo, possibilita aos *militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de stress durante a vida militar*, em consequência da gravidade (perturbações psicológicas crónicas resultantes da exposição a fatores traumáticos de stress, nomeadamente em termos de desencadeamento, precipitação ou agravamento), o direito de acesso aos serviços de apoio médico, psicológico e social prestados por qualquer das instituições e serviços que integram a RNA. Esta legislação aplica-se aos AC e aos militares que participaram em missões de paz internacionais. Compõem a RNA, instituições e serviços integrados no Ser-

viço Nacional de Saúde (SNS) e no Sistema de Saúde Militar (SSM), em articulação com os serviços públicos e as ONG's protocoladas com o MDN. São objetivos da RNA a informação, identificação e encaminhamento dos casos e a prestação de serviços de apoio médico, em especial psiquiatria, apoio psicológico e social.

Decorridos 7 anos após a criação da RNA e 5 anos depois de entrar em funcionamento, no colóquio realizado em finais de 2007, na Academia Militar, para se efetuar o balanço de funcionamento da RNA, concluiu-se que, “desde a institucionalização da Rede que se têm verificado dificuldades com a eficácia da sua implantação prática no terreno, que têm vindo a ser diagnosticadas e transmitidas pelas associações ou pelos utilizadores e que têm diminuído a capacidade da Rede prestar os apoios devidos”. No final do colóquio, a LC foi convidada pelo MDN para concretizar o protocolo e entrar na RNA, tal como já havia sucedido em 2002 com as ONG, assumindo assim a responsabilidade de criar uma estrutura de apoio médico, psicológico e social de apoio aos combatentes e familiares.

A RNA, implementação e desenvolvimento na Liga dos Combatentes (LC)

Na sequência do protocolo, a partir de 2008, com a liderança do autor do presente trabalho, a LC criou e desenvolveu um projeto nacional, “cuidados de saúde e apoio psicossocial”, incluindo-o no seu plano de ação para 2009-2012 e nos triénios seguintes.

Partindo da aprendizagem dos 5 anos de funcionamento da RNA e sendo a LC uma instituição de abrangência nacional, constituída por uma estrutura de rede de Núcleos implementada em todas as regiões do país, não podia limitar-se a chegar apenas a alguns combatentes como acontece com as ONG (APOIAR- Lisboa; APVG – Braga) e a ADFA (Lisboa e Porto). Assim, para cumprir as suas responsabilidades no âmbito do protocolo, a LC criou e desenvolveu a partir da sua rede de Núcleos as capacidades de resposta de proximidade mais adequadas aos combatentes e familiares.

Do diagnóstico inicial e dos primeiros contactos com os combatentes que recorreram aos serviços da LC compreendemos que não podíamos limitarmos em criar e dar resposta aos combatentes e suas famílias apenas ao nível da PSPT, mas de uma forma integrada e mais abrangente

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES



a outras perturbações associadas aos cuidados gerais de saúde e à inclusão social.

A nossa orientação foi ancorada no Plano Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Apoio à Inclusão Social, no Plano Nacional de Saúde Mental e na Rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, que inclui a RNA e, especificamente: *Apoio/acompanhamento psicossocial de proximidade (domicílio ou no meio social) em situações de dependência física, psíquica, e/ou económica; e intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, que são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias*.

A nossa preocupação passou a incluir também o apoio e acompanhamento nas doenças e incapacidades à medida que a idade vai avançando e apoio às famílias e aos cuidadores informais nomeadamente as mulheres dos combatentes. Seguindo as orientações de base para o funcionamento da Rede da LC preconizadas no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que se apresenta como o instrumento de gestão mais adequado e que pretende responder às necessidades identificadas, pois os problemas de saúde mental consti-

tuem atualmente uma das principais causas de incapacidade e de morbilidade nas nossas sociedades. No que diz respeito à articulação intersectorial e nas atividades de reabilitação psicossocial, o plano refere que as respostas de cuidados continuados integrados são um instrumento importante para regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, nomeadamente aos doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência, referindo que, *“importa articular esta nova rede com a Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica”* (p. 28).

Neste alinhamento com o PNSM, em *“promover a implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais”*, foi desenvolvido o projeto/programa, “cuidados de saúde e apoio psicossocial”, a partir do Centro de Estudos de Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS), criado em 2003 como órgão de apoio e aconselhamento da Direção da Instituição e que, a partir de 2008, passou a ter também funções executivas no âmbito da coordenação técnica e do desenvolvimento e da »

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

implementação da estrutura nacional de apoio médico, psicológico e social que permitisse dar resposta ao protocolo elaborado com o MDN.

O projeto foi desenvolvido em três áreas de intervenção complementares: o Centro de Estudos e Projetos de Investigação (CEPI), os Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e o Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS) para o apoio aos combatentes e às famílias carenciadas e em risco de exclusão social e apoio aos combatentes com problemas de álcool e na situação de Sem-Abrigo.

O CEPI, criou parcerias com Universidades, acolhendo estagiários e investigadores em teses de mestrado e doutoramentos com a população combatente e com o objetivo de dar suporte à intervenção prática; e os CAMPS e o CAIS em intervenção direta numa abrangência nacional com estreita ligação aos Núcleos e Instituições de referência da rede de cuidados de saúde e da rede social regional e local.

O CEAMPS, em 2008, em parceria com uma Universidade, criou e desenvolveu um questionário de pré-diagnóstico inicial destinado a avaliar a situação psicossocial e a presença ou ausência de PSPT. Este estudo exploratório destinou-se ao levantamento das principais necessidades sobretudo ao nível das carências económicas e sociais e situações problemáticas dos combatentes com relevância para a sintomatologia de PSPT. O questionário, de âmbito nacional, pretendeu chegar ao maior número de combatentes. Uma síntese dos resultados é apresentada no anexo C. Foi a partir de cerca de 1000 respostas de combatentes a esse questionário que após análise e tratamento dos dados recolhidos foram identificadas várias queixas e sintomas presentes evidenciando compromissos significativos no funcionamento pessoal, social, familiar, ocupacional ou em outras áreas com impacto na sua vida diária.

Concluiu-se também que: o diagnóstico etiológico da PSPT é complexo, de difícil identificação, temporal e/ou causal e a qualidade de vida fica significativamente afetada; a maior parte das queixas eram do foro mental (PSPT) ou com maior dependência; a importância do atendimento personalizado e diferenciado sobretudo pela identificação com a estrutura (de carácter militar), cultura e linguagem comum (focada nas experiências militares); criando respostas de apoio para os combatentes, mas também para os seus familiares, sobretudo as mulheres (muito desgastadas); não

criar respostas iguais para todos, mas de encontro às necessidades de cada combatente no seu contexto familiar e próximo das pessoas, na sua comunidade.

Verificamos também num número significativo de situações que: *“Comer e dormir são necessidades básicas, que temos que assegurar, mas temos que dar algo mais para adquirirem competências que perderam, reformular o seu projeto e sentido de vida e saírem de um ciclo patológico que foi criado”; e, que “O combatente que nos procura é uma pessoa que vem em sofrimento, uma dor crónica, uma dor que procura no outro, escuta, contacto, palavras, compreensão, uma linguagem que a contenha e que a torne suportável, que procura sentido para poder ser sentida”.*

A partir deste diagnóstico inicial foram agrupados por regiões (Norte, Centro, Lisboa e Algarve) e nível de gravidade (ligeira, moderada e grave). E foram sendo criadas capacidades de respostas e prioridades de intervenção de acordo com a gravidade da situação assegurado pelos CAMPS como Unidades/Estruturas regionais de resposta: em 2008 e 2009: o CAMPS 1 (Lisboa e Vale do Tejo) e o CAMPS 2 (Sul e Algarve – Núcleo de Loulé). Em 2010: o CAMPS 3 (Norte – Núcleo do Porto); o CAMPS 4 (Centro – Núcleo de Coimbra); e o CAMPS 5 (Norte Interior – Núcleo de Chaves). Em 2011, 2012 e 2013: o CAMPS 6 (Alto Alentejo – Núcleo de Évora); CAMPS 7 (Beira Interior – Núcleo de Belmonte); o CAMPS 8 (Baixo Alentejo – Núcleo de Beja) e o GAMBS 1 - Ilha Terceira – Núcleo em Angra do Heroísmo).

Figura 1: Estrutura de proximidade.



CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

O programa foi implementado numa perspectiva de respostas de proximidade, através dos Núcleos (em 2008 - 56 e em 2018 - 110) em cada região, assegurando o funcionamento em rede, referenciando e encaminhando os combatentes e famílias para respostas existentes, localmente ou para respostas específicas que os CAMPS asseguram através das suas equipas multidisciplinares (médico de medicina geral e familiar, médico psiquiatra, psicólogos clínicos e da saúde, assistentes e educadores sociais, enfermagem e apoio psicossocial ao domicílio e outras áreas, a serem criadas, de acordo com as necessidades), técnicos especialistas com formação adequada e centrados essencialmente nas necessidades específicas dos combatentes e suas famílias.

A equipa inicial era reduzida e constituída por médico, psicólogo, e um estagiário de psicologia em voluntariado e assistente social em contrato. Atualmente o programa é constituído por mais de 60 colaboradores técnicos, sendo uma parte significativa de ex-militares voluntários (médicos, psicólogos, assistentes e educadores sociais e enfermeiros), mantendo uma equipa de coordenação técnica nacional.

Complementarmente o CAIS pretende apoiar mais especificamente os combatentes e famílias em situação de pobreza e em risco de exclusão social, e grupos vulneráveis e excluídos, em especial os combatentes na situação de Sem-abrigo (CSA), promovendo caminhos para uma efetiva inclusão social.

Com esta rede assegurada através dos CAMPS e CAIS pretendeu-se abranger e chegar a todas as regiões do país, estar próximo dos combatentes e famílias, com ligação aos Núcleos da LC que funcionam no terreno como postos de triagem e encaminhamento para os CAMPS.

No entanto, estas respostas específicas, tal como a lei e o protocolo preveem, destinam-se a complementar respostas que o SNS e o SSM não conseguem assegurar.

Modelo de prevenção e intervenção da RNA-LC

A OMS apresenta-nos um conceito geral de reabilitação psicossocial; “um processo abrangente e não simplesmente uma técnica, sendo que as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (no caso do presente trabalho - comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo.

Ligando este conceito à RNA, foi desenvolvido na LC uma abordagem holística, circular e complementar, com respostas envolvendo o acompanhamento individual (consultas de medicina geral e familiar, enfermagem, psiquiatria, psicologia clínica e da saúde e intervenção comunitária e apoio social), acompanhamento em grupos terapêuticos (grupos de combatentes e grupos de mulheres de combatentes); avaliações e apoio psicossocial ao domicílio.

O combatente ou familiar é referenciado para os serviços da LC de várias formas: Núcleos (28%); familiares (20%); Instituições (18%); próprio (14%); camaradas (12%), apoio SOS-H24 (8%), entre outras.

Criou-se um modelo de abordagem que é apresentado na figura 2.

Figura 2: Modelo de triagem, avaliação, diagnóstico e intervenção (criado e desenvolvido pelos técnicos)



Neste modelo criamos uma prática orientadora e um processo de acolhimento personalizado de apoio aos combatentes e seus familiares com relevância para uma relação de ajuda de confiança empática, capacidade de escutar, compreender e não julgar.

Num primeiro momento, em consultas de triagem efetuadas por dois técnicos (psicólogo e assistente social), acolhemos a pessoa, combatente, e com a mulher ou familiar. Estabelecemos uma relação de confiança, escutamos, comunicamos, dialogamos, orientamos, aconselhamos, »

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES



prestamos apoio e algum conforto. Procuramos identificar as suas necessidades e tentamos ajudar a satisfazer as necessidades imediatas e a curto prazo. Estabelecemos um vínculo, um compromisso para os benefícios da adesão ao tratamento/acompanhamento.

“Quando um combatente nos procura, perturbado, em sofrimento, com dificuldades, constatamos ser importante criar uma relação segura com ele”.

Seguimos orientações clínicas e relacionais, assentes no modelo assistencial e humanizado, comunitário e de proximidade em que as respostas estão centradas nas necessidades da pessoa. E mais do que ajudar na doença ou perturbação, procuramos conhecer a pessoa e a sua experiência de vida, as suas fragilidades e as suas potencialidades, sendo que o maior desafio é assegurar autonomia e a funcionalidade para as Atividades de Vida Diária (AVD's).

No final desta 1ª consulta de triagem, aconselhamos, orientamos e encaminhamos o Combatente e/ou a Mulher para respostas de proximidade, a nível de necessidades gerais, ou mais específicas para os serviços da LC, casos que não tem médico de família atribuído, consultas de psiquiatria, apoio psicológico individual ou para grupos terapêuticos de Homens e Mulheres, apoio social, apoio psicossocial domiciliário, grupos de encontro, avaliações específicas do processo de “stress de guerra” ou avaliações de rastreios cognitivos para queixas de memória e estados demenciais em curso.

É atribuído um técnico de referência e a pessoa é encaminhada para ser associada do núcleo mais próximo, que passará a ser o seu contacto de proximidade, assegurado através do delegado social, facilitador da interligação entre o combatente, a família, os técnicos e a comunidade local.

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

São promovidas outras respostas complementares, de integração social, realizadas através dos planos de atividades dos Núcleos, com interligação com os CAMPS, de iniciativas de âmbito cultural, social, recreativo, cidadania, envolvendo os seus associados, num registo de necessidades, recursos e respostas com envolvimento das parcerias da comunidade onde estão inseridos (por exemplo: “a Avó veio trabalhar”, “dias com sentido”, “chá das esposas”, visitas a teatros e museus e outros locais, passeios e caminhadas, convívios...).

CONCLUSÕES:

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

Este trabalho final no âmbito da PGRPSM, permitiu partilhar a forma como foi criado e implementado um projeto a funcionar em rede de proximidade, integrado na RNA. O projeto foi construído aproveitando uma estrutura de abrangência nacional de mais de 100 Núcleos que a Instituição já tinha implementada no terreno, criando dinâmicas e capacidades técnicas de resposta de proximidade (CAMPS) em parcerias de colaboração com Instituições locais, as mais adequadas às necessidades específicas que iam surgindo.

A função da RNA-LC é garantida em 1ª linha pelo apoio de suporte emocional e material dos Núcleos e seus delegados sociais e numa 2ª linha o apoio psicossocial complementar técnico dos CAMPS e restantes intervenientes da RNA.

O projeto foi evoluindo das necessidades de resposta para os combatentes com PSPT para os cuidados de saúde e reabilitação psicossocial e integração comunitária. As respostas previstas aquando da criação da RNA foram sendo ajustadas à medida que a população foi envelhecendo, em que as necessidades associadas à PSPT foram sendo ajustadas ao processo de envelhecimento com o surgir de doenças e incapacidades e uma maior dependência para realização das AVD's. Torna-se pertinente continuar a trabalhar-se na intervenção com os AC em geral, nas situações críticas relacionadas com as situações traumáticas da guerra, as incapacidades e doenças do envelhecimento, numa relação proximidade e com as famílias, com os Núcleos, na comunidade e rede social e também na prevenção com os militares que regresam das missões de paz.

Existem *constrangimentos* na RNA, e também *potencialidades* a explorar.

A principal reflexão é que passaram quase 20 anos desde a criação da RNA e estão referenciados na Rede pouco mais de 2000 combatentes e familiares. Segundo estimativas do ano de 1999 existiam cerca de 800 mil combatentes, atual-

RECONHECIMENTO DOS ANTIGOS
COMBATENTES E FAMILIARES:

Partilham-se, em síntese, alguns testemunhos de combatentes e familiares, em dois momentos: no início e no presente, refletindo a importância do serviço.

No início (em 2008):

- *Todos os que estiveram em zonas de perigo deviam ter apoio de psiquiatria ou psicologia, nem que seja para desabafar um pouco dos nossos problemas;*
- *Este serviço já vem com 30/40 anos de atraso...;*
- *O único contacto que tive com alguns serviços foi há 26 anos numa reunião que se efetuavam no Palácio da Independência com orientação do Dr. AA;*
- *Ainda hoje, muitas vezes sonho que ainda estou na guerra em África no meio do mato. Tenho pesadelos e passo a noite sem dormir;*
- *Na verdade, a guerra não acabou, trago-a em mim todos os dias da minha vida;*
- *Tudo o que queria é que a Pátria me amasse um bocadinho daquilo que a amei!*

No presente (em 2018)

- *Até agora tem sido muito bom, pois ajuda-me a aliviar e a esquecer os problemas criados na guerra e também os problemas da vida;*
- *Aprendi a lidar melhor com o meu stress de guerra;*
- *Serviu e está a servir para: melhorar a auto-estima, a confiança, a ansiedade, o sistema psiquiátrico e psicológico, a depressão, o sistema nervoso mais calmo e perda dos medos;*
- *Serviu-me de apoio e vem a ser sempre útil para ir enfrentando as adversidades da vida e da idade;*
- *Serviu para melhorar a minha qualidade de vida e também dos meus familiares;*

CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

RECONHECIMENTO INTERNACIONAL
– FMAC – 2015

Na 28ª reunião da Assembleia Geral da Federação Mundial de Antigos Combatentes (FMAC) que teve lugar na Polónia de 31 de Agosto a 5 de Setembro de 2015, a FMAC decidiu atribuir o Prémio “Rehabilitation Prize” à Liga dos Combatentes pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido em apoio do país e dos seus combatentes e famílias, com o trabalho desenvolvido pelos Centros de Apoio Médico Psicológico e Social (CAMPS) desde a sua criação em 2008, sendo justo salientar a ação e a dedicação dos seus técnicos e voluntários e do seu coordenador, Professor Doutor António Correia.

mente cerca de 400 mil. Segundo o estudo referenciado de A. Albuquerque (2003), estimando 10,9% de combatentes com PSPT, deveriam ter sido referenciados entre 40 mil a 80 mil. Este programa da RNA-LC desde 2008 tem referenciados mais de 3000 combatentes e familiares, o que revela que a RNA tem referenciado e acompanhado um reduzido número de combatentes.

Uma outra reflexão é que a RNA requer ações dinâmicas e de liderança forte nos processos e uma melhor articulação intersectorial e interligação entre todos os serviços da RNA (SNS, SSM, ONG's, ADFA, LC, Instituições protocoladas pelo MDN) e porque não integrar outras instituições tuteladas pelo MDN com implantação nacional, Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA) e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) com as suas mais de 50 delegações regionais. A RNA pode ser um instrumento valioso, mas têm que ser exploradas as suas potencialidades. A maior dificuldade é implementar uma estrutura no terreno com referencial de ligação aos AC e a LC tem essa estrutura que o MDN deve potenciar e explorar, dotando-a com mais recursos (materiais e humanos), tornando-a mais dinâmica e ativa na proximidade com os combatentes, familiares e as suas necessidades de reabilitação e integração psicossocial.

Uma reflexão final: como responder aos desafios colocados pela reabilitação psicossocial comunitária em saúde mental, com a população de idade avançada, de forma a garantir um envelhecimento bem-sucedido. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática de stress: avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta médica portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*: 4ª edição revista (DSM IV-TR). DSM-IV-TR. Lisboa: Climepsi Editores
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Aulas de Pós-Graduação em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental – 5ª Edição (maio 2018 – março 2019 (Lisboa).
- CID-10. (1992). *Classificação Internacional de Doenças* - 10ª Edição. Organização Mundial de Saúde.
- Correia, A. (2014). *Operações de Paz e Stress Pós-Traumático (SPT) em Militares Portugueses*. Tese Doutoramento. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Decreto-Lei 50/2000 de 7 de Abril. (2000). Cria a Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de stress durante a vida militar, instituída pela Lei n.º 46/99 de 16 de Junho. *Diário da República* n.º 83 - I Série A.
- Decreto-Lei n.º 43/1976, de 20 de janeiro. *Diário da República* n.º 16/1976, Serie I.
- Despacho conjunto n.º 364/2001 de 20 abril. Ministérios da Defesa e da Saúde. *Diário da República* n.º 93, Série II.
- Lei n.º 46/99, de 16 de junho: “Apoio às vítimas de stress pós-traumático de guerra”. *Diário da República* n.º 138/1999, Série I-A.
- Pereira, A.C. (1997). PTSD. Consequências Sócio-Familiares. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 30-35.
- Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M., Pedras, S. Lopes, C., Pereira, M., Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e tipo de família em Veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pereira, M. Graça & Pedras, S. (2010). Grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra: Um estudo qualitativo. *Análise Psicológica*, 2, 281-294.
- Plano Nacional de Saúde disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Disponível em file:///C:/Users/jmrito/Downloads/DGS_PNSM_2017.10.18_VF_V5.pdf
- Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 – Resumo Executivo. (2008). Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Reunião da Federação Mundial dos Antigos Combatentes (FMAC). Paris - 22-26 novembro 2010.
- Rodrigues, J., P. (2011). Combatentes e Vulnerabilidade psicossocial: as necessidades psicossociais e as respostas actuais Universidade dos Açores. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov

NOTAS

¹ Decreto Lei n.º 50/2000 de 07 de Abril

² Aprovada em Conselho de Ministros em 11 de abril de 2019

NOTA

Trabalho realizado no âmbito da Pós-Graduação em Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, CRIAP.

AUTOR

António Correia Psicólogo Doutorado, Especialista em Psicologia Clínica e Saúde e Intervenção Comunitária. Investigador integrado no Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL).

O AVESSE DA CAPA

CONVERSA ENTRE ESPERANÇA HENRIQUES E ANA RITA CIGARRO

EH – Enquanto profissional de saúde, que sentido te fazem os cuidados paliativos?

ARC – Essa questão faz-me reviver os últimos dez anos. Acredito que não escolhi esta área, mas que fui escolhida. O primeiro contacto foi na faculdade. Recordo-me de iniciar a unidade curricular de Vulnerabilidade em Fim de Vida com uma questão particular colocada pela professora: quem naquele dia de manhã, de forma consciente, se despediu dos que ficaram em casa, dizendo-lhes que os amava muito? Havia muito barulho na sala, mas de repente, esse barulho deu lugar a um silêncio infinito. Havia muitos rostos emocionados. Para mim, este foi o princípio dos Cuidados Paliativos. Foi no Hospital S. João de Deus que iniciei a minha atividade profissional, precisamente em Cuidados Paliativos. Cresci e aprendi muito. Continuo a crescer e a aprender todos os dias com todos os que tenho o prazer de cuidar. Não se pratica Cuidados Paliativos apenas com amor e carinho, mas ele é fundamental! Com a experiência e estudos sobre a área, aprendi a trilhar o meu próprio caminho, a perceber o que quero e não quero na minha vida. Os Cuidados Paliativos são parte do meu sentido de vida, o mesmo sentido de vida que ajudamos os nossos Utentes a redescobrir em si aquando do confronto com a sua vulnerabilidade e experiência de finitude. São imensos os momentos que provocam em nós a necessidade constante de aprendermos a valorizar a vida, a viver o momento. Tenho a sorte de fazer efetivamente aquilo que gosto profissionalmente!

ARC – Mas a realidade atual trouxe-nos vários desafios: quais os que identificas hoje na unidade de Cuidados Paliativos?

EH – As pessoas chegam até nós com as marcas visíveis

e invisíveis da sua doença. E a certeza que trazem é que terão de conviver o resto da sua vida com a doença, que surge de forma inesperada e fugaz. Essas mesmas pessoas não vêm sós, trazem histórias, família, que chega também (coloque entre aspas) doentes. É importante salientar que a família é uma parte importante nos cuidados prestados e também é objeto dos cuidados. A nossa prática assenta na premissa do poder estar, ouvir, tocar! Há um ano, a nossa unidade estava aberta 24 horas. Era possível a família pernoitar, programar uma ida a casa, ou até mesmo uma visita do animal de estimação. Cuidados Paliativos e Pandemia são realidades que não conjugam! A situação pandémica obrigou a colocar um conjunto de questões: como podemos viver o nosso fim de vida, somando a ausência dos que nós gostamos? Como é que o doente vive sem poder ver, sem poder estar e receber os que também são fundamentais para o seu bem-estar? É difícil. Estamos a viver um período muito difícil. Ter que transmitir que não é possível visitar, acompanhar, aumenta a solidão e isso frustra-nos. Os últimos meses foram de readaptações contantes, procurar soluções, tornar o longe mais próximo, diminuir a solidão, mas é muito duro. Tivemos uma senhora que esteve três meses e, quando teve alta, a filha disse-me que não conhecia o meu rosto, gostava de perceber quem era o rosto por trás da voz. A voz tem sido o instrumento de ligação principal ou o tablet para as visitas de videochamada. Não somos os mesmos enquanto equipa. Agora existe uma força e uma união que não existia antes.

EH – Mudando um pouco o registo, qual o relógio que se usa em CP?

ARC – Essa pergunta remete-nos para a questão do tempo e da sua valorização. Tempo Kronos e tempo Kai-»



rós. A prática de Cuidados Paliativos exige darmos de nós ao outro no limite de tempo cronológico existente, valorizando o momento vivido. Com a prática dos Cuidados Paliativos, aprendi a abrandar o meu relógio. O outro precisa do nosso tempo (Kairós), independentemente do nosso tempo (Kronos). É uma exigência real. Ajudarmos o outro no processo de integração de perdas constantes, mas ao mesmo tempo mostrando que é possível manter a sua dignidade e redescobrir o seu sentido de vida. Isto exige de nós o tempo (Kairós), autenticidade, foco e interesse pelas necessidades do outro. É o relógio de Kairós que é utilizado.

ARC – No tipo de intervenção, seja farmacológica ou não, o que é que se prescreve mais e que não pode faltar?

EH – Recordo-me de um caso em particular, de um senhor que trazia como motivo de internamento, uma dor física ativa de difícil controlo. Talvez me tenha ficado na memória por me confrontar pela primeira vez com uma dor atroz, de imediato foram discutidas, encontradas e aplicadas todas as linhas terapêuticas farmacológicas possíveis e compreendi a sua importância. Cuidados paliativos não se resumem apenas à administração de fármacos. Para além da componente física, existe a dimensão social, psicológica e espiritual, que de igual forma merecem a nossa atenção e a devida intervenção, e é aí que emergem as medidas não farmacológicas. Podemos afirmar assim que se prescreve a escuta, poder compreender os medos, receios, respeito pelos silêncios, afetos, implementação de rotinas que sempre fizeram parte, por exemplo pintar as unhas. É só um exemplo de uma coisa tão simples e que é terapêutica. Até manicura podemos prescrever! Ou poesia, tivemos uma filha que vinha ler para a mãe e era visível o efeito positivo que tinha nessa pessoa. No fundo, é uma conjugação entre os diferentes tipos de recursos, consoante as necessidades do doente.

EH – E na nossa própria morte, pensamos nela?

ARC – Todos os dias! Há sempre algo que nos faz “despertar”, redirecionar, valorizar ou relativizar, que nos “abana a mente”. Este é um dos lados mais belos dos Cuidados Paliativos. A imortalização do momento! Há momentos que ficam para sempre! Falar sobre morte é falar sobre a vida, porque é efetivamente quando nos predispomos a pensar sobre a morte que passamos a valorizar mais a vida. E a prática de Cuidados Paliativos ensina-nos a encarar a morte como um processo natural. Infelizmente, continua a ser um tema tabu na nossa sociedade, como se não pensar sobre ela significasse que não existe. É assustador não pensar, apenas impõe mais sofrimento! Deixa-me partilhar um dos meus momentos imortalizados. Um utente que passou por nós era músico e pediu-nos para concretizar um concerto. Ele sabia que era o último. No final, pediu à família para estar comigo a sós. Disse-me que estava preparado para morrer e agradeceu. Percebi que a morte pode ser vida também! Percebi que somos mortais, mas os momentos, esses, podem ser imortais!

ARC: Mas devolvo-te a questão: pensas na tua própria morte?

EH: É inevitável. Passados uns anos a trabalharmos nesta realidade, aprendemos a ser amigos da morte. E a perder o medo de falar de uma palavra que culturalmente a maioria de nós tem tendência a evitar. E o confronto com a morte começa logo quando algo corre menos bem e nos chateamos, é ela que vem e nos diz: “a situação é assim tão importante para te deixar neste estado?”. Se pensarmos, as relações que estabelecemos com as pessoas de quem cuidamos são intensas e não dá para ter uma relação intensa sem entrega. Ao acompanhar o fim de vida daqueles de quem cuidamos, inevitavelmente projetamos também a nossa própria morte. ☒



PENSAMENTO LIVRE

AIRES GAMEIRO | PSICÓLOGO E SACERDOTE

Jornais, boletins, redes e tertúlias jorram informação, opiniões, contrainformação e desinformação, mas nem sempre se entende de que falam. Muito palavreado deixa um rasto de mensagens fragmentadas com mais confusão que lógica e clareza. Seria de esperar que a comunicação humana vinda de pessoas dignas de crédito fosse esclarecedora, clara e terapêutica. Homens fragmentados partilham fragmentos. Amigos aconselham: não use as redes. Só confundem.

A experiência quotidiana de informação em catadupa mostra que se vive cada vez mais na fragmentação das mensagens e temas. Sem ligação lógica, deixam soltas as pontas de sentido coerente do todo. Predominam pedaços e falta de nexos nas mensagens. Não é de bom-tom ousar dar sentido ao todo e exprimir relação entre o universo, céus e terra, e de toda criação com o Criador. A própria ciência, por inerência de evidências até às ínfimas partículas da matéria e às unidades de energia e de espaço, não se ocupa do todo; e tende a dar a parte pela totalidade, extrapolando a sua área de saber. Apenas alguma filosofia, envergonhada e marginalizada, ao lado de teologias mais explícitas, e a prática da liturgia cristã se ocupam do sentido da vida como um todo. Será que dar sentido à vida atrai cada vez menos crentes neste Ocidente descristianizado e paganizado?

Vive-se na cultura do homem-pedaços, relativista e niilista, agravada pela pandemia em que o pensar e o falar já não respeitam a verdade do Logos ou o fundamento do sentido da vida humana. O homem fragmentos não une as partes, não as relaciona; coordena, ordena e finaliza com sentido. Até alguns líderes de opinião e informação são vozes desconexas a contradizer-se, a anular-se e a gerar incerteza.

Sobram as respostas vagas para as questões: donde vimos? Para onde vamos? Para que se vive? O saber da ciência vai até ao pontinho sem diâmetro que explodiu no Big Bang; muito palavreado vai até ao cemitério; e, para muitos, a vida reduz-se ao bom emprego, bom salário, muito dinheiro e o que ele compra. As respostas que transcendem a ciência e o falar utilitário, dadas pelo catecismo, são silenciadas ou frouxamente referidas. As do Evangelho e da eternidade pouco contam e muitos católicos já as esqueceram ou silenciam por imperativos de secularização religiosa que se está a tornar o único mandamento para todos.

O homem pedaços do aqui e agora continua a sofrer a sede de unidade e sentido. Vive na frustração do vazio; alguns inquietos continuam, como Viktor E. Frankl, em busca de sentido; outros desesperam e desistem e dão-se ao consumo excessivo de tudo o que aumenta a dopamina cerebral do prazer entorpecente e da depressão que afetam a civilização em regressão. O homem, reduzido ao *aquém e agora*, perde cada vez mais a capacidade de se pensar no seu todo; *fica* sem direção nem horizonte transcendente do Além. Vive de janela fechada na caverna de Platão, privado de ideias e desejos de infinito. O seu *aquém* é de pedaços fabricados por ele. Os estudiosos da relação entre arte e natureza descrevem o divórcio entre estes humanos e as belezas naturais. Mais admiram os museus de artefactos mortos que os esplendores da vastidão das montanhas, florestas, vales, rios, céus e mares. A fragmentação laicizada rouba-lhe a identidade de homem, filho do Criador, e o encanto harmonioso do Evangelho: «olhai as aves do céu: não semeiam nem ceifam nem recolhem em celeiros; e o vosso Pai celeste alimenta-as. [...] Olhai como cres-»



cem os lírios do campo... nem Salomão se vestiu como um deles!» (Mt 6 26-30).

Será que a cultura regrediu e os homens já perderam a capacidade neuronal de contemplar as florestas, as selvas e os oceanos, como concerto de coro sinfónico, nem se contentam, quais crianças, a ver e tocar uma e outra árvore, um e outro tronco?

A pandemia atual aumentou as experiências dolorosas, incertezas e angústias da morte. Colam-se pedaços de saúde bio, psico, social e espiritual nos cuidados prestados com equipamentos e vacinas; mas tarda-se em cuidar da saúde holística do ser humano, como unidade harmoniosa de todas as suas dimensões, que “vive inquieto enquanto não repousar em Deus” (Santo Agostinho). Este todo da pessoa fica cada vez mais desfocado nos cuidados prestados. O inverno de natalidade, o aborto e o abandono de crianças e de pessoas idosas, a violência familiar e a ameaça da “epidemia” da eutanásia entram em choque com os cuidados da vida; paradoxalmente os serviços de saúde tanto a dão como a tiram aos seres humanos.

Os líderes e os cientistas não sossegam a inquietação da busca de confiança de tantos sofrendores por falta de convicções e por preconceitos ideológicos. Para alguns, torna-se heresia secularista reconhecer que nunca ninguém falou como Jesus (cf Jo 7, 46). O dogma da secularização que proíbe ao homem público falar de Cristo, dá lugar a outras catequeses: a do aborto, da eutanásia, do LBGtismo.

Até ao século dos Protestantismos, a cultura cristã e a fé em Jesus Cristo da Igreja das catedrais apontavam as alturas e davam coesão à sociedade ocidental. Era a cultura de sentido universalizante, das primeiras universidades e do homem situado no cosmos de Deus seu criador. S. João de Deus, em tempos da grande fragmentação do séc. XVI, tinha esta visão para os seus benfeitores: «*Deus antes e acima de todas as coisas do mundo, Deus vos salve meu irmão... Luís Baptista*» (LB 1) e nas aflições repetia: «confio só em Jesus Cristo» (2 GL 8). Alguns poetas, nas pegadas

de S. Francisco, contemplam e cantam o céu e a terra, as criaturas e o Criador «*Laudato Si*», religando a natureza e o universo ao seu Autor. «Louvado sejas, meu Senhor, pela nossa irmã, a mãe terra, que nos sustenta e governa e produz variados frutos com flores coloridas e verduras».

O homem atual está a ficar mais em crise existencial quando se detém agarrado ao tecnocientífico a caminho das fantasias trans-humanizantes opostas ao transcendente e à eternidade. Os conhecimentos científicos e a qualidade tecnológica são fundamentais, mas a insistência exclusiva em sentidos e esperanças terrenas não basta sem humanismo cristão. Não preenchem a ausência de harmonia do todo, do sentido integral da vida; e menos ainda dos fechados em campos de confinamento, de refugiados e de escravos, como Viktor E. Frankl experienciou (cf. *O Homem em Busca de um Sentido*, Lua de Papel, 2012).

As tertúlias parlamentares oscilam entre ser soluções e ser fatores de mais problemas fraturantes em que políticos parecem desafiar e rejeitar os valores cristãos. Esquecem que dos destroços do Império Romano foram esses valores e as coordenadas do judeo-cristianismo de Abraão, Moisés, Patriarcas, Profetas, Evangelistas e Padres da Igreja que foram dando bases à civilização de cerca de metade da população mundial. Esquecem que sem Jesus Cristo, Pedra Angular desta mundividência cristã, a regressão e a nova decadência estão de volta. Resta às tribos desafinadas se desafiarem a dominar os maiores pedaços de ruínas anti-cristãs até que “*a terceira guerra mundial aos pedaços*” (Papa Francisco) tente destruir o resto.

O peregrino russo dá-nos a mão e o exemplo, quando exclama pleno de gozo espiritual: «eu rezava no fundo do coração, tudo o que me cercava tinha aspeto encantador: as árvores, as plantas, os passarinhos, a terra, o ar, a luz; tudo parecia dizer-me que eles existem por causa do homem, que testemunham o amor de Deus pelo homem; tudo rezava, tudo cantava louvores a Deus» (*Relato de um Peregrino Russo*, São Paulo, EP 1986, pp. 46-47). ☒

ÉTICA E EDUCAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UMA DISCUSSÃO EM ABERTO

ANDREA VITAL MALHEIRO | ANTÓNIO SÉRGIO SOUSA | CARINA FONSECA



RESUMO

Neste texto, pretende-se desenvolver uma reflexão sobre a associação e dependência entre a ética, a educação social e a saúde mental. As três áreas são demasiado extensas para que se possam aprofundar, pelo que a abordagem será hermenêutica e correlacional. Não obstante os esforços efetuados, não nos foi possível encontrar bibliografia que suporte de forma inequívoca o que pretendemos transmitir ou que responda às questões que iremos levantar, mas há suporte suficiente para defendermos os pressupostos da educação social com as pessoas com doença mental, que são estigmatizadas por uma sociedade fechada e individualista.

PALAVRAS-CHAVE

Ética, educação social, saúde mental

ABSTRACT

This text aims to develop a reflection on the association and dependence between ethics, social education and mental health. The three areas are too extensive to go deeper, so the approach will be hermeneutic and correlational. Despite the efforts made, we were unable to find a bibliography that unequivocally supports what we intend to convey or that answers the questions that we will raise, but there is enough support to defend the assumptions of social »



education and people with mental illness, who are stigmatized by a closed and individualistic society.

KEYWORDS

Ethics, social education, mental health

INTRODUÇÃO

O conceito de ética/“*ethos*” e as suas aplicações fomentam a compreensão da estigmatização da doença mental enquanto fenômeno, a sua dimensão e a sua validação no tempo e no espaço concreto. Segundo Monteiro e Ferreira (2014, p.7), a palavra ética define um “conjunto de saberes que se ocupa das ideias morais justificadas, dos valores morais, incluindo também o vital, o útil, o lógico, o estético e o religioso”. O “*ethos*” é tido como uma validação do caráter moral e dos hábitos criados pelo homem em resposta à necessidade de regulação das ações coletivas. Neste sentido, a ética tem acompanhado a mudança social e tem tentado redefinir-se enquanto resposta acertada. Para justificação da relação de distanciamento entre a ética e as pessoas com doença mental, recorreremos a um olhar antro-

pológico da doença mental. Se a ética é o desejável, a moral é uma produção sua (Bauman, 1995, p.45), a sua execução, o que se deve ou não fazer, o que é ou não correto e aceite socialmente. É neste conceito do que é bom e mau, aceite ou não, que nasce o juízo e com ele o preconceito.

Ao longo dos dois últimos milénios, tentou-se justificar a doença mental, recorrendo a vários paradigmas, com especial enfoque nos mágico-religiosos, que atribuíam a Deus e ao Diabo o infortúnio de quem estava doente, apresentando uma resposta variável entre o religioso e o metafísico. Esta cultura enraizou-se de tal forma que o internamento (como forma de restrição social), a exposição de pessoas doentes em feiras e mercados, a utilização de pessoas com doença mental como forma de entretenimento dos senhores da sociedade, a utilização de poções mágicas para os “males de espírito”, tratamentos com água, fogo e eletrochoques, foram regularmente utilizados. A lobotomia (cirurgia craniana que elimina certos sentimentos/emoções) deu ao Professor Egas Moniz um prémio Nobel, o mesmerismo, prática criada pelo médico austríaco Franz Anton Mesmer, que consistia em utilizar o magnetismo para tratamento da

doença mental ou mesmo o choque de insulina defendido pelo médico polaco Manfred Sakel, foram práticas comuns, abolidas no início do século XX e que violavam os direitos das pessoas, no entanto eram ética e moralmente aceites na sociedade (Aranha, 2001; Gonçalves, 2004).

No século XVI, começam a surgir os primeiros “manicômios”, lugares semelhantes a prisões, destinados a confinar pessoas, sem assistência, tratamentos ou condições. Para Locke, a identificação de causas externas na origem da doença mental e a crença na educabilidade do sujeito abriam portas a possíveis tratamentos médicos e alternativas de ensino (Aranha, 2001). No entanto, até ao início do século XX, a pessoa com doença mental era confinada a “hospícios, albergues, asilos ou cadeias locais” (Aranha, 2001, p.7). Os primeiros passos para a mudança de paradigma dão-se quando Guggenbulh abre na Suíça a primeira instituição para tratamento e cuidado e apresenta os resultados do seu trabalho. A ideia que viria a contrapor-se à ética dominante foi interpretada sobre os valores morais prevaletentes e, desta forma, o paradigma da institucionalização e da segregação social e comunitária foi aceite e implementado (Aranha, 2001). A ética, que é o que nos propomos a discutir, ficou estagnada e convencida. Na década de 60 do século XX, Erving Goffman questiona a pertinência, o trabalho feito e a influência da institucionalização, concluindo que a partir do momento em que uma pessoa é institucionalizada poucas são as hipóteses de reverter o seu quadro patológico e consequentemente a sua inclusão social. A década de 70 trouxe uma bifurcação de opiniões. Por um lado, a política centrada, que questionava a autonomia e a produtividade das pessoas, como recursos efetivos ao sistema, por outro lado, a ética emergente questionava os direitos das pessoas com doença mental, principalmente no que se refere à liberdade e ao assistencialismo (Aranha, 2001; Dimenstein, 2004).

A estranheza e a reação ao estranho/desconhecido despertam sentimentos de incerteza, de ambivalência, de não comprometimento e a vontade da atribuição de um “tipo”, que na doença mental se espelha, por exemplo, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, estruturando assim o desconhecido, o estranho, num tipo qualquer de doença, com sintomas, sinais e comportamentos esperados, contribuindo para a regulação do mercado da

doença mental. Esta estranheza afasta as pessoas, alimenta o estereótipo e é alimentada pela moral social preconceituosa (Bauman, 1995).

Atualmente, assistimos a um desinvestimento económico, contrariando as diretrizes internacionais, na intervenção ou prevenção da doença mental. Assistimos ainda à condição de inferioridade das pessoas na gestão dos seus recursos, bens móveis e imóveis e na tomada de decisões. Constatamos a sua limitação no que se refere à vida afetiva, amorosa, como se não fossem capazes de amar ou manter uma relação, de fazerem escolhas e simplesmente viverem. E de forma sublime assistimos à transferência entre instituições/hospitais para centros de reabilitação, que “garantem” melhores condições, melhores recursos humanos sem abandonar a, também, garantia da institucionalização, continuando a privar as pessoas de uma vida incluída na comunidade e nos quais o processo de *recovery* se compromete e esbate (Palha & Costa, 2015). As pessoas com doença mental não têm garantidos os seus direitos, nem conseguem aceder aos sistemas sociais, permanecendo num sistema circular entre a exclusão social e a doença mental, onde o que é cognitivo, moral e estético se sobrepõe à existência humana e onde se declara a culpa e os culpados, esquecendo a sociedade e as políticas sociais. No que alude à vulnerabilidade e ao risco, a WHO refere: “depending on the local context, certain groups in society may be particularly susceptible to experiencing mental health problems, including households living in poverty, people with chronic health conditions, minority groups, and persons exposed to and/or displaced by war or conflict” e que as pessoas que padecem de doença mental muito certamente sofrem de estigma, discriminação e exclusão social (WHO, 2012, p. 2). É na dimensão ética defendida pelos Direitos Humanos que assenta a nossa perspectiva enquanto educadores sociais. A defesa dos direitos de quaisquer cidadãos portugueses está espelhada na constituição e nas diretrizes e programas políticos, no entanto a sua aplicabilidade está longe de ser alcançada e o estigma e o preconceito prevalecem na sociedade atual, pelo que se continua sem se tentar compreender a pessoa com doença mental. A ideia de aceitação é mais um exemplo deste estigma enraizado, que remete diretamente para um desnivelamento entre quem cumpre as normas sociais e quem está fora do que é considera- »

do “normal”, exibindo uma falsa aceitação, mais ou menos conveniente, mais ou menos politicamente interessante, mas vazia em conteúdo. Neste emaranhado de conceitos constroem-se o respeito e o desrespeito, a aproximação e o afastamento, para com as pessoas com doença mental.

Pio Abreu (2006) elenca a unidade do sujeito como chave para o seu significado pessoal e para (re)significar a ética na intervenção. Paralelamente, Freire (1967) foca a educação como prática da liberdade. E é precisamente esta união de conceitos que é defendida em educação social: a unidade, o significado, a educação e a liberdade.

Se Pio Abreu apela concretamente para a relação entre a realidade do sujeito e a parte da realidade a que conseguimos aceder, Freire convida-nos a tomar essa ínfima parte da realidade para mergulhar no mundo do outro, porque o “homem não está no mundo, mas com o mundo” (Freire, 1967, p. 39; Pio Abreu, 2006). Ao mergulharmos no mundo do outro, estamos a negar a assistência e o interesse lucrativo para nos alicerçarmos na ética profissional e humana: “o humanismo é um compromisso radical do homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais” (Freire como citado em Dimenstein, 2004, p. 113). Humanizar implica uma redefinição política e social, dos sistemas e dos sujeitos, das instituições e dos técnicos, das pessoas doentes e da comunidade. É nesta pluralidade de singularidades, intersubjetiva e multidimensional, que é necessário distinguir o eu do outro e reconfigurar o que eticamente define as possibilidades e limites (Dimenstein, 2004).

É também neste campo que é necessário perceber porque é que se sobremedicaliza todos aqueles que não estão dentro dos limites da normalidade. Porque é que se impõe o “remédio milagroso” à compreensão da doença? Haverá mesmo necessidade de ter uma receita comum para milhares de pessoas (Franco, Costa, & Leão, 2016)? E a institucionalização, não haverá já provas suficientes que o processo de recovery das pessoas é mais eficaz na comunidade? Não será necessário repensar o tipo de diagnóstico e as técnicas utilizadas na doença mental? No fundamento humanista, a solidariedade é o contrário da assistência e a emancipação é o contrário da institucionalização. Não queremos com isto afirmar que não existam casos em que o internamento é

necessário, queremos afirmar que nenhum internamento deverá exceder o tempo estritamente necessário para que possa ser complementado por um processo psicoeducativo na comunidade. Acreditamos na ética que se recusa a compactuar com casos de internamento que posteriormente não tem qualquer tipo de acompanhamento psicológico, psiquiátrico ou educativo, prestado por um serviço público que abandona, rejeita e teme os seus cidadãos.

Assistimos hoje a uma normalidade etnocêntrica, restrita e sub-humana, imposta por um conjunto de pessoas que entende julgar o “bem” e o “mal” e entende decidir sob as medidas a aplicar. Bauman (1995) designa este fenómeno interpretativo com repercussões práticas negativas de *in-desenvolvimento*! Concordamos, portanto! Porque assumir a responsabilidade moral sobre a construção educativa de outra pessoa é acreditar na perfeitibilidade e na educabilidade (Baptista, 2011) e deixar de ver o outro como “mais um exemplar de uma espécie ou categoria, mas como ser único, e aceder-se assim... à dignidade do que é único” e compreender, conhecer e implicar-se na mudança destas pessoas (Bauman, 1995, p.70). Acima de tudo, como refere Hannah Arendt, esta “regra feita por Ninguém” deixa as pessoas sem voz e sem defesa, sem um rosto e sem humanização (Bauman, 2003, p.146). É preciso ver os sujeitos e reconhecê-los enquanto pessoas para que a ética e a moral se alinhem na defesa dos seus direitos. É no lugar e com as pessoas que se promove a socialização, que se reconstrói a sociedade e se permite alterar a história das pessoas e do Homem (Fazenda, 2009). É na diferença que as pessoas existem, e não existem pessoas muito diferentes e pouco diferentes, esta bifurcação dentro da diferença é resultado da moral estática e estética da sociedade. É necessário permitir a emergência de uma nova moral social e isso só é possível com a emergência dos sujeitos, enquanto pessoas, enquanto seres únicos (Bauman, 1995; Freire, 1967).

Referir que a falta de compreensão é mais uma desculpa para a falta de ética e que é incompatível com os pressupostos da educação social. Atender e entender implica conhecimento, predisposição e reflexão contínua, seja qual for o contexto de atuação do educador e de qualquer que seja o profissional que trabalhe com pessoas com doença mental (Baptista, 2011; Carvalho, 2001).

Por outro lado, atualmente, a ética não se preocupa com o



processo, mas com o produto. Assenta numa moral inoportuna, ruínosa e repleta de valores económico-financeiros, de individualismo, competição, consumismo e de poder, que não se coaduna com a ética da hospitalidade dos educadores sociais (Baptista, 2011; Dimenstein, 2004). Importa então, politicamente, fazer renascer uma ética que assenta no bem, na proximidade, no trabalho com o outro, de comunidade e partilha, uma ética que acredita que a autenticidade da relação serve de plataforma para o desenvolvimento humano e desta forma redefinir o sentido de cidadania e solidariedade, de fraternidade e liberdade, de equidade e inclusão (Azevedo, 2006; Baptista, 2011; Fazenda, 2009). É nesta fórmula de humanismo que o *recovery* emerge, num processo “descrito como uma mudança de atitudes, valores, significações e objetivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projeto de vida”, num processo de perseguição da utopia, dos sonhos possíveis de Freire (Fazenda, 2009, p.117; Freire, 1967).

Importa ainda refletir sobre quatro aspetos que consideramos fundamentais: a moralidade política, a moralidade dos políticos, a moralidade dos meios políticos e a relação entre a moralidade e a política (Bauman, 2003). Será este país capaz de garantir meios políticos capazes de dar resposta às necessidades de inclusão social das pessoas com doença mental? Seremos nós, profissionais ou meros cidadãos, suficientes para promover mudanças sociais? Como fazer? Como construir uma sociedade em que práticas e políticas estejam em consonância? Como justificar que países em vias de desenvolvimento promovam tratamentos comunitários e inclusivos e países desenvolvidos se movam através de leis de inoperância e sem sucesso? Importa, então e também, refletir no caminho, enquanto processo de fortalecimento de vínculos socio-afetivos, de compromissos pessoais e sociais, de um conhecimento profundo da realidade social e do significado que imprimimos ao que achamos conhecer e ao que achamos que é melhor para os outros (Azevedo, 2006; Payne, 2002). Será melhor para eles ou para “nós”? É a prática e na prática, com as pessoas, que a liberdade se constrói. É com implicação e responsabili- »



dade do profissional nas intervenções que é possível atingir a utopia, a mudança social, a emancipação dos sujeitos que “ganham, pouco a pouco, a consciência das suas possibilidades, como resultado imediato da sua inserção no seu mundo, da captação das tarefas do seu tempo ou da visão nova dos velhos temas. Começam a fazer-se críticos... é aí que a posição... de inferioridade... começa a ser substituída por uma outra, de autoconfiança. E os esquemas de “receitas” antes simplesmente importados passam a ser substituídos por projetos, planos...” (Freire, 1967, p. 53).

Isabel Fazenda acrescenta ainda a necessária abordagem transversal e sistémica, de “cooperação entre os diversos sectores das políticas e da sociedade” incluindo as agências governamentais e não governamentais, as pessoas com doença mental e a sua família ou os seus cuidadores. Esta abordagem deve ter em conta os processos de “prevenção, planeamento, tratamento e reabilitação e a responsabilidade pelas decisões e o controle do processo de reabilitação devem ser partilhadas entre utentes, famílias e profissionais” (Fazenda, 2009, p. 115). Somente uma ação concertada e socialmente consonante permite ecoar a intervenção em saúde mental de forma eficaz.

Em forma de conclusão, aludimos que a educação deve ser um dos pilares da ética, uma vez que é através da educação que a sociedade se transforma e que a ética se aplica e que, essencialmente, se reconhece o potencial de cada pessoa e a importância da transformação para a emancipação dos sujeitos (Dimenstein, 2004). A montante, a educação permitirá, aos que se encontram estigmatizados pela sua con-

dição mental, a emancipação, a compreensão do mundo e a mudança social. A jusante, a educação permitirá uma sociedade mais justa, constituída por pessoas com valores sociais que assentam no respeito, na dignidade humana e na solidariedade. No aqui e agora, a educação permitirá às pessoas comprometerem-se com o seu futuro, com o seu projeto de vida, serem detentoras de autonomia, informação, participação e poder e desta forma serem autores da sua história. No passado, no presente e no futuro, a relação entre a Ética e Educação Social, na Saúde Mental, será sempre uma discussão em aberto. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. L. (2006). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aranha, M. S. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. Em *Revista do Ministério Público do Trabalho*, ano XI, n.º 21, pp 160-173.
- Azevedo, J. (2006). *A vida toda para aprender: oportunidades e desafios. Orientar, Qualificar, Certificar: Atas do VIII Congresso Norte/Galiza*. Porto: IEFP.
- Baptista, I. (2011). Ética e Educação Social - interpelações de contemporaneidade. *Pedagogia Social. Revista Interuniversitária*, 19, pp. 37-49.
- Bauman, Z. (1995). *A Vida Fragmentada, ensaios sobre a moral pós-moderna*. Lisboa: Relógios D'Água Editores.
- Bauman, Z. (2003). *Ética pós-moderna* (2ª edição ed.). (J. R. Costa, Trad.) São Paulo (Brasil): Paulus.
- Carvalho, A. D. (2001). *O Educador Social como Sujeito da Construção dos Direitos Humanos. Espaço(s) de Construção de Identidade Profissional*. Porto: Universidade Portucalense.
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão* 24 (4), pp. 112-117.
- Fazenda, I. (2009). Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. *Psicólogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 7(1 & 2), pp. 111-119.
- Franco, S. M., Costa, F. Z., & Leão, A. L. (2016). Depressão: Mal do século ou demanda do século? *Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 3(6), pp. 325-373.
- Freire, P. (1967). *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gonçalves, A. M. (2004). *A doença mental e a cura: um olhar antropológico*. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/556> acedido a 11/12/2018
- Monteiro, H., & Ferreira, P. D. (2014). *Ética e Deontologia*. Em *Coleção Universidade - Ciências da Educação*. Porto: Plural Editores.
- Palha, F., & Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I - O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos*. Porto: ENCONTRAR-SE.
- Payne, M. (2002). *Teoria do trabalho social moderno*. Coimbra: Quarteto Editora.
- WHO, W. H. (2012). *Risks to Mental Health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva, Switzerland: WHO.

AUTORES

Andrea Vital Malheiro Educadora Social, licenciada pela Escola Superior de Educação do Porto

António Sérgio Sousa Educador Social, licenciado pela Escola Superior de Educação do Porto

Carina Fonseca Educadora Social, licenciada pela Escola Superior de Educação do Porto.

SOBREVIVO, LOGO EXISTO

DIANA CHAVES



O stress pós-guerra é um problema presente na sociedade atual. São muitos os portugueses que foram destacados para combater em nome do país e muitos dos que regressaram trouxeram com eles problemas de saúde mental. O Stress Pós-Guerra é uma doença que afeta cerca de 9000 portugueses e foi a pensar nessas pessoas que surgiu a Associação de Apoio aos Ex-combatentes Vítimas do stress de Guerra (APOIAR), IPSS que, desde 1994, já conseguiu ajudar muita gente.

O apoio é direcionado a quem tenha sido reconhecida a doença, ex-combatentes, suas esposas e seus filhos, pois estas pessoas estão diretamente ligadas e sofrem também elas, muitas vezes, tanto por falta de compreensão da doença como por maus tratos da parte do seu familiar, tornando-as também vítimas de Perturbação Secundária de Stress Traumático (PPST).

Uma grande vitória da APOIAR foi, em 1999, ter conseguido reconhecer oficialmente o stress pós-guerra como sendo

uma doença, com a criação do Estatuto do Ex-combatente. “Mas ainda há muito trabalho a fazer”, conforme refere Humberto Silva, assessor da direção e da comunicação da APOIAR. “É preciso manter a sociedade desperta e alerta para este problema”. Existem protocolos entre o Ministério da Defesa, o Ministério da Saúde e esta associação, que também faz parte da Rede Nacional de Apoio, mas o problema mantém-se; esses apoios existem essencialmente no Porto, Lisboa e Braga, o que significa que não chega, nem de perto nem de longe, às reais necessidades da população. Uma dificuldade acrescida quando os Utentes regressam à sua terra natal: uma vez que o apoio não chega a muitas zonas do país, deixam de ter acesso pela distância a que se encontram.

Embora o foco da Associação tenha sido sempre apoiar o ex-combatente, suas esposas e filhos, só mais recentemente é que foram feitos os protocolos para que os familiares sejam »

SOBREVIVO, LOGO EXISTO

também beneficiários do Estado, pois uma vez que as consultas são comparticipadas pelo Estado na sua totalidade, passam agora também a ser gratuitas. A D. Graça, por exemplo, esposa de um ex-combatente, atualmente voluntária, começou por ser beneficiária, pois todo o seio familiar sofreu com o stress pós-guerra do seu marido. Mas quando, através de uma amiga, ouviu falar da Associação e contactou para pedir ajuda para o seu marido, foi-lhe explicado que aquele apoio se estendia também a ela e aos seus dois filhos.

O acompanhamento é feito por equipas multidisciplinares, compostas por psicólogo, psiquiatra e médico de clínica geral, que seguem e apoiam os beneficiários na medida das suas necessidades. Por exemplo, o marido da D. Graça teve uma grande crise em 1986, quando a ameaçou de morte, e começou por ter um “acompanhamento muito rigoroso”, praticamente todos os dias, pois apresentava sintomas inquietantes como beber muito e maltratar a sua família.

Outra vertente de apoio são os Grupos de Ajuda Mútua, que são autónomos, por isso são geridos pelos associados e não necessitam de um responsável da associação para os acompanhar. Estes grupos organizam atividades como passeios, campismo, convívios e ações de voluntariado. O objetivo destas atividades é sentirem-se apoiados, membros ativos de algo que os motiva para o seu dia-a-dia e que não estão esquecidos. Além disso, para promover uma sanidade mental estável, é importante a ocupação.

Alguns ex-combatentes que sofrem de stress pós-guerra refugiam-se no álcool, o que agrava ainda mais a doença. “O meu marido chegava a casa depois do trabalho e notava-se que já não estava sóbrio. Começava a falar mal comigo, sem eu fazer nada de mal, e também tratava mal os filhos. Descarregava muitas vezes o mal-estar e os seus sentimentos em cima de mim, como se eu fosse a culpada de alguma coisa, dizia coisas feias sobre mim, por exemplo que eu tinha amantes... Foram momentos muito difíceis, mas eu não podia deixá-lo sozinho e, num momento que considereei mais oportuno, disse-lhe que o queria ajudar e que ele tinha de querer ser ajudado”. Foi nesse dia que a D. Graça o convenceu, finalmente, a ser acompanhado pela APOIAR. Também falou com os filhos, para que fossem acompanhados. A sua filha foi seguida, mas nunca conseguiu convencer o filho a fazer o mesmo. Foi preciso mudar rotinas e repensar atitudes para conseguir lidar com o marido nos piores momentos. Foi a APOIAR que

esteve ao seu lado e que lhe deu conselhos que guarda para a vida. Hoje, a D. Graça é voluntária na associação e participa sempre que pode nas atividades, tendo sido convidada para fazer parte dos órgãos sociais como vogal, cargo que aceitou por um período, mas, devido a algumas mudanças na sua vida, deixou de ter disponibilidade para o fazer, embora continue a participar ativamente nos eventos.

Quando se organizam convívios, seja nas instalações da própria Associação, seja quando saem em grupo, as esposas, enquanto voluntárias, fazem os lanches e aperitivos para partilhar com os demais. Conforme a disponibilidade de cada uma, vão dividindo tarefas entre elas, deixando organizadas todas as responsabilidades. Percebe-se que há uma entreajuda grande entre os participantes. No entanto, fora daquele círculo, o desconhecimento e o preconceito criam barreiras difíceis de ultrapassar, conta-nos D. Graça. “Muita gente critica e julga a nossa situação. Chegavam a dizer que o meu marido era mau, até mesmo o nosso filho dizia isso, mas é porque estão mal informadas acerca desta doença”, refere D. Graça. “É preciso saber lidar com a doença. Por exemplo, às vezes a pessoa fica cega e surda, por isso não adianta tentar comunicar com ela nessas alturas. Então temos de esperar por um momento em que esteja calma para podermos falar sobre determinados assuntos. A minha filha também já consegue lidar muito melhor com o pai, mas o meu filho ainda perde muitas vezes a paciência”, remata a D. Graça.

Hoje em dia, já é possível referenciar uma pessoa diretamente à Associação, mas antigamente só os Centros de Saúde é que o podiam fazer, o que acabava por dificultar o acesso de muita gente a este apoio, pois acontecia várias vezes, por falta de informação por parte dos médicos que não conheciam a associação nem o seu propósito, não assinarem a prescrição médica aos seus Utentes.

A associação tem um órgão oficial de comunicação que é o jornal APOIAR. É a única publicação periódica especializada no Stress de Guerra em Portugal. Mantém relações de caráter permanente com emigrantes e outras Associações das antigas colónias, fazendo chegar os números do jornal aos seus associados e a entidades no resto da Europa, África e Estados Unidos.

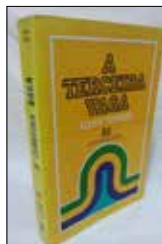
É importante lembrar que os ex-combatentes são, primeiro que tudo, pessoas que carregam uma carga negativa sobre elas, sendo esta uma das razões do seu sofrimento. Têm a sua dignidade e necessitam ser reinseridos socialmente. ■

AS SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS

Ir. Augusto Vieira



A TERCEIRA VAGA



De Alvin Toffler (1980), na qual descreve a evolução da sociedade humana, desde o tempo do predomínio das atividades agrícolas (1ª vaga), passando pela fase industrial (2ª vaga), até à era pós-industrial ou era da informação (3ª vaga). Leia e compare o que vemos hoje com aquilo que o autor previa há 40 anos.

ORAÇÃO PELA FAMÍLIA



Do Pe. Zezinho. Está tudo lá, num estilo realista, leve, terno, esclarecedor, educativo, social e espiritual: o que não pode, o que pode, as alegrias, as dificuldades, os desejos e os dramas da parentalidade. E a bênção! Estou a propor que um dia

a obra musical e escrita deste autor seja declarada património imaterial da humanidade, ou ao menos do país.

Eugénio Fonseca



WWW.CONVOLUNTARIADO.PT



Não posso deixar de sugerir o site da Confederação Portuguesa do Voluntariado, onde podemos encontrar respostas formativas concretas para o melhor desempenho da cidadania. Mas sugiro também, numa outra dimensão, o site setemargens.com, numa procura de alimento para a audácia do ser cristão.

SETÚBAL



É a minha terra, a cidade mais bonita de Portugal, destaco as belezas naturais, a gastronomia, não faltando o choco frito e as caldeiradas de peixe, tudo acompanhado com os vinhos da região, e em termos culturais

pode ser sempre visitado o Museu do Convento de Jesus que recentemente abriu.

A SEGUIR



ADIÇÃO E FRAGILIDADE
Tempos de Pandemia

...e ainda

24 ABR Dia de S. Bento Menni

01 MAI Dia de S. Ricardo Pampuri

10 MAI Dia de S. João de Ávila

03 JUN Dia de S. João Grande

ADMIRÁVEL MUNDO VELHO

MARGARIDA CORDO

Corria o ido ano de 2020 quando, sem grandes avisos, a realidade suplantou a ficção, transformando o planeta azul num *lugar inóspito*, no qual a indecisão, a incerteza e o medo passaram a ser uma constante na vida de quem o habitava e habita, que é como quem diz, todos nós.

Pouco tempo depois que a passagem de ano se festejara e se haviam feito bons augúrios para os seguintes 366 dias, os olhares viravam-se para o Oriente. Não. Não seria nada conosco, pacíficos ocidentais de cérebros superdesenvolvidos e capazes de inventar quase tudo, até a demolidora eternidade; Não. Não haveria nada a temer porque o que se ouvia estava mesmo muito afastado, apesar de todos sabermos que, como alguém disse, não há longe nem distância; Não. Não nos atingiria nada que não pudéssemos controlar.

Andávamos demasiado convictos do nosso inabalável poderio, assente num *universo* dominado por nós, em todas as dimensões. Conseguíamos prever tudo e ter olhares sempre diferentes e apropriados, fossem quais fossem os desafios ou os obstáculos com os quais nos defrontássemos. Era assim que vivíamos.

Desenvolia-se, e continua a desenvolver-se, uma corrente que acreditava que os seres humanos, através de avanços tecnológicos, conseguiriam suprir as falhas com que a natureza os surpreendesse, romper as suas limitações e re-projetar de forma radical a própria humanidade.

Entre ilusões ou desilusões, distopias ou realidades, a vida era mesmo boa e nunca pequenos gestos, agora inibidos, haviam sido tão valorizados, como hoje em dia, à simples distância da saudade, por não os poder fazer. Tudo é estra-

nho. Cumprimentar-se, despedir-se, mimar, mimar-se,... O que eram banalidades são hoje desejos incumpridos ou comportamentos arriscados. Vivemos numa espécie de resignação adaptativa a um desajeitado mundo estropiado.

Nem Aldous Huxley, no seu Admirável Mundo Novo, poderia supor que, pouco menos de 60 anos após a sua morte, a Terra sofresse uma espécie de *interregno* durante o qual a humanidade estivesse altamente necessitada, não exatamente de um qualquer *soma*¹ ou mesmo de uma tecnologia de ponta, mas tão só, de uma forte humildade de ser, que contribuísse para a grande e urgente renovação capaz de resgatar os velhos do abandono, os novos da solidão e, todos, em geral, deste *novo mundo novo* no qual parece mesmo difícil viver em busca de um sentido.

A atual perspectiva da realidade mudou completamente e, nem por isso, estamos, para já, mais sábios, como deveríamos.

Na 3ª Encíclica do Papa Francisco, Fratelli Tutti, podemos ler, em FT 225 “*Em muitas partes do mundo fazem falta percursos de paz que levem a cicatrizar as feridas; há necessidade de artesãos de paz, prontos a gerar, com inventiva e ousadia, processos de cura e de um novo encontro.*” E, sim, aqui encontramos a receita para que o admirável mundo em que vivíamos possa ser reencontrado, agora depurado pelas profundas aprendizagens, resultantes de um peregrinar errante, em que todos, de alguma forma, tivemos que nos inserir. ☐

¹ O soma é a droga que os personagens do livro Admirável Mundo Novo, de autoria de Aldous Huxley, utilizavam a fim de nunca ficarem tristes.



CONTACTOS

CÚRIA PROVINCIAL SEDE ISJD

Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 LISBOA
Tel.: 217 213 300
E-mail: sede@isjd.pt
www.isjd.pt

CASA DE SAÚDE DO TELHAL

Estrada do Telhal, 55
2725-588 MEM MARTINS
Tel.: 219 179 200
E-mail: cst.telhal@isjd.pt
www.isjd.pt/cst-telhal

CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS FUNCHAL

Caminho do Trapiche, s/n
Santo António
Caixa Postal 4376
9020-126 FUNCHAL
Tel.: 291 741 032
E-mail: cssjd.funchal@isjd.pt
www.isjd.pt/cssjd-funchal

CASA DE SAÚDE S. RAFAEL

Rua Dr. Anibal Bettencourt, s/n
Caixa Postal 1102
9701-902 ANGRA DO HEROÍSMO
Tel.: 295 204 330
E-mail: cssr.angra@isjd.pt
www.isjd.pt/cssr-angra

CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS BARCELOS

Av. Paulo Felisberto, 205
4750-783 BARCELOS
Tel.: 253 808 210
E-mail: cssjd.barcelos@isjd.pt
www.isjd.pt/cssjd.barcelos

CASA DE SAÚDE S. MIGUEL

Rua de S. João de Deus, s/n
Caixa Postal 155
9501-902 PONTA DELGADA
Tel.: 296 201 600
E-mail: cssm.pdelgada@isjd.pt
www.isjd.pt/cssm-pdelgada

HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS

Rua de Avis, 89
7050-089 MONTEMOR-O-NOVO
Tel.: 266 898 040
E-mail: hospital.montemor@isjd.pt
www.isjd.pt/hospital-montemor

CASA DE SAÚDE S. JOSÉ

Largo S. João de Deus, 1
4755-044 AREIAS DE VILAR
Tel.: 253 919 000
E-mail: cssj.vilar@isjd.pt
www.isjd.pt/cssj-vilar

CLÍNICA S. JOÃO DE ÁVILA

Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 LISBOA
Tel.: 217 213 300
E-mail: csja@isjd.pt
www.isjd.pt/csja

RESIDÊNCIA S. JOÃO DE DEUS

Rua S. João de Deus, 6
2495-456 FÁTIMA
Tel.: 249 534 627
E-mail: irmaos.fatima@isjd.pt

FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS

Av. Júlio Dinis, 23 - 1.º Esq.
1050-130 LISBOA
Tel.: 217 983 400
E-mail: sede@fsjd.pt
www.fsjd.pt

MISSÃO EM TIMOR LESTE

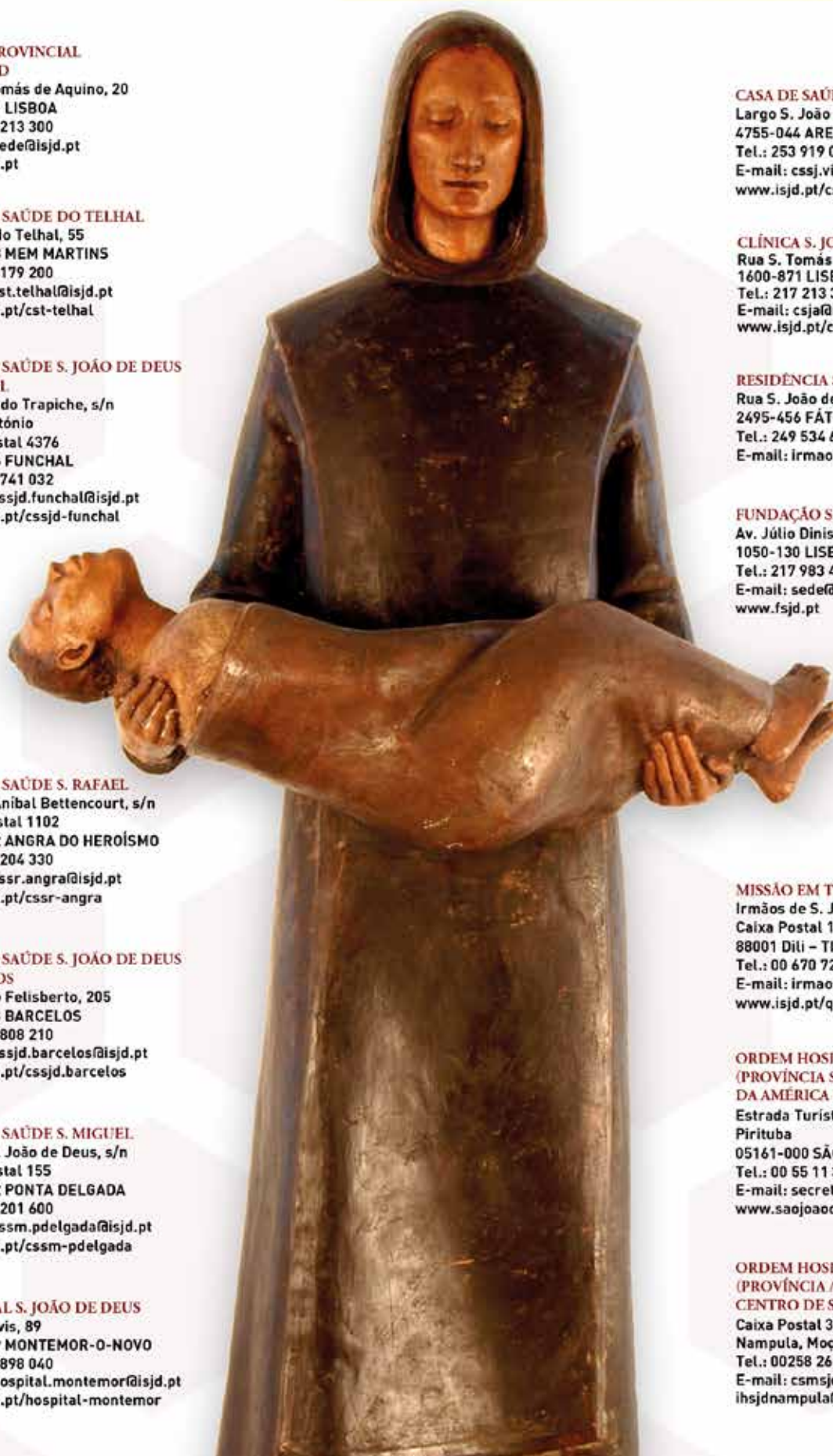
Irmãos de S. João de Deus
Caixa Postal 100
88001 Dili - TIMOR LESTE
Tel.: 00 670 725 7859
E-mail: irmaos.timor@isjd.pt
www.isjd.pt/quem-somos

ORDEM HOSPITALEIRA NO BRASIL (PROVÍNCIA S. JOÃO DE DEUS DA AMÉRICA LATINA E CARAÍBAS)

Estrada Turística do Jaraguá, 2365
Pirituba
05161-000 SÃO PAULO
Tel.: 00 55 11 390 378 57
E-mail: secretaria@saojoaodedeus.org.br
www.saojoaodedeus.org.br

ORDEM HOSPITALEIRA EM MOÇAMBIQUE (PROVÍNCIA AFRICANA DE SANTO AGOSTINHO) CENTRO DE SAÚDE MENTAL S. JOÃO DE DEUS

Caixa Postal 308
Nampula, Moçambique
Tel.: 00258 262 134 38
E-mail: csmsjdnpl@teledata.mz
ihjsdnampula@yahoo.fr



Prémio financiado pela Fundação S. João de Deus

Consulte o regulamento em www.isjd.pt/revista-hospitalidade

3ª EDIÇÃO

PRÉMIO

S. JOÃO DE DEUS

PARA A INVESTIGAÇÃO

PARTICIPE

E GANHE 1.000€



Entram a concurso os artigos submetidos entre
1 de Abril e 31 de Outubro de 2021
enviados para o e-mail hospitalidade@isjd.pt.

A *Revista Hospitalidade* vai premiar com 1.000,00€ o melhor artigo científico nas áreas de **Saúde Mental, Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Reabilitação Psicossocial, Ética, Dependências e Espiritualidade.**

Promotores:

