

Ao sair esta edição do Diálogos ainda paira no ar a magia do Natal e a esperança da mudança que todos desejamos para o Novo Ano.

A palavra Natal ou Nascimento traz consigo a força que se pretende para renovar, mudar para melhor, quer nas acções mais simples, quer nas responsabilidades mais complexas. Não há melhor época para colocar em prática essa força anímica do que a do início de um novo ano e não será por acaso que um evento antecede o outro. É, pois, com este espírito de renovação que, nesta nota de abertura, desejo a todos um Bom Ano, no qual a mudança e solidariedade não sejam palavras vãs.

Dedica-se este Boletim Informativo à (Des) Institucionalização, e esse é o nosso grande desafio para que se verifique uma grande mudança na vida de todos aqueles que, de uma forma ou de outra, têm que recorrer a Instituições. Embora estas possam estar aptas a dar respostas adequadas às diferentes problemáticas, quem não sonha com uma sociedade em que as mesmas não tivessem que existir? Esse deverá ser, pois, o nosso horizonte - Institucionalizar como recurso provisório, não como resposta definitiva. A institucionalização deverá ser encarada como um meio para se alcançar, o mais rapidamente possível, um projecto de vida viável.

Todos os artigos insertos nesta publicação têm como preocupação a melhoria das respostas institucionais para que se possa minimizar o sofrimento daqueles que a elas têm que recorrer, não descurando, contudo, a necessidade urgente de as qualificar, enquanto ajuda temporária à Família em situação de crise. Esta tem que ser alvo de políticas que a reforcem, permitindo-lhe desempenhar eficazmente os papéis que dela esperamos. As instituições têm um papel relevante, dada a sua proximidade e especial sensibilidade às questões sociais e da cidadania, mas também, cada um de nós, pessoal ou profissionalmente, é agente e actor desta sociedade, pelo que tem um papel, uma responsabilidade e um campo de intervenção possível.

A (Des) Institucionalização é, pois, uma tarefa que cabe a todos e só com o trabalho de todos, de forma concertada, ela será um facto.

Laura Tavares

Coordenadora do Núcleo Distrital de Setúbal da REAPN

Ficha Técnica



Propriedade

Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal
Rua de Costa Cabral, 2368 - 4200-218 Porto
Tel. 225 420 800 - Fax 225 403 250
E-mail: geral@reapn.org • www.reapn.org

Coordenação editorial

Núcleo Regional do Sul
(Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Setúbal)
Gabinete de Informação
Gabinete de Desenvolvimento

Design, Paginação e Impressão
A Diferença, Lda - Tel.: 255 911 042

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
2.000 exemplares

Depósito Legal
247628/06

Distribuição
Gratuita

Plano DOM_Desafios, Oportunidades e Mudança

O Plano DOM – Desafios, Oportunidades e Mudanças, tem como objectivo principal a implementação de medidas de qualificação da rede de Lares de Infância e Juventude, incentivadoras de uma melhoria contínua da promoção de direitos e protecção das crianças e jovens acolhidas, no sentido da sua educação para a cidadania e desinstitucionalização, em tempo útil.

Centrando-nos nas crianças e jovens e tendo em conta que o acolhimento é desejavelmente provisório, vão-se definir as condições necessárias para que a elaboração dos seus projectos de vida sejam uma prática institucional assumida, para que os mesmos não fiquem acolhidos mais do que o tempo necessário.

Paralelamente, vão-se procurar criar as condições institucionais que permitam às crianças e jovens viver em Lar, no pleno usufruto dos seus direitos tendo garantidas as necessidades de bem-estar, protecção e desenvolvimento pessoal.

Assim, assumem-se 2 dimensões centrais na concepção de acolhimento institucional de qualidade:

Perspectiva do acolhimento como transitório, que se desdobra nos seguintes princípios:

- O Lar não é substituto da família actual ou futura da criança / jovem, mas sim o representante / defensor / promotor dos seus direitos e desenvolvimento bio-psico-social, que tudo deve fazer para que a criança/jovem volte a viver no seio de uma família;
- Deve promover / participar na elaboração e dinamização de projectos de vida, suportado por planos de intervenção individualizados e pela actuação articulada da rede de parceiros;
- Deve promover, sempre que possível, a proximidade da criança / jovem à família, abrindo as portas da instituição à sua entrada e funcionando como catalizador / mediador/ observador da relação e das interações. Simultaneamente deve aproveitar as potencialidades do espaço institucional para a estimulação das competências parentais com vista à (re)integração da criança.

Perspectiva do funcionamento e ambiente familiar dos Lares, que se desdobra em vários princípios:

- Garantia de atenção individualizada, centrada nas necessidades de valorização, estabilidade e afecto da criança - processo de acolhimento inicial personalizado, relação educador/criança centrado na estimulação das capacidades comunicativas, personalização dos espaços, relevo particular

à relação com a família, promoção da autonomia, promoção do envolvimento das crianças no funcionamento da instituição, relação com pares (de dentro e de fora da instituição);

- Promoção da inclusão – integração das crianças na comunidade, acompanhamento da inserção nos equipamentos e estruturas da comunidade (educação, saúde, actividades culturais, lúdicas e desportivas), reforço da ligação das crianças à sua comunidade de origem, promoção da integração dos Lares na comunidade, através de redes de parceria formais e informais;
- Funcionamento e organização da instituição - definição de papéis dentro do Lar (equipa técnica, educativa e direcção), estrutura de regras, projecto educativo, procedimentos uniformizados, entre outros;
- Recursos humanos adequados ao número de crianças acolhidas.

O Plano DOM prevê a aplicação de duas medidas, que têm por objectivo a qualificação dos Lares, dotando-os de Técnicos capacitados para uma intervenção consistente, de qualidade centrada no superior interesse da criança ou jovem.

A aplicação das medidas far-se-á por via da celebração de Protocolos entre o ISS, IP – Centros Distritais e as Instituições, após prévia avaliação diagnóstica.

Medida 1

Recursos Humanos

- Dotação de recursos humanos em Lares onde não exista Equipa Técnica;
- Reforço das Equipas Técnicas existentes em Lares onde o seu dimensionamento se revele insuficiente face ao número de crianças e jovens acolhidas.

Medida 2

Qualificação da intervenção e dos interventores

- Desenvolvimento de acções de formação para as Direcções das Instituições e respectivas Equipas Técnicas e Educativas;
- Dotação de Planos de Supervisão para as Equipas Técnicas e Equipas Educativas;
- Construção/reformulação de instrumentos técnicos de suporte à intervenção: Regulamento Interno, Modelo Sócio-Educativo, Plano de Actividades, Processo Sócio-Educativo Individual das crianças / jovens acolhidas, Plano Cooperado de Intervenção.

Implementação do Plano DOM

Em 14 de Novembro de 2007, foram celebrados os primeiros Protocolos com 5 Instituições, envolvendo 6 Lares – Grupo Piloto, nos quais se encontram acolhidas 184 crianças e jovens, abrangendo Lares nos Distritos de Lisboa, Setúbal e Aveiro.

Para este conjunto de Lares, foram contratados 9 Técnicos; garantiu-se, quer a respectiva formação, quer a formação dos Técnicos que já desempenhavam funções nessas Instituições, permitindo a qualificação da intervenção para um total de 20 Técnicos.

Durante o mês de Março, iniciou-se a Supervisão das Equipas Técnicas e das Equipas Educativas destes Lares, com supervisores de grande credibilidade e qualificação profissional e académica, permitindo uma intervenção de maior qualidade e cientificidade, assim como um maior envolvimento da Comunidade Científica na reflexão e debate sobre o Acolhimento Institucional.

Toda a intervenção destas equipas será acompanhada tecnicamente pelas Equipas DOM dos Centros Distritais deste Instituto que, por sua vez, são coadjuvadas na sua acção pelo acompanhamento e apoio da Equipa Central DOM, que neste Departamento, assume a coordenação do Plano.

No dia 26 de Março de 2008 foram celebrados mais 21 Protocolos DOM, que envolveram 21 Lares e respectivas crianças e jovens acolhidas (768 no total), abrangendo Lares nos Distritos de Lisboa, Setúbal, Aveiro, Coimbra, Santarém, Braga e Porto.

Com este alargamento, foram contratados mais 55 Técnicos Superiores que, à semelhança dos Lares da fase piloto, foram também alvo de formação.

A Supervisão para estes Lares que integraram o primeiro alargamento iniciou-se em Setembro.

Em 23 de Setembro foram celebrados 79 Protocolos DOM, que envolveram 84 Lares e respectivas crianças e jovens acolhidas (2881 no total), abrangendo todo o território nacional.

Com este alargamento, foram contratados mais 227 Técnicos Superiores que iniciaram funções no dia 1 de Outubro, nos respectivos Lares. À semelhança do que aconteceu nos outros dois grupos anteriores também estes serão alvo de formação.

Está previsto um terceiro alargamento que irá ter início a partir de Abril de 2009, pretendendo-se estender o Plano DOM a todos os Lares de Crianças e Jovens do país.

Com toda esta dinâmica pretendemos garantir de uma forma altamente motivada e empenhada a:

- Mudança de práticas institucionais que se revelem menos adequadas;
- Mudança de atitudes que não confirmam a legitimidade para a devida salvaguarda dos interesses das crianças e jovens que requerem protecção e confiança no futuro;
- Mudança do paradigma do acolhimento institucional.

Enfim, mudança para a qualificação institucional.

E ao partir para uma intervenção que se pretende promotora de mudança no sistema de acolhimento em Lares de Infância e Juventude, importa colocar a criança/jovem no centro das nossas atenções e encarar sempre que o seu acolhimento é desejavelmente provisório, e que:

- na base do trabalho bem articulado entre todos os colaboradores institucionais e interinstitucionais, a sua protecção quotidiana é motivo de grande investimento sócioeducativo, afectivo, de vigilância à sua saúde, de socialização, de incentivo sempre que possível à manutenção da relação/vinculação com a sua família, fonte do seu sentido de identidade e desenvolvimento biopsicossocial;
- na base do trabalho entre as Equipas Técnicas Pluridisciplinares das instituições em estreita articulação com as demais Equipas Técnicas dos Serviços / entidades que interessam envolver para cada situação, se torne uma realidade efectiva, a elaboração dos seus projectos de vida para a (re)unificação familiar, ou para a adopção, ou para a promoção da autonomia de vida, em tempo oportuno, garantindo, como prática institucional assumida, que a criança/jovem não fique acolhida mais do que o tempo necessário.

Ana Lage

Directora da Unidade Infância e Juventude
Departamento de Desenvolvimento Social do ISS



A Associação “Chão dos Meninos” é uma IPSS que desde 1993 desenvolve, em Évora, um trabalho especializado na área dos maus-tratos infantis e da protecção à Infância. Ao longo destes 15 anos o conjunto de serviços disponibilizados tem vindo a crescer e a consolidar-se de forma a constituir hoje um *continuum* de respostas da prevenção primária à terciária, do risco ao perigo.

Mais especificamente, existem dois grandes conjuntos de serviços: o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) e os Centros de Acolhimento (I e II). O CAFAP integra três equipas de intervenção directa: a equipa Quebrar do Silêncio, especializada em situações de abuso sexual, a equipa Em Família para Crescer que intervém nas outras formas de mau trato (negligência, mau trato físico e mau trato psicológico) e a equipa ADOS, que se ocupa especificamente das situações de adolescentes com comportamentos de risco. Integra ainda as actividades de animação sócio-cultural.

Por seu lado os Centros de Acolhimento asseguram a protecção de crianças (CAT I – crianças dos 0 aos 12 anos) e jovens (CAT II – jovens dos 12 aos 18 anos) em situação de perigo, ou seja, desenvolvem uma intervenção que, em dado momento substitui a família na prestação de cuidados. Serão por assim dizer contextos em que a função de “Cuidar” é assegurada pelo contexto institucional, quando o meio familiar deixou de ter ou de ser reconhecido como tendo competências para promover o desenvolvimento saudável da criança/jovem.

Assim, ao acolher, a instituição assume a responsabilidade de interromper e inverter trajectórias de desenvolvimento: ou seja, pretende-se que os Centros de Acolhimento sejam espaços terapêuticos e de reabilitação da criança e da família, em que além de se assegurar a protecção da criança/jovem, se promova a recuperação de sequelas dos maus tratos experienciados, a aquisição de competências e se previna a recidiva das situações de perigo, através da definição e implementação de projectos de vida que viabilizem a efectivação dos Direitos da Criança e o exercício duma Cidadania activa e participativa. Tais projectos de vida passarão pela vivência em contexto familiar, privilegiando-se a reestruturação da família biológica da criança/jovem, antes de serem ponderados contextos familiares alternativos como a família alargada ou a adopção.

Contudo, não podemos ignorar que o alcance de tais objectivos é modulado pelas metodologias de intervenção adoptadas e efectivadas, mas também pela forma como vantagens e desvantagens do acolhimento são geridas em cada situação. Ou seja, teoricamente o acolhimento institucional é legitimado pela sua função protectora e securizante, que, pela sua previsibilidade possibilita a (re)organização psicológica da

criança/jovem e a interrupção de ciclos de disfuncionalidade familiar, oferecendo modelos relacionais estruturantes que possibilitem o desenvolvimento da auto-estima e da possibilidade de acreditar e confiar no Outro, condições essenciais para um desenvolvimento psíquico saudável. Na prática será então necessário desenvolver metodologias de trabalho que espelhem os aspectos acima referidos, o que implica a gestão de desvantagens do acolhimento, nomeadamente:

1. a fragilidade emocional em que a criança/jovem afastado do seu meio natural de vida se encontra: ainda que a situação de perigo iminente seja eliminada, a criança/jovem tem de lidar com a crise que decorre da ruptura com tudo o que conhecia até então e as exigências da integração num meio novo, com vários prestadores de cuidados e onde é obrigado a partilhar as suas vivências quotidianas com outras crianças/jovens em semelhantes situações de vulnerabilidade;
2. o sentimento de punição muitas vezes presente nas crianças/jovens acolhidos, que ao ser afastados do seu meio familiar se percebem como os autores de algo negativo que foi castigado com tal distanciamento;
3. o sentimento de estigmatização que decorre da vivência desta diferença marcante: quem cuida de si não é quem devia cuidar, exigindo à criança/jovem a difícil tarefa de encarar o acolhimento como um momento mais positivo na sua vida que outros anteriormente vividos ao mesmo tempo que se confronta com vivências familiares positivas dos pares (por exemplo na escola);
4. a demissão/diminuição da responsabilidade familiar que por vezes se observa: se o contexto institucional se substitui na prestação de cuidados, será fácil entender que as próprias famílias se distanciem deste papel, dado que o acolhimento do seu filho/a espelha a reprovação social das suas competências.

A intervenção desenvolvida nos CAT I e II da Associação “Chão dos Meninos” tem procurado incluir práticas inovadoras que potenciem o alcance daqueles objectivos. De seguida abordaremos mais detalhadamente o desenvolvimento das competências parentais e das competências de vida em contexto institucional.

Desenvolvimento de competências parentais em contexto institucional- CAT I

O primeiro objectivo da intervenção em situações de acolhimento é essencialmente compreender as razões do mau trato e modificar factores de disfuncionalidade que deram origem à violência, afim de que a família venha a ter condições para voltar a viver com os seus filhos.

Para tal é estabelecido com a família um acordo de intervenção no início do acolhimento, após a realização do diagnóstico, no qual são delineados os objectivos da intervenção, as mudanças que deverão ocorrer no funcionamento familiar ou em cada um dos seus elementos, os recursos a accionar e os *timings* da intervenção e da avaliação dos resultados. A participação activa da família no plano de acompanhamento é uma condição indispensável para a obtenção de resultados ao nível dos comportamentos parentais.

Se a medida de acolhimento institucional pontuou a desadequação das competências parentais, será essencial que também promova o seu desenvolvimento. Tal só será possível se a família for envolvida na vida da criança. Assim, promovem-se os contactos regulares (o mais frequentes possível) e a sua participação activa nos cuidados aos seus filhos (ex: no dar o banho, no acompanhamento às consultas médicas, a nível escolar, etc.), constituindo estes momentos períodos não de visita à criança mas de “treino de competências parentais”. Compete à equipa técnica encorajar e apoiar os pais no desempenho das suas competências e só é possível avaliar a partir da evolução dos cuidados prestados às crianças. Saliente-se que tal treino e modelação de comportamento parental é assegurado pela equipa técnica e pelas auxiliares do CAT.

Os horários do CAT que regulam a participação dos pais nas rotinas diárias dos filhos são suficientemente flexíveis para que se possam adaptar aos diferentes casos e circunstâncias. Tal significa que as regras de funcionamento e a organização institucional se centram na satisfação das necessidades das crianças e nos objectivos terapêuticos a alcançar, o que complexifica a gestão do CAT e requer frequentemente uma reorganização do seu *modus operandi*. Desta forma o CAT não é uma estrutura rígida à qual todas as crianças e famílias se têm de adaptar, mas é antes suficientemente flexível para responder às suas idiossincrasias.

Desenvolvimento de competências de vida em contexto institucional – CAT II

O CAT II, enquanto resposta de acolhimento para jovens, encontra na promoção de competências de vida um dos vectores fundamentais para a prossecução dos diferentes objectivos antes enunciados.

Efectivamente, se por um lado emerge a sua função de protecção, por outro, assume particular relevância a sua função de promoção de competências que proporcionem a assunção da Cidadania.

De facto, pretende-se aqui que seja definido em conjunto com o jovem um projecto de vida, que poderá contemplar quer a reunificação familiar, quer a sua autonomização.

Em ambos os casos, dotar o jovem de competências que lhe permitam enfrentar os desafios do quotidiano de forma autónoma e responsável constitui-se como estratégia

determinante para o seu desenvolvimento pessoal e social e conseqüente inclusão social.

Entenda-se aqui a abrangência do próprio conceito, que inclui desde competências de gestão económica a competências pessoais e sociais. A promoção destas irá revelar-se um instrumento precioso para o seu percurso, seja junto da família ou autonomamente.

Se para a grande maioria dos jovens a aprendizagem de uma panóplia de competências ocorre de forma espontânea, seja no contexto familiar, seja em contexto escolar ou outros, quando nos referimos a jovens em contexto de acolhimento, os processos de aprendizagem de todo um conjunto de competências poderá ficar seriamente comprometido se não existir um trabalho devidamente estruturado e direccionado. Aprender a abrir uma conta bancária, a seleccionar a qualidade dos produtos alimentares, a efectuar pagamentos de contas de electricidade, são aparentemente práticas que obviamente teremos alguma dificuldade em lembrar em que altura específica ou com quem aprendemos a realizar, pois aconteceu naturalmente ao longo do nosso crescimento, por observação dos adultos que nos rodearam. Pelos condicionalismos inerentes ao seu percurso de vida, são estas mesmas práticas que muitas vezes não estão disponíveis de serem observadas pelos jovens em contexto de acolhimento, e logo são mais difíceis de serem aprendidas, exigindo um trabalho de intervenção específico.

A promoção de competências sociais, cognitivas e emocionais, onde se abordam e desenvolvem capacidades tais como gestão do stress, de conflitos, tomada de decisões, assertividade, empatia, entre outras, revela-se também como potenciador de desenvolvimento humano, reduzindo comportamentos de risco e amplificando comportamentos desejados e aceites socialmente.

Desta forma, o CAT II, compromete-se a minimizar os efeitos do acolhimento e potenciar o percurso dos jovens, definindo como indispensável a existência de uma equipa técnico/educativa, que garanta a qualidade do trabalho proposto. Dispomos assim de uma equipa técnica multidisciplinar e de uma equipa educativa cuja formação académica (filosofia; desporto; professores de 1.º Ciclo, entre outros) reflecte a diversidade e a complexidade da tarefa a que nos propomos. Esta equipa, no âmbito das suas funções desenvolve com cada jovem um trabalho de carácter pedagógico, acompanhando o seu quotidiano, criando oportunidades de aprendizagem, procurando “Cuidar” dos jovens para que sejam capazes de “Cuidar de si mesmos” e quebrar os ciclos geracionais de violência.

Conclusão

O acolhimento institucional não é um fim em si mesmo. É uma medida de promoção e protecção, que deve potenciar as condições necessárias ao desenvolvimento saudável das

crianças e jovens. Assim, a institucionalização transitória não pode ser encarada como a resolução de um problema, entendendo-se este como a eliminação do perigo, mas antes como um meio no qual se desenvolvem estratégias conducentes à superação doutro problema: as dificuldades observadas no exercício da função parental.

As práticas acima descritas pretendem contribuir para este objectivo, sendo certo que não poderão ser entendidas como únicas ou suficientes, mas antes ser perspectivadas no contexto duma intervenção articulada e integrada dos diferentes serviços envolvidos (justiça, saúde, educação, área social e terapêutica, etc.).

A desinstitucionalização das crianças e jovens constitui, em nosso entender, o reconhecimento da desadequação do acolhimento como meio de vida e da sua adequação como contexto de mudança/evolução positiva. Para que o acolhimento institucional deixe de ser um contexto de “desvantagens permanentes” para ser de “vantagens transitórias”.

Dora Pereira - Psicóloga, Coordenadora Técnica da Associação “Chão dos Meninos”

Angélica Santos - Assistente Social, Directora Técnica do CAT I da Associação “Chão dos Meninos”

Mariana Galésio - Educadora Social, Directora Técnica do CAT II da Associação “Chão dos Meninos”

Institucionalização, agora não, depois...

Decidir ter um filho é algo que exige, ou devia exigir, ponderação e reflexão. Quando tomamos essa decisão, começam a surgir pensamentos acerca desse bebé, e imaginamos um mundo de situações que vão desde o que gostávamos que acontecesse, ao que tememos que aconteça. Sonhamos ter um bebé perfeito e saudável, igual a muitos outros, com um potencial ilimitado. Sonhamos muitas coisas. Mas certamente não sonhamos ter um filho “diferente”.

Ao longo destes anos tenho-me deparado com famílias que reagem de formas muito distintas a esta situação. Numa fase inicial há as que não querem acreditar; as que deprimem; as que desvalorizam; as que se revoltam; as que entram em pânico e, muito raramente, as que desistem. Mas uma coisa não vi: nunca vi um bebé a não precisar dos pais, do colo e do afecto, do carinho de todos os que o rodeiam.

Um bebé nasce numa família e é lá que deve permanecer. Mas, por vezes, é preciso que essa família aprenda a amá-lo, a respeitar as suas diferenças, a adaptar-se a uma nova realidade. E dependendo da gravidade da situação, isso pode requerer grandes mudanças no seu quotidiano, para já não falar nas questões de carácter económico.

Hoje em dia as famílias podem contar com o apoio das Equipas de Intervenção Precoce, que acompanham crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, portadoras de deficiência ou com um atraso grave de desenvolvimento (biológico, social). Esta retaguarda, composta por técnicos de áreas diversificadas (Psicologia; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional; Fisioterapia; Educação Especial e Serviço Social), constitui um suporte que possibilita que muitas das vezes as famílias não tenham que efectuar penosas deslocações, em busca dos

apoios imprescindíveis ao melhor desenvolvimento dos seus filhos. Esta resposta diminui o desgaste físico, emocional e económico da família e criança, deixando os pais mais disponíveis para investir afectivamente no seu bebé especial. A entrada para a escola é outro momento que se reveste de grande ansiedade. As famílias questionam-se se as escolas estão preparadas para receber os seus filhos e, se estes, se vão sentir felizes e integrados. A recente criação dos Centros de Recurso para a Inclusão (CRI) poderá vir a trazer uma maior tranquilidade aos pais, na medida em que se pretende garantir os apoios imprescindíveis aos alunos que se enquadrem no Decreto-Lei n.º 3/2008. Neste momento encontramos-nos numa fase experimental, mas acredito que com um maior reforço dos recursos, esta resposta poderá ser eficaz e alcançar os objectivos a que se propõe. A ser assim, as famílias poderão sentir-se mais seguras e menos angustiadas.

Estas equipas técnicas dos CRI serão, conjuntamente com os docentes dos agrupamentos, responsáveis por delinear com o jovem e a sua família o seu Projecto de Vida. Este Projecto, a dada altura, poderá passar pelo encaminhamento para um Curso de Formação Profissional, para um Emprego Protegido ou para um Centro de Actividades Ocupacionais (CAO).

Nos casos mais complexos em que os jovens são encaminhados para um CAO, a família poderá contar com o apoio de uma instituição especializada, com equipas preparadas para acolher estes casos. Mais uma vez as famílias devem sentir e saber que podem contar com estas estruturas para os ajudar. Mais uma vez não estão sozinhas, têm ajuda para enfrentar uma nova etapa na sua vida familiar.

Acredito que a passagem dos anos acarrete um grande desgaste na maioria das famílias. Por vezes não é nada fácil lidar com estes bebés, que se tornam crianças, que se tornam adolescentes, que se tornam adultos. As famílias vão envelhecendo e esmorecendo. E quando pensam em recorrer a uma situação como a Institucionalização é porque não devem, de facto, conseguir vislumbrar outra saída. Pensam no futuro, pensam em quando já cá não estiverem para tomar conta dos seus filhos especiais. E querem assegurar-se de que serão bem tratados. O conhecer esses cuidadores com antecedência pode de alguma forma tranquilizar estes pais. Devemos, contudo, estudar outras alternativas.

Uma destas alternativas poderá passar por aliar a frequência de um CAO ao recurso a uma equipa de Apoio Domiciliário especializada. Esta poderá ser uma forma de se conseguir prolongar pelo máximo de tempo possível a permanência junto da família. A ideia da criação de um serviço deste género na nossa Instituição surgiu da necessidade verbalizada por algumas das nossas famílias, que já começam a sentir dificuldades em assegurar os cuidados de higiene aos seus filhos adultos, assim como em acumular os cuidados com a roupa, com a limpeza habitacional.

A dinamização de respostas sociais deste género, de uma forma articulada, permitirá uma melhoria da qualidade de

vida destas famílias, podendo evitar a institucionalização destes jovens/adultos, ou pelo menos retardá-la. Quando chegar a hora de se ter de optar por esse tipo de resposta, as Instituições devem estar preparadas para prestar um serviço de qualidade, pautado pela humanização e afecto. Na minha opinião não chega sermos bons profissionais, temos de ser afectuosos, zelando para que se sintam integrados num novo Lar. Devemos lembrar que para a família esta não foi uma decisão fácil, e que para a pessoa a ser integrada esta será uma nova etapa na sua vida, que acarreta toda uma mudança das suas rotinas diárias. É muito importante continuarmos a lutar pela manutenção dos laços familiares, e uma das estratégias que podemos adoptar poderá passar pela ida a casa da família aos fins-de-semana, ou em alguns períodos do ano.

Assim sendo, devemos encarar a Institucionalização como uma má medida? A meu ver não, devemos é encará-la como um último recurso, esgotando primeiro todas as outras alternativas.

Institucionalização, agora não, depois...

Ana Marques
Coordenadora Técnico-Pedagógica da APPACDM de Portalegre

Aldeias Lar: um projecto inovador

Este modelo de desenvolvimento tem por objectivo dar resposta aos idosos (qualidade de vida, assistência, cuidados de saúde, alojamento condigno, actividades lúdicas e de ocupação,...) e aos problemas de despovoamento do interior, contribuindo desta forma para um melhor ordenamento do território nacional, e ao mesmo tempo para que Portugal assumira um “cluster” neste domínio em termos europeus, valorizando os critérios de diferenciação de que usufrui (Sol, Espaço, Água, entre outros).

O modelo Aldeias Lar apresenta vários factores de inovação, tendo sempre por base a dignificação do idoso e dotar de uma “vocação de Aldeia Lar” as aldeias e vilas do interior do país em processo de despovoamento, promovendo a qualificação de recursos humanos e a criação de emprego para os mais jovens. Nestas mesmas aldeias são criados serviços de apoio (cuidados paliativos, serviços geriátricos, entre outros, os quais podem ser privados, público privados ou públicos) os quais para além de servirem a população idosa ali existente servirão de igual forma os apartamentos com idosos que agora ali se vão instalar para usufruir de condições de qualidade de serviços e da paz que o interior pode proporcionar.

Nestas aldeias ou vilas poderão ainda utilizar-se e recuperar-se casas devolutas, desenvolvendo ainda a construção das unidades de apoio e apartamentos, em áreas de expansão previstas no Plano Director Municipal. O principal objectivo é que assim também a população residente beneficie dos serviços, e ao mesmo tempo, se criem melhores condições para a interacção dos utentes com a comunidade local, acesso aos serviços locais (restaurantes, cafés, mercearias, cabeleireira, barbeiro, entre outros).

Por outro lado, as Aldeias Lar deverão possuir serviços de apoio em permanência.

Os utentes deverão usufruir de um apartamento para si e respectivo cônjuge (na ausência deste partilharão o mesmo com outro homem ou mulher respectivamente).

Nestes apartamentos, os utentes são ainda livres de deter alguns bens pessoais como, por exemplo, mobília e outros bens pessoais.

Nas Aldeias Lar serão ainda privilegiados programas com actividades para os idosos, bem como o atribuir de tarefas a todos os que queiram permanecer activos.

Partindo-se do princípio que a iniciativa da criação de Aldeias Lar pode partir de entidades Públicas, Público-Privadas ou Privadas, nada impede face à necessidade existente, que possam existir várias Aldeias Lar de um mesmo promotor ou de vários, e que estas estabeleçam, entre as diferentes unidades, uma relação que permita, por exemplo, a mobilidade e sazonalidade da permanência dos idosos, que tenham essa vontade e os requisitos para tal.

Ou seja, desta forma uma pessoa idosa poderia permanecer uma temporada no Alentejo, outra no Algarve, outra no Norte (por exemplo), desde que existam aldeias lar, articuladas entre si (a taxa de ocupação era a mesma).

O que se conseguia no fundo era a oportunidade das pessoas poderem quebrar a sua rotina e beneficiar de diferentes estruturas como quem passa férias em vários sítios, sendo desta forma uma maneira alegre de envelhecer.

Contexto

Este projecto surge no âmbito do desenvolvimento de uma tese de doutoramento a título individual a qual incorpora o modelo de aldeias lar, tendo este modelo sido apresentado e discutido publicamente no âmbito de um seminário internacional, denominado: “Aldeias lar – Um futuro para o interior de Portugal”, o qual foi promovido pelo Núcleo Distrital de Beja da Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal, tendo contado com o apoio e entusiasmo em relação ao tema das instituições associadas desta rede, nomeadamente: Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Alentejo; Associação Humanitária D. Ana Pacheco; Cáritas Diocesana de Beja; Instituto Superior de Serviço Social de Beja; Fundação Viscondes de Messangil; Fundação Manuel Gerardo de Sousa Castro; Centro Paralisia Cerebral de Beja; Taipa - Organização Cooperativa p/ Desenvolvimento Integrado Concelho de Odemira; Lar Jacinto Faleiro; Associação de Solidariedade Social Barrancos Horizonte Amigo; ESDIME - Agência para o Desenvolvimento Local no Alentejo Sudoeste, CRL;



Associação de Solidariedade Mombejense; Santa Casa da Misericórdia de Cuba; Santa Casa da Misericórdia de Vidigueira; Casa do Estudante; Rota do Guadiana - Associação e Desenvolvimento Integrado; Flor de Enxóe - Associação de Solidariedade Social Vale de Vargo; Associação de Solidariedade Nª Senhora das Neves.

A pertinência da possibilidade de materialização do modelo decorre da análise demográfica portuguesa e europeia, caracterizada por um forte envelhecimento da população, onde em muitas regiões a procura de unidades de apoio a idosos é muito superior à oferta existente. Saliente-se que em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 16% em 2001, e de acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (2004), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

Estas modificações demográficas verificadas no último século (com profundas alterações e, por vezes, inversão das pirâmides etárias), reflectindo o envelhecimento populacional, colocaram desafios para os quais os governos, as famílias e a sociedade em geral, não estavam preparados.

Neste momento prevê-se a constituição de uma primeira unidade, numa vila do interior do Baixo Alentejo (Portugal).

Em fase de constituição, a parceria para o efeito irá ser composta por Investidores privados aos quais se encontram associados profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

Principais Objectivos

Nas sociedades desenvolvidas o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI devido às suas implicações na esfera social, económica e política. A missão deste projecto visa assim promover as melhores respostas a um problema Europeu, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde que admitiu mesmo que “O crescimento global e rápido da população de idosos é um dos maiores desafios que o mundo terá de enfrentar neste século”. (OMS, 1991).

Saliente-se que o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. Este programa, o qual faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, assenta em 3 pilares fundamentais:

1. Promoção de um envelhecimento activo, ao longo da vida;

2. Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;

3. Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Associado à existência de uma responsabilidade política em relação ao envelhecimento populacional, é fundamental reencontrar um espaço em que a co-responsabilidade civil também seja envolvida e considerada, o que se pretende como missão deste Projecto.

Com a materialização deste Projecto pretende-se atingir os principais objectivos:

1. Dotar da Vocação de “Aldeia Lar”, algumas vilas e aldeias do interior;

2. Criar nas aldeias lar as condições necessárias ao acolhimento de idosos portugueses e europeus;

3. Criar serviços de apoio/saúde para os idosos residentes em aldeias e vilas do interior, serviços estes de valor acrescentado;

4. Requalificar casas devolutas colocando-as na rede de aldeias lar;

5. Promover actividades lúdicas e de ocupação para os idosos;

6. Criar condições de permanência de familiares e amigos dos idosos residentes (alojamento, alimentação, actividades visando promover a visita dos familiares aos seus idosos);

7. Contrariar com o modelo de “aldeias lar” o processo de despovoamento a que as regiões do interior do País estão sujeitas;

8. Garantir a qualificação e fixação de jovens no interior, qualificação esta orientada para serviços de apoio/saúde e cuidados a idosos;

9. Dignificar o idoso;

10. Possibilidade de interagir com outras unidades de “aldeias lar” que se venham a constituir em Portugal ou noutros Países europeus;

11. Promover a interacção dos idosos que venham a residir nas aldeias lar, com a comunidade local, estimulando desta forma as débeis economias locais.

Expectativas

Resposta em termos da qualidade de serviços a prestar, garantir serviços de proximidade aos idosos residentes em aldeias e vilas do interior, bem como da melhor dignificação do idoso, fomentar um *cluster* baseado no modelo de “aldeias lar”, possibilidade de a médio prazo expandir o número de unidades e constituir uma rede de “aldeias lar”.

Principais linhas Orientadoras

Em termos de linhas orientadoras o Projecto pretende estar em sintonia com algumas das preocupações emanadas da Direcção Geral de Saúde, nomeadamente no que aos serviços de proximidade se refere.

Portugal tem sofrido importantes alterações ao nível da Política dos Cuidados de Saúde, no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas de saúde. Foi necessário repensar a questão do envelhecimento ao longo da vida, numa perspectiva mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Importava reduzir as incapacidades, adoptando uma atitude de recuperação adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos. Estas linhas orientadoras estão descritas numa circular normativa da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004, Nº: 13/DGCG) de Julho de 2004, onde apresenta o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Actividades já desenvolvidas

- Contacto com diferentes Investidores Privados interessados na materialização do Modelo de Aldeias Lar;
- Visitas a unidades já em funcionamento e que se aproximam deste modelo, nomeadamente São José de Alcalar no Algarve e Lar da Casa do Povo de São Martinho das Amoreiras no Concelho de Odemira no Baixo Alentejo;
- Realização de um Seminário Internacional sobre o tema, promovido pela REAPN;
- Divulgação de vários artigos, noticiados em diversos órgãos de comunicação social;
- Elaboração de dossier de imprensa pela REAPN;
- Apresentação em Universidades e no Observatório de Emprego do IEFP;
- Presença da 16ª Conferência Europeia sobre Inovação em Saúde.

João Emanuel Pereira Martins

O Idoso em meio urbano: a experiência do Centro Social do Lidador

Este equipamento, inaugurado em 1 de Outubro de 2007, constituiu-se como um projecto estruturante, enquadrado na 1ª linha de orientação do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Beja “Criação, extensão e qualificação de equipamentos e serviços de apoio social”.

O concelho de Beja, com uma população que ronda os 36 000 habitantes regista uma manutenção da tendência para o crescimento da cidade e conseqüente esvaziamento dos aglomerados rurais. Para além disto, o fenómeno do duplo envelhecimento da população tem efeitos múltiplos ao nível do crescimento das necessidades de cuidados de saúde, habitação, prestações sociais mas também em termos de respostas de ocupação de tempos livres e manutenção de estilos de vida saudáveis, necessidade esta intensificada pela cada vez maior ausência do papel das famílias na sua satisfação, como seria de desejar.

A criação deste Centro foi pensada de forma a constituir-se como uma extensão da casa do idoso, da rua onde mora, um prolongamento das relações de vizinhança tão características do nosso Alentejo, onde ele encontrará não só outros idosos mas também pessoas de outras gerações, nomeadamente, crianças e jovens e lhe será prestado, por parte da equipa responsável, um acompanhamento em ambiente semi-familiar, ouvindo os seus problemas, contribuindo para os resolver, de forma directa ou através de aconselhamento e encaminhamento para as estruturas necessárias à resolução de cada situação (Finanças, Centro de Saúde, Bancos, etc.). Pretendemos dar respostas globalizantes, que correspondam à satisfação do maior número de necessidades dos idosos que, desta forma, nunca se sentirão desamparados.

Este espaço é mais um equipamento municipal cuja missão é constituir-se como resposta social de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a colaboração dos próprios utentes.

Embora aberto ao público em geral destina-se, em particular, a uma população idosa que não apresente características de grande dependência e que manifeste alguma autonomia para o desenvolvimento das actividades propostas.

Para os mais idosos queremos que este seja “O Centro de Tudo”, o lugar que sentem como seu, onde passam momentos de lazer e recreio, onde almoçam se assim o desejarem ou onde aprendem que podem conhecer pessoas de outras partes do país ou até de outros países através de uma “janela” de um computador.

Este projecto conta com a colaboração de várias entidades parceiras, algumas mais activas como a Unidade de Saúde Pública de Beja e a Polícia de Segurança Pública e tem como

objectivos gerais criar condições que permitam melhorar a qualidade de vida do idoso, minimizar o seu isolamento, solidão e dependência, através da animação como forma de promoção social e pessoal destes cidadãos, cujo papel ainda é socialmente desvalorizado e contribuir para a sua integração social através de actividades de animação e ocupação.

Pretende, ainda, valorizar numa perspectiva intergeracional o aproveitamento e transmissão de saberes da população idosa, quer nas áreas das actividades tradicionais, quer com novas experiências, criando *ateliers* polivalentes, em interacção com as escolas do concelho bem como promover o intercâmbio com as escolas profissionais ao nível da formação em áreas como a geriatria e animação, de modo a promover a fixação dos jovens, encontrando espaços de aplicação dos seus conhecimentos e de desenvolvimento das suas capacidades.

Com a sua actividade o Centro tenta também contribuir para rentabilizar o voluntariado social.

Actividades do Projecto

O Centro Social do Lidador é um espaço onde podem ser desenvolvidas actividades físicas, laborais, recreativas, culturais, associativas e de cidadania, nenhuma delas estanque, em várias vertentes.

Actividade 1

Promover a área sócio-recreativa e cultural

- Dinamização de actividades de enriquecimento cultural ao nível de saberes, desde a alfabetização básica até às actividades de promoção do livro e da leitura (em parceria com a Biblioteca Municipal). O objectivo é a criação de um clube sénior com acções de formação e aprendizagem ao longo da vida com áreas temáticas a desenvolver e planificadas de acordo com as necessidades sentidas pelos utentes.
- As actividades de lazer e animação são de dois tipos: paralelas ao funcionamento diário deste equipamento (Bailes mensais, actividades surpresa) e pontuais, de acordo com datas específicas (BejaSénior, Magusto, Natal, Carnaval, Visitas e Passeios etc).

Actividade 2

Combater o isolamento dos idosos

- Criação de clube *on-line* para a terceira idade. O objectivo é permitir a comunicação *online*, em sistema vídeo e áudio, com idosos de outras localidades do país, promovendo o debate de ideias e troca de experiências, potenciando o estabelecimento de relações de amizade.

Actividade 3

Transmissão e aproveitamento de saberes

Animação intergeracional: os idosos serão formandos/formadores nas seguintes áreas:

- pintura;
- artesanato;
- poesia;
- gastronomia/doçaria;
- teatro/canto/dança;
- jogos e actividades tradicionais.

O objectivo é transmitir aos mais novos a experiência de *saber-fazer*, permitindo a preservação da nossa identidade local.

O Projecto “Tocar a Memória” regista histórias de vida dos idosos, compilando-as para as converter numa publicação.

Actividade 4

Promover estilos de vida saudáveis

- Classe de ginástica de manutenção adaptada a idosos promovida por um monitor especializado.



- Dinamização de festas comemorativas e matinés dançantes.
- Intercâmbio e troca de experiências com idosos de diferentes localidades através da calendarização de visitas pelo país.
- Prática de jogos de salão e tradicionais.

Desde o início do projecto que foram programadas actividades variadas, tais como:

1. Acção sobre Segurança-PSP
2. A nossa auto-estima - Psicóloga USP
3. Saúde e bem-estar - Médica USP
4. Ambiente e reciclagem - técnica saúde ambiental USP
5. Bordados e Macramé - Univ. Sénior
6. Ateliers de Informática-Estagiários da Escola Diogo de Gouveia
7. Ginástica e Hidroginástica – Desporto CMB
8. Memória e Tradição - (ofícios e artes tradicionais)- Animadoras
9. Tradição oral e identidade cultural - BMB
10. Encontro de gerações - Jardins-de-infância e eB1's (banco de voluntariado sénior)
11. Beleza e bem-estar - Centro Formação Profissional Beja e Escola Profissional Fialho Almeida Vidigueira
12. Foto reportagem e Exposição de Fotografia - CF Profissional Beja
13. Escola Superior Educação de Beja - estagiárias serviço social MURPI - Jogos tradicionais
14. Gastronomia tradicional e doçaria - Universidade senior/animadoras
15. Aniversários e Bodas de ouro - animadoras

Maria Manuel Candeias
Directora do Centro Social do Lidador - Beja

Institucionalização/Desinstitucionalização

O tempo de sinalizar, o tempo de decidir, o tempo de institucionalizar e o tempo de desinstitucionalizar... O tempo que se demora/perde a fazer este percurso não se compadece com o tempo de ser criança e de ser país.

Adoptar uma atitude proactiva e de rigor na gestão destes tempos, ou não, quanto a nós, pode fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso no projecto de vida da criança/jovem.

No que respeita à sinalização das crianças ou jovens que se encontram em situação de perigo ou risco, verifica-se que quer as instituições - escolas, serviços de saúde, serviços sociais - quer outros significativos na vida das jovens, elementos da comunidade, etc começam a assumir como um dever cívico, imperioso e urgente, a denúncia dos maus tratos. É, no entanto, frequente um número significativo das/dos jovens sinalizados na adolescência caracterizar-se por apresentar comportamentos disruptivos, abandono escolar,

rejeição ao cumprimento de regras, embora mantendo o estatuto de vítimas e manifestando essa condição através da violência. Possivelmente, só desta forma alguém repara neles... será que ainda é tempo?

Este testemunho convida-nos a reflectir sobre o facto destas vítimas de maus-tratos ou negligência não terem sido identificadas quando ainda sofriam em silêncio...É imperioso identificar as crianças quando ainda são vítimas silenciosas!

Já no tempo de decidir é urgente concentrar esforços e estabelecer parcerias para evitar que as crianças se “transformem em processos”, cuja demora na instrução/conclusão lhes faz hibernar a infância.

Quando a medida é institucionalizar, deve ser decidida de acordo com o tempo de ser criança para que as instituições possam trabalhar para e com os/as jovens, a fim de se

definir e construir projectos de vida rumo a uma cidadania plena, onde sejam exercidos os direitos e também os deveres.

Nos casos institucionalizados, em que o projecto de vida do/da menor passa pelo regresso à família, ambos têm que ser preparados atempadamente para que tal ocorra com sucesso.

Maior apoio no regresso às famílias e a avaliação/acompanhamento em tempo útil dessa integração são alguns aspectos onde, quanto a nós, temos de melhorar as práticas ao nível da intervenção para a promoção dos direitos e protecção na infância e na juventude. O acompanhamento dos casos pode permitir que seja feita a aproximação à família, por exemplo, sem que se repita a exposição prolongada ao perigo. Há jovens que estiveram institucionalizados/das nos primeiros anos de vida, depois regressaram às famílias ... e, mais tarde, voltaram às instituições trazendo enormes sequelas provocadas pela intermitência de medidas aplicadas e debilmente avaliadas.

Quando a institucionalização ocorre na adolescência, quer porque não houve intervenção precoce, quer porque a situação de perigo não foi conhecida, o que acontece num número significativo de casos, as marcas na personalidade – provocadas pela negligência, maus tratos, e outras situações de *stress* que foram submetidas/dos são tão profundas que dificilmente se apagam.

Outras vezes houve proactividade na resposta, mas falhou-se no tempo de sinalizar. Também aqui teremos todos de estar mais alerta, sem cair em exageros, mas uma boa avaliação ao nível do microsistema é indispensável para medir a situação de perigo.

No caso específico dos Centros de Acolhimento Temporários, apesar de cada jovem apresentar sempre características próprias, podemos, no entanto, agrupar as/os utentes/clientes em três grupos:

1. quando anunciam perturbações ao nível da saúde mental;
2. se têm enorme dificuldade em aceitar regras e apresentam enorme predisposição para a delinquência;
3. quando evidenciam sinais de uma enorme insegurança, sentindo-se seguras/os no Centro de Acolhimento, pela primeira vez nas suas vidas. Evidenciam, ainda, imensas dificuldades em tomar decisões relacionadas com a sua vida.

Daí o enorme desafio que se coloca às instituições, o de acreditar/motivar/trabalhar para definição de projectos de autonomia de vida, no caso das/dos jovens que se aproximam dos dezoito anos.

Ainda no âmbito da desinstitucionalização, há menores que podem regressar à família e desejam regressar à família, mas esta não se sente preparada para o seu regresso, precisa de ajuda, regular e consistente, e durante algum tempo.

Integrar uma/um jovem num CAT significa, teoricamente, começar a preparar a sua saída no dia em que entra. E na prática? Como evitar que a sensação de segurança que vemos nos seus rostos, ouvimos nos seus comentários e lemos nas suas mensagens seja um obstáculo à sua saída?

“Dotora Kero fikir aki ax feriax todax, porke tou mt bem aki dexkulpe”

Estas reflexões devem estar presentes na intervenção com as/os jovens e na definição dos seus projectos de vida, têm de ser trabalhadas de tal forma que a sua passagem pelo CAT seja isso mesmo, uma passagem com marcas significativas, mas que não lhes provoque mais uma sensação de perda no momento da saída.

Também ao nível da desinstitucionalização, temos de adequar respostas e definir linhas de acção, consoante as características pessoais de cada menor:

1. se vão fazer dezoito anos e não têm condições para regressar à família, devemos incentivar no sentido da autonomia de vida;
2. se é possível e aconselhável o regresso à família, há a necessidade urgente de preparar estas famílias para o seu regresso;
3. quando são incapazes de cumprir regras, estabelecer objectivos e rumam à marginalidade, que fazer? Vamos gritando “não desistimos de ti!”, sabendo nós, muitas vezes, que já não sabemos o que fazer para não desistir ... por vezes, restamos acreditar no enorme potencial do ser humano e que ainda é possível a mudança.

Uma certeza (?) nos assiste: desde a sinalização até ao momento da retirada da situação de perigo, tudo aconteceu tarde de mais. Devemos, pois, olhá-los/las como exemplo e apelar a todos, desde quem sinaliza a quem decide, que o façam enquanto é tempo para que a intervenção seja bem sucedida - com rumo a uma vida adulta activa, responsável e feliz - e não uma corrida na adolescência atrás de uma infância perdida.

Temos de acreditar que é possível agir enquanto há tempo.



“Os contextos influenciam as pessoas e podem proporcionar o *recovery*”
(Randall and Salem, 2005)

No presente, a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez mais ênfase à manutenção das pessoas com doença mental na respectiva comunidade, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de manter as pessoas com doença mental em instituições psiquiátricas.

Já a OMS, no seu Relatório Mundial da Saúde sobre a saúde mental (2001), define a reabilitação psicossocial como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”. As redes de habitação, reabilitação psicossocial, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os objectivos são a emancipação dos utilizadores, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e individuais e a criação de um sistema de suporte adaptado às necessidades individuais e por tempo indeterminado.

Também a estratégia europeia de longo prazo para as pessoas com incapacidades define como objectivo primordial a igualdade de oportunidades no que se refere ao direito à dignidade, tratamento igual, vida independente e participação social. (COM (2005).

No nosso país, o objectivo da nova política de saúde mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem, e promover a reabilitação e integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade (Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

No entanto, só recentemente estas perspectivas são reconhecidas como o caminho a prosseguir pelas políticas de saúde mental. Segundo Ornelas (1996), foi nos anos 50 e 60 que se arrancou para uma nova etapa nas abordagens relacionadas com o tratamento e reabilitação das pessoas com doença mental que até então se encontravam nos hospitais psiquiátricos. Desenvolveu-se a perspectiva de Saúde Mental Comunitária que defende o princípio de que os cuidados a prestar às pessoas com doença mental e a todos os cidadãos devem ter lugar nas suas comunidades, evitando o isolamento em instituições distantes e por tempo indeterminado.

Este pensamento levou ao surgimento de uma política de desinstitucionalização que, nas últimas três a quatro décadas tem levado à diminuição da população com doença mental a viver nos hospitais psiquiátricos. Paralelamente, a discussão e legislação sobre os direitos e liberdades individuais (Bachrach, 1976 & Brown, 1987 in Ornelas, 1996) exerceu também uma importante influência sobre esta realidade. Nesse seguimento, em alguns países, surgiram novas leis e foram criados os Centros de Saúde Mental para prestar atendimento ao nível das consultas e internamento de forma menos afastada das comunidades.

Contudo, estes centros de saúde mental, não estavam orientados nem organizados para assegurar as necessidades desta população com problemáticas graves resultantes da vida em contexto comunitário (Ornelas, 2008). Por esta razão, começou a acontecer aquilo que veio a designar-se por fenómeno de transinstitucionalização, isto é, a transferência das pessoas com doença mental dos hospitais psiquiátricos para estruturas de características de funcionamento semelhantes (ex: lares para pessoas idosas, grandes centros de acolhimento para pessoas sem abrigo, entre outros) e quase sempre separadas do propósito da inclusão social.

Assim, constatou-se que, estes serviços de saúde mental na comunidade local, deveriam transformar a sua acção, conjugando o pressuposto de maximização da integração através da coordenação entre as potencialidades individuais e os sistemas de suporte disponíveis (Ornelas, 2008).

Por estas realidades anteriores terem já sido avaliadas e estudadas, existe actualmente informação e conhecimento renovado que possibilitará estruturar o apoio adequado à integração efectiva.

Como resposta aos impactos do encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos e passagem das pessoas com doença mental para a comunidade, concebeu-se o Sistema de Suporte Comunitário definido por Turner (1977, 1978, 1979 citado por Ornelas, 1996, 2008; Fazenda, 2008). Este sistema consiste numa rede organizada de profissionais e outros agentes na comunidade disponíveis para prestar assistência a uma população vulnerável, colaborando no desenvolvimento do seu potencial e integrados num contexto comunitário.

Esta mudança de enfoque, tem subjacente a importância do desenvolvimento de serviços centrados nos seus utilizadores, isto é, deverão estar concentrados na satisfação das suas necessidades e não nas necessidades do próprio sistema (Ornelas, 2008).

Segundo ele, este sistema promove também uma perspectiva de *empowerment* (Rappaport, 1981, 1984 citado por Ornelas, 1996), defendendo que os serviços devem ser prestados garantindo aos seus utilizadores o controlo sobre as suas próprias vidas, na escolha dos seus objectivos pessoais e selecção dos serviços que consideram necessários.

Em Ornelas (2008), são também explanados em maior detalhe cinco modelos de serviços de suporte comunitário que têm procurado responder ao desafio:

1. o modelo de reabilitação psicossocial que assenta na prestação de serviços nos contextos normais, fora do sistema de saúde mental (ex: Clubhouse Model) numa perspectiva não-médica, focalizado no potencial individual em vez da doença. Os serviços devem abranger as áreas sociais/recreativas, vocacionais, habitacionais, educacionais e de emprego. Citando Anthony, Cohen e Cohen (1984), refere que o acompanhamento individual é também parte integrante deste modelo;

2. o modelo de Fairweather Lodge é um modelo de transição que é composto por duas dimensões principais. Uma refere-se a uma etapa no contexto hospitalar onde é estruturado um plano de transição em grupo e uma segunda etapa que consiste na criação de um espaço residencial de grupo na comunidade onde se privilegia a autonomia progressiva e gestão participada por parte dos utilizadores;

3. o modelo de funcionamento comunitário, que tem a sua génese na constatação de que as competências aprendidas no contexto protegido dos hospitais não são automaticamente transferíveis para a participação comunitária pelo que se centra no estabelecimento e fortalecimento das ligações sociais e funcionamento na comunidade;

4. o modelo de gestão de serviços pelos consumidores, de evolução mais recente e que se caracteriza pela prestação, administração e avaliação dos serviços deve ser realizada pelos próprios utilizadores dos serviços ou seus pares, neste caso, as próprias pessoas com experiência de doença mental havendo uma coincidência entre o papel de utilizador e de prestador de serviços (tal como o conceito de *prosumidor*¹ na visão de Tofler (citado por Reissman, 1990). A perspectiva de empoderamento (empowerment) está, portanto, na base deste modelo tal como o recurso aos grupos de ajuda mútua como estratégia de apoio dominante;

5. o modelo do suporte natural, que se baseia no pressuposto de que a comunidade detém conhecimento, experiência e capacidade para providenciar respostas às necessidades das pessoas com doença mental individualmente. Este tipo de suporte funciona em complementaridade com o suporte profissional no aprofundamento dos processos de integração comunitária.

A crença básica da integração comunitária, segundo Carling (1995; citado por Jorge-Monteiro e Madeira, 2007), é a de que todas as pessoas, incluindo as que possuem algum tipo

de diagnóstico, têm o direito à total pertença e participação na comunidade. Este autor que se debruçou sobre as componentes de uma integração eficaz, refere que esta pode ser alcançada através do acesso ao emprego e da habitação em contexto natural ao invés de se criarem locais segregados, exclusivos para pessoas com problemáticas de saúde mental. Deste modo, os profissionais e os serviços têm que desenvolver conhecimento e competência através da formação na implementação e construção destes processos de ligação aos espaços físicos e relacionais da comunidade local.

Actualmente, com a emergência da perspectiva do *recovery*² das pessoas com doença mental, que foi promovida inicialmente pelos próprios representantes deste movimento social a partir da década de 80 do século XX e também a partir dos diversos estudos e investigações realizadas sobre os factores determinantes para desencadear o processo, considera-se cada vez mais relevante que os serviços e as organizações na área da saúde mental tenham uma filosofia e orientação para o *recovery* das pessoas com doença mental (Ornelas, 2008). Consequentemente, esta orientação para os serviços tem impactos muito vastos para os serviços pois implica a adopção de uma prática de *empowerment* e também ancorada na promoção da inclusão social.

Deste modo, os serviços de saúde mental devem focalizar-se na criação de oportunidades de acesso e participação das pessoas com doença mental através de programas de suporte no emprego, na educação e na habitação inclusivas, entre outros. Do mesmo modo, os apoios continuados na área da saúde devem ser também inseridos nos contextos naturais da comunidade.

Esta é uma nova visão que dá uma grande importância à experiência das próprias pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações, e ao seu percurso pessoal para a *recovery*. O conhecimento destas necessidades e aspirações, através dos testemunhos das pessoas com doença mental, permite organizar sistemas de suporte comunitário que respondam de forma mais eficaz às necessidades das pessoas.

Fátima Jorge Monteiro
Presidente da FNERDM (Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais)

Inês Almas
Licenciada em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) *Relatório – Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016)*, Ministério da Saúde.

Deegan, P. (1999). *Recovery, uma Viagem do Coração*. In J. Ornelas (Ed.) (1999). *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental* Lisboa: Edições AEIPS.

1. Trata-se da junção entre a posição de produtor e consumidor na obra Terceira Vaga de Tofler.

2. Refere-se ao processo de lidar e controlar a própria vida e auto-determinação e alcance de objectivos independentemente da cura ou remissão dos sintomas da doença. Ver Deegan, 1999, Fisher & Ahern, 1999.

Fazenda, I. (2008) *O puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania* (1ª Ed.). Climepsi Editores, Lisboa.

Fisher, D. & Ahern, L. (1999). Personal assistance in Community Existence. MA: National Empowerment Center.

Jorge-Monteiro, F., Madeira, T. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise Psicológica*, n.º 1, Série XXV, pp. 97-110.

Jorge-Monteiro, F., Matias, J. (2007). Atitudes face ao Recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, n.º 1, Série XXV, pp. 111-126.

Ornelas, J. H. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

Ornelas, J. H. (1996). *Sistema de Suporte Comunitário*. *Análise Psicológica* 2-3 (XIV): 331-339. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Riessman, F. (1990). Restructuring Help: A Human Services Paradigm for the 1990's. *American Journal of Community Psychology*, 18, (2), 221-230.

Randall, K., Salem, D. (2005). Mutual-help groups and recovery: The influence of settings on participants' experience of recovery. In P. Corrigan & R. Ralph (Eds.) (2005). *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: APA.

Relatório Mundial da Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança* (1.ª Ed.). Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2002.

Comunidades de Inserção: um testemunho...

O meu nome é Vítor e sou um adicto em recuperação, consumi drogas e álcool durante 15 anos muitos dos quais a tentar parar sem sucesso. Durante este período sombrio da minha vida experimentei um pouco de tudo, prisão, psiquiatrias, fugas geográficas e nada disto resultou.

Quando me dei por vencido e resolvi aceitar a ajuda dada pelos terapeutas que me acompanhavam há muito tempo, entrei numa comunidade terapêutica com o Modelo Minnesota (12 Passos).

Entreí assustado, não só por estar sóbrio, o que já não estava habituado, juntando a isso o associar sempre, uma comunidade a uma prisão ou a uma daquelas instituições em que nos é dado número e que unicamente somos uma percentagem.

Tenho desde então reaprendido a viver, a auto conhecer-me, e a voltar a pôr em prática todos aqueles princípios que me foram ensinados pela minha mãe em criança.

Aprendi também o significado da palavra Comunidade: ao contrário do que eu pensava não me deram um número, perguntaram-me o meu nome, pediam a minha opinião, e ajudaram-me através de alguns trabalhos escritos e de terapias de grupo a falar do meu passado, das minhas perdas, das minhas culpas, dos meus objectivos e a ter uma consciência mais real do que a vida de consumos me tinha trazido. Durante estes 3 meses o não acesso ao mundo exterior, é uma mais valia para o processo de recuperação/introspecção.

Ao passar a uma 2ª fase, esta sem um controle tão intenso da equipa técnica, éramos um grupo de 16 elementos (12 homens e 4 mulheres), todos diferentes mas todos iguais. Como se pode imaginar a vida dentro destas vivendas nem sempre é fácil, homens e mulheres de tantos pontos diferentes do país, com maneiras de pensar diferentes e com passados e realidades diferentes têm que ser ensinados a gerir com responsabilidade, assertividade e compreensão usando alguns

princípios básicos, como a honestidade, mente aberta e boa vontade. Aqui somos autónomos, fazemos as nossas próprias refeições e repartimos as tarefas diárias, as quais são marcadas semanalmente, cabendo alternadamente o seu desempenho. Nesta fase já começamos a ter participação activa na sociedade como voluntários em diversas áreas, ajudamos em escolas, Cercis, centros de dia de idosos, etc. A hora de almoço é passada "em família" para de seguida juntos termos terapia de grupo, onde continuamos a árdua tarefa do auto conhecimento.

Estou agora na 3ª fase, que é chamada fase de inserção, aderindo ao Projecto Vida, já trabalho numa associação de consultadoria e formação dirigida a grupos com problemas de inserção (reclusos, mães solteiras, famílias carenciadas, etc.). Nesta fase já sou remunerado, já sou responsável pelas minhas despesas, continuo, no entanto a viver num anexo da vivenda já citada, que tem capacidade para 4 pessoas. Aos Sábados temos terapias de grupo e frequentamos reuniões de narcóticos e alcoólicos anónimos.

Tenho que realçar a importância de aqui continuar, pois é o apoio desta "2ª família" que me tem ajudado a manter este novo modo de vida, é com eles que quando chego cansado do trabalho e dos imprevistos que a vida me traz, partilho o meu descontentamento ou, por outro lado, o que de bom e de positivo me aconteceu, sei que posso contar com a ajuda, compreensão e respeito da parte deles.

Importante não é o espaço e o número de utentes numa instituição que mostra bons resultados, é sim o empenho e amor universal com que são feitas.

Aproveitando uma das nossas frases feitas: "Só por hoje...uma caminhada de 1000 km, começa com um simples passo".

Vítor
Utente de uma Comunidade de Inserção

breves

Bibliografia e Artigos Temáticos

Alberto, I. (2002). "Como pássaros em gaiolas"? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado & R. Gonçalves (Coords.), *Violência e Vítimas de Crimes* (vol. 2., pp. 223-244). Coimbra: Quarteto.

Abrantes, Teresa (1994). "Efeitos Perversos" dos Bairros Sociais: Observações e Sugestões" in *Sociedade e Território*, Porto, Afrontamento, n.º 22, p. 33-37.

Campos e Cunha, Rita, Pina e Cunha, Miguel & Rego, Arménio (2004). *Criando Organizações Éticamente-Intensivas: Uma Proposta de Arquitectura Organizacional para Instituições de Acolhimento de Crianças, Idosos e Deficientes*, CEGE, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Economia, Lisboa, policopiado

Delgado, Paulo, (2007). *Acolhimento Familiar: Conceitos, práticas e (in) definições*, Porto, Profedições.

Fonseca, A., Perdigão, A. (1999). *Guia dos Direitos da Criança*, 2ª edição, Instituto de Apoio à Criança, Lisboa.

Gunnar, M., Bruce J., & Grotevant, H. (2000). *International adoption of institutionally reared children: research and policy*. *Development and Psychopathology*, 12 (1), 677-693.

Instituto da Segurança Social (2006). "Relatório de caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento".

Penha, Maria Teresa (2000). *Crianças em Situação de Risco*, Coleção Módulos Profiss, Segurança Social, Lisboa.

Priebe, S. e Turner, T. (2003). "Reinstitutionalisation - a new era in mentalhealth care". *BMJ*326, 175 -176.

Priebe, S. (2004). "Institutionalisation revisited - with and without walls". *Acta Psychiatr Scand*, 110: 81-2.

Wall, Karin (org.), (2005) *Famílias em Portugal*, Lisboa, ICS

Legislação e outros documentos

- Plano de Intervenção Imediata
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro – Lei de Protecção da Crianças e Jovens em Perigo
- Lei n.º 166/99, de 14 de Setembro – Lei Tutelar Educativa
- Decreto-Lei n.º 12/2008 de 17 de Janeiro – Regulamentação das Medidas em Meio Natural de Vida
- Declaração dos Direitos da Criança (1959)
- Manual de Boas Práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, ISS
- Manual de Boas Práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas com deficiência, ISS

Sites

www.inia.gov.pt

Iniciativa para a Infância e Adolescência

www.portaldacrianca.com

Portal da Criança

www.advita.pt

Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida

<http://www.provedor-jus.pt/apresentacrianca.htm>

Procuradoria da Justiça - Linha Verde "Recados da Criança"

<http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>

Procuradoria da Justiça - Linha do Cidadão Idoso

<http://www.cnpcjr.pt/>

Comissão Nacional de Protecção da Crianças e Jovens em Risco

