

**“O nosso hospital é a nossa comunidade” - Modelo de intervenção comunitária em
Saúde Mental em Timor-leste.**

Valente, M. Alexandra

Oliveira, Karina,

Lameiras, Vítor

Revista Hospitalidade (2010), 288, 48-52.

Resumo

Este artigo expõe uma proposta de intervenção comunitária em saúde mental em Timor-Leste, com base nos pressupostos do movimento comunitário, na política de saúde mental do governo timorense, assim como da experiência vivenciada desde o ano de 2004 e da metodologia de trabalho adoptado pela equipa multidisciplinar dos Irmãos de S. João de Deus, em cooperação com os Centros de Saúde locais, que actua no sub-distrito de Laclubar e no sub-distrito de Ataúro, missão em Timor-Leste.

Palavras-chave: Saúde mental, Intervenção Comunitária, Timor-leste

Abstract

This article focus on community intervention in mental health in East-Timor, and is based on the presupposes of the community movements, East-Timor's mental health policies, and also, the work mission that began in 2004 and the work methodology adopted by the multidisciplinary elements of the Brothers of S. John of God (S. João de Deus) that work in cooperation with the health centre of Laclubar sub-district and Atauro sub-district.

Key-words: Mental Health, Community Intervention, East-Timor,

“O nosso hospital é a nossa comunidade” - Modelo de intervenção comunitária em Saúde Mental em Timor-leste.

O movimento comunitário em saúde mental surge na ressaca dos movimentos anti-psiquiátricos e das consequências negativas do encerramento compulsivo dos hospitais psiquiátricos, na ausência de estruturas que permitissem evitar os fenómenos de trans-institucionalização que se verificaram em vários países (Ornelas, 2007; Reis, 2006). Este movimento nasce da afirmação de que a assistência e os cuidados a prestar aos cidadãos em geral, e às pessoas com experiência de doença mental em particular, deve ser feita nas suas comunidades de origem, evitando o isolamento e a institucionalização, tendentes a reforçar o estigma e a discriminação (Duarte, 2007; Ornelas, 2007; Reis, 2006).

Esta perspectiva está em linha com a necessidade de apostar na promoção do *empowerment* e do *recovery* destas pessoas, pela descoberta de um novo sentido de identidade e de auto-determinação, e pela recuperação dos efeitos da institucionalização, do estigma social e da discriminação, maximizando as oportunidades de recuperação, participação social e integração comunitária (Duarte, 2007; Ornelas, 2007). Assim, o principal objectivo do *recovery* é a integração nos contextos comunitários, em vez da segregação num sistema de serviços (Nelson et al., 2001 cit. in Duarte, 2007). Torna-se, portanto, necessário apostar em programas de intervenção comunitários e na estruturação de serviços de apoio domiciliário suficientemente flexíveis para permitir a personalização do atendimento, compostos por equipas especializadas de intervenção, cujo suporte permita manter a opção habitacional em contexto comunitário, mesmo em situação de crise (Ornelas, 2007). Nestes, é essencial a mobilização da comunidade, ao mesmo tempo que a interacção com pessoas com doença mental ajuda a combater mitos associados à doença mental, tornando a comunidade mais receptiva e inclusiva (Duarte, 2007), e que a presença física na comunidade e o acesso a todos os recursos necessários contribuem para a prevenção de rupturas pessoais e sociais.

Segundo Reis (2007), são linhas gerais de orientação deste sistema de suporte comunitário, a adaptabilidade étnica e cultural da prestação coordenada dos serviços (disponíveis por tempo indeterminado), e a centralidade da resposta às necessidades e do fortalecimento das potencialidades individuais. Pressupõem-se igualmente a prestação de assistência na satisfação das necessidades básicas, o acompanhamento com ou sem medicação, o apoio na crise, a psicoeducação e suporte dirigidos à pessoa com doença mental, seus familiares e rede de suporte social. O envolvimento desta no processo é, ademais, essencial, já que um modelo verdadeiramente comunitário exige a participação da comunidade, de forma a torná-la um contexto terapêutico.

1. “O Nosso Hospital é a Nossa Comunidade” – Quando o paradigma é a necessidade (a realidade timorense)

Os pressupostos apenas explicitados constituem a base da política de saúde mental em Timor-Leste, patente na afirmação “o nosso hospital é a nossa comunidade”, e que está em congruência com os desafios colocados pela realidade local.

Com efeito, as condições sócio-económicas, a falta de informação e formação, a acessibilidade deficiente às estruturas de saúde, a dispersão da população, bem assim como as deficientes vias de comunicação existentes, a desconfiança e receio da população face ao sistema de saúde (talvez fundamentada no anterior sistema de saúde indonésio), são factores que colocam grandes desafios ao sistema de saúde timorense (cf. Oliveira & Lameiras, 2007).

Do mesmo modo, o sistema de crenças animista vigente - em tétum *lisan* - (tendente a atribuir a doença mental à interferência dos Senhores da terra (*Rai N'ain*) ou almas (*buan*), sendo contagiosa), associado a um forte estigma da doença mental, conduz a um isolamento da pessoa com doença mental, já que esta é exilada da habitação, pelo que se torna prioritário iniciar o envolvimento da família, e posteriormente da comunidade, e não o retirar a pessoa para o hospital (*ibidem*). Há alguma dificuldade em entender os motivos pelos quais os profissionais de saúde não

reconheçam a importância da intervenção na área da saúde mental e não assumem responsabilidade por esta área de intervenção. Estes motivos podem estar relacionados com o sistema de crenças (de que também fazem parte), das relações sociais, a que acresce a falta de formação e informação.

Torna-se fundamental fomentar a intervenção em rede, integrando a unidade familiar, acrescentando-se aos motivos habitualmente salientados, o tipo de organização específico da família timorense (*uma Kain*), já que a determinação familiar e a decisão da assistência e acompanhamento que pode ser dado a alguém, depende da vontade e resolução da família, na pessoa do chefe do lar (*katuas uma kain*). Assim, como afirmam Oliveira e Lameiras (2007 p. 28), “estamos plenamente convencidos de que qualquer intervenção social que não tenha em conta as diferentes redes da realidade social e sobretudo as redes de relações está destinada ao fracasso, ou no mínimo a uma deficiente efectividade dos seus objectivos”.

Embora existam diferenças significativas e especificidades culturais próprias em cada sub-distrito do pequeno território de Timor-Leste, genericamente as realidades sócio-económicas, o tipo de organização familiar e os sistemas de crenças vigentes quando falamos sobre saúde mental, não diferem substancialmente ao descrito nos sub-distritos de Ataúro (a ilha localizada em frente a Díli), e mais ainda de Laclubar, uma pequena vila do centro rural de Timor-Leste. O dia-a-dia é marcado por um forte isolamento das populações, propiciado pela inexistência de vias de comunicação ou pela deficiência vias de comunicação existentes, e pelo terreno acidentado, havendo algumas aldeias onde só é possível chegar a pé ou a cavalo. Simultaneamente verificam-se deficiências de acesso aos serviços, que a existência das diferentes estruturas (entre as quais o centro de saúde e os postos de saúde), não conseguem colmatar.

Em Timor, e em particular nos sub-distritos marcados por maior isolamento, como é o caso dos sub-distritos de Ataúro e de Laclubar, onde os Irmãos de S. João de Deus têm vindo a actuar, é emergente a necessidade de apostar verdadeiramente num sistema de intervenção comunitário, que permita esbater mitos, o estigma e a discriminação, ao mesmo tempo que se torna essencial quebrar o paradigma tradicional de actuação das equipas de saúde mental (que aguardam a procura da

ajuda), sair das estruturas existentes e ir ao encontro da pessoa com doença mental no seu contexto de vida, na sua comunidade, família e habitação.

2. Das Circunstâncias à Intervenção

Objectivo

Pretende-se aqui propor uma estratégia de intervenção comunitária em saúde mental, com base nos pressupostos do movimento comunitário, na política de saúde mental do governo timorense, e na metodologia adoptada desde o ano de 2004 pela equipa multidisciplinar dos Irmãos de S. João de Deus, na missão de Timor-Leste, em cooperação com os Centros de Saúde locais.

Dos Intervenientes e Estratégias

Como pode ser observado na figura 1, as estratégias de intervenção comunitárias propostas traduzem-se num intrincado envolvimento dos diferentes intervenientes, liderados pela uma equipa multidisciplinar, podendo ser distinguidos quatro centros primários de intervenção: Centro de Saúde, Família, Comunidade e Centro de Intervenção em Crise.

[Inserir Figura 1]

Centro de Saúde

O Centro de Saúde, e os respectivos postos de saúde, parceiro local e institucional primordial, corresponde à sede de intervenção da equipa multidisciplinar, composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social e assistente espiritual (ou elemento da pastoral da saúde). A esta compete a coordenação das estratégias implementadas, a coordenação da actuação dos diferentes agentes

mobilizados e a sinalização e o acompanhamento da pessoa com experiência de doença mental e sua família, em estreita colaboração com o médico psiquiatra deslocado em Díli e com a comunidade. Salientam-se as seguintes competências, estratégias e actividades:

1. Sinalização, avaliação de necessidades, definição do plano terapêutico individual e familiar – levados a cabo em reunião de equipa multidisciplinar, após visita domiciliária por um ou mais elementos da mesma;
2. Deslocação periódica ao domicílio – visita mensal ou bimensal, de um ou mais elementos da equipa multidisciplinar (normalmente o enfermeiro e/ou psicólogo), em função da avaliação de necessidades e plano terapêutico delineado. Compete fazer:
 - a. Acompanhamento à pessoa com doença mental (por exemplo: terapêutica farmacológica; acompanhamento de suporte e psicoeducação; implementação de estratégias cognitivo-comportamentais);
 - b. Acompanhamento aos cuidadores informais (família) (por exemplo: acompanhamento de suporte e psicoeducação, a fim de aliviar a sobrecarga emocional, educar para a saúde, aprender a identificar sinais de crise e usar estratégias de coping adequadas, reduzir a emotividade expressa);

Note-se que o sistema de visitação periódica permite, como salientam Oliveira e Lameiras (2007), “não só identificar casos urgentes de saúde mental, como mostrar à comunidade (...) que o doente mental (...) pode ter tratamento e pode ser igualmente inserido na comunidade. Desta forma permitia encaminha-los e posteriormente acompanha-los em conjunto com as famílias” (Oliveira & Lameiras, 2007, p. 31).

3. Formação complementar – promoção de sessões de formação e informação complementares para os elementos da equipa multidisciplinar e outros técnicos dos serviços de saúde locais e outros agentes, com a finalidade fazer face à desinformação

generalizada dos agentes de saúde no que diz respeito à saúde mental, combater os mitos e estigma associados, e promover o reconhecimento da importância da intervenção na área da saúde mental;

4. Constituição, formação e coordenação de equipas locais de voluntários de visita e suporte;
5. Constituição e dinamização de grupos de suporte e psicoeducativos, dirigidos a cuidadores informais/familiares.

Comunidade

Pretende-se que a comunidade se torne gradualmente um contexto terapêutico. Urge facilitar a queda dos mitos vigentes e promover a mudança das crenças culturalmente determinadas e que estão na base da estigmatização e discriminação, e logo, do isolamento social a que é votada a pessoa com doença mental, assim como a sua família. Assim, pretende-se, antes de mais, que à comunidade compita a criação das condições necessárias ao alargamento da rede social de suporte da pessoa com doença mental e da sua família, tornando-a mais inclusiva e receptiva, antes mesmo de se encetarem tentativas de promover o acesso a todos os recursos necessários e a igualdade de oportunidades. Como já, salientado, para tal objectivo concorre antes de mais a presença física na comunidade da pessoa com doença mental. Outras estratégias a privilegiar incluem:

1. Equipas locais de visita – correspondem a grupos de voluntários autóctones, sendo cada equipa composta por dois voluntários locais por cada *suku* (freguesia), dotados de formação específica promovida pela equipa multidisciplinar. Compete-lhes:
 - a. A realização de visita quinzenal no domicílio, às pessoas e famílias identificadas pela equipa multidisciplinar, a fim de alargar a rede de suporte social, serem pessoas de referência para doentes e famílias, veicular informação psicoeducativa

adequada, sinalizar situações de crise aguda (para visitação imediata de um ou mais elementos da equipa multidisciplinar);

- b. O combate do estigma, e a desmistificação de crenças das próprias pessoas com doença mental e suas famílias, bem como da comunidade em que se inserem;
- c. A sinalização e referenciação de novas situações a avaliar pela equipa multidisciplinar.

Família (contexto de vida, contexto terapêutico)

A família, contexto de vida primário da pessoa com doença mental, é simultaneamente alvo e contexto de intervenção, parceiro, interveniente e contexto terapêutico primordial. As estratégias a privilegiar no contexto familiar e tomando a família como interveniente e parceiro de intervenção incluem:

1. Contexto de vida, contexto terapêutico – constituir-se como contexto de vida propício ao recovery, e rede de suporte primário da pessoa com experiência de doença mental
2. Colaboração estreita com a equipa multidisciplinar e alvo de intervenção:
 - a. Alvo de intervenção de suporte e psicoeducação
 - b. Integração nos grupos de suporte e psicoeducação
 - c. Aprender a identificar sinais de crise aguda e as estratégias adequadas a adoptar perante a mesma
 - d. Sinalizar as situações de crise aguda

Centro de Intervenção em Crise – intervenção em situações agudas

O internamento de situações agudas, será feito apenas quando houver sinais evidentes de risco grave à integridade da própria vida do doente ou de outrem.

Considerações Finais

Em conclusão, é visível que a intervenção comunitária é o grande desafio para melhorar os serviços e suportes em saúde mental em Timor-leste. Quando se atribui uma grande relação entre saúde mental e mitos vigentes/crenças culturalmente determinadas, a mudança não pode centrar-se exclusivamente no indivíduo e sua família mas em todo o contexto social e cultural.

Acções de sensibilização, capacitação de agentes locais, desenvolvimento de competências de profissionais de saúde, programas que privilegiem o impacto na comunidade, estabelecimento de parcerias governamentais a fim de promover a saúde mental, entre outros, podem ser estratégias que estruturadas, permitirão a mudança de modelos presentes.

O combate ao estigma e da discriminação revestem-se de uma importância fundamental, e um dos maiores desafios para melhorar os serviços de suporte na comunidade, ao tratarem-se de barreiras invisíveis na sociedade que impedem o exercício pleno dos direitos de cidadania. É urgente pensar-se na concepção de estratégias adequadas, entre as quais acções de sensibilização e educação do público, logrando uma maior aproximação entre a saúde mental e a saúde física, e fomentar imagens positivas, em contextos normais de vida, nos contextos de trabalho e na vivência em comunidade.

É, ademais, pertinente desenvolver estudos que tenham por base a cultura timorense, o que permitirá a adaptabilidade cultural da prestação de cuidados e a centralidade da resposta às necessidades, como forma de sustentar uma intervenção e que não seja desfasada da realidade presente.

A aposta na intervenção comunitária é mais do que desejável no caso de Timor-Leste, já que se pretende não criar um problema que nunca existiu (a institucionalização), mas ao mesmo tempo prover o apoio/cuidado adequado, ao mesmo tempo que se combatem os estigmas e a discriminação.

Referências

- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 127-133
- Oliveira, K. & Lameiras, V. (2007). Por caminhos de Laclubar: Mapeamento Socio-Sanitario. *Hospitalidade*, 71(276), 42-47.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 5-11.
- Reis, C. (2006). Sistema de Suporte Comunitário. *Disciplina de Psicologia comunitária*, ISCTE.

Figura 1. Estratégias de intervenção comunitária e seus intervenientes

