

Faculdade de Medicina & Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade do Porto

**✧ Inclusão Social e Bem-Estar da Pessoa Doente Mental:
contributos de um estudo de caso num serviço de psiquiatria ✧**

Marli La-Salette Pinto Nogueira

Dissertação para obtenção do grau de Mestre na especialidade

Educação para a Saúde

(2º Ciclo de Estudos)

Orientadora: Professora Doutora Sofia Marques da Silva

Porto, 02 de outubro de 2013

——— Esta página foi prepositadamente deixada em branco por motivos de formatação ———

Dedicatória

Tempo

*Com o seu sorriso estridente
ela todos os dias me lembra
que nada mais somos, do que gente.
Apenas diferentes no falar
mas nunca na essência de ser e de estar.*

*Com a sua simplicidade me acolhe
e com a sua diferença me espanta.
Mas logo mostra, que no seu abraço
todos cabem e o coração depressa se lhe alcança.*

*Se ao mundo eu faltar, quem ficará cá para me lembrar?
Olhar o próximo como que a um espelho
querendo assim o bem, ao novo e ao velho.
A coragem de ser, ser tão fortemente eu
que o meu eu, todos os outros abraça.*

*Por amor a vós, vou calar a minha dor.
E a vós apenas deixar, a lembrança do meu sorriso
a saudade ardor, do doce da minha voz.
Assim parto, agora quieta e segura, encontro-me!*

*Rogo ao pensamento que não me esqueça
e à mágoa que não se esquente.
Que a saudade me faça viva
e a lembrança, por vós querida.*

Marli Nogueira, 2013

À memória e à paz da Doutora Carina Rafael, arte terapeuta.

——— Esta página foi prepositadamente deixada em branco por motivos de formatação ———

Agradecimentos

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

O meu sincero agradecimento ao diretor deste serviço, pessoa e profissional singular, lutador e irreverente; pelo apoio, compreensão e pelo acolhimento que me fez no seu espaço.

“Como habitual recolho-me no conforto do gabinete de enfermagem. De todos, o lugar que sinto mais como meu, onde não me sinto negada nem mal recebida. Os anjos que aqui trajam branco, que tudo veem e que com todos se preocupam, já por cá estão e recebem-me com o sorriso confortável e a naturalidade do costume. Não me fazem sentir estranha no espaço deles e envolvem-me nas suas conversas, como se me cobrissem com as suas asas. Sempre ouvi as vozes ternurentas dos de nós mais velhos, sábios e repletos de segredos, contar que os anjos vestem branco. Que abrem as suas asas e que a todos protegem e querem bem... Que os anjos são aqueles que, sem terem mil olhos, todos vigiam e a todos sabem a seu jeito querer, que nunca rejeitam aquele mais estranho, nem lhe viram as costas, porque os anjos não tem costas. Já pensaram porque se vestem os enfermeiros todos de branco? Alguém, uma vez me contou, que é por serem os anjos da medicina... os verdadeiros cuidadores da pessoa.”

Nota de terreno da investigadora, 13 de março de 2013

Um elogio a toda a equipa de enfermagem deste serviço de psiquiatria, pela humanidade com que levam a cabo o seu trabalho, pelo respeito e carinho com que tratam todos aqueles com quem aqui se cruzam. O meu agradecimento pelo acolhimento, pela palavra amiga e especialmente pela ilimitada capacidade de escuta e de esclarecimento.

À Professora Fátima Pina da Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, sem o seu apoio inicial, esta investigação nunca teria sido possível.

O meu grande agradecimento a toda a equipa técnica deste hospital de dia pela sua aceitação, disponibilidade e entrega na partilha de conhecimentos e momentos.

À sua coordenadora, meu elo de ligação, por todo o apoio e presença na elaboração deste trabalho. Às profissionais do gabinete de serviço social e de terapia ocupacional pelo acompanhamento mais próximo e constante disponibilidade, grata pelo respeito demonstrado para com o meu trabalho.

À pessoa doente mental e seus familiares pela permissão de entrada no seu mundo. Por a seu jeito me terem ajudado a compreender a verdadeira face da doença mental, o seu sofrimento, dificuldades, mas também a sua igualdade aos demais humanos, repleta de potencialidades.

Às instituições I e II pela colaboração no desenvolver deste trabalho. Pela permissão de uma visão mais próxima aos processos de reinserção social da pessoa doente mental.

Ao responsável pela comissão de ética deste centro hospitalar, por toda a sua incansável atenção e disponibilidade, por todas as respostas atentas e compreensivas.

O humilde e sincero agradecimento ao Department of Global Health and Social Medicine - Harvard Medical School, à Doutora Alexandra Alves – Centro Hospitalar do Porto e ao Professor Alcides Monteiro – Universidade da Beira Interior, pela partilha de materiais, conhecimentos e momentos que em muito ajudaram ao progresso desta investigação.

À minha Mãe, mulher heroína, pelo esforço de compreender e aceitar este meu mundo, que fica tão longe do seu.

À minha amiga Salomé, por mesmo longe, nunca me deixar sentir só. Há amizades assim.

À minha amiga Sara pelo apoio e compreensão incondicional, por toda a preocupação e companheirismo. Pela nossa diferença, que nos faz tão semelhantes...irmã!

À Liliana Andrade, amiga e companheira de viagem, ombro amigo de todos os desabafos.

À Paulinha, incansável no seu apoio. Grata pelas suas valiosas correções e pelo *empowerment* que consegue sempre fomentar em mim.

À Carina, um dos melhores presentes que esta investigação me deu. Pela sua amizade, apoio e aconchego diário.

A todos os meus amigos que a seu jeito tornaram esta caminhada menos penosa, em especial ao meu amigo Artur e à minha amiga Cátia, pelo cuidado diário.

À brilhante Professora Sofia Marques da Silva, muito mais do que uma orientadora. Pela sua amizade, apoio e presença. Por nunca me permitir duvidar do alcance das minhas capacidades, por me ensinar a querer sempre mais e melhor, por me fazer acreditar em mim como nunca antes. Por ser um exemplo admirável enquanto professora, investigadora, pessoa e mulher.

Ao Nuno, por ser a única pessoa na minha vida, que nunca foi capaz de desistir de mim.

A todos, mais do que o meu obrigado, a minha eterna lembrança.

——— Esta página foi prepositadamente deixada em branco por motivos de formatação ———

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Lista de Abreviaturas.....	xii
Lista de Tabelas	xii
Lista de Figuras.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract	xiv
I. Introdução	1
II. Construção do Objeto de Estudo	5
1. A Doença Mental: conceito, percurso histórico e representações sociais.....	6
1.1. Construção Histórica da Doença Mental	7
1.2. A afirmação da Psiquiatria e da Saúde Mental.....	10
1.3. Representações sociais da Doença Mental	12
1.4. Contributos Legislativos e Plano Nacional de Saúde	13
1.4.1. O tratamento do Doente Mental em Portugal:.....	15
1.4.2. A Lei de Saúde Mental Portuguesa: Lei nº 36 / 98, de 24 de Julho	16
1.4.3. O Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016	19
2. O Hospital de Dia em Psiquiatria – Breves considerações	22
3. A Doença Mental e a Pessoa – Questões de Inclusão social.	24
III. Opções Metodológicas.....	27
1. A Opção Epistemológica – O Paradigma Qualitativo.....	27
2. O Estudo de Caso	29
3. Método de Investigação – A Etnografia	31
4. Entrada no Terreno.....	33
4.1. Contexto e participantes da Investigação	35
4.1.1. O (Macro) Contexto-O Serviço de Psiquiatria de um Hospital Central do Norte do País. 35	
4.1.2. O (Micro) Contexto - Hospital de Dia.....	39
4.1.3. Os Participantes da Investigação	44
5. Instrumentos de Recolha e Análise de dados.....	45
5.1. A Observação Participante e respetivas Notas de Terreno	45
5.2. A Entrevista Semiestruturada.....	47
5.3. Tratamento de dados – Análise de Conteúdo	51
6. Investigação Qualitativa em Saúde - Questões Éticas	54
6.1. Questões éticas em contextos de saúde – a presente situação.....	54

6.2.	Questões Éticas em Ciência – Etnografia.....	58
IV.	Reabilitação da pessoa Doente Mental em Hospital de Dia	60
1.	Exórdio	60
2.	Reabilitar em Hospital de Dia Psiquiátrico	62
2.1.	Hospital de Dia - Missão, práticas e população alvo	63
2.1.1.	O processo de <i>Recovery</i> da pessoa doente mental.....	68
2.1.2.	As Atividades do Hospital de Dia.....	70
2.2.	Relação entre o Hospital de Dia e a Pessoa doente Mental e seus familiares.....	75
2.3.	Articulação com a Comunidade.....	78
2.4.	Limites e fragilidades do Hospital de Dia.....	82
3.	O papel da família no processo de reabilitação da pessoa doente mental.....	86
4.	Súmula	94
V.	O Sofrimento da Pessoa Doente Mental.....	97
1.	Exórdio.....	97
1.1.	Esquizofrenia	98
1.2.	O outro lado dos Psicofármacos.....	100
1.2.1.	Antidepressivos	100
1.2.2.	Ansiolíticos.....	101
1.2.3.	Antipsicóticos.....	102
1.2.4.	Estabilizadores de Humor.....	102
2.	O Sofrimento da Pessoa Doente Mental	103
2.1.	Vivências do sofrimento	104
2.1.1.	A Doença Mental como Doença Crónica	108
2.1.2.	O Doente Mental em Internamento.....	109
2.1.3.	Questões de Estigma	112
2.1.4.	Efeitos adversos dos psicofármacos.....	113
2.1.5.	O Suicídio na Doença Mental.....	115
2.1.6.	A solidão da pessoa doente mental.....	117
2.2.	Questões de Vergonha	118
3.	O Sofrimento do Familiar da Pessoa Doente Mental	121
4.	Súmula	129
VI.	Processos de Construção e Desconstrução do Estigma em torno da Doença Mental	131
1.	Exórdio.....	131
2.	A Estigmatização da Doença Mental	133
2.1.	A Construção Histórica do Estigma em torno da Doença Mental	134

2.2.	Exclusão e Auto Exclusão Social da Pessoa Doente Mental	136
2.3.	Atores que reforçam a reprodução do estigma em torno da Doença Mental.....	139
3.	O estigma na e para com a família	149
4.	Súmula	150
VII.	A Reinserção Socioprofissional da Pessoa Doente Mental	152
1.	Exórdio	152
2.	Processos de Reinserção Social da Pessoa Doente Mental	155
2.1.	Cuidados Continuados em Saúde Mental.....	157
2.1.1.	Visitas Domiciliárias	158
2.1.2.	Unidades Sócio Ocupacionais	159
2.1.2.1.	A Unidade Sócio Ocupacional do Contexto de Investigação	161
2.1.2.2.	A Instituição I	162
2.1.2.3.	A Instituição II:	164
2.1.3.	A Realidade das Unidades Residenciais – A especificidade do norte de Portugal:	166
2.2.	Questões de Inclusão Profissional:.....	173
2.3.	Trajetórias viciadas de reinserção socioprofissional	177
3.	A Família como agente da reinserção socioprofissional da pessoa doente mental.....	179
4.	Súmula	183
VIII.	Considerações Finais	185
IX.	Referências Bibliográficas	192
X.	Apêndices	202
XI.	Anexos	282

Lista de Abreviaturas

SP – Serviço de Psiquiatria.
HD – Hospital de Dia
DM – Doença Mental
SM – Saúde Mental
MQ – Metodologias Qualitativas
MQT – Metodologias Quantitativas
EpS – Educação para a Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PC – Psiquiatria Comunitária
VD – Visitas Domiciliárias

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Categorias da análise de conteúdo..... 53
Tabela 2 – Listagem das atividades da unidade de psiquiatria comunitária 71

Lista de Figuras

Figura 1 – Organigrama do serviço de psiquiatria 38
Figura 2 – Trajetórias viciadas de reinserção socioprofissional da pessoa doente mental ... 178

Resumo

O estudo desenvolve-se na unidade de psiquiatria comunitária de um centro hospitalar da região norte do país, na sua valência de hospital de dia e pretende fazer uma abordagem compreensiva aos processos de reinserção socioprofissionais da pessoa doente mental. Procura produzir conhecimento sobre o enquadramento e as estratégias de trabalho de uma equipa de profissionais de saúde mental atentando para as suas forças e dificuldades. O estudo de carácter etnográfico, com recurso à observação participante e a entrevistas semiestruturadas, vai em busca de trajetos para a inclusão da pessoa com doença mental, analisando as respostas que estão instituídas. A investigação vale-se de abordagens do campo da saúde, da educação e das ciências sociais, defendendo-se que uma abordagem multidisciplinar será sempre a mais pertinente e neste caso também a mais adequada; reconhecendo que a doença mental é uma realidade que só poderá ser compreendida sob um olhar biopsicossocial. Deste modo, com esta pesquisa procuram-se: (i) descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede, desenvolvidas pelo serviço de psiquiatria, na valência de hospital de dia, com as famílias e outros contextos de vida da pessoa doente mental, bem como, (ii) reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental operacionalizadas pelo serviço de psiquiatria.

São considerados participantes da investigação todos aqueles que cruzam este contexto – pessoa doente, familiares e técnicos de saúde mental – com os profissionais do hospital de dia e das instituições suas parceiras nas respostas de reinserção socioprofissional, existiu um encontro mais próximo através da entrevista semiestruturada. A opção por uma abordagem qualitativa justifica-se pela preocupação em realizar uma aproximação aos contextos dos indivíduos, perceber as motivações que enquadram as suas decisões e atitudes; pretende-se compreender as atribuições e perceções que o sujeito atribuiu aos fenómenos que vivencia e/ou assiste. Conhecer os processos de reinserção socioprofissional da pessoa doente mental após estadia num serviço psiquiátrico pode gerar contributos para uma maior análise e reflexão em torno das possibilidades e impossibilidades de cidadania da pessoa com experiência de doença mental e do modo como os seus contextos se estão a organizar, ou que dificuldades apresentam, no sentido de promover o bem-estar. Estes contributos poderão tornar o campo da Educação para a Saúde, mais armado e atento na sua conceção e ação. Os resultados da investigação apontam para que a Educação para a Saúde poderá ter um papel notável na desconstrução do estigma em torno da doença mental que dificulta o sucesso destes processos de reinserção socioprofissional e agrava o sofrimento dos seus atores.

Portugal apresenta uma das maiores taxas de prevalência de doença mental na Europa. Compreender estes dados e combater esta realidade mostra-se uma das atuais preocupações, não só da organização mundial de saúde, mas igualmente das políticas internas. Tem-se vindo a assistir a uma prática em saúde mental mais influenciada pela perspetiva comunitária na prevenção da doença e na reabilitação da pessoa em comunidade. Desejando minimizar a desorganização provocada pela doença, inclusivamente a nível social, procura-se promover a inclusão social das pessoas doentes mentais, evitando-se o isolamento e a exclusão que geram

o agravar da doença. Pretende-se evitar a entrada num ciclo vicioso que leva a possíveis recaídas e a novos reinternamentos, gerando a perda de bem-estar à pessoa doente e a quem a rodeia.

Abstract

The study is developed in the community psychiatry unit of a hospital in the northern region of the country, as a daytime hospital, and aims at making a comprehensive approach to the socio-professional reintegration processes of the mentally ill person. It seeks to produce knowledge on the structure and working strategies used by a team of mental health professionals, focusing on their strengths and weaknesses. This ethnographic study, through participant observation and semi-structured interviews, searches for paths for the integration of the person with a mental illness, analyzing the currently established answers. The research draws on approaches from the health, education and social sciences fields, asserting that a multidisciplinary approach will always be the most relevant and in this case also the most appropriate, recognizing that mental illness is a reality that can only be understood from a biopsychosocial point of view. Thus, this research seeks to (i) describe support and networking strategies developed by the psychiatric department at the daytime hospital facilities with the families and other life contexts of the mentally ill person, as well as (ii) recognize strategies of socio-professional reintegration of the mentally ill applied by the psychiatric service.

All those who play a part in this context are considered research participants – the ill person, their family and mental health technicians - there was a more intimate encounter through semi-structured interviews with the daytime hospital professionals and its partner institutions with the same answers for the socio-professional reintegration of its patients. The choice of a qualitative approach is justified by the concern to achieve an approximation to the individuals contexts, understand the motives which govern their decisions and actions; the aim is to understand the roles and perceptions that the subject attributes to the phenomena that he/she experiences and/or witnesses. Knowing the processes for socio-professional reintegration of the mentally ill person after a stay in a psychiatric service can generate input for further analysis and reflection on the possibilities and impossibilities of citizenship for people with experience of mental illness and how their contexts are being organized, or present difficulties, in order to promote their welfare. These contributions will make the field of Health Education, better equipped and more attentive in their design and action. Research results show that Health Education can have a remarkable role in deconstructing the stigma around mental illness that hinders the success of these socio-professional reintegration processes and aggravates the suffering of its actors.

Portugal has one of the most prevailing rates of mental illness in Europe. Understanding these data and combating this reality is one of the world health organization's and internal

policies' current concerns. The mental health practice has been increasingly more influenced by the community's perspective of prevention of illness and the persons' rehabilitation in its community. Wishing to minimize the destructurezation caused by the disease, including at the social level, the aim is to promote the social inclusion of the mentally ill person, avoiding isolation and exclusion which aggravates the disease. The intention is to prevent the creation of a vicious cycle that leads to possible relapses and readmittance, originating a loss of welfare on the part of the sick person and those surrounding him/her.

No Turbilhão

(A Jaime Batalha Reis)

No meu sonho desfilam as visões,
Espectros dos meus próprios pensamentos,
Como um bando levado pelos ventos,
Arrebatado em vastos turbilhões...

N'uma espiral, de estranhas contorsões,
E d'onde saem gritos e lamentos,
Vejo-os passar, em grupos nevoentos,
Distingo-lhes, a espaços, as feições...

— Fantasmas de mim mesmo e da minha alma,
Que me fitais com formidável calma,
Levados na onda turva do escarcéu,

Quem sois vós, meus irmãos e meus algozes?
Quem sois, visões misérrimas e atrozes?
Ai de mim! ai de mim! e quem sou eu?!...

(Antero de Quental, 1961)

Sentado numa ampla praça pública da sua terra natal - Ponta Delgada, Antero de Quental, suicida-se com dois tiros a 11 de Setembro de 1891.

——— Esta página foi prepositadamente deixada em branco por motivos de formatação ———

I. Introdução

O propósito de conhecer de perto a doença mental confronta quem faz investigação, com uma história longínqua e recente de estigma em torno deste tipo de doença. A atitude das civilizações para com a doença mental é um percalço desonroso na história da humanidade (Dias Cordeiro, 2005) e ainda hoje se colhem os frutos desta postura do passado, na transmissão cultural de preconceitos e atitudes discriminatórias para com a pessoa experiente em doença mental (Alves, 2011).

Interpretada à luz de diferentes perspetivas, podem encontrar-se registos que colocam a doença mental envolta em misticismo, ocultismo e associada a crenças mágico religiosas e feitiçaria, durante civilizações inteiras (Albuquerque, 2012). Agora em pleno século XXI a doença mental é reconhecida como tal, possuindo especialidade médica, um ramo de farmacologia e o manter da saúde mental das populações apresenta-se como uma preocupação atual e emergente.¹ Apesar da inegável transformação em torno do que significa doença mental, *pressente-se* que mais lentamente tem evoluído a visão social, onde a doença mental continua envolta em desconfianças e superstições, consequências do que parece ser um desconhecimento que ainda existe para com estas enfermidades. O desconhecido, que muitas vezes nutre processos de construção de medo, reproduz num constante e visível (ainda que silencioso) estigma, que envolve todos aqueles/as que, de maneira mais ou menos direta, vivem esta realidade, produzindo-se desigualdades e limitações de acesso a uma cidadania efetiva (Spadini & Souza, 2006).

A pesquisa começou por pretender compreender a complexidade dos processos de estigma em torno da doença mental e porque ainda persiste, na sociedade atual, um desconhecimento tão grande e quase embaraço em falar da mesma. Na aproximação a este objeto de estudo, sabendo-se a grande realidade que se queria estudar, atravessou-se um vasto processo de auto questionamento: Onde? Com quem? Como? Estas questões apresentam-se como marcos necessários no desenrolar do rumo de uma investigação (Silva, 2011). Sendo esta uma procura atribulada, pautada de avanços e retrocessos, a investigadora concluiu que deveria manusear estas questões num dos seios da doença mental – Os serviços de saúde mental.

As respostas a todas estas questões conduziram a um contexto de saúde, a um serviço de psiquiatria com responsabilidades de diagnóstico, tratamento e encaminhamento social.

¹ Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional da Saúde 2007-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde.

Neste processo de bola de neve em que os flocos brancos são substituídos por questões, a sede de conhecimento propaga-se, e após várias leituras dentro da temática da saúde e da doença mental nascem as questões acerca do bem-estar destes indivíduos que antes, depois e durante a doença, nunca deixam de ser pessoas. Ao pensar neste como pessoa, como cidadão, brotam reflexões internas acerca da sua ligação à comunidade e dos seus trajetos de reinserção social, especialmente após estadia num serviço psiquiátrico. Como tal, torna-se necessário perceber que mecanismos aferem estes espaços de saúde mental para a promoção deste bem-estar, que passa por direitos como o acesso à cidadania, à independência e à subsistência (Fregonezi, 2010). É nesta perspetiva que surge a opção pela investigação etnográfica num serviço de psiquiatria de contexto hospitalar, mais especificamente em hospital de dia, de forma a observar não só os percursos destes doentes, mas reconhecer que estratégias utiliza este espaço e seus profissionais, na sua reinserção socioprofissional. Quais os principais desafios e entraves a estes processos, assim como as suas vitórias. Em resposta a isso, a investigação vale-se de abordagens do campo da saúde, da educação e das ciências sociais, defendendo-se que uma abordagem multidisciplinar será sempre a mais pertinente e neste caso também a mais adequada; reconhecendo que a doença mental é uma realidade que só poderá ser compreendida sob um olhar biopsicossocial.

Conhecer os processos de inclusão da pessoa doente mental pretende gerar contributos para uma melhor análise e reflexão em torno das possibilidades e impossibilidades de cidadania, da pessoa com experiência em doença mental; e do modo como os seus contextos se estão a organizar, ou que dificuldades apresentam no sentido de promover o seu bem-estar. Estes contributos poderão tornar o campo da Educação para a Saúde (EpS), mais armado e atento na sua conceção e ação; partindo para o terreno com algumas construções em torno desta problemática. Acredita-se que a Educação para a Saúde possa fazer trabalhos notáveis nesta realidade. Um deles será na desmistificação das ideias erradas acerca da doença mental (mitos e superstições, preguiça, violência, etc.), presentes na nossa comunidade, desenvolvendo uma educação para a saúde mental junto dos mais diferentes sujeitos e contextos. Outra função da Educação para a Saúde, idealiza-se, que seja junto dos próprios doentes e familiares no desenvolver do conhecimento e entendimento da doença, suas manifestações, tratamento e terapêuticas mesmo de dentro dos próprios serviços de saúde.

Relembrando que o objeto de estudo desta investigação são os processos de reinserção socioprofissional da pessoa doença mental, foram para a mesma estipulados dois objetivos gerais:

- Descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede, desenvolvidas pelo serviço de psiquiatria, na valência de hospital de dia, com as famílias e outros contextos de vida da pessoa doente mental.
- Reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental operacionalizadas pelo serviço de psiquiatria.

A dissertação em leitura após esta introdução apresenta a seguinte organização: **I – Construção do Objeto de Estudo**, esta é a parte onde é apresentada a problemática de estudo e onde são discutidas as abordagens teóricas que se crê ser pertinente fazer à mesma. Bases teóricas são fornecidas acerca dos conceitos de saúde e de doença, da evolução história da visão social da doença mental, considerações acerca da realidade de hospital de dia, abordagens à inclusão social da pessoa doente mental, assim como algumas abordagens legislativas nacionais à saúde mental; **II – Opções Metodológicas**, a segunda parte do documento apresenta as escolhas metodológicas e a sua fundamentação. Sendo este um estudo de caso de investigação etnográfica, utilizou-se como instrumentos de recolha de dados a observação participante e respetivas notas de terreno e a entrevista semiestruturada; para a análise de dados recorreu-se à análise de conteúdo. São ainda apresentados o contexto e participantes da investigação assim como é dado a conhecer o este desenrolar de todo este processo. A apresentação da análise dos dados empíricos recolhidos inicia-se com a terceira parte do documento, **III – Reabilitação da Pessoa Doente Mental em Hospital de Dia**, aqui é apresentado o processo de reabilitação psicossocial do doente mental em hospital de dia psiquiátrico, confrontando a teoria com este caso em particular, dá-se conta das suas limitações, dificuldades e proezas. Segue-se a quarta parte, **IV – O Sofrimento da Pessoa Doente Mental** onde são refletidas as questões do sofrimento da pessoa que experiencia uma patologia mental, a nível físico, psicológico e social. As castrações e limites impostos ao processo de recuperação da pessoa, que passam pela sua estigmatização, privação de acesso ao emprego, entre outros direitos. A parte que se segue intitula-se de **V – Processos de Construção e Desconstrução do Estigma em torno da Doença Mental**, é feito um esclarecimento acerca do fenómeno da estigmatização em torno da doença mental que gera sofrimento a todos os que com ela contatam: pessoa doente, familiares, técnicos de saúde mental; analisa-se processos de construção e sugere-se processos de desconstrução desta estigmatização, onde se crê no papel da Educação para a Saúde. Em **VI – A Reinserção Socioprofissional da Pessoa Doente Mental**, vai-se ao encontro do objeto de estudo e procura-se os processos de reinserção socioprofissionais da pessoa doente mental, pela prática de uma equipa de saúde mental, em hospital de dia psiquiátrico. Constata-se as suas

dificuldades, receios e a severa escassez de respostas comunitárias tanto a nível ocupacional, como profissional e residencial. Em todas estas partes é envolvida a discussão acerca do papel e da função da família. Em **VII – Considerações Finais**, são apresentadas as conclusões de toda esta viagem gratificante; dá-se conta das conclusões que todas as anteriores partes brotaram e faz-se uma reflexão final acerca das mesmas. Desafia-se a uma reflexão em torno do até aqui discutido, por um reavaliar das políticas e práticas nacionais em torno da saúde mental. A dissertação dá-se por terminada com **VIII – Bibliografia**, onde são enumeradas as fontes bibliográficas consultadas na elaboração deste trabalho.

Mostra-se que o desejado passa por olhar de dentro a realidade de um serviço de psiquiatria, mais especificamente da sua unidade de psiquiatria comunitária - Hospital de Dia - indo ao encontro dos princípios desta metodologia, que advoga os cuidados à pessoa doente na sua comunidade assim como a sua reinserção social (Oliveira & Filipe, 2009). Este olhar que não parte completamente ingénuo, mas sem conceções feitas à priori, deseja perceber que dimensões estão implicadas nos processos de reinserção social dos utentes deste espaço, como são estes conduzidos, se são ou não conseguidos ou condicionados e os porquês. Perceber que impactos o desenrolar destes podem ter nos próprios adoecidos, em suas famílias e também por acréscimo, nas instituições de saúde. Estipular uma solução, passa inicialmente por diagnosticar e perceber o problema.

II. Construção do Objeto de Estudo

“A construção de um objecto de estudo é um processo de gestão de incertezas, constrangimentos e dilemas. Mas o que é um objecto? E como é construída a forma de pensar em torno do objecto?”

(Silva , 2011, p. 25)

Relembrando que o objeto de estudo da presente investigação são os - processos de reinserção socioprofissional da pessoa doente mental - tornou-se claro que deveria ser feita uma abordagem à construção histórica da própria doença mental. Por acreditar que estes mesmos processos são claramente marcados pelas ideias erradas acerca da doença mental, presentes nas nossas sociedades, resultantes da história lamentável que a envolve. Foi então considerado aconselhável, apresentar no ponto seguinte, uma evolução histórica da própria noção de doença e saúde mental que com certeza melhor ajuda a compreender a atualidade. Da mesma forma crê-se fazer sentido explorar a legislação da saúde mental em Portugal, compreender as visões e aspirações para a mesma e as normas que pautam, inclusive os serviços de saúde, de onde se pretende obter o contexto de investigação. Perceber que estratégias se encontram instituídas, ou seja, que mecanismos de resposta possuem as equipas de saúde mental, para dar aos seus utentes. Imagina-se à partida que um dos desafios deste trabalho será decifrar qual a articulação entre as normas legislativas e a realidade, para as questões da reinserção social da pessoa com doença psíquica.

Tendo esta investigação como contexto um hospital de dia inserido num serviço de psiquiatria local, considerou-se pertinente fazer igualmente algumas breves considerações acerca do propósito e missão deste espaço. Por último foi também acreditado que faria igualmente sentido uma pequena introdução às questões da inclusão social, sendo um dos objetivos primordiais da investigação. Apresentam-se de seguida os objetivos gerais que orientam esta investigação:

- i) Descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede, desenvolvidas pelo serviço de psiquiatria, na valência de hospital de dia, com as famílias e outros contextos de vida da pessoa doente mental;
- ii) Reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental operacionalizadas pelo serviço de psiquiatria.

1. A Doença Mental: conceito, percurso histórico e representações sociais

“Só com raízes vigorosas os frutos abundam e crescem.”

(Coimbra de Matos, 2012, p. 166)

Ao procurar falar em saúde e doença mental é importante perceber o que se entende pelos conceitos de saúde e doença. São conceitos que nos são apresentados desde cedo, aprendidos como parte do nosso vocabulário, e que depressa compreendemos que são estados antagónicos. Porém, os conceitos de saúde e de doença não podem ser generalizados a uma época ou até mesmo a uma civilização, sendo a sua interpretação alterada tanto consoante a data como a cultura presente. Contudo, fazendo uma análise etimológica das palavras vemos que a palavra – saúde - deriva do latim “salute” e que “significa salvação, conservação da vida”, por sua vez, a palavra - doença – deriva do latim “dolentia”, “que significa sofrer, sentir dor”. (Osinaga, 2004, p. 3).

Existem diferentes autores (Osinaga, 2004; Canhoto, 2006 e Alves & Maria, 1994) que escrevem acerca destes conceitos e da forma como eles tem sido vividos e explorados ao longo dos séculos. Fazendo uma breve análise aos mesmos percebemos que o conceito de – doença – sempre mais romanceado que o de saúde, foi alterando as suas significações, possuindo momentos em que era associado a manifestações sobrenaturais ou até mesmo, em algumas culturas a influências das estações.

Saúde sempre foi associada ao bem-estar, à vida sem male e por seu lado de forma oposta, doença é associada a algo negativo que provoca mau estar. A evolução dos conceitos de saúde e de doença não se encontra propriamente marcada nos seus significados, mas na época em que é contextualizada. Pode-se compreender que mais do que uma questão física, a definição dos conceitos de saúde e de doença é uma questão cultural, sendo associados a fenómenos e dimensões diferentes consoante o momento cronológico e cultural (Scliar, 2007). Atualmente a organização mundial de saúde (OMS), organização que pauta estes conceitos a nível mundial, defende saúde como um conceito basto que emprega em si um bem-estar a nível físico, social e mental, resultado de evoluções que foram feitas também a nível da aceitação do indivíduo, como um todo, pluriconstruído e não apenas fruto de um corpo físico (Backers, 2008).

“O conceito de «Saúde Mental» é amplo, pelo que nem sempre é fácil a sua definição, e muito menos a identificação daquilo que a determina. (...) também a SM se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais

entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem factores biológicos, psicológicos e sociais.” (Alves & Rodrigues, 2010, p. 128).

Saúde mental (SM) caracteriza-se pelo bem-estar pessoal e social, sentirmo-nos bem com a nossa pessoa e em interação com os outros. Contudo, esta visão que apelidamos de moderna, que lê a SM como um combinar de factores biológicos, psicológicos e sociais foi de construção lenta e muito dificultada. A doença mental (DM) passou séculos e civilizações inteiras envolta em mistério, mitos e superstições mágico religiosas como as associações a divindades e a possessões demoníacas ou até mesmo vista como, atribuída aos escolhidos e privilegiados pelos deuses (Gonçalves, s.d.). Assim, desde os tempos mais remotos que o apontado como louco era “ (...) receado, causava medo, terror, repulsa, ódio; por outro, simpatia e afecto (...) é uma reacção instintivo-afectiva, elementar do homem para com o misterioso, para com o que simultaneamente o atemoriza e atrai.” (Guerra, 2005, p. 15). Ora causando repulsa, ora apelando à curiosidade, o doente mental foi sempre encarado como o *Outro*, aquele que depois de abraçado à loucura já não tinha cura e assim sendo, era preciso excluir e afastar. “A atitude da sociedade para com os doentes mentais é um triste capítulo na história da civilização.” (Guerra, 2005, p. 14). Atualmente pode-se considerar que a visão da saúde mental é mais lúcida e ampla, que reconhece as suas diferentes dimensões e determinantes, porém para isso houve séculos de caminho percorrido.

1.1. Construção Histórica da Doença Mental

Situar no tempo o surgir da doença mental é uma missão hercúlea, aceitando que esta, está presente desde que existe o ser humano e que sempre fez parte da existência do mesmo. Chegam-nos escritos da Bíblia cristã que retratam doentes mentais “ (...) relatos relativamente a endemoninhados, loucos, enfeitados, ensanos e doidos (...)”, episódios que à época eram interpretados sempre com um carácter divino, como um castigo de deus àqueles que ousavam transpor os limites dos seus mandamentos. Mas não só do **Cristianismo** nos chegam relatos tão primordiais; na Tora, conjunto de cinco livros que constituem o documento central do **Judaísmo** a DM surge à semelhança do que acontece na Bíblia, como castigo divino. Já o Vedas, o conjunto de quatro textos que reúnem os inúmeros escritos que servem de base à prática do **Hinduísmo**, definem uma vida indigente para o louco, sendo este excluído do “ (...) acesso ao conhecimento, à religião e à sociedade.” (Miranda, 2008, pp. 224-25). No Alcorão (ou Corão), o livro sagrado do **Islamismo** é apresentada uma concepção da doença mental diferente de todas as outras, o doente mental é tido como associado à luz da verdade e por isso deverá ser respeitado e protegido. Porter (2002) citado por Alves (2011) acrescenta ainda que

na “ (...) Babilónia e Mesopotânia, a explicação encontrada para a loucura centrava-se nos espíritos, bruxaria, malícia demoníaca, olha demoníaco ou transgressão de tabus.” (Alves, 2011, p. 26). Na verdade, percebemos que a complexa história e interpretação da doença mental não têm necessariamente a ver com a história da doença, mas com uma história de ideias e práticas religiosas (Foucault, 2008).

Nas **primeiras civilizações** ou culturas primitivas as noções de medicina e psiquiatria surgem muito aliadas a crenças de fenómenos sobrenaturais, e aqui a doença mental era assumida como a presença e influência dos espíritos de antigos membros do clã. Da antiguidade chegamos a pistas de casos de DM, contudo, isolar estes casos e proceder ao seu estudo é uma tarefa que se tem mostrado difícil; pois encontram-se entreligados com relatos de fenómenos e crenças religiosas (Giumbell, 1997).

Já na **Grécia Antiga** a loucura era atribuída ao trabalho de duas deusas de seu nome Mania e Lysa. Estas deusas malignas enlouqueciam o indivíduo por capricho e como tal, não existia nenhuma prestação de cuidados ao mesmo, pois se o capricho das deusas o tinha enlouquecido só a vontade das mesmas poderia reverter este estado. O doente mental considerado como calmo era mantido em sociedade mas ignorado e desprezado por todos, os mais conflituosos eram obrigados à prisão domiciliária ou submetidos a cadeias (Dias Cordeiro, 2005). A doença mental é mais uma vez retratada, que nem um mal, que se abate sobre a pessoa como repressália de algo superior a si; como é posteriormente retratado por um dos seus mais ilustres poetas e autor da célebre *Ilíada*, “[e]m Homero, os humanos são comandados por forças externas, sobrenaturais, que os impelem a agir (...) deuses, demónios que punem, vingam, destroem.” (Alves, 2011, p.26). Foi aqui na Grécia antiga que se deram passos que pareceram pequenos à época, mas que contribuíram determinadamente para o reconhecimento da DM como tal. Nesta época, algumas grandes mentes, começaram a perceber a relevância destas patologias e dedicaram-se ao seu estudo e compreensão, falamos de nomes como Hipócrates por muitos considerado como o Pai da Medicina, (Miranda, 2008, p. 226) Heráclito e Aristóteles (Dias Cordeiro, 2005).

Na **idade média** dão-se muitos passos atrás e aqui a doença mental e os seus tratamentos, mais do que em qualquer outra época, são associados a ideias míticas e ao oculto. A feitiçaria é a resposta principal para estas situações envoltas em grande mistério (Gil, 2010). O recurso a cerimónias noturnas, unguentos, sangrias eram os tratamentos previstos para estes indivíduos associados a bruxas e possessões demoníacas (Dias Cordeiro, 2005). Numa época profundamente dominada pela religião cristã, a cura para estes fenómenos era puramente religiosa, existindo a crença de que só uma estreita ligação com a santidade poderia curar estes “amaldiçoados”. As peregrinações a locais santos eram das práticas mais recomendadas.

“Nomes de santos eram dados a algumas doenças, como por exemplo o «mal de São João» para a epilepsia (...) [p]or vezes, fazia-se um orifício no «túmulo sagrado» do santo por onde se fazia passar a cabeça do louco (...) [p]ara os mais agitados, amarravam-se à denominada «cadeira dos loucos» e procedia-se então a cerimónias religiosas ...” (Albuquerque, 2012, pp. 34 - 35).

Nesta época **Portugal** é palco de uma atitude lamentável para com os doentes mentais. Lembre-se as fogueiras da inquisição onde se advinha terem sido queimados inúmeros doentes mentais como tidos por possuídos, por divindades maléficas e usados como exemplo público, para assustar aqueles que pudessem planejar comportamentos mais desviantes às normas instituídas, ou pensamentos contraditórios aos massificados pela igreja; “[a] teoria demoníaca da loucura levou a que, por toda a Europa, as fogueiras purificadoras se acendessem (...) [o] que é certo é que um número incontável de loucos foi queimado vivo pelos carneiros da inquisição (e não só) por estarem «possuídos pelo demónio»” (Albuquerque, 2012, p. 37).

A doença mental entra no **renascimento** ainda envolta em bruxaria e feitiçaria, sendo os doentes mentais isolados e\ou abandonados em prisões, caves ou sótãos ou como alternativa enviados para as guerras, encarados pelos combatentes como perdas menores (Gil, 2010). Mas é do renascimento para a atualidade que se começa a desenhar um novo olhar sobre a DM. Progressivamente vai surgindo em algumas classes a necessidade de eliminar esta visão da loucura como fenómenos sobrenaturais e fazer uma racionalização com base em explicações biológicas e teorias do cérebro (Alves, 2011). Vão surgindo pensadores que se intrigam por estes *loucos deambulantes* e vão sendo produzidos contributos importantes, nomes como Vesálio e Leonardo Da Vinci, foram pioneiros ao direcionar para as questões da saúde mental os seus estudos (Dias Cordeiro, 2005). Em obras como o Elogio da Loucura de Erasmo de Roterdão mas também em Hamlet de Shakespeare a loucura é explorada de uma forma bastante diferente do que tinha sido até aqui, sem medo ou proibição, chega mesmo a ser exaltada e encontra nas palavras destes autores um novo lugar (Alves, 2011). Aos poucos a visão de loucura vai perdendo a sua construção fantasiada, para ir renascendo na robustez da razão, como um conjunto de corpo e mente indivisível e em que ambas as partes, podem adoecer. Importa saber se o mesmo acontecerá nas camadas sociais.

A **Europa**, na altura centro do mundo, vê dissipar-se a nuvem negra que a idade média deixou nos seus céus e ao aproximar-se das teorias humanistas, vai deixando para trás, as noções de feitiçaria e ocultismo que caracterizaram as épocas passadas. Em meados do **século XVII** abrem as primeiras instituições para acolher estes doentes, as chamadas “grandes casas de internamento”; porém, estas não recebem apenas os loucos mas um série de indivíduos que

por um motivo ou por outro são diferentes dos demais e perturbam a norma social: “pobres «inválidos», velhos na miséria, mendigos, desempregados renitentes, sujeitos com doenças venéreas, libertinos de todas as espécies (...)” (Foucault, 2008, p. 80). Apesar destas casas apresentarem uma melhoria em comparação às épocas anteriores percebe-se que ainda não está presente uma noção de doença e uma perspectiva curativa, pois como acrescenta o autor “[t]ais instituições não têm qualquer vocação médica; não se é admitido nelas para ser tratado; ingressa-se aí porque já não se pode, ou não se deve, fazer parte da sociedade (...)” (Foucault, 2008, p. 81); a doença mental deixa de ser perseguida e eliminada em fogueiras, para passar a ser exilada da sociedade, longe dos olhares dos ditos e auto considerados normais. Percebe-se que o internamento surgiu inicialmente não com uma postura curativa, mas sim como forma de reestruturação e organização social.

1.2. A afirmação da Psiquiatria e da Saúde Mental

A primeira grande revolução na saúde mental surge no **século XVIII** em França pelas ideias de **Philippe Pinel**, um médico francês, considerado por muitos como o pai da psiquiatria, separando o doente mental do criminoso de delito comum. Pinel considera a doença mental como um distúrbio do sistema nervoso que precisa de ser estudado. Ao fazer esta separação, passa o indivíduo de louco a doente reconhecendo o seu direito a um tratamento adequado e não à prisão ou exílio (Alves, et al., 2009). À semelhança de Pinel outros pensadores conferem agora ao internamento um carácter médico e curativo, Tuke na **Inglaterra** e Wagnitz e Reil na **Alemanha**. Tuke por exemplo não se afastou do conceito já prévio de internamento mas remodelou-o, confinando-o apenas ao louco e dando-lhe um carácter mais acolhedor e familiar acreditando que o sujeito se deverá sentir num ambiente o mais tradicional possível (Foucault, 2008).

Começa a desenhar-se o lugar da psiquiatria e vagarosamente pela Europa abrem escolas e locais específicos para acolher estes doentes. Todavia, a estratégia de isolamento ainda é a mais prevalente, acreditando-se ser o tratamento necessário, pois muitos acusavam a família e os ares citadinos como estímulos negativos (Spadini & Souza, 2006). Seguindo as pisadas destes autores caminham os seus discípulos e a área da DM começa a atrair mais investigadores, pensadores como Decartes, Jossef Gall e Freud começam a cimentar a ideia da DM como patologia médica e a definir o lugar da psiquiatria contemporânea (Dias Cordeiro, 2005).

Durante o **século XX**, estas teorias começam a partilhar terreno com visões psicológicas onde predomina a psicanálise e onde se começa a esboçar a psiquiatria social por um

entendimento mais amplo da doença mental. Uma outra data decisiva na história da doença mental é **1950**, onde se afirma terem surgido os psicofármacos que vieram revolucionar completamente a intervenção junto destas perturbações e a hipótese curativa da doença mental (Assis, 2012). Foram “ (...) desenvolvidos tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, etc. (...) ” (Alves, 2011, p. 37), cujo maior impacto foi permitir a desinstitucionalização de alguns pacientes como é o caso de alguns doentes psicóticos, que agora devidamente medicados, podiam ser reinseridos na comunidade.

Após reconhecida como patologia médica a doença mental passou um largo período à responsabilidade das ciências biomédicas, as quais não foram suficientes para lhe dar resposta. Hoje, já é reconhecido que a DM só é perceptível através de uma visão biopsicossocial. Esta nova análise da doença mental deve-se à união das ciências biomédicas às ciências sociais que melhor permitem compreender estas perturbações (Gonçalves, s.d.). A saúde caminha numa perspetiva cada vez mais ampla e abrangente não ignorando a dimensão social da pessoa, e prova disso, são os resultados da terceira reforma psiquiátrica onde a psiquiatria tradicionalmente curativa passa à psiquiatria preventiva, adotando a noção de saúde mental. Assim o objeto de estudo passa da intervenção para a prevenção, da doença para a saúde, do indivíduo para a comunidade, do técnico para a equipa (Dias Cordeiro, 2005).

A **desinstitucionalização** que se inicia por toda a Europa na década de 1960 (Fontes, 2007) foi outra resolução desta reforma, mais do que necessária. A institucionalização dos doentes mentais em instituições fechadas e geralmente afastadas das comunidades, em tudo contribuem para a manutenção do estigma para com a doença mental. “A desinstitucionalização define-se por uma estratégia do novo paradigma (...) há uma preocupação em reduzir o mínimo de pacientes internados e o tempo de internação dos mesmos; faz-se também referência à participação da família e da comunidade no tratamento em saúde mental.” (Spadini & Souza, 2006, p. 3). Porém, Goffman (1961) com a análise que faz dos manicómios revela-nos a estrutura organizacional e dinâmica do hospital psiquiátrico que se rege pelos objetivos de controlo e afastamento do indivíduo doente internado da vida social. Todo este isolamento afasta o indivíduo das práticas rotineiras sociais, gerando um ciclo vicioso de dependência da instituição e o desacreditar numa reinserção social bem sucedida. A doença mental é, hoje, reconhecida como tal sendo objeto de especialidade médica, possuindo um ramo de farmacologia e o manter da saúde mental das populações apresenta-se como uma preocupação atual e emergente. Porém e apesar de toda esta viagem a DM continua a fazer-se acompanhar pela sombra de um estigma, “[a]ssim, a chamada

«doença mental» implica uma redução da liberdade.”; como já referido (Pio Abreu, 2010, p. 10).

1.3. Representações Sociais da Doença Mental

As dimensões populares vão acompanhando estas evoluções com desconfiança mantendo a doença mental envolta em superstições, o que alimenta o estigma que continuava digno de épocas passadas; continuando a segregação a ser a resposta mais adotada para estes doentes mentais. “O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.” (Freitas & Gonçalves, 2010, p. 1).

Apesar de o conceito de saúde mental ter evoluído ao longo dos tempos, o estigma social perante a doença mental é ainda uma realidade premente. Por que razão a doença mental é ainda alvo de desconfiança e desconforto por grande parte da nossa sociedade?

A resposta pode encontrar-se na forma como construímos as nossas opiniões sobre as pessoas e como inferimos o seu comportamento, por outras palavras, a resposta estará na perceção social da DM. A perceção social passa essencialmente, por categorizar, agrupar pessoas de acordo com as suas categorias. Geraldo (2007) refere que é uma tendência da cognição juntar em categorias ou grupos, objetos, eventos e pessoas de acordo com suas semelhanças físicas, psíquicas, comportamentais ou outras. Tal como afirma Leyens (1985), a categorização permite-nos construir um mundo significativo, estável, explicável e consequentemente previsível pois permite abarcar um grande número de informações à custa de uma esquematização, que poderá ser depois inventariada. Certas correlações no mundo ambiente impressionam-nos pela sua regularidade e são elas, fundamentalmente, que influenciam as nossas categorias. Embora já seja uma capacidade adquirida, a ação de categorizar é essencial ao bem-estar humano, de forma a simplificar o mundo e não questionar todos os seus procedimentos. É uma forma de organizar o mundo em que vivemos, que vemos, ouvimos, lemos; de outra forma a nossa existência seria no mínimo caótica (Lima, 2010). De fato o medo do desconhecido, como já percebemos, levou a que as pessoas com doença mental fossem durante vários séculos categorizadas como constituindo perigo para a sociedade, devido às suas limitações e às diferenças de comportamento relativamente à norma. Como afirmam Fátima Jorge-Monteiro e Tânia Madeira (2007), considera-se que as pessoas com DM grave devem ser temidas devido à sua perigosidade e como resultado disso afastadas da comunidade. Parece ser este o preço a pagar pela simplificação do mundo que nos rodeia. Recorrendo mais uma vez aos escritos de Leyens (1985), este refere que para

colocar um objeto, uma pessoa, numa categoria pré-estabelecida, na maior parte das vezes, somos também obrigados a simplificar as características desse objeto, pessoa ou acontecimento. Percebe-se facilmente que possa haver falhas ao nível desta dupla esquematização, falhas de ordem cognitiva e motivacional.

A sociedade reconhece no indivíduo com doença mental algumas características distintas que resultam na sua desvalorização quando associadas a séculos de tradição de temer e excluir a DM. Este reconhecimento envolve uma resposta emocional negativa ao estigmatizado (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007). Segundo Corrigan (2004) citado pelos mesmos autores “(...) o estigma é a expressão social do ‘disempowerment’, pois promove a expectativa, quer no público em geral quer nas pessoas com doença mental, de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentemente.” (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 98). Apesar dos possíveis esforços das pessoas com DM para serem aceites num determinado contexto social, a rejeição é uma das características dominantes da vida social. Os estereótipos mais comuns são referidos pelas autoras, como sendo o medo e a exclusão.

Esta viagem ao passado mostra-se importante pelos contributos na compreensão da representação social que a doença mental adquire nos dias de hoje. Rapidamente se percebe que muitas das atitudes discriminatórias a que se assiste para com a pessoa doente mental na atualidade, provém das práticas hediondas de civilizações passadas para com estes adoecidos. Um trabalho que sofreu uma nobre evolução mas cujas camadas populares se mantiveram mais estáveis, mantendo as ideias erradas acerca das perturbações psiquiátricas.

1.4. Contributos Legislativos e Plano Nacional de Saúde

“A Organização Mundial de Saúde (...) [faz] uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo - é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz.”

(O.M.S., 2001)

A organização mundial de saúde (OMS) apresenta o bem-estar pessoal como o combinar de uma estabilidade e de um equilíbrio em todas as dimensões que caracterizam o indivíduo humano: física, psíquica e social. Considerando bem-estar, o estar bem consigo, em si e com os outros. A OMS chega mesmo a afirmar que “[a] concepção de saúde inclui bem-estar como um conceito chave” (O.M.S., 2001).

Para a OMS, bem-estar e saúde mental são dois conceitos que andam de mãos dadas e que revertem um no outro, como tal a ausência de bem-estar pode resultar em doença mental e esta por si mesma em incapacidade no indivíduo.

Nas comemorações do dia mundial da SM de 2012² a OMS escolheu o tema da depressão, catalogando a mesma de “crise mundial”, declarando que “[a]s doenças mentais e o suicídio causam um enorme sofrimento para indivíduos, famílias e comunidades e as doenças mentais são a maior causa de incapacidade. Originam pressão nos sistemas de saúde, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE.” (O.M.S, 2012). Sendo já em 2001 a depressão, considerada pela OMS como “a principal causa de incapacitação em todo o mundo” (O.M.S., 2001). O bem-estar e saúde mental são conceitos que se relacionam, a OMS reconhece a SM como aquela dimensão do campo humano que necessita de uma intervenção urgente, apresentando números cada vez mais alarmantes com o passar dos anos. Reconhecendo esta problemática e acrescentando a visão do ser humano como um sujeito biopsicossocial e a necessidade de o ler desta maneira, a OMS faz igualmente um apelo no combate à DM: “[a]s acções complementares e um esforço conjunto ao nível da UE podem ajudar os estados-membros a abordar estes desafios promovendo a (...) saúde mental e o bem-estar na população, fortalecendo as acções preventivas e disponibilizando suporte para pessoas que têm problemas de saúde mental e suas famílias, além das medidas que os estados membros tomam através dos serviços sociais, de saúde e cuidados médicos.”³ Como tal é pedido a profissionais e serviços de saúde que mobilizem estratégias que invistam na promoção e no conseguir do bem-estar dos seus doentes. Estratégias estas que passam por desconstruir alguns dos maiores obstáculos ao bem-estar do doente mental, nomeadamente o estigma e a exclusão social da qual este é muitas vezes vítima; o desconhecimento em torno destas perturbações, assim como em alguns casos, o deficiente acesso a cuidados médicos. À luz do que defende a OMS, reconhecendo a dimensão social como uma componente importante da pessoa, o agora tratamento à doença mental deverá conferir à mesma a merecida consideração. Entende-se que é apelado aos serviços de saúde e suas equipas que mobilizem estratégias que promovam o bem-estar da pessoa doente mental em todas as suas dimensões, sendo que a nível social passará pela sua inclusão social. Ou seja, deseja-se que sejam com as mesmas traçados percursos de reinserção social seja esta familiar ou ocupacional e profissional.

² 10 de Outubro.

³ Conferência de alto nível da União Europeia, 2008.

1.4.1. O Tratamento do Doente Mental em Portugal:

O comportamento de Portugal para com a doença mental é muito semelhante ao da restante Europa, que se retrata por um atraso no desenvolver da saúde mental em geral e em particular da própria psiquiatria. Ao contrário dos antigos Egípcios e até mesmo dos árabes, o acreditar nas perturbações psiquiátricas como doença, foi um conceito que surgiu tardiamente nos países europeus (Moura, 2009).

Os primeiros documentos datam de 1539 e relatam os primeiros “*asilos*” portugueses que em conformidade com o já descrito, serviam apenas para segregar os aí chamados de “*loucos*” da restante comunidade. J. F. Oliveira (1983) citado por Alves (2011) descreve, a “assistência que lhes era prestada era imperfeita, rudimentar, mais carecer que hospital... Isolados da comunidade, amontoados nos ghettos... os dementes foram vegetando e definhando (...)” (Alves, 2011, p. 46). Aqui continuavam os “loucos” a não serem considerados como uma categoria independente mas agrupados com outros grupos socialmente «problemáticos», como o caso dos mendigos.

Tendo por base a lei francesa de 1838 é no Século XIX que começam a abrir os asilos estritamente para os doentes mentais. É em finais deste século que é conferido à *Loucura* o estatuto de doença e como tal é para ela desenhada um tratamento médico; é agora que se começam em Portugal a criar os grandes hospitais psiquiátricos e surge a primeira lei da saúde mental em 1963, “[o]s hospitais psiquiátricos substituíram pelo tratamento médico da doença mental o controlo repressivo e moral característico dos asilos.” (Alves, 2011, p. 47). São pioneiros nesta época o Hospital de Rilhãfoles em Lisboa e no Porto o Hospital Conde de Ferreira, este o primeiro criado para receber exclusivamente os “*alienados*”; contudo foi claramente notável que estes não seriam capazes de dar resposta às necessidades e foi estipulada a criação de mais hospitais que só vieram a ganhar vida 50 anos mais tarde e assim surgem os célebres: Hospital Júlio de Matos, o Manicómio de Sena, o Hospital Sobral Cid e o nortenho Hospital Magalhães Lemos. Já aqui se percebe a escassez de investimentos no desenvolver da saúde mental. A par destas evoluções surgem outros avanços, a afirmação da psiquiatria como ramo médico, a compreensão do trabalho como terapia (ergo terapia) e a criação de uma lei de assistência psiquiátrica (1889) (Alves, 2011).

As décadas de sessenta e setenta pautam-se pela aproximação da psiquiatria da comunidade, percebendo que tinha de ser feito um esforço neste sentido, evitando a segregação que este sistema estava a provocar afastando o indivíduo doente da comunidade e das suas rotinas. A lei da saúde mental sofre em 1963 alterações e ao contrário do até agora prescrito, a aposta deverá começar a ser na prevenção da doença mental, ou seja, na promoção

da SM em comunidade (Rodrigues, 2009). Com a revolução do 25 de Abril de 1974 surge a necessidade de reorganizar os serviços de SM e distribuí-los geograficamente de forma mais igualitária, concentrados apenas em três grandes cidades: Lisboa, Porto e Coimbra. O final dos anos 80, inícios da década de 90, é uma época claramente marcada pelo aproximar da psiquiatria à comunidade. É feita uma aproximação desta aos cuidados de saúde primários e em alguns centros de saúde chega-se mesmo a integrar esta especialidade. É cada vez mais, introduzida a psiquiatria nos hospitais gerais, feito um investimento nas estratégias de reabilitação do doente mental, assim como a criação de uma rede de serviços comunitários (Alves, 2011). Este é considerado um passo notável para o diminuir das questões do estigma em torno da DM, agregando no mesmo espaço pessoas doentes pelas mais diversas patologias, evitando assim a segregação do doente mental afastado dos demais.

As considerações apresentadas acerca da evolução da saúde mental em Portugal esboçam aquilo que, poderá parecer um percurso natural, adequado à época. Numa análise menos inocente consegue-se perceber que estes “avanços” se mostram um pouco lentos e na sua maioria confinados ao papel e não aplicados na prática. Estas resoluções lúcidas eram na sua verdade aplicadas a nível regional e acabam por não ser generalizadas a nível nacional. Nota-se o aproximar da prática da saúde mental aos ideais da psiquiatria comunitária, contudo, pressente-se que esta aproximação se desenha num registo integrador e não inclusivo; sendo que numa perspetiva inclusiva se espera uma adaptação da pessoa e da comunidade, que ambas se modifiquem pela sua inclusão. Aqui parece existir uma tentativa de integração por parte da prática psiquiátrica, fazendo uma aproximação às camadas sociais ao invés de trabalhar as mesmas.

1.4.2. A Lei de Saúde Mental Portuguesa: Lei nº 36 / 98, de 24 de Julho

A atual lei de saúde mental aprovada a 24 de Julho de 1998, não corta com os princípios até aí defendidos, mas vem acentuar a necessidade de desenvolver uma rede articulada e diversificada de respostas e de uma aproximação à comunidade (Alves, 2011),“(…) ficou definido como modelo de referência, de articulação estreita entre os cuidados hospitalares e os comunitários”⁴. É esta lei que atualmente define a organização dos serviços nacionais de saúde mental e os seus princípios orientadores são:

- “O modelo de referência é o comunitário

⁴ Direcção-Geral da Saúde, 2004.

- Os serviços locais de saúde mental são a estrutura assistencial básica. Funcionam, de forma integrada e em estreita articulação com os Centros de Saúde e demais serviços e estabelecimentos de saúde, como departamentos ou serviços de hospital geral;”⁵

Nota-se a defesa de uma saúde mental comunitária que prevê a prevenção da doença e futura prestação de cuidados no seio da comunidade do indivíduo, não o exilando em instituições afastadas da mesma, diferenciando-se de épocas passadas. É estimulado o abandono dos centros psiquiátricos e a sua passagem para cuidados integrados nas comunidades. Incentiva-se o movimento de desinstitucionalização que facilitará o reconhecer da doença mental como parte integrante da vida humana, este mecanismo desejavelmente dará assas a outras manifestações como a diminuição das práticas discriminatórias para com a pessoa doente mental, uma maior aceitação social da doença mental e conseqüente processos de reinserção social mais bem conseguidos, inclusive a nível profissional.

- “A actividade assistencial é prestada por equipas multiprofissionais, uma por cada sector geodemográfico, correspondendo este a cerca de 80 000 habitantes;
- A participação governamental na reabilitação psicossocial, nas vertentes ocupacional, residencial e de formação e exercício profissional, tem sido assumida através da articulação das estruturas oficiais de saúde, da segurança social e do emprego.
- Aos Hospitais Psiquiátricos incumbe assegurar, a par de cuidados a nível local, a disponibilização de respostas específicas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais, de cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes, bem como (...) prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde...”⁶

A prestação de cuidados à pessoa doente mental deverá ser protagonizada por equipas multidisciplinares, o que vai de encontro às novas reformas da psiquiatria que reconhecem a doença mental como uma construção biopsicossocial. Desta forma não se espera que a dimensão social da pessoa doente seja carenciada. Sendo que, à luz da agora também declarada reabilitação psicossocial, a reinserção social da pessoa reabilitada é uma das

⁵ Direcção-Geral da Saúde, 2004.

⁶ Direcção-Geral da Saúde, 2004.

preocupações de intervenção destas mesmas equipas. A atual lei de saúde mental deixa de cingir o tratamento à estabilização clínica e encarceramento, prescrevendo em substituição a este, a reabilitação da pessoa e consequente reinserção na sociedade.

Ao internamento compulsivo é dado especial destaque, sendo também função desta lei “ (...) garantir a articulação entre a área da saúde, justiça, educação, emprego e segurança social, autarquias e ONG.” (Alves, 2011). Em relação ao internamento compulsivo a lei de SM expõe que:

“Artigo 8.º; Princípios gerais

- 1 - O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.
- 2 - O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.
- 3 - Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.
- 4 - As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.”⁷

O internamento compulsivo é um aspeto desta lei que merece a devida atenção. Não esquecendo que o objeto de estudo da presente investigação são – **os processos de reinserção social da pessoa doente mental** - importa refletir, de que forma pode esta cláusula ter impactos nos mesmos. O internamento compulsivo que pode ser pedido por qualquer pessoa, destina-se habitualmente a portadores de anomalia psíquica grave que pelo não tratamento da mesma, causam distúrbios e constituem “situação de perigo” para si mesmo ou terceiros; e\ou recusem submeter-se a tratamento. Neste caso torna-se responsabilidade civil e social intervir, protegendo o sujeito de auto ou hétero ofensas, assim como lhe prestar os cuidados de saúde necessários. Após notificação ao “tribunal competente”, o individuo é avaliado por um médico psiquiatra que decide com base na sua análise clínica aplicar ou não este caráter compulsivo.⁸ O fato de a saúde mental ser pautada por uma lei que prevê o internamento compulsivo, advinha-se que contribua para o estigma em torno da doença mental. Ao perceber que existe uma lei que obriga ao internamento forçado pela proteção do sujeito e da comunidade de desactos violentos, perpétua de certa forma as ideias de violência e de perigo associadas à DM. Não se crê no despropósito da lei, sabendo que em situações de doença psicótica, o sujeito poderá não se reconhecer como doente, esta poderá ser a única forma de

⁷ Lei nº 36 / 98, de 24 de Julho - Direcção-Geral da Saúde, 2004.

⁸ Lei nº 36 / 98, de 24 de Julho - Direcção-Geral da Saúde, 2004.

lhe conceder o tratamento preciso. Poderá interessar construir um trabalho de desmistificação em torno desta prática, lembrando por exemplo, o caso da tuberculose que em Portugal também é abrangida por cláusula de internamento compulsivo. Ambas as patologias, quando não tratadas, podem ameaçar aqueles com quem o indivíduo doente contacta. O internamento compulsivo pretende salvaguardar o próprio sujeito doente, fornecendo-lhe o tratamento e evitar consequências a nível comunitário. Esta desmistificação é desejada pela não reprodução de ideias estigmatizantes da perigosidade da doença mental. A alta concentração de atitudes discriminatórias para com a DM será sempre um entrave à sua reinserção social e consequente inclusão comunitária, que se deseja ver conseguida.

No teor da reabilitação e cuidados continuados ao doente mental, o despacho conjunto nº.407/98 de 18 de Junho do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e do Ministério da Saúde prevê a construção de ferramentas reabilitativas a favor da desinstitucionalização, que passam pelas unidades sócio ocupacionais, assim como pelas unidades de vida protegidas e autónomas.⁹ Contudo, estas respostas de carácter reabilitativo continuam a ser escassas especialmente nas zonas centro e norte do país, existindo em maior quantidade na capital. Apesar de, devido às características do doente mental crónico de isolamento social, dificuldades na interação social, na procura de emprego, da “ (...) limitação do sentido de responsabilização e autonomia (...) ” e de estas respostas serem perfeitamente compreendidas como necessárias, mais uma vez emerge a escassez de fundos monetários governamentais, que permitiriam uma maior aposta nas mesmas. “A Portaria nº. 348-A, de 18 de Junho de 1998, vem criar a medida de Empresas de Inserção dirigidas a pessoas com doença mental.” (Alves, 2011), o popularmente conhecido – *emprego protegido* – porém mais uma vez, apesar de teóricamente enquadrado, o *emprego protegido* é outra dimensão que se encontra em vias de extinção na atualidade. É uma realidade preocupante esta da escassez de respostas de carácter residencial e profissional para a pessoa doente mental, visto que na ausência de uma retaguarda familiar adequada são estas respostas que asseguram a sua reinserção socioprofissional.

1.4.3. O Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, criada em 2006, deu origem ao Plano Nacional para a Saúde Mental 2006 – 2017 (PNSM) que estipula os objetivos vigentes. O PNSM explica que “[o]s estudos epidemiológicos (...) demonstram que as perturbações psiquiátricas (...) se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das

⁹ Despacho conjunto nº.407/98 de 18 de Junho.

principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais.”, sendo claramente a doença mental um problema de saúde pública; acrescentando que, especificamente no nosso país “ (...) os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada em países europeus (...) [e que] parecem apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa.”¹⁰ Tendo estes dados analisados e reconhecendo a carga de doença que as perturbações psiquiátricas trazem à nossa população, este plano surge com o intuito de dinamizar uma reestruturação a nível nacional que possa contribuir para uma melhor prestação e adequação dos cuidados em saúde mental combatendo estes dados alarmantes. Neste sentido o PNSM define como sua missão “[a]ssegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.”; sendo os seus princípios orientadores:

- “Saúde mental indivisível da saúde em geral”;
- “Direitos Humanos” – Como pessoa, os direitos do doente mental devem ser respeitados na íntegra, não esquecendo o seu direito à protecção da discriminação (estigmatização), assim como o direito “a cuidados adequados, residência e emprego.”;
- “Cuidados na comunidade” – O internamento só deve ser pensado, após ter esgotado todas as hipóteses na comunidade, assim como “os cuidados devem ser prestados no meio menos restrito possível.”;
- “Coordenação e integração de cuidados” – Os serviços devem ser organizados por área geográfica “de modo a facilitar a continuidade dos cuidados.”¹¹

O PNSM continua a fazer-se marcar por uma perspectiva de intervenção comunitária, defendendo a intervenção com a pessoa junto e dentro da sua comunidade pelo combate à discriminação. Não se pretende colocar em debate a eficácia destas medidas, contudo, quanto à sua efetividade o próprio PNSM não esconde as suas preocupações e os obstáculos que encara para conseguir cumprir com os mesmos: “[o] nível modesto de recursos disponíveis” para a área da saúde mental a nível financeiro e consequentemente a nível humano é um dos principais entraves admitidos para levar a cabo esta missão.

Ao contrário do que acontece em outros países europeus, como é o caso da Inglaterra (Albuquerque 2012), o investimento nos serviços de saúde mental aparenta não ser uma prioridade. Em comparação ao impacto que as doenças mentais têm na mortalidade e na morbilidade da população, os fundos monetários atribuídos são literalmente desproporcionais,

¹⁰ Conferência de alto nível da União Europeia, 2008.

¹¹ Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

assim como desiguais a nível regional. A gestão e os modelos de financiamento dos hospitais têm constituído um outro entrave ao contemplar dos valores que pautam este plano, “[a]o colocar-se o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediu-se qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade.”. O plano não esquece as ordens religiosas, considerando que o “ (...) modelo de articulação e de compensação financeira que não é claro nem racional.”, fomentado o disfuncionamento do sistema e as desigualdades; sabendo que muitas destas instituições que prestam serviços residenciais e de prestação de cuidados à pessoa doente mental praticam preços exorbitantes.

Em suma, fica claro que parece fazer parte dos planos de reestruturação da saúde mental a inserção dos cuidados de saúde mental nos hospitais gerais, assim como nos cuidados de saúde primários, o que se acredita que pode igualmente ajudar a combater o estigma em torno da doença mental, assim como minimizar a exclusão destes indivíduos. A reestruturação dos serviços de saúde mental passa por dois princípios: a transferência dos cuidados de SM dos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais e dentro destes, promover o desenvolvimento de equipas e/ou unidades de SM comunitária. Desejando que até 2016 todos os serviços de SM sejam assegurados em hospitais gerais. A perspetiva comunitária da saúde mental favorece a autonomia e a reinserção do doente mental, mantendo-o em comunidade, evitando ao máximo os internamentos desnecessários e as institucionalizações (Oliveira & Filipe, 2009). Pretendendo neste sentido fomentar o desenvolvimento da “(...) [r]ede nacional de cuidados continuados integrados [que] irá permitir o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados na âmbito da saúde mental (...)” consistindo em: unidades de convalescença, residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas; unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. Os estudos e investigações científicas têm provado que este é o caminho correto a percorrer, passando do hospital psiquiátrico para uma rede de serviços de base comunitária, assegurando que estes hospitais psiquiátricos, servindo como ponte de transição, nunca devem ser extintos enquanto a comunidade não oferecer respostas que os tornem obsoletos. Não esquecendo de permitir a envolvimento neste processo de doentes e familiares.¹² Assim devem ser desenhados os processos de reinserção social da pessoa doente mental reabilitada, dos serviços de saúde mental para e em comunidade utilizando estas infra estruturas como resposta às suas necessidades.

¹² Conferência de alto nível da União Europeia, 2008.

2. O Hospital de Dia em Psiquiatria – Breves Considerações

“Estar num estabelecimento psiquiátrico não é um modo de vida, mas um estágio para a inserção ou reinserção comunitária.”

(Coimbra de Matos, 2012, p. 140)

Apesar da bibliografia sobre o tema ser notavelmente escassa é acreditado que os primeiros hospitais de dia tenham surgido na União Soviética, de quando datam os primeiros registos (Fonseca, 2011). Nos países ocidentais o primeiro hospital de dia (HD) foi construído em Montreal no Canadá. Alguns anos mais tarde, em 1948 este conceito chega aos Estados Unidos da América tendo-se construído um HD em Yale (Lopes & Curren, 2011). Contudo, foi em Inglaterra que o conceito de HD teve a sua maior expansão tendo o primeiro surgido em 1948, gerando até 1959, 38 exemplares por todo o país. Assim, os hospitais de dia começaram a substituir outras instituições de tratamento psiquiátrico e também o até então muito comum – tratamento em casa (Lopes & Curren, 2011). No nosso país, foi o célebre Doutor Barahona Fernandes o impulsor do primeiro HD inserido no Hospital Júlio de Matos em Lisboa (Fonseca, 2011).

Não existe um conceito único que pautar as práticas e os contornos dos hospitais de dia, assim sendo, a sua organização e serviços que dispõem variam consoante o local onde se instalam, possuindo entre si diferentes práticas e ofertas terapêuticas. Inseridos no paradigma da psiquiatria comunitária o objetivo primordial do HD apresenta-se como - dar apoio terapêutico, social e psicológico ao doente mental num período diurno, permitindo que este continue inserido no seu seio familiar e social, evitando consequências de isolamento social, estigmatização e rupturas familiares, muitas vezes provenientes de internamentos fechados em instituições psiquiátricas; “[a] missão deste espaço centra-se na prevenção e tratamento do doente mental, visando a integração / reintegração sócio-familiar e profissional sem recurso a internamento em tempo total. (...) diversidade de respostas terapêuticas, bem como a implementação de Programas de Reabilitação Psicossocial” (CHBA, 2013). Entre os diferentes serviços que os hospitais de dia fornecem estão o diagnóstico e acompanhamento médico específico, o apoio de serviço de enfermagem, a monitorização da toma da medicação, psicoterapias, atividades de grupo, terapia ocupacional, apoio a nível social, entre outros. Como os autores Lopes e Curren (2012), concluem, “[g]lobalmente, o objectivo é reduzir o impacto dos sintomas, fornecendo suporte emocional, incentivando conexões sociais, e restaurando capacidades de trabalho. Membros familiares também recebem suporte

psicológico em grupos de apoio para familiares e doentes.”¹³ (Lopes & Curren, 2011, p. 219). Outro aspeto privilegiado deste tipo de prestação de cuidados é a possibilidade de adaptar a intervenção ao doente e às suas particularidades; “[p]ara implementar mudanças na atenção psiquiátrica, é necessário conhecer melhor quais os pacientes que frequentam os hospitais-dia e quais são os factores que interferem em sua adesão ao tratamento. (...) é possível que haja necessidade de visitas domiciliárias, de acompanhantes terapêuticos e mesmo de leitos para a permanência nocturna (...)” (Lima & Botega, 2011, p. 198). O hospital de dia é considerado como um espaço de transição onde a pessoa com experiência em doença mental, ainda numa fase *frágil*, consegue o acompanhamento necessário à sua reabilitação de forma a recuperar incluído na sua comunidade. Este é o caminho a prosseguir dentro do novo paradigma da psiquiatria comunitária que vê o indivíduo como um todo, com uma dimensão social intrínseca a si “(...) do hospital asilo para a psiquiatria comunitária; do internamento como principal medida «terapêutica», para a acção individual e no grupo, materializando uma atitude preventiva e integradora.” (Coimbra de Matos, 2012, p. 177). Primeiro para ajudar a desocupar as camas nos hospitais especializados, depois para apoiar as medidas de desinstitucionalização, os hospitais de dia surgiram e provaram que estando privilegiadamente ligados à comunidade, envolvidos e preferencialmente inseridos na mesma, conseguem além de reabilitar o doente mental preservar a sua vida social e familiar. Oferecem um conjunto de serviços diversificado e especialmente mostram-se como um porto de abrigo ao doente que ainda não se encontra totalmente capacitado para uma desvinculação hospitalar; desta forma é também conseguido evitar as recaídas, o recurso à urgência e os sucessivos internamentos agudos (Lopes & Curren, 2011).

¹³ Traduzido do original em Inglês: “Globally, the objective is to reduce the impact of symptoms, providing emotional support, encouraging social connection, and restoring working capacities. Family members also receive psychological support in supportive groups for families and patients.”

3. A Doença Mental e a Pessoa – Questões de Inclusão social.

“ (...) uma em cada quatro pessoas será afectada por um distúrbio mental em dada fase da vida.”

(O.M.S., 2001)

Porque ao falar de doença mental é necessário falar de inclusão social? Admite-se o receio de que abordar esta questão seja mais uma forma de estigmatizar a pessoa doente mental, reproduzindo a ideia de que este quando doente ficará excluído da sociedade, sendo necessário reverter o processo. Importa então nesse caso clarificar que não é só o doente mental que se torna excluído na situação de doença, por exemplo, pessoas que sofrem algum tipo de traumatismo e ficam com limitações motoras passam igualmente por uma fase de reabilitação e futuro processo de inclusão; assim como situações de internamentos hospitalares prolongados, perda de um membro corporal, entre outras situações.

Reconhece-se que, repetidamente o diagnóstico de doença mental traz consigo uma segregação social. Ora provocada pelos demais que por receio e incompreensão afastam o doente, ora pelo próprio doente que se auto exclui, pelo receio de lidar com estas reações (Sousa, 2012). Além disso, a sintomatologia de algumas perturbações psiquiátricas pode deixar a pessoa temporariamente impedida de prosseguir com o seu trabalho, podem surgir períodos de isolamento social, de ruturas com a família e práticas sociais, daí esta exclusão de que se fala (Teixeira, 2009). A doença mental engloba em si uma multiplicidade de perturbações, existindo situações em que o doente não se reconhecendo como tal, recusa aceitar ajuda, tomar a medicação, etc.; situações estas que geralmente se agravam quando não existe retaguarda familiar que possa colmatar estas atitudes. Havendo na verdade, situações de doença mental, que se prolongam demasiado tempo sem uma resposta adequada.

As práticas psiquiátricas que no passado começaram por isolar os doentes mentais colocando-os em instituições fechadas longe da comunidade (acreditando que este isolamento poderia ser bom para o doente, mas com certeza era bom para a salvaguarda da tranquilidade na comunidade), viram-se destituídas de credibilidade na década de 70. O movimento dos anos 70 que originou uma grande reforma psiquiátrica, surge para questionar estas práticas de isolamento para com os doentes mentais e quais os seus verdadeiros impactos terapêuticos. Começa-se a desenhar a ideia de que esta desintegração, fomentada pela própria prática psiquiátrica, não era de todo a solução resultando apenas na segregação da pessoa doente mental (Maciel, Barros, Sá, & Camino, 2008).

Esta nova perspectiva psiquiátrica de intervenção vira-se mais para a comunidade e para a inserção do doente na mesma, lutando por um tratamento mais humanitário, colocando um foco na socialização da pessoa doente mental. O processo de desinstitucionalização aproxima-se cada vez mais das preocupações com a inclusão social e da prática reabilitativa da pessoa doente mental (Moreira, Goldstein, Felipe, Brito, & Costa, 2008).

E porque falar de inclusão social e não de integração social da pessoa doente mental? Após uma pesquisa por estes termos que muitas vezes no discurso se fundem, encontram-se as suas diferenças. Integração social é o termo pioneiro cujo significado consiste na aproximação (neste caso) do doente mental à comunidade integrando-se na mesma. Ou seja, é o sujeito que se adapta e modifica, tornando-se compatível (Sanches & Teodoro, 2006). Por outro lado, inclusão social não é um processo que compete apenas ao indivíduo, à pessoa doente mental, mas a todos nós cidadãos e comunidade. A inclusão social pauta-se por um processo de ajuste mútuo em que ambas as partes - pessoa doente mental e comunidade – iniciam um processo de transformação para que se ajustem um ao outro. O doente mental inicia então, um processo de reabilitação onde se prepara para a sua reinserção social, assim como a comunidade se deve preocupar com o sucesso da mesma, moldando-se às suas especificidades do pessoa, desenvolvendo as estruturas que sejam necessárias para o sucesso desta inclusão (Moreira, Goldstein, Felipe, Brito, & Costa, 2008). A inclusão social apresenta-se quase que como uma dança, onde as duas partes balançam na mesma direção e com o mesmo objetivo (Aranha, 2001); “[a] integração subsistiu o princípio da *normalização*, (...) [n]ormalizar, na família, na educação, na formação profissional, no trabalho e na segurança social (...). A aceitação e a valorização da diversidade (...) são, assim, valores que norteiam a inclusão social, entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta de forma a poder incluir, em todos os seus sistemas, pessoas com necessidades especiais e, em simultâneo, estas se preparam para assumir o seu papel na sociedade.” (Silva, 2009, p. 139).

A sociedade tem uma necessidade consciente de se organizar e para esta organização utiliza categorias (como já discutido no capítulo anterior). Acredita-se que sem esta categorização já automática, a vida quotidiana poderia na verdade, ser um completo caos (Lima, 2010). Porém, se esta organização nos permite uma vida mais equilibrada também tem as suas limitações e uma delas é a segregação de tudo aquilo que ultrapassa o padrão da normalidade; “ (...) as pessoas com doença mental continuam a ser discriminadas nos mais variados contextos, nomeadamente no contexto laboral, o que muito dificulta o seu processo de inclusão social.” (Queirós, Lopes, & Marques, 2010). É nestes padrões normativos que pautam e definem uma sociedade, que parece ser necessário trabalhar, pela inclusão social do doente mental (Mattos, 2013).

Aceitando que a pessoa doente mental não poderá nem deverá viver isolada, a resposta primordial para esta inclusão habitualmente é no seio familiar. Reconhecendo a família como o suporte mais primordial é no seio desta que preferencialmente se tenta reabilitar o doente mental, e fazer da mesma uma forte parceira para o seu processo de inclusão social. Excetuando, claramente, as situações em que a circunstância familiar não é estável e a convivência problemática com a mesma, agrava a patologia do doente. Nestes casos, em que a família não é uma possível resposta e mesmo para quando o é, desejando evitar a saturação da mesma, cabe à governação pública apresentar respostas para estes cidadãos. É aqui que surgem as respostas comunitárias já anteriormente discutidas: unidades sócio ocupacionais, residências habitacionais, emprego protegido e outras iniciativas complementares. Estas respostas podem surgir na ausência de uma retaguarda familiar, assim como serem complementares à mesma, como é o caso das unidades sócio ocupacionais e o uso das residências para o descanso da figura cuidadora (Moreira, Goldstein, Felipe, Brito, & Costa, 2008). Reconhecendo que a ocupação é intrínseca ao bem-estar do indivíduo e necessária para a manutenção da sua saúde mental, importa perceber que respostas existem a nível comunitário para esta inclusão profissional e\ou ocupacional.

Como discutido e apesar das consideráveis modificações, compreende-se que a mudança de atitude da comunidade para com a pessoa doente mental é um fenómeno ainda não achado na totalidade e de evolução lenta. A ideia plena de inclusão social que crê na mudança de uma comunidade é na realidade, um processo complicado de cumprir. Desconfia-se que só através da desconstrução dos preconceitos culturais para com a realidade da doença mental esta inclusão social será possível. Tal desconstrução implica um trabalho árduo e complexo, envolvendo os diferentes e variados intervenientes desta problemática (doentes, familiares, instituições públicas, serviços de saúde, etc). Não é agente facilitador deste processo, a dura realidade da escassez de respostas na comunidade, sabendo que na zona norte do país as respostas que o PNSM prevê para o acolhimento do doente mental são escassas e insuficientes para os números de pessoas em vias de inclusão social. Refletindo nos processos de reinserção social da pessoa doente mental que aqui se procuram estudar, receia-se que estes entraves sejam drásticos impedimentos ao seu sucesso. Desconfiando que este seja ainda um processo difícil para as instituições de saúde mental devida às lacunas na praticabilidade da legislação. Não é de grande valor promover a igualdade de oportunidades se na realidade a comunidade não possui respostas suficientes para que isso aconteça.

III. Opções Metodológicas

“O progresso não é senão a realização das utopias.”

Oscar Wilde

Nesta parte serão teoricamente apresentadas e posteriormente justificadas as opções metodológicas utilizadas para levar a cabo a presente investigação. A opção epistemológica que foi feita pelo paradigma emergente e respetiva metodologia qualitativa, os instrumentos de recolha de dados utilizados, assim como o procedimento de tratamento e análise de dados. Será aqui feita ainda, uma descrição completa do contexto de investigação e seus participantes. Apresentam-se os objetivos estipulados para o mesmo:

- Descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede, desenvolvidas pelo serviço de psiquiatria, na valência de hospital de dia, com as famílias e outros contextos de vida da pessoa doente mental.
- Reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental operacionalizadas pelo serviço de psiquiatria.

1. A Opção Epistemológica – O Paradigma Qualitativo

“O processo de procura, a investigação, realiza-se no plano claro – escuro do aparecimento e desaparecimento: entre a ideia ávida e encantatória de que as coisas são o que são e o questionamento que promove as primeiras rupturas com aquilo que se julga conhecer: se eu olhasse para *isto* de outra maneira, do avesso? Como ver de novo? Os modos de conhecer são organizados dentro de um paradigma, visão do mundo, através da qual o conhecimento é filtrado e vigiado, se definem discursos, teorias e modos de conhecer e se estipulam formas de lidar com o imprevisível.”

(Silva, 2011, p. 51)

Reconhecendo o carácter labiríntico de qualquer investigação e a necessidade de uma aproximação às perceções dos sujeitos e à complexidade das mesmas, considerando igualmente a singularidade do caso, a escolha investigativa incidiu claramente num estudo de caso de natureza qualitativa. Sendo desejo desta investigação fazer uma aproximação a esta

realidade, aspirando um conhecimento detalhado da mesma, a metodologia qualitativa é a escolha lógica, possuindo uma forte componente descritiva, reconhecendo que o sujeito é produto do contexto em que se insere admitindo as várias dimensões do mesmo (Miranda, 2008).

Optando por uma abordagem fenomenológica, integrada no paradigma qualitativo, que tem como prática a interpretação e compreensão exaustiva da unidade social em estudo; “[a] fenomenologia, que pretende conhecer as estruturas de sentido organizadas pelos sujeitos através das interpretações das suas experiências, constitui um referente teórico – metodológico (...)” (Silva, 2011, p. 57). Sendo nesta investigação desejado perceber o significado que os diferentes sujeitos atribuem às suas práticas, admitindo que o mesmo fenómeno ou prática é sentido e experienciada de numerosas maneiras. De acordo com Capalbo (1979), Shutz faz uma distinção entre o mundo social e o natural, explicando que no mundo social a realidade é dificilmente mensurável, sendo estes fenómenos, que se prestam a uma difícil quantificação, os mais adequados ao uso de metodologia qualitativa. Shütz defende igualmente que a compreensão de determinado fenómeno será mais rica consoante maior for a proximidade que se conseguir do mesmo, acreditando na observação direta (Coltro, 2000); e é neste sentido que a observação participante, técnica etnográfica, é aqui eleita.

Neste estudo não é prevista uma definição de conceitos e categorias de análise *à priori*, aguardando pelos resultados do mesmo para uma futura adaptação a si. Aspirando analisar a realidade como ela se mostra ser e não da forma como o/a investigador/a a supõe. A ambição de integração num serviço local de saúde mental contempla a sua peculiaridade e assume a particularidade da doença mental, sabendo que estes trajetos de reinserção social que se pretende estudar, podem ser não só, condicionados pelas práticas da instituição, pelas estratégias que a mesma dispõe como por toda o contexto envolvente.

É Thomas Kuhn (1996) que nos traz o conceito de paradigma e descreve-o como uma prática científica. Um paradigma alberga em si determinadas posições que demarcam uma matriz disciplinar que o/a investigador/a escolhe adotar e seguir. Este paradigma possui métodos, técnicas, teorias e instrumentos próprios que devem ser comuns à sua comunidade científica. Ou seja, o paradigma serve de suporte disciplinar para dar resposta a todos os desafios investigativos, ajuda a definir os instrumentos metodológicos e a futura análise dos dados recolhidos.

Quem faz investigação, aquando do seu início, deverá refletir sobre as escolhas do seu paradigma científico, questionar-se a si e ao seu objeto de estudo e decidir em que paradigma deseja colocar a sua investigação. Após esta escolha estar tomada existe todo um conjunto de

regras e pressupostos inerentes ao paradigma escolhido que o investigador deverá seguir; “[t]oda a investigação científica se realiza nos quadros dos paradigmas e exige a adoção de um posicionamento face aos mesmos. Estes enunciam as bases discursivas, os códigos sobre os quais, se elaboram as perguntas, se optam por metodologias, (...) se tratam e apresentam resultados.” (Sarmiento, 2007, p. 32), são estas escolhas que regulam o processo. Tendo como objeto de estudo os processos de reinserção socioprofissional da pessoa doente mental, desejando fazer uma aproximação aos mesmos e desmistificar os seus contornos, este questionamento inicial também fez parte do processo de construção desta dissertação. Desejando conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde que manuseiam estes mesmos processos, a escolha pela metodologia qualitativa, mais especificamente a prática etnográfica que permitisse a inserção da investigadora no contexto de estudo e o estreitar de uma relação com os participantes, foi a escolha clara.

O paradigma, mais do que uma posição, é uma opção de ação investigativa. Define os valores e os desejos do investigador para com a sua busca do saber. Os paradigmas são então formas de olhar, de perceber a realidade, mais do que uma via de busca pelo conhecimento, é a posição que adotamos para com esse mesmo mundo.

Bogdan e Biklen (1994) consideram que o paradigma qualitativo é bastante peculiar nas suas características pois independentemente da sua escolha metodológica, a sua análise é sempre feita reconhecendo o comportamento humano, como algo significativamente influenciado pelo contexto envolvente. Como referido, a investigação qualitativa tem uma forte dimensão descritiva, não se apoiando em números ou percentagens mas em discursos e imagens reais dos sujeitos, colhendo-os com os mesmos dentro dos seus contextos quotidianos. A riqueza destes dados minuciosos permite ao investigador analisar a sua problemática social ao pormenor, e são os dados recolhidos que ditam o percurso da investigação, havendo uma constante adaptação aquilo que o processo investigativo vai brotando.

2. O Estudo de Caso

O estudo de caso corresponde ao modo de investigação concentrado num contexto particular de forma exaustiva. Num estudo de caso, o/a investigador/a lê a realidade de dentro para fora, abordando o seu campo de investigação de dentro do mesmo. Pois, numa abordagem qualitativa pressupõem-se esta leitura interior junto das práticas dos sujeitos, implicando uma análise em profundidade (Santos, 2009). É característica do estudo de caso a recolha da informação de forma exaustiva, possuindo dados empíricos descritivos e numerosos, tentando ler a realidade estudada o quanto mais possível perto do seu todo. É

também comum num estudo de caso o recurso a técnicas de recolha de dados variadas, como acontece no presente estudo, de forma a conseguir esta análise aprofundada, “[é] a razão pela qual se recorre de técnicas variadas de recolha de informação (observações, entrevistas, documentos).” (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 2008, p. 170). Assim sendo, clarifica-se, que o estudo de caso ajusta-se a uma análise pormenorizada de determinada realidade de estudo em seu contexto, objetivando fazer uma recolha de informação minuciosa sobre o fenómeno em estudo, “ (...) fugindo ao paradigma tipicamente quantitativo, constituindo um trabalho empírico que investiga um fenómeno contemporâneo inserido no seu contexto real, onde não são evidentes os limites entre o que é fenómeno e o que é contexto.” (Miranda, 2008, p. 304). Segundo Coutinho & Chaves (2002) a perceção do que é um estudo de caso pode-se fazer através da sua própria designação. Como o nome indica trata-se de um caso, este pode ser uma pessoa, um pequeno grupo, uma organização, e do seu estudo. Estuda-se o “caso” no seu contexto natural, analisando-o em profundidade habitando com e no mesmo, sendo este muito dependente de trabalho de campo.

A opção pelo estudo de caso tem por base a consideração de que esta investigação se orienta no sentido de um estudo em profundidade. Neste caso, procura-se compreender os processos de reinserção social da pessoa doente mental levados a cabo por um serviço local de saúde mental, mais especificamente, pela sua equipa de profissionais em contexto de hospital de dia, com funções de reabilitação psicossocial e consequente reinserção socioprofissional. Foi desejado que a análise abrangesse toda a realidade do caso, mas pelo limite de tempo e complexidade do caso em estudo (um serviço local de saúde mental), teme-se que isso não tenha sido conseguido. Tendo havido uma maior concentração no hospital de dia e nas suas práticas de reabilitação e reinserção social da pessoa doente. Pretende-se com este estudo evidenciar os modos como estes processos estão a ser tratados, traçar os seus percursos e limites, perceber a interação com as respostas comunitárias, quais são e como se apresentam. Com este estudo de caso, fundamentalmente pretende-se descrever as diferentes estratégias que esta equipa de saúde mental dispõe para a reinserção social dos seus utentes e elencar respostas, ou seja, elencar as respostas existentes e discernir o modo de interação com as mesmas. Este caso, que se situa na região norte do país, servirá também para acreditar ou desacreditar a bibliografia, inclusive o próprio Plano Nacional de Saúde 2007-2016, que dá conta da escassez de tais respostas nas regiões norte e centro do país; mas, mais do que isso, perceber as consequências de tal fenómeno.

3. Método de Investigação – A Etnografia

“Uma das qualidades do método etnográfico é a expectativa de nos confrontarmos com o inesperado. Por inesperado, não se entenda a novidade espectacular, mas aquilo que pode ser pensado e reflectido de outro modo, a partir do conhecimento de diferentes formas de vida.”

(Silva, 2011)

A expressão etnográfica começa a ser utilizada pelos antropólogos para definir os seus trabalhos de campo, durante os quais recolhiam uma série de informações sobre os seus objetos de estudo que levava a uma posterior produção teórica. Para Spradley (1979) citado por Fino, a etnografia apresenta-se como o meio de estudar a cultura de um povo, mais do que compreender as suas ações e comportamentos, perceber como “as pessoas vêm a sua experiência”, defendendo que a etnografia deve “ser encarada mais como uma ferramenta que permite aprender com as pessoas, do que um utensílio para estudar essas pessoas.” (Fino, s.d., p. 3). Neves (2004) descreve que o propósito essencial da investigação etnográfica é a descrição cultural, através da observação participante, das atividades desenvolvidas pelos membros de determinado grupo durante um período de tempo relativamente longo. A entrada neste serviço local de saúde mental faz-se então por passadas etnográficas, desejando como o autor afirma, conhecer a sua realidade através da observação das suas próprias práticas. As investigações etnográficas prolongam-se no tempo, esta investigação apesar de ter decorrido durante alguns meses, caracteriza-se mais pela sua intensidade do que pela sua duração, devido a limites cronológicos. Porém, considera-se que os objetivos foram alcançados, com esta estadia intensiva no terreno.

O termo etnografia responde a tempos mais primordiais, trazido por Lévi-Strauss, traduzido literalmente por “escrita sobre os outros” ou “escrita sobre o distante”. Esta nova “modalidade de estudo” rompe com o paradigma positivista dominante pois quebra a ideologia do distanciamento entre o investigador e o seu objeto de estudo, e obriga também a que o investigador abandone o seu conforto, a sua posição agasalhada, enquanto o único detentor de saber e conhecimento e se desloque ao contexto do seu objeto de estudo e se insira no mesmo. Mais uma vez se reforça, que etnografia é estudar as pessoas nos seus contextos reais (Noaves, 1999). Acredita-se que aos processos de reinserção social da pessoa doente mental, só esta leitura próxima lhes faria justiça. Investigar este objeto de estudo de fora do seu contexto, dificilmente lhes conseguiria conferir a sua complexidade. Torna-se necessário

compreender os significados que os atores e intervenientes destes trajetos lhes conferem, que dificuldades encontram e que vivências lhes atribuem.

Esclarece-se também que a etnografia não possui a duplicidade método \ técnica, a etnografia é um método de investigação qualitativa que recorre a um amplo e diferente conjunto de técnicas de investigação como a observação participante e respetivas notas de terreno, a entrevista e análise documental; mas que assenta e se distingue essencialmente pela observação participante. Tendo a presente investigação recorrido como técnica à observação participante, respetivas notas de terreno e entrevistas semiestruturadas.

A etnografia coloca o sujeito no centro da sua atenção, deslocando-se ao palco deste e deixando sempre o investigador alerta, nunca adormecido; pois todo o comportamento do indivíduo pode ser produtor de conhecimento para o investigador; daí a necessidade de registos constantes para serem o mais descritivos possível. A permanência no contexto levou ao registo diário de notas de terreno, escritas consoante o desenrolar do dia, em pequenos papéis ou blocos que eram ao fim do dia transcritas e refletidas. Nestas notas de terreno constam os relatos do próprio processo de investigação, as dificuldades da investigação etnográfica, os entraves à investigação qualitativa em contextos de saúde, as práticas deste hospital de dia, desabafos de doentes, queixumes de profissionais, etc.

O etnógrafo deverá assimilar valores e costumes do contexto onde pretende inserir-se, assim como adotar posturas e práticas que façam sentido no mesmo. Partilhando o mesmo espaço que os seus participantes, o etnógrafo deve preparar-se para o contexto onde espera inserir-se, estudando o mesmo previamente e formulando as suas hipóteses (Carlos Fino, s.d.). O que justificou a prévia análise bibliográfica feita. Como esclarece Silva (2011) a opção pelo método etnográfico nunca é ingénua, é o resultado da procura de um enquadramento local e da interpretação das ações dos sujeitos, assim como as suas perceções dos processos em que se envolvem

Uma grande vantagem do método etnográfico é a possibilidade constante de o/a etnógrafo/a se surpreender, existindo uma permanente articulação entre a investigação realizada previamente e os dados empíricos observados, podendo levar a alterações do próprio objeto de estudo e perspetivas de análise (Silva, 2011).

As pessoas e os seus comportamentos são estudados na sua realidade e não em contextos criados artificialmente pelo investigador. Esta é a maior riqueza da etnografia, que permite ao investigador esta aproximação tão íntima à realidade dos sujeitos que se propõe a estudar. Esta recolha de dados não é pré-determinada, mas sim fruto do acaso, do momento, o que imprime mais realismo e valor as dados colhidos. Para esta colheita de dados empíricos o método etnográfico assenta essencialmente em observação participante, entrevistas

etnográficas e análise documental, daí a opção pela definição de conceitos, teorias e categorias de análise à *posteriori*.

A escrita etnográfica caracteriza-se por ser densa e detalhada, é a transcrição daquilo vivido e observado pelo investigador. A meu ver tratou-se de uma escrita íntima, vivida e real, sendo a produção das vivências investigativas enquanto etnógrafa. A redação das notas de terreno apresentou-se como um momento de reflexão e de repouso, onde foi passado para o papel, aquilo que tivera sido experienciado. Esta escrita foi também preenchida por vários momentos de confronto, onde aquilo a que tivera assistido combatia com as hipóteses anteriormente colocadas. Esta escrita caracteriza-se também pelo esforço em usar termos próximos dos utilizados pelos atores das ações e pelo esforço do investigador de se manter fiel, de redigir o mais próximo possível da realidade a ação; aqui é importante e valiosa a memória do etnógrafo que lhe permite reter todas estas informações.

4. Entrada no Terreno

A filósofa inglesa Alison Jaggar defende que as emoções são ingredientes essenciais e necessários para a busca e produção de conhecimento. Aliás, apresenta estas como componentes intrínsecas do ser humano, assim como parte indispensável de toda a obtenção de saber. Nesta dicotomia que a autora reconhece entre a razão e a emoção, clarifica que estas não devem ser dimensões de forma alguma opostas, antónimas; pois, sendo o sentimento, a ânsia, a paixão que move a investigação e o desejo de conhecer mais, devem sim antes, completar-se, ser companheiras e caminhar de braços entrelaçados e vontades partilhadas.

Torna-se muito próximo falar desta autora pois de fato, não há investigação, sem uma paixão, sem uma utopia que a mova. E deste trabalho, que se move numa realidade já há muito inspiradora, nasce a vontade de iniciar esta investigação que já nasce apaixonada, envolvida com a realidade que pretende explorar, envolvida na sua essência investigativa e envolvida acima destas, na arte do conhecer, de descobrir o saber.

Apesar da ânsia e na crença daquilo que se queria estudar e como se pretendia fazê-lo, esta prática investigativa, viu o seu início atrasar-se, deparando-se com alguns entraves. Inicialmente, foram pensados outros contextos de investigação, todos eles instituições de saúde mental, onde foram colocados alguns entraves à realização da presente investigação. Depressa se reconheceu que o fato de possuir uma investigação de abordagem qualitativa, parecia ser um entrave à entrada num contexto primordialmente biomédico. Porém, após algumas desilusões, que agora se reconhecem fazer parte do crescimento individual e até etnográfico, pela articulação de saberes e estimulação crítica de questionamento e reflexão;

foi encontrada a possibilidade de desenvolver a investigação no atual contexto, para grande agrado da investigadora. Estes contratempos, serviram para refletir as instituições de saúde como espaços ainda muito fechados àquele que vêm de fora.

Extrapolando que o indivíduo doente mental passa grande parte do seu quotidiano inserido em serviços de psiquiatria e ao cuidado dos profissionais que compõem as suas equipas, destaca-se o papel destes profissionais e deste espaço como atores potenciadores dos seus processos de reinserção social, que aqui se pretendem estudar. Como tal é desejado compreender que estratégias são equacionadas e aplicadas pela promoção da reinserção social do indivíduo doente mental num serviço de psiquiatria. Para isso foi ambicionado desenvolver um estudo de caso, de base metodológica qualitativa num SP com anos de história, elogiado pelas suas práticas singulares e promissoras junto dos seus doentes. A metodologia qualitativa, como previamente justificado, assume-se como a escolha lógica, reconhecendo que o comportamento e as ações humanas são uma construção definida por um conjunto inúmero de fatores, que variam consoante a geração, o tempo, o local, as políticas e as culturas; “[a]s questões metodológicas assumem uma importância redobrada quando a realidade não apresenta uma configuração, claramente definida, se reveste mesmo de um certo carácter amorfo, e o cientista não se limita a constatar factos, mas busca a sua compreensão através do sentido que eles veiculam”. (Fernandes, 1998, p. 13).

A entrada neste contexto é feita de forma consciente mas ambiciosa, buscar as pessoas com experiência em doença mental e encontrá-las nos serviços de psiquiatria não é suficiente aqui, é necessário transpor o sujeito doente mental e olhar em seu redor, estudar o contexto que frequenta e os profissionais com que contacta, percebendo de que forma é que as ações e práticas destes, tem efeito em si. Clarificando que a construção da realidade – doença mental – não é unicamente recriada pelo indivíduo que padece de uma patologia, mas por todos aqueles que com ele de forma mais ou menos direta contactam; interessa olhar de dentro deste espaço e perceber como as suas práticas ajudam a modificar os trajetos destas pessoas. Falar da inclusão social da pessoa doente mental é falar de um indivíduo no seu todo, nas diferentes dimensões que o compõem. Como tal, não é apenas desejado perceber como se desenrola a estadia do paciente neste serviço médico mas perceber toda a linha de montagem, antes de chegar ao serviço, durante a permanência e especialmente após a sua saída do serviço, procurando neste sentido abordar as questões de inclusão e de cidadania.

O presente trabalho de investigação teve o seu desenvolvimento num serviço de psiquiatria de um centro hospitalar na região norte do país, tendo metodologicamente recorrido ao método etnográfico, utilizando as técnicas da observação participante e a entrevista semi

estruturada junto dos membros desta equipa técnica. É relembrado que a presente investigação orienta-se pelos seguintes objetivos gerais:

- Descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede, desenvolvidas pelo serviço de psiquiatria, na valência de hospital de dia com as famílias e outros contextos de vida da pessoa doente mental.
- Reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental operacionalizadas pelo serviço de psiquiatria.

Conhecer estes mecanismos e articulações pode constituir um contributo para se refletirem novas abordagens no âmbito da Educação para a Saúde, sendo esta uma possível estratégia de promoção do bem-estar do doente mental.

4.1. Contexto e Participantes da Investigação

4.1.1. O (Macro) Contexto - O serviço de psiquiatria de um hospital central do norte do país

O hospital de grandes dimensões é uma referência neste distrito do norte, possuindo todas as especialidades médicas dá resposta a grande parte da população do distrito. O serviço de psiquiatria conta já com mais de 50 anos de funcionamento, ao longo dos quais foi sofrendo várias mudanças e alterações a nível de direção e políticas de funcionamento, assim como se foi moldando às últimas reformas no exercício da psiquiatria. O espaço físico em si, além de algumas remodelações mais recentes na parte do internamento, continua a ser bastante antigo. O hospital recentemente anexou-se a um outro hospital mais pequeno numa cidade vizinha onde o serviço de psiquiatria possui a continuidade do seu internamento, a unidade de reabilitação sócio ocupacional e consultas externas, a este segundo Pólo passaremos a chamar a partir de agora de Pólo II e ao primeiro de Pólo I.

Situado na ala esquerda da fachada frontal deste grande hospital, o serviço de psiquiatria para muitos, passa de forma discreta. Ao contrário de outros serviços que se concentram na torre central do hospital e que se cruzam uns com os outros, o serviço de psiquiatria faz parte da casa original deste hospital, que com o passar dos anos foi crescendo fisicamente. Habitualmente esta ala não faz parte da passagem “obrigatória” dos utentes do hospital, na rua e parque de estacionamento que se apresentam em frente ao serviço é habitual ver apenas os doentes e profissionais pertencentes ao mesmo, alguns alunos que por ali cortam caminho e

outros utentes, geralmente perdidos; isto faz com que de certa forma o serviço de psiquiatria assuma os contornos de uma micro esfera dentro deste hospital central.

Contudo, não é de todo uma esfera fechada e na verdade quando se entra neste serviço depara-se com um ambiente acolhedor de aspeto comunitário.

“Quando faltavam apenas 10min entrei no serviço... acho que não era o que esperava. Tinha um ar “muito pouco médico”, assemelhava-se a um “centro de convívio”... à entrada era um corre corre de entra e sai, estudantes, utentes, familiares... pelo menos pareceu-me! Entrei e acomodei-me num sofá com um ar bastante convidativo, ninguém estranhou a minha presença nem eu estranhei o espaço, a curiosidade despertou logo e o meu olhar percorria ferozmente todo o pedaço, toda a parede, todo o cartaz, toda a pessoa.... de repente acordei e decidi abordar alguém.”

Nota de Terreno de 25 outubro de 2013.

No Pólo principal - Pólo I - onde se situa o hospital de dia, fisicamente o serviço ocupa quatro pisos. No piso 2, a parte superior do serviço existe o internamento, para este existem dois meios de acesso, através de uma escadaria que liga todo o serviço ou através de elevador. Este último é exclusivamente utilizado pelos profissionais do serviço e acionado com chave, isto porque abre diretamente no centro do internamento que é um espaço fechado. Aqueles que optam pela escadaria, encontram uma larga porta fechada que só abre quando após ter tocado à campainha, o indivíduo (profissional ou visita) é identificado e autorizado a entrar.

“ Percebi que um dos espaços ali dentro era o hospital de dia, que pelo que percebi era onde alguns utentes passavam o dia acompanhados por uma equipa de terapeutas ocupacionais; observei também algumas pessoas que vieram ao espaço, talvez para consulta acompanhadas dos seus filhos adolescentes. Escutei propositadamente conversas e percebi que as enfermeiras se referiam ao “*internamento no andar de cima (...)*”, isto surpreendeu-me um pouco pois tinha a ideia de que não havia aqui internamento. Percebi também que por detrás de uma das portas fechadas era a consulta externa de psiquiatria, conseguia ouvir o altifalante chamando as pessoas, sempre que alguém entrava ou saía, e a porta abria o suficiente para conseguir espreitar.”

Nota de Terreno de 25 de outubro de 2012

No piso 1, o piso de entrada encontram-se duas grandes alas: à esquerda o espaço das consultas externas, composto por sala de espera, gabinetes de administrativos, gabinetes para consultas e ainda a sala do diretor de serviço. Para o lado esquerdo encontramos o hospital de dia¹⁴. Descendo ao piso -1 encontra-se um largo corredor que apresenta inúmeras salas com as mais diversas funções: gabinete de profissionais, *atelier* de artes, bar, cozinha, sala de jogos, acesso ao jardim exterior e outras salas, usadas para terapias, reuniões, aulas e afins,

¹⁴ Descrito com mais pormenor nas páginas seguintes.

consoante a necessidade. O piso -2 tem acesso ao subsolo, possui uma grande porta que nos permite entrar nos corredores subterrâneos que ligam todo o hospital.

Simbolicamente o serviço está dividido em cinco unidades: Unidade de psiquiatria comunitária, Unidade de psiquiatria do adulto e do idoso, Unidade de psiquiatria do jovem e da família, Unidade de psiquiatria de ligação e Unidade de psiquiatria forense.¹⁵ Todas estas unidades possuem uma coordenação independente e equipa própria, contudo reconheço que estas divisões não são estanques, acontecendo situações pontuais em que para o bem-estar do doente, este muitas vezes, passa de uma unidade para a outra ou interage com profissionais diferentes da unidade onde se encontra. A comunicação entre os profissionais apesar de mais concentrada nos colegas de unidade, não é vedada, havendo encontros semanais na reunião de serviço e constantes conversas de “*corredor*” ou outros encontros propositados sempre que a situação clínica de algum doente assim o justifique. Cada uma destas unidades possui práticas próprias adaptadas ao tipo de doente que recebe, assim como consultas específicas.

¹⁵ Consultar o Organigrama do serviço que segue na página seguinte.

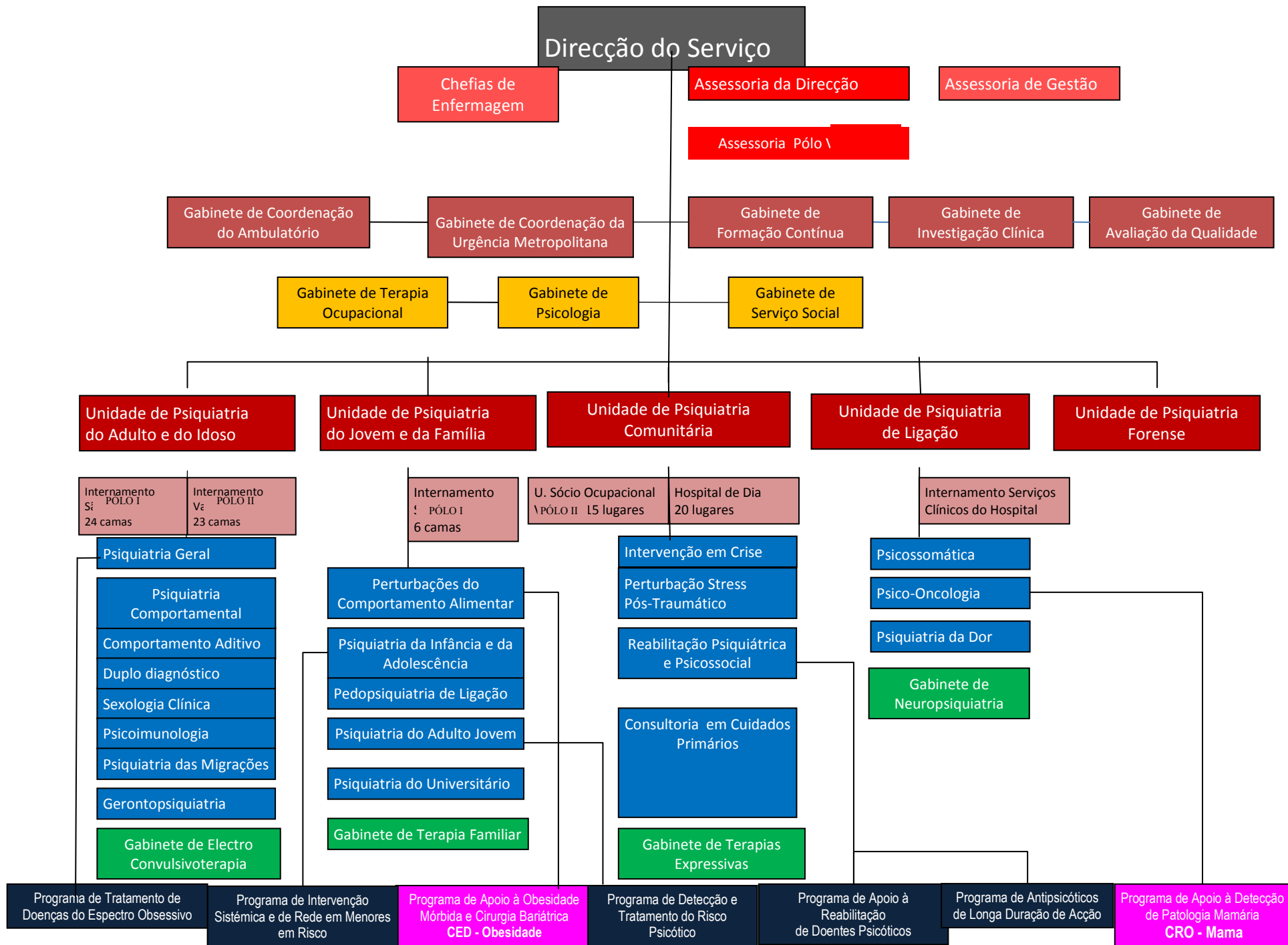


Figura 1 – Organograma do serviço de psiquiatria.

4.1.2. O (Micro) Contexto - Hospital de dia

O hospital de dia que serviu de contexto privilegiado a esta investigação insere-se na unidade de psiquiatria comunitária deste centro hospitalar, situado a norte do país, e começou a funcionar na década de 1970 (tendo sido um dos pioneiros em Portugal) movendo-se pelos objetivos de reduzir a necessidade de internamentos e facilitar a reinserção dos doentes na comunidade.¹⁶

Fui encaminhada do diretor do serviço, para a coordenadora desta unidade, que futuramente assumiu o papel de meu elo de ligação, sendo acordado por todas as partes envolvidas que este micro contexto responderia de forma mais completa aos objetivos por mim estipulados. Sendo este espaço reconhecido como o local onde são trabalhadas as questões da reinserção socioprofissional destes doentes e onde existe uma maior proximidade com as suas famílias. Assim como, devido aos contornos da estadia dos doentes cá e dos objetivos e missão a que o HD se propõem é onde mais eficazmente se consegue desenvolver um trabalho de reabilitação com o doente, em equipa.

O hospital de dia é de regime diurno funcionando das 8:30h às 16h. As suas instalações são um pouco antigas mas apresentam-se sempre cuidadas e organizadas. Após transpor a grande porta de madeira que no topo exibe uma placa com a inscrição “Hospital de Dia” encontramos um largo corredor. Ao descer o corredor somos seguidos à direita por cacifos utilizados pelos profissionais do serviço e à esquerda pela casa de banho para homens (utentes do serviço); continuando a descer à esquerda existem mais duas salas que são utilizadas como gabinetes, seguidas da copa, onde são aquecidas as refeições para os doentes e onde alguns profissionais por vezes também se reúnem para almoçar. À direita, existe aqui uma sala, onde se reúnem as administrativas da unidade e a seu lado o elevador interno, que anteriormente já falamos, antes deste temos ainda a casa de banho para mulheres (utentes do serviço). Após transpor estas salas habitualmente mais calmas e pouco usadas surge à esquerda a sala de cuidados de enfermagem – a verdadeira “torre de controlo” do hospital de dia.

“ Começo a desconfiar que o trabalho do gabinete de enfermagem é valioso e será o mais conhecedor dos pacientes e das dinâmicas do serviço.”

Nota de Terreno de 11 fevereiro de 2013

“ Assim que o pequeno-almoço termina seguimos para a sala de enfermagem, denominada de “sala de trabalhos”, esta percebo que funciona como a pequena colmeia de todos os funcionários, entram, saem e encontram-se todos aqui. É aqui que se encontram os processos dos doentes, o quadro do plano de trabalhos dos mesmos, o computador que frequentemente todos usam, livros e as enfermeiras, as formigas obreiras de

¹⁶ Informações cedidas pela equipa deste hospital de dia.

todo este serviço. Esta sala é mesmo muito pequena ... à entrada possui um pequeno lavatório para lavagem e desinfecção das mãos. Na parede um quadro de cortiça com diversos papéis afixados, inclusive a requisição da carinha do serviço e a distribuição mensal dos psiquiatras pelos centros de saúde que servem. Ao lado e em grande destaque encontra-se o quadro de plano de trabalho, este divide-se em 7 categorias.”

Nota de Terreno de 04 de março de 2013

Em frente a esta sala existe uma outra com a inscrição “Enfermeira Chefe”, mas na verdade é e pode ser usada pelos diferentes profissionais que precisem dela. Ao lado da sala da enfermagem, existe um outro gabinete e de frente para este, o gabinete da coordenadora da unidade; após estes gabinetes, forma-se um pequeno hall onde existem algumas cadeiras e uma vitrine, onde pontualmente vão sendo expostos trabalhos dos doentes, mesmo para venda. Daqui, existe ainda discretamente uma abertura na parede que dá acesso para um corredor minúsculo, que contempla em si, o vestuário de enfermagem, a casa de banho utilizada pelos profissionais da unidade e o gabinete de uma das psicólogas do HD . Este hall precede a zona de refeitório, um espaço amplo onde se concentram algumas mesas e cadeiras tendo lugar para cerca de 25 pessoas, aqui são servidas pelas auxiliares e observadas pela enfermagem, as refeições a que os doentes em regime de hospital de dia tem direito: pequeno-almoço, almoço e lanche. Este espaço possui também um televisor que habitualmente está ligado, mas exceptuando os momentos das refeições, os doentes não passam muito tempo atentos ao mesmo.

“ Começa muito prontamente a dar uma pequena explicação de como as coisas funcionam, explica que por esta hora (quase 9h) as auxiliares dão o pequeno-almoço aos doentes, as enfermeiras estão sempre presentes, primeiro para dar a medicação e também para vigiarem o comportamento dos mesmos; perceber se estão estáveis ou se mostram alguma alteração. Informa que utilizam as horas matinais para preparar a medicação dos doentes e as sessões de educação para a saúde que dão às 4f de manhã durante as reuniões de serviço, fico muito contente por ouvir isto e comento que é mesmo esse o meu mestrado. Conta que o serviço abre às 8h e que geralmente são as primeiras a chegar e relata-me uma situação que se tivera passado hoje a essa hora com uma doente.”

Nota de Terreno de 04 de março de 2013

Do hall, surge à direita a ala da terapia ocupacional. Aqui existe uma outra porta antiga, que dá acesso a uma sala de médias dimensões utilizada para as diversas atividades de terapia ocupacional. Ao lado desta existe um pequeno ginásio e ainda um gabinete bastante pequeno, partilhado pelos três terapeutas ocupacionais que servem o serviço aqui no Pólo I.

“ Esta mesa ocupa o centro da sala, ao fundo da mesma existem três pequenas e antigas secretárias que possuem cada uma um computador e o respetivo teclado e uma cadeira, estes computadores podem ser usados autonomamente pelos doentes e servem também para algumas aulas de informática que os TO’s dão. As paredes estão preenchidas com o resultado de algumas atividades, cartolinas com “coisas a fazer”, “práticas de saúde”... Existe uma estante de vidro fechada, repleta de livros e um outro pequeno armário preenchido também por livros das mais diversas áreas e interesses, que pelas conversas das terapeutas já percebi que são resultado de doações, inclusive dos próprios doentes (...) Esta sala possui uma larga porta que dá acesso ao ginásio. Existe ainda uma outra porta que dá acesso ao minúsculo gabinete da [terapeuta coordenadora] e dos outros dois TO’s, esta é muitíssimo pequena, têm espaço apenas para duas secretárias encostadas uma na outra e um armário, este está sempre bastante desarrumado e a bagunça predomina, contudo também é utilizado por três pessoas e convidados.”

Nota de Terreno de 18 de fevereiro de 2013

“É curioso que os utentes chegam e correm logo à sala de TO, saúdam as terapeutas e questionam pelo seu fim-de-semana. Talvez este por ser um espaço mais “aberto” e por a postura destas profissionais ser muito mais terra-a-terra com eles justifique esta procura.”

Nota de Terreno de 04 de fevereiro de 2013

Muitas salas do piso inferior, o piso -1, são também utilizadas pelo hospital de dia, aqui encontram-se os gabinetes da assistente social e de uma outra psicóloga da equipa. É aqui também que existe o *atelier* de artes, a cozinha e o bar, onde são dinamizadas algumas atividades de terapia ocupacional tais como a gestão do bar e a confeção de bolos para lá vender.

“Entramos e encontramos uma sala ampla que apresenta duas mesas largas (...) as paredes estão preenchidas com armários antigos, fechados, que guardam diversos materiais que usam no *atelier*. Debaixo das mesas e encostados aos armários estão também caixas de cartão com mais materiais, cartolinas, tintas, tecidos, entre outros. As chaves dos armários são guardadas pelos terapeutas mas, na atividade, entregues com muita naturalidade e confiança tanto a voluntárias como doentes. Pelas paredes e encostados aos parapeitos das janelas, em cima dos armários, observam-se muitos trabalhos, especialmente em formato de telas, trabalhos estes que presumo que tenham sido os doentes a criar e que por ali continuam. Ao fundo da sala, para o lado esquerdo encontra-se uma pequena porta que dá acesso a uma sala minúscula. Pelo que tenho constatado, esta sala funciona como cozinha (onde são feitos os bolos diários que se vendem no bar) e como limpeza dos materiais utilizados no *atelier*.

...Voltando a sala principal do *atelier*, ao virar para a esquerda encontramos um balcão que funciona como o pequeno bar do serviço (...). Este bar é da responsabilidade dos TO’s, mas dinamizado por doentes... Ao lado deste balcão existe uma outra pequena sala, que faz de sala de estar ao bar.”

Nota de Terreno de 19 de fevereiro de 2013

O hospital de dia acaba de certa forma por se dividir entre estes dois pisos, porém, talvez por neste piso inferior (-1) existirem já alguns gabinetes pertencentes a outras unidades, no discurso verbal é habitual estes profissionais referirem-se como “Hospital de Dia” apenas à parte superior do mesmo, no piso 1.

No piso -1 existe ainda uma sala de jogos gerida pelo gabinete de terapia ocupacional e o túnel que dá acesso ao jardim exterior. Este jardim é vedado, isto para que os doentes em regime de internamente fechado e ainda psicopatologicamente descompensados, não possam abandonar o serviço. Os doentes em regime de hospital de dia podem visitar o jardim sempre que bem entenderem, habitualmente recorrem ao mesmo para fumar e resguardam-se no túnel nos dias mais chuvosos. Pelo que observei, o jardim não é muito visitado pelos doentes, contudo parece que com o chegar do tempo quente isso muda, tendo já mesmo observado por duas vezes o grupo a tomar “banhos de sol” em dias mais quentes.

“ Esta sala de jogos é pequena mas até se encontra bem preenchida, à entrada da mesma existe uma mesa de ping pong, a seu lado um matraquilhos. Existe também um sofisticado jogo de setas de tiro ao alvo preso na parede. Sei que existem outros jogos que os doentes podem levantar no gabinete de terapia ocupacional no andar de cima. No fundo desta sala existe um pequeno lavatório e casas de banho para homens e mulheres. É nesta sala que começa o túnel que dá acesso ao exterior.”

Nota de Terreno de 18 de março de 2013.

“ Decidi ir visitar o jardim exterior vedado que existe ali, o acesso faz-se através de um túnel subterrâneo. O jardim é grande e esta bastante organizado, possui um pequeno lago artificial com cinco peixes laranjas e pretos que nadam sossegados, que vida tão simples. Possui uma pequena horta e percebo que este é dinamizado pela TO.”

Nota de Terreno de 05 de fevereiro de 2013

Pelo que percebo de conversas com estes profissionais, a estufa que existe no jardim, assim como outros projetos relacionados com o mesmo são da responsabilidade do gabinete de terapia ocupacional, mas têm sido desenvolvidos por um engenheiro ambiental, voluntário neste serviço. Estes projetos na altura da observação participante encontravam-se parados, aguardando o regresso do bom tempo para expandir os mesmos. Além de atividades diretamente relacionadas com a agricultura e jardinagem, o jardim, relata-me uma das terapeutas ocupacionais é também usado como palco para a dinamização de algumas atividades, sempre que a meteorologia o permite. Porém, não vejo grande pertença nem recurso a este jardim, talvez por se encontrar fora do espaço do hospital de dia e necessitar desta deslocação.

O objetivo do HD é que estas estadias sejam o mais curtas possível, lembrando que este espaço pretende ser apenas um espaço de transição, uma alavanca para a reabilitação do doente e mesmo por questões de ordem interna do hospital (dificuldades económicas e pressões administrativas) é sempre desejado que a estadia do doente seja o mais curta possível, contudo, estes profissionais vão-se adaptando às condições destes indivíduos e pontualmente existem recuperações que se prolongam mais.

O facto destes doentes serem uma presença habitual, diária, traz de certa forma um sentimento de identificação uns com os outros, o que permite que não se estranhe o outro e que marcando a diferença para com a consulta externa, por exemplo, não seja um quotidiano repleto de estranhos. Além da sua permanência por cá, muitos destes doentes já são conhecidos da equipa de estadias anteriores e por isso acaba por se desenvolver um sentimento de familiaridade com os mesmos. Além dos doentes, a equipa também já possui esta constituição há algum tempo e já se encontra habituada a relacionar entre si. Nota-se de fato um sentimento de pertença ao hospital de dia partilhado tanto por profissionais como por doentes.

O grupo de doentes do HD é algo mutável, vai-se modificando consoante as saídas e entradas de novos doentes, contudo faz lembrar os grupos de pares de jovens em contexto escolar, agrupam-se, partilham hábitos e rotinas, preocupam-se uns com os outros e deambulam geralmente em pares pelo serviço. É habitual encontrá-los agrupados à porta do serviço a fumar após almoço ou sentados no jardim a apanhar sol durante a tarde. Na verdade é como se o espaço - hospital de dia - delimita-se o mundo destes doentes e os separasse dos restantes, a sua pertença a um grupo e os seus comportamentos marcantes, fornecem-lhe uma identidade que o próprio indivíduo acaba por assumir.

Os doentes podem chegar ao HD encaminhados ora do internamento ora da consulta externa, sempre que o seu médico psiquiatra achar que é benéfico para a sua recuperação. Podem procurar o hospital de dia pelas mais diversas razões, pela necessidade de um acompanhamento terapêutico mais próximo, por alguma carência a nível de respostas sociais, para melhor adesão à medicação, para esclarecimento de diagnóstico, para aquisição de estratégias de manutenção de bem estar, entre outros. À chegada ao HD, o doente é habitualmente recebido por um elemento da equipa de enfermagem, momento em que lhe são explicadas as regras deste espaço, assim como entregue um panfleto, onde além destas, constam também os seus direitos e deveres¹⁷.

Quando o doente chega, em reunião de equipa é-lhe habitualmente atribuído um médico psiquiatra (um assistente e um interno), que vão seguindo o doente durante a sua estadia cá,

¹⁷ Este panfleto segue em anexo como Anexo III – Guião de acolhimento ao hospital de dia.

estes encontros entre médico e doente não tem horário fixo e varia muito consoante o profissional, existindo médicos que preferem ver o doente poucos minutos todos os dias, outros que preferem seguir o doente apenas num dia específico; contudo reconhece-se que os doentes vão sendo seguidos com muita regularidade, sendo vistos pelos seus médicos quase diariamente; esta proximidade também é adaptada consoante a necessidade que reconhecem haver ou não no doente.

“ Comenta que vamos ver os doentes, após ter questionado, explica-me que aqui no HD tenta ver os doentes todos os dias, para perceber a sua evolução, como estão; sublinha que o objetivo é mesmo esse. Vimos vários doentes, alguns no consultório, outros como não os conseguimos encontrar junto do consultório fomos literalmente atrás deles pelo bar, *atelier* de artes, sala de jogos e “chegamos” mesmo a consultar alguns no jardim a saborearem os seus cigarros. Acompanhei sempre o doutor, nem ele aceitava que fosse de outra forma, interiorizou-nos automaticamente como uma equipa e comentava com os colegas por quem passávamos “nós vamos procurar um doente”, “já fizemos duas histórias clínicas”, “vamos dar uma consulta”, já se sentia bastante à vontade comigo e eu com ele também. Apresentava-me sempre aos doentes e questionava se permitem a minha presença, estes que já me conhecem dos corredores, aceitavam.”

Nota de Terreno de 11 de fevereiro de 2013

O doente inicia a sua rotina em HD: surge neste espaço de manhã, faz a sua refeição matinal sob a vigia das enfermeiras e a toma da medicação, desenvolve as atividades a que se propôs, resguarda-se com o seu psiquiatra e tem consulta com a sua psicóloga (caso a situação clínica se justifique) e assim se vai desenrolando o seu dia, mantendo também para si tempo livre, pois existem espaços sem atividades. A enfermagem e a terapia ocupacional fazem registos diários no processo do doente, processo este que é da consulta de toda a equipa e que permite de forma regular e fidedigna perceber a evolução e melhoria do indivíduo ao longo do tempo.

4.1.3. Os Participantes da Investigação

São vistos como participantes desta investigação todos aqueles que frequentam este serviço de psiquiatria, mais especificamente o hospital de dia, incluindo a sua equipa técnica, utentes e familiares, no que respeita à observação participante e respetivas notas de terreno. As entrevistas semiestruturadas destinam-se unicamente aos elementos da equipa técnica. Esta equipa é composta pela médica psiquiatra coordenadora da unidade, um grupo de médicos psiquiatras assistentes e internos, duas psicólogas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma arte terapeuta, assistentes técnicas, assistentes administrativas e um vigilante. Com o decorrer da investigação ficou claro que, não seria

necessário entrevistar todos os profissionais, nem seria possível em termos cronológicos e como tal foi feita uma seleção, tendo sido realizadas entrevistas com o diretor do serviço, a coordenadora da unidade de psiquiatria comunitária, uma das psicólogas da unidade, uma das enfermeiras, a assistente social, a terapeuta ocupacional e com uma assistente operacional. Não foi realizada, ao contrário do desejado, a entrevista com a representante do gabinete de arte terapia, pois entretanto esta faleceu. Esta seleção pretendeu abranger todos os grupos profissionais na unidade, excetuando o vigilante e as administrativas por reconhecer que a interação destas com os doentes era reduzida e não são envolvidos na intervenção terapêutica desenvolvida pela equipa para os doentes.

5. Instrumentos de Recolha e Análise de dados

5.1. A observação participante e respetivas notas de terreno

A observação participante permite ao investigador conhecer o contexto que deseja investigar de dentro para fora; esta observação como parte integrante do contexto permite uma recolha de dados de grande riqueza, por transcrever a realidade das ações e comportamentos dos sujeitos no seu verdadeiro contexto. Observa os participantes no seu meio de forma a perceber como estes agem e se comportam. “ (...) os investigadores imergem no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que atuam (...) uma vez que as observações de cada um são muito pessoais, sendo influenciadas por vários factores (...) ” (Oliveira, 1982, p. 8). A observação participante fornece ao investigador a possibilidade de conhecer o contexto de estudo, as suas rotinas e procedimentos de uma forma íntima, através de um contato direto; assim como perceber quais os motivos dos comportamentos dos seus participantes no e em interação com a realidade de estudo.

A observação participante foi um processo gradual, no sentido que a investigadora inicialmente permanecia apenas manhãs no contexto, passando a dias completos intercalados, até que passou a acompanhar a abertura e o fecho do hospital de dia e a permanecer este período no mesmo. Esta gradação crescente também foi conseguida junto dos participantes da investigação, inicialmente a investigadora apresentava-se não como um sujeito desconhecido, mas estranho. Em reunião de equipa foi apresentada a investigadora, assim como o seu projeto e várias questões acerca do mesmo foram respondidas; assim sendo, a investigadora, as suas motivações e objetivos eram do conhecimento integral da equipa. Contudo, persistiu durante algum tempo a estranheza para com o *outro*, o *outro* que não faz parte daquele *habitat* e por isso, traz confusão. Este longo período inicial, que fomentou na investigadora a total

ausência de um sentimento de pertença e o desconforto de não se sentir desejada e ao mesmo tempo constantemente observada \ avaliada levou a uns tempos iniciais mais complicados para a obtenção de dados junto dos participantes. Porém, é aqui importante salientar que desde o início toda a equipa se mostrou disponível a trabalhar com a investigadora e que nunca houve na verdade algum tipo de entrave colocado à mesma. Esta estranheza de que se fala é natural entre seres humanos, enquanto seres essencialmente sociais, que demoram a aceitar a novidade, o estranho, da mesma forma como a investigadora teve também por si mesma, dificuldade em habitar num espaço que não é o seu e ao qual se entrega sozinha.

“ Senti-me desconfortável no seio desta reunião, a sala completa por cerca de 35 profissionais parecia-me cada vez mais pequena, estes colegas não conseguiam evitar o olhar que constantemente descaia em mim, é natural... ! Eu era o elemento estranho, que ainda por cima, chegava atrasada e dava nas vistas (...) vivencio uma sensação terrível, a de estranheza, de ausência de grupo de pertença e fico constrangedoramente no meio do corredor a desejar um buraco onde me esconda ... sentia-me tão desconfortável, ali separada, sem identidade... Mais uma situação constrangedora a deambular pelos corredores.

Nota de Terreno de 28 de janeiro a 01 de fevereiro de 2013

“ Bem, só me lembro das palavras da Professora Sofia “*não faz etnografia quem quer mas sim quem pode!*”. Começo a perceber além da veracidade destas palavras, o desconforto das mesmas.”

Nota de Terreno de 14 de fevereiro de 2013

As notas de terreno, escritas nos diferentes momentos de observação, permitem à investigadora registar os acontecimentos a que vai assistindo, construindo um pequeno diário, que lhe vai permitir constatar a evolução dos fenómenos. Mais do que um arquivo, trata-se do registo do crescimento de toda a investigação onde ficam apontadas dúvidas anteriores e criadas novas questões e de onde surgem novas decisões. “É a partir destas narrativas, construídas e possibilitadas pela observação-participante, que a maior parte dos diálogos teóricos são propostos e se corporizam no texto final. (...)” (Silva, 2008, p. 5).

O registo das notas de terreno foi diário e geralmente feito ao fim do dia, assim que abandonava o serviço; ou assim que o HD fechava esta escrita era feita nalgum espaço mais reservado do serviço. Estes registos eram o resultado das anotações diárias da investigadora e das memórias das experiências vividas ao longo do dia. Era nestes momentos que assentavam as ideias no papel e que ao registar as mesmas, surgiam as questões e se auto propunham novos desafios. Este processo veio a mostrar-se bastante cansativo, não estando habituada a estes fusos horários, após passar um dia inteiro em contexto hospitalar e a acompanhar as práticas dos seus profissionais, tornava-se bastante exaustivo chegar ao fim do dia e ver o descanso desejado, ser substituído por estes registos que por vezes contemplavam mais de 10

páginas escritas, lidas e corrigidas por dia. Nestas notas de terreno eram colocadas vivências e experiências com os *habitantes* de todo o serviço, resultado de uma ampla exploração inicial; descrição dos espaços; descrição de práticas profissionais; situações com doentes e/ou com os seus familiares; ou seja, tudo aquilo que estava ao alcance do olhar da investigadora.

5.2. A Entrevista Semiestruturada

Nos estudos de metodologia qualitativa as entrevistas podem ser utilizadas como método primordial ou como técnica combinada, geralmente com a observação participante. Ou seja, a entrevista é usada como método quando é reguladora da investigação ou pode ser apresentada como uma técnica. Quando auxilia outro método, como acontece nesta investigação, a entrevista é considerada um instrumento, sendo neste trabalho utilizada a par com a observação participante.

As entrevistas podem e são caracterizadas de acordo com as escolhas do investigador, da estrutura e da direção que este lhes atribui. Assim sendo, podemos obter três tipos de entrevistas diferentes: entrevista estruturada, entrevista semiestruturada e entrevista não diretiva.

Relativamente à entrevista estruturada, como o nome indica, esta segue uma estrutura bastante demarcada, onde o entrevistador coloca pela mesma ordem aos diferentes entrevistados as questões diretas e afere as suas respostas. Este tipo de entrevista está muito próximo do método quantitativo de questionário, destacando-se deste pela vantagem de ter presente o entrevistado e se necessário efetuar algum esclarecimento com o mesmo. (Miranda, 2008)

A entrevista não diretiva pretende obter um conhecimento profundo e autêntico da experiência de vida da pessoa com o intuito de desenvolver a sua biografia; logicamente esta é mais utilizada como técnica dos métodos biográficos.

A entrevista semiestruturada pretende obter informações gerais acerca de determinado assunto, a direção desta depende em grande parte dos objetivos e das intenções do investigador. Esta permite criar novas entradas, explorando conceitos e contextos até aí desconhecidos ao investigador. É uma técnica privilegiada para obter opiniões e crenças dos sujeitos acerca de determinada realidade, ou seja, compreender o ponto de vista dos sujeitos entrevistados. Esta entrevista é organizada por tópicos orientadores que englobam em si uma série de perguntas que respondem ao mesmo, estas podem ir desde uma abordagem mais geral a perguntas mais específicas e pessoais. Uma grande vantagem da entrevista semiestruturada é a possibilidade de o entrevistador colocar ao indivíduo questões que brotem no momento; ou

seja, não existe nenhuma obrigação de cumprir rigidamente o guião, muitas das questões surgem durante a entrevista através das respostas do sujeito a questões anteriores; “ (...) embora possuindo alguma estruturação, sobretudo ao nível dos temas que compõem o guião, permitir-nos-ia o acesso a informação rica, complexa e profunda, uma vez que ao entrevistado é dada plena liberdade para falar sobre os temas que lhe eram propostos. O facto de o entrevistado poder responder exaustivamente e segundo a sua própria linguagem faz com que, apesar de ser menos ambígua, este tipo de entrevista conserve toda a sua complexidade.” (Dias, 1998, p. 38).

Nas entrevistas semiestruturadas, a mesma entrevista pode ser colocada a diferentes sujeitos e acredita-se que os resultados serão sempre diferentes, não sendo algo com barreiras demarcadas, a forma como esta flui depende em pouco do entrevistador mas das respostas e até da personalidade e do à vontade do entrevistado, que pode colocar questões, dar respostas alternativas e levar o próprio entrevistador à necessidade de criar novas questões. É discutido que no ato da entrevista existe uma relação de poder demarcada entre entrevistador e entrevistado, sendo o primeiro de certa forma detentor de poder, de conhecimento e que invade o contexto do entrevistado; no entanto, Lüdke e André (1986) citados por Miranda (2008) defendem que para uma “ (...) colheita de informação mais verdadeira e interessante.”, importa ao contrário de outros métodos estabelecer aqui uma relação de empatia e de “aceitação mútua” (Miranda, 2008, p. 312), entre entrevistado e entrevistador, que o primeiro não se sinta subjugado pelo segundo, para que as suas respostas sejam verdadeiras e não alteradas por receio de julgamento ou tentativa de agradar \ de se colocar, ao nível do entrevistador.

Em metodologias qualitativas a entrevista semiestruturada é a mais utilizada pois permite sem grande invasão da vida ou do contexto pessoal do sujeito, chegar a assuntos fundamentais para a compreensão do objeto de estudo. Sem ser muito controlada pelo entrevistador consegue esta vitória e pode ainda aferir de outros assuntos pertinentes que emergem, como observar os comportamentos e reações não-verbais do sujeito às questões. O momento da entrevista deve ser um momento calmo e tranquilo em que não exista nenhum tipo de pressão para com o entrevistado e onde é possível se este aparentar algum cansaço ou necessidade de repouso, fazer uma pausa. Em metodologias qualitativas a entrevista semiestruturada é a mais utilizada, pois permite sem grande invasão da vida ou do contexto pessoal do sujeito, chegar a assuntos fundamentais para a compreensão do objeto de estudo. O momento da entrevista deve ser um momento calmo e tranquilo em que não exista nenhum tipo de pressão para com o entrevistado e onde é possível se este aparentar algum cansaço ou necessidade de repouso, fazer uma pausa (Miranda, 2008).

As características apresentadas mostram que a entrevista semiestruturada é uma técnica adequada ao estudo que se pretende desenvolver, permitindo recolher informação sobre a unidade de estudo em profundidade sem ser demasiado invasivo para os sujeitos. De acordo com a literatura, não é aconselhável que a entrevista seja realizada no contexto do entrevistado, de forma a evitar que este altere as suas respostas e\ou comportamentos por poder ser observado por outros sujeitos, ou o simples facto de estar num lugar onde pertence pode dar-lhe uma confiança excessiva e uma prepotência que não lhe é natural. Deverá sim ser um contexto neutro mas não de todo desconhecido para o entrevistado, pois isto pode também trazer-lhe algum desagrado e\ou desconforto, como pode estimular a sua curiosidade e análise do local, provocando distração na entrevista. Contudo, por questões de escassez de disponibilidade, todas as entrevistas foram realizadas no espaço físico do HD. Porém, foram sempre procurados espaços reservados, onde foi possível estar a sós com os entrevistados não havendo barulhos ou assistência que pudesse perturbar o profissional.

A existência do consentimento informado veio também tranquilizar o sujeito quanto ao manter do anonimato quanto à sua identidade, sentiu-se que o ar formal que este consentimento confere ao respeito ético, criou em todos os entrevistados, de forma geral, um maior à vontade nas suas partilhas. As entrevistas foram desenvolvidas numa altura em que a investigadora já não era estranha ao contexto, os entrevistados já a conhecem e já tinham vindo a ser preparados para este momento, avisados com bastante antecedência; daí tendo chegada a altura estes receberam e aceitaram este encontro com muita naturalidade, não existindo da parte de nenhum deles alguma resistência ou desconforto com este momento. Também por esta já familiaridade, mas igualmente para deixar os entrevistados à vontade, as entrevistas foram coincidentes na sua condução, tendo todas começado com pequenas conversas e assim se foram desenvolvendo, surgiam frequentemente novas questões, inúmeros exemplos, partilhas pessoais que tornaram as entrevistas longas, mas leves. Foi de forma geral perceptível em todos os entrevistados o respeito por este estudo e respetiva investigadora, respondendo seriamente a todas as questões, reconhecendo a sua pertinência e necessidade. Apesar do guião da entrevista ser um pouco extenso e estas durarem uma média de 50min, os entrevistados não mostraram sentir este processo como exaustivo e alguns elogiaram mesmo a forma natural com que a entrevista foi conduzida, acabando sempre por se tornar numa conversa entre semelhantes.

Relativamente a estas entrevistas, dirigidas exclusivamente aos profissionais do hospital de dia, a construção dos seus guiões não se mostrou uma tarefa difícil. Não se pretendia um guião muito rígido e fechado, mas que tocasse todos os pontos que à partida pareciam relevantes e crê-se que isso foi conseguido. Aqui houve uma distinção, foi construído um

guião específico para o diretor do serviço, de quem se pretendia reter um conhecimento mais geral deste espaço: organização, constituintes, funcionamento, dificuldades e práticas. Ao início de todas as entrevistas foi sempre explicado / lembrado aos participantes o objetivo da mesma e apresentado o consentimento informado. Uns com mais, outros com menos atenção, todos os participantes leram e assinaram este consentimento, tendo ficado uma cópia com a investigadora e uma outra com o entrevistado, assinado por ambas as partes. Este consentimento informado, além de um breve resumo da investigação apresenta o compromisso da investigadora de cumprir o princípio da confidencialidade da identidade do entrevistado, entre outros; assim como confere ao sujeito a liberdade de desistir da investigação em qualquer fase da mesma. Após luz verde à gravação áudio da entrevista, deu-se início às mesmas com leveza e tranquilidade.

Todos os profissionais do hospital de dia foram contactados pessoalmente para este momento e depressa mostraram disponibilidade para o mesmo. As entrevistas com estes profissionais foram de forma geral realizadas com harmonia e companheirismo. É possível lembrar estes encontros como momentos de à vontade, onde os entrevistados se mostravam descontraídos, com vontade em participar e partilhar tanto informações como conhecimentos; tendo muitas destas entrevistas, assumido o carácter de conversas amistosas, acontecendo mesmo a partilha de eventos pessoais por parte de alguns dos participantes.

Enquanto investigadora foi um processo muito agradável este encontro de sujeitos, poder privar com os participantes num espaço mais neutro e usufruir da atenção destes, foi um passo decisivo para a investigação e para o seu enriquecimento. As entrevistas podem caracterizar-se pelo ambiente agradável, pela entrega dos participantes e pela sua notável disponibilidade.

É de salientar que para preservar as partilhas pessoais dos entrevistados assim como a confidencialidade da sua identidade e da instituição, alguns nomes na transcrição das entrevistas tiveram de ser alterados, como por exemplo (**fictício**): Original - *O João assistiu esse doente...* Final – *O Enfermeiro assistiu esse doente...*; Original - *Trabalho no Hospital de Santa Amélia desde 1996...* Final - *Trabalho cá no Hospital desde 1996.*

Durante o decorrer das entrevistas existiu por vezes a necessidade de clarificar as questões e reformulá-las por outras palavras e de colocar novas questões que não constavam no guião, consequência da pertinência das respostas dos entrevistados. As entrevistas com as instituições exteriores que colaboram com o HD nas questões da reinserção socioprofissional dos seus doentes foram agendadas com o apoio da assistente social do hospital de dia, via *email* e telefone, e posteriormente realizadas nas instalações das mesmas, preservando mais uma vez a tranquilidade do espaço. No sentido de preservar a confidencialidade dos sujeitos as entrevistas foram numeradas de I a IX.

5.3. Tratamento de dados – Análise de Conteúdo

O nome deste processo é claro e exprime logo as suas intenções, pretende-se aqui analisar o conteúdo dos dados recolhidos, perceber o que lá existe e dar-lhe sentido. Só com este passo dado é que é possível ao investigador fazer o confronto tão esperado entre dados empíricos e teoria, hipóteses, anteriormente colocadas.

Laurence Bardin (1977) vê a análise de conteúdo como um “ (...) conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (...) extremamente diversificados.” (Bardin, 1977, p. 11); a análise de conteúdo é uma etapa do processo de investigação, é o passo fundamental em que o investigador analisa e define todo o material empírico recolhido. Na análise de conteúdo são definidas categorias e geralmente subcategorias como estratégia de agrupar e organizar a informação recolhida, estas categorias são definidas pelo investigador e pelos seus critérios de seleção. A estas categorias Laurence Bardin (1977) só lhes certifica qualidade se cumprirem os requisitos de “exclusão mútua”- a categoria deverá ter uma ótima definição que faça com que cada elemento tenha o seu lugar, pertencendo apenas a uma categoria e não ser questionado a sua pertença a outras; a “homogeneidade”- para que a exclusão mútua seja cumprida importa existir a homogeneidade que é conseguida através de um único princípio de classificação por categoria; a “pertinência” – “o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação”, como tal a categoria deve ser definida de acordo com o quadro teórico presente e com o material absorvido; a “objetividade e fidelidade” – os mesmos critérios de codificação para todas as categorias e a “produtividade” (Bardin, 1977, pp. 147-48), quando as categorias são férteis produzindo “hipóteses novas e em dados exactos”. Todos estes critérios cumpridos na categorização da presente investigação. Segunda a autora a categorização “ (...) é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação (...) As categorias são rúbricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos.” (Bardin, 1977, p. 145).

A análise de conteúdo apesar de ser um processo que permite a organização da análise dos dados recolhidos, também apresenta desvantagens e limitações; alguns métodos podem ser demasiado simplistas, deixando escapar algumas informações valiosas; por outro lado a análise de conteúdo apresenta-se na maioria das vezes como um método pesado e laborioso que desgasta o investigador.

Para esta investigação foi então decidido utilizar a metodologia de Bardin, com categorias definidas *à posteriori*, mantendo a expectativa daquilo que a colheita de dados nos iria

fornecer e mostrar relevante de explorar. Esta técnica consiste em distribuir o material empírico por um conjunto de categorias (e subcategorias se necessário) na tentativa de organizar os resultados obtidos. Estas categorias não foram definidas *à priori* e resultam dos conteúdos das partilhas dos sujeitos. Uma categoria é mais ou menos completa consoante a frequência com que a sua temática é referida nos discursos dos participantes.

A definição de categorias não é um processo simples, visto que não é um trabalho estanque mas que vai acontecendo ao mesmo tempo que a análise de conteúdo vai decorrendo; retirando e juntando pequenas peças é encontrada uma categoria, como que uma temática abrangente, onde cabem os diferentes registos. Estas categorias podem servir como uma espécie de grande chapéu, dentro das quais existem subcategorias mais específicas (não é regra geral). Ao longo da análise de conteúdo foi tarefa árdua definir estas categorias e mesmo batizá-las, pois o material empírico foi mudando constantemente de direção; tendo mesmo surgido situações, em que a dificuldade foi perceber a independência das categorias, não devendo haver registos que se dividam por duas ou mais categorias; e esta é uma das regras da categorização – a exclusividade – a categoria deve ser ampla o suficiente, para abranger em si todas as unidades de registo (Bardin, 1977).

Chegando ao fim da análise de conteúdo das 9 entrevistas e das 40 notas de terreno que resultaram em mais de 400 páginas de análise, chega-se à construção e definição das seguintes categorias:

Análise de Conteúdo – Categorização			
Categorias	Definição	Subcategorias	Conceitos e Palavras-Chave
Dinâmicas do Serviço	Relatos das práticas institucionais do contexto de investigação – Hospital Central – Serviço de Psiquiatria – Hospital de Dia. Através dos relatos dos participantes e da observação participante da investigadora é pretendido fazer uma análise às suas práticas diárias (seus preciosismos e condicionantes) e perceber de que forma isso implica ou não a promoção do bem-estar do doente mental aqui utente.	Dinâmicas do Hospital de Dia	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Dia – História e Objetivos. • Intervenções terapêuticas em Saúde Mental. • Plano Nacional de Saúde Mental.
		Dinâmicas de Interação Profissional	
		Constrangimentos ao funcionamento do Hospital de Dia.	

Análise de Conteúdo – Categorização			
Categorias	Definição	Subcategorias	Conceitos e Termos
Retratos do Doente Mental	Tentar perceber quem é a pessoa doente mental e de que forma a sua doença modifica e condiciona os seus trajetos de vida.	O Sofrimento da pessoa Doente Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento. • Cidadania. • Estatuto social. • Pertença Social. • Solidão. • Doença. • Doença Mental – manifestações. • Estigma. • Psicofarmacologia. • Doenças Crónicas. • Capacidade de Insight. • Vitimização. • Auto Exclusão. • Exclusão Social
		O Familiar do Doente Mental	
Processos de Reinserção Social	Perceber quais os mecanismos de reinserção socioprofissional utilizados para a pessoa doente mental; assim como, analisar os recursos disponíveis para este processo	Processos de reinserção socioprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Reinserção social. • Reabilitação. • Integração. • Comunidade • Inclusão. • Ergoterapia • Limitações económicas. • Estatuto social. • Inclusão • Cidadania • Responsabilidades sociais • Institucionalização • Comunidade • Formação profissional
		O Papel da família no processo de reinserção social.	
Processo de Investigação	Através dos relatos da investigadora, tornam-se perceptíveis muitas das dificuldades do processo investigativo que ajudam a perceber alguns dos resultados do mesmo.	<ul style="list-style-type: none"> • Etnografia. • Sentimento de pertença. 	
Estigma	Identificar onde e por quem é criado e difundido este estigma que existe em torno da doença mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • O Desconhecido • <i>Empowerment</i> • Divulgação de informação – de quem é esta responsabilidade? • O papel dos profissionais de saúde • Que formação é dada a estes profissionais? Que sensibilidade? 	

Tabela 1 – Categorias da análise de conteúdo.

6. Investigação Qualitativa em Saúde - Questões Éticas.

“ Pensar e conhecer o social é sempre intervir nele, ao contrário do que acontece com a observação do átomo, dos buracos negros ou da não matéria, pelo que reflectir sobre os pressupostos, as regras e as consequências da sua actividade é o primeiro dos deveres da comunidade científica.”

(Ferreira, 2013)

6.1. Questões éticas em contextos de saúde – a presente situação

Desde que é lembrada a existência da metodologia qualitativa (MQ) é igualmente recordada a sua constante comparação e subalternidade às metodologias quantitativas (MQT). Turato (2005) chega mesmo a recordar outros tempos em que as pesquisas de base metodológica qualitativa eram rejeitadas pelos jornais e revistas de publicação científica. Não eram ignorados e apelavam sim à curiosidade dos demais, pelo seu realismo e perspicácia, contudo, interpretados como histórias, contos, romances, ao estilo de crónica de revista (Turato, 2005). Apesar de reconhecer que estas situações já não se apresentam na nossa atualidade; em contextos predominantemente biomédicos, primordialmente edificados nos saberes das ciências naturais, ainda é um tanto dificultada a entrada das metodologias qualitativas, imediatamente associadas e cingidas às ciências sociais. Porém com o elucidar dos tempos e o surgir da necessidade de novas entradas de compreensão dos fenómenos, a MQ passa cada vez mais a ser reconhecida pela pioneira MQT, como uma análise complementar na compreensão dos acontecimentos. Mesmo dentro da própria medicina emerge uma abertura à metodologia qualitativa; situações de patologia que estão intrinsecamente relacionados com hábitos ou condições de vida do paciente, que interessa mais do que conhecer, compreender. “Atualmente, é fácil encontrar profissionais de saúde que não somente deem importância aos métodos qualitativos na medicina, mas também reconhecem sua ajuda para melhor compreender a vida dos pacientes.” (Turato, 2005, p. 508). O mesmo autor apresenta ainda um exemplo muito intrigante que é o caso da toxicodependência onde as ciências naturais como a medicina, a química, entre outras, intervêm na exploração da dependência química, efeitos e impactos no corpo do dependente. Contudo, compreender o impacto que esta situação de dependência tem na vida destas pessoas, como modifica os seus trajetos vitais e os diferentes contextos ou condicionantes que podem potenciar, fomentar ou ainda reproduzir esta situação de dependência, é habitualmente

da competência e análise das ciências sociais; sendo este apenas um claro exemplo da hábil parceria que deve e pode acontecer entre metodologia qualitativa e quantitativa.

A metodologia qualitativa no campo da saúde traz o contributo de não estudar o acontecimento em si, mas o seu significado e impacto na vida da (s) pessoa (s) a título individual e/ou social, em termos comunitários. Compreender os impactos que as situações de doença\saúde têm nas vivências dos sujeitos, as representações que lhes atribuem e de que forma estas condicionam e marcam as suas vidas. A MQ pretende perceber que representações, que significados são estes que os sujeitos atribuem aos fenómenos, neste caso de doença mental. E aqui por sujeitos não devemos concluir apenas o sujeito doente, mas todos aqueles que com esta doença lidam e que por ela são de alguma forma modificados.

Nesta linha de pensamento e à luz do anteriormente escrito, torna-se mais do que clara a opção pela metodologia qualitativa, por uma aproximação aos processos de reinserção. Não só aos processos de inclusão social, mas conhecer as próprias dinâmicas institucionais destes espaços de saúde mental, que sem uma ingressão etnográfica nos mesmos, seria deveras distanciada e *sui generis* fiel. Aqui, a metodologia qualitativa pretende fazer uma aproximação aos contextos e aos sujeitos e às práticas instituídas com os mesmos, pelos profissionais de saúde mental e reformular conclusões. A opção por uma abordagem qualitativa justifica-se pela preocupação em realizar uma aproximação aos contextos dos indivíduos, perceber as motivações que enquadram as suas decisões e atitudes, privilegiando uma análise próxima do sujeito, no seu contexto; pretende-se compreender as atribuições e perceções que o sujeito atribuiu aos fenómenos que vivência e/ou assiste.

Uma das principais limitações apontadas à metodologia qualitativa é a sua impossibilidade de generalização, “ (...) pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito (...)”, mas sim dos significados atribuídos aos acontecimentos (Turato, 2005, p. 510). De facto, a generalização não é o objetivo da MQ, levando sempre em consideração o contexto e a cultura em que o objeto de estudo se situa; pois os fenómenos são pluriconstruídos pelas dimensões presentes, sejam elas o tempo, o espaço ou a cultura dos mesmos. Apesar desta generalização não ser prontamente aplicada como a maioria dos resultados das investigações quantitativas, Serapioni (2000) relembra que existe a “ (...) generalização conceitual ou analítica, que permite aos métodos qualitativos generalizar sobre as características conceituais, sem pretender generalizar em termos numéricos”. Não é de todo, objetivo desta investigação, uma futura generalização dos seus resultados, reconhecendo a especificidade da realidade deste hospital de dia; contudo é acreditado que esta investigação permita, tal como o autor afirma, aumentar o conhecimento sobre estes conceitos e respetiva realidade. “ (...) é na mesma linguagem dos entrevistados que

se torna possível perceber as chaves que permitem presumir a generalização dos achados, pelo menos nas comunidades que compartilhem as mesmas características socioeconômicas e culturais dos sujeitos analisados.” (Serapioni, 2000, p. 190). Preservando contudo o objetivo de investir na produção de conhecimentos aprofundados e não de dados generalizáveis, analisando o sentir dos sujeitos do seu ponto de vista, sendo o investigador o seu próprio instrumento de investigação.

Em recintos de saúde, habitualmente estas regras são definidas por comissões de ética dos próprios contextos. Este centro hospitalar possui a sua própria comissão de ética, à qual existiu a necessidade de submeter um projeto de investigação¹⁸ para ser avaliado pela mesma e receber ou não a aprovação, a permissão de entrada no contexto. O construir deste projeto mostrou-se uma tarefa mais árdua do que o esperado a início, num reduzido número de páginas, tiveram de ser explicadas e especialmente defendidas as opções metodológicas da investigadora, assim como fundamentar a relevância que um estudo nestes contornos teria tanto para a instituição de ensino como para o centro hospitalar. Neste processo que durou alguns meses, foi exigido a existência de um consentimento informado a ser apresentado aos participantes da investigação que regresse a mesma, concedendo-lhes o direito de escolha da ou não participação no estudo, da desistência por livre e espontânea vontade assim como a confidencialidade da sua identidade, das informações por si fornecidas e da própria instituição. O anonimato da instituição e dos seus profissionais para o exterior foi das questões mais sublinhadas por esta comissão de ética, como uma estratégia de auto proteção, presumo; “ (...) é de assegurar / comprovar o *esclarecimento* e a *liberdade* de opção para o sujeito de pesquisa.” (Aguirre, 2008, p. 206). Para que esta liberdade seja assegurada, mostra-se necessário que, o participante perceba que o consentimento informado surge como que um convite, ao qual o sujeito têm a liberdade de assistir ou não. E para que possa tomar esta decisão é necessário que compreenda em que consiste a proposta e quais os seus deveres e direitos dentro da mesma; é neste sentido que estas questões são clarificadas no documento, assim como explicadas e revistas com o participante oralmente pela investigadora.

Estando as questões da confidencialidade e respeito pela intimidade dos participantes assumidas, agora a questão sensível era o contato com os próprios doentes do serviço. A opção de um contato mais direto com a pessoa doente mental, seria um entrave à aprovação do projeto, pelas mais variadas razões. É reconhecido que os utentes que se encontram neste serviço estão no momento doentes e que podem não estar capazes de assumir a responsabilidade da sua participação num estudo académico; é também defendido que sendo este um espaço terapêutico para o sujeito doente, não é desejado que este seja “molestado”

¹⁸ Este documento segue como apêndice I.

por uma investigação muito invasiva junto do mesmo; assim como a instituição hospitalar pauta-se pelo dever de respeitar e proteger a intimidade do sujeito e assumindo a responsabilidade por esta investigação, seria futuramente o grande lesado por possíveis reclamações por parte dos doentes. Todas estas motivações foram acolhidas com compreensão por parte da investigadora, respeitando que este lugar pretende ser um espaço de reabilitação terapêutica e que a sua intervenção direta com os doentes, poderia de alguma forma perturbar a sua recuperação e bem-estar. Além disso, devido a constrangimentos temporais, esta acabou por se mostrar a melhor opção, pois o contacto direto com os sujeitos doentes exigiria a criação de uma maior familiaridade com os mesmos, o que levaria mais tempo. Portanto, foi acordado com a comissão de ética que os doentes deste espaço seriam também participantes da presente investigação, dentro da observação participante e registadas as suas práticas e falas em notas de terreno; mas que o contacto mais direto, na forma de entrevista seria exclusivamente aplicado aos profissionais; “[v]erifica-se, portanto, que o respeito à vida humana e a uma esfera de interesses particulares de cada indivíduo continua servindo de base ao sistema de proteção dos direitos humanos em vigor no início do século XXI.” (Dallari, 2008, p. 68).

Este estudo deseja, através da aproximação à prática dos profissionais que trabalham num serviço de psiquiatria, mais especificamente em hospital de dia, incidir sobre o doente mental uma luz que o traga para o debate académico, que tente compreender os percursos destes sujeitos e daqueles que os rodeiam, em muito vinculados e modificados pela estigmatização da qual são vítimas. Sabendo que muita da estigmatização em torno do doente mental define as suas dificuldades de reinserção social e profissional, é pretendido por este trabalho identificar as estratégias que um serviço de psiquiatria mobiliza na fomentação desta inclusão social que se deseja. Não foi aqui esquecido, que a estes profissionais, é devido todo o respeito e confidencialidade, reconhecendo que a publicação das suas partilhas poderá antever algum tipo de consequências para si, e por isso mesmo, o anonimato da sua identidade assim como das informações fornecidas será sempre mantido pela investigadora, como já referido.

No decorrer da investigação nunca foi desejado pela investigadora anonimato quanto à sua função ou papel neste espaço e de facto, existiu para com todos os sujeitos intervenientes clareza quanto a isso, tendo o projeto de investigação sido apresentado a toda a equipa e lido por grande parte da mesma. Sendo estes profissionais conscientes que só participavam no estudo se de sua livre e espontânea vontade. Também para com os utentes do serviço existiu esta partilha, sendo a investigadora apresentada consecutivamente aos mesmos ao início de todas as atividades em que estava presente. Aos quais, também foi sempre pedida autorização

para estas observações, existindo situações em que, os doentes optaram por não compactuar com esta presença e a sua vontade foi sempre respeitada.

Não se considera a existência de risco de exposição para os participantes pois será sempre cumprida e respeitada a confidencialidade da sua identidade e\ou informações fornecidas por si. Além disso, existe sempre uma via de comunicação aberta entre sujeitos e investigadora, para o constante esclarecimento de dúvidas. A possibilidade de abandonarem a investigação em qualquer parte da mesma, foi igualmente clarificado com todos os participantes, desejando sempre que os sujeitos possuam um papel ativo na tomada de decisões e na construção deste conhecimento. O anonimato para o exterior será mantido não só para os participantes como para o contexto de investigação.

6.2. Questões Éticas em Ciência – Etnografia

Os métodos de investigação qualitativa permitem uma abordagem diferente aos objetos de estudo, utilizados geralmente quando o objeto de estudo não está totalmente construído. Ou seja, existe uma problemática de estudo construída e um objeto de estudo definido, mas não delimitado, sendo desejado entrar no contexto de forma relaxada, ambicionando descobrir novas problemáticas, novos saberes, redefinindo o objeto de estudo. Por fornecer a possibilidade de concentrar e investigar a fundo a realidade de estudo geralmente emergem situações inesperadas e descobertas em pormenor de determinado fenómeno (Serapioni, 2000). As metodologias qualitativas atrevem-se a estudar pessoas, questões sociais e perceber os motivos dessas causalidades sociais.

Sublinha-se que todos os métodos sejam eles qualitativos ou quantitativos, mantêm a sua cientificidade; todo o método de investigação científica possui as suas regras, pelas quais se pauta e valida e a metodologia qualitativa, não é exceção. Os métodos qualitativos não são inferiores em validade científica aos quantitativos mas também não lhes pretendem ser superiores, é uma questão de paradigmas pelos quais o investigador opta de acordo, com o que lhe parece mais adequado aos objetivos da sua investigação, como aqui acontece.

Na metodologia qualitativa é exigido do investigador\ a uma constante auto reflexão de tudo aquilo a que assiste e vivência, pois ele\ a é o próprio instrumento de recolha de dados e não se deve esquecer desta sua posição, adiando as reflexões.

Neste género de investigação, de metodologia etnográfica, são ainda de maior preocupação as questões éticas, por o investigador estar dentro do próprio contexto, junto dos sujeitos. A ética surge na prática científica como que para regular aquilo que se faz e aquilo que se estuda, a ética num estudo qualitativo pretende assegurar que as diferenças hierárquicas

naturalmente presentes entre investigador e investigado são ultrapassadas pelo respeito da veracidade dos resultados obtidos (Ramirez, 2001). “A ética reporta, exactamente, ao modo de lidar, tematizar e agir no interior dessas relações, quase sempre, de partida, assimétricas e hierárquicas.” (Schmidt, 2008, p. 45). As relações de poder que podem ser estabelecidas na investigação, num estudo etnográfico, não são posteriores, não surgem em fase de análise dos dados empíricos mas sim no momento em que o investigador ocupa o mesmo espaço que os investigados, daí a importância da definição das regras éticas.

A ética tem acompanhado o avanço da ciência, a cada passo que esta dá, a ética faz de sua sombra surgindo como uma necessidade da mesma. Ao longo de séculos de descobertas e avanços tecnológicos com o pautar dos direitos humanos e o reconhecer de alguns valores morais mais sensíveis, tornou-se necessário adquirir regras para as práticas científicas que protegessem especialmente as pessoas, já atores de práticas menos orgulhosas. A bioética é o ramo da ética aplicada às ciências da saúde e um dos mais desenvolvidos, devido à sensibilidade de trabalhar directamente com as pessoas, mas também por ser uma das áreas onde existem mais investigações, como afirma Dallari (2008) o “ (...) uso do termo “bioética” revela, de certo modo, a expansão dessa ética aplicada.” (Schmidt, 2008, p. 52).

São por nós respeitadas estas precauções na crença de que as pessoas têm direito à sua intimidade e privacidade. Somos seres primordialmente sociais sim, mas todos temos o direito à nossa dimensão individual e à privacidade da mesma. Além disso, é agora reconhecido que a existência deste consentimento informado, apresentado como que uma espécie de contrato, descansou alguns participantes, que de outra forma se poderiam ter sentido mais inibidos nas suas partilhas; “[n]o campo da pesquisa em saúde, as normas éticas, cuja observância passou a ser de competência dos comités de ética, tradicionalmente prevêm o respeito à intimidade, a descrição das medidas de protecção da confidencialidade e a garantia do sigilo que assegure a privacidade, no elenco das directamente relacionadas à pesquisa com seres humanos.” (Schmidt, 2008, p. 63).

Ao falar em questões éticas estamos a sublinhar os direitos e os cuidados a ter com aqueles com quem pretendemos desenvolver o nosso estudo, tratando-se de seres humanos, devemos lembrar-nos desta sua condição enquanto indivíduos, reconhecendo-os além de produtores de informação mas igualmente ou superiormente como sujeitos, junto dos quais devemos sempre preservar a integridade e bem-estar. Como tal, foram e serão sempre zeladas, mantidas e respeitadas as leis e diretrizes éticas gerais do respeito, clareza e confidencialidade. Sendo regra desta investigação, zelar a todo o custo pela preservação do bem-estar de todos os envolvidos.

IV. Reabilitação da Pessoa Doente Mental em Hospital de Dia

1. Exórdio

“Nenhum programa de saúde é válido e se mostrará eficiente na prática se não abordar o problema de uma forma global; isto é, promover a saúde, prevenir e curar a doença, e reabilitar o doente.”
(Coimbra de Matos, 2012, p. 67)

A partir do contato com a evolução histórica da doença mental, compreende-se melhor a afirmação que o professor J. C. Dias Cordeiro (2005) faz quando fala acerca da mesma: “Longa tem sido a trajetória da Psiquiatria e penosa a sorte do doente mental.” (Dias Cordeiro, 2005, p. 71). O alcançar de estatuto como uma área do saber médico, deixa para trás inúmeras atitudes horrendas para com as pessoas doentes mentais, algo que jamais poderá ser apagado.

Em relação à história da saúde mental podemos isolar três grandes momentos históricos, que marcaram e definem, aquilo que conhecemos agora. O primeiro momento localiza-se no século XVIII quando Pinel, em França, faz a distinção entre o doente mental e o prisioneiro de delito comum; o segundo momento é na década de 1950, quando há uma grande evolução na área da farmacêutica e se introduzem no mercado os psicofármacos e por último o terceiro momento, a década de 1960, quando surge uma perspectiva preventiva da Saúde Menta, ao invés da até aí postura curativa (Dias Cordeiro, 2005).

Entrando na discussão do conhecimento empírico, resultado da análise do material recolhido ao longo da permanência etnográfica no contexto, mostra-se relevante recordar estes momentos. Dando especial destaque à década de 1960 que deu à luz a noção de psiquiatria comunitária, na qual se enquadra o conceito de hospital de dia, que se vê agora aqui discutido. Para uma melhor compreensão das suas práticas é feita uma reflexão acerca dos paradigmas que a norteiam.

Em 1960 a saúde mental passa da perspectiva curativa à perspectiva preventiva. Assim, o objeto de estudo e de intervenção da psiquiatria passa da doença para a saúde, afastando-se da relação tradicional médico – doente; esta nova intervenção centra-se no indivíduo inserido na sua comunidade, dirigindo-se a grupos e\ou populações.

Surge uma preocupação global com o doente mental desde a prevenção da doença, seu diagnóstico, terapêutica, reabilitação e futura inclusão social. A pessoa deixa de ser

considerada individualmente mas sim, nos seus ecossistemas, nos seus contextos. O objeto de estudo deixa de ser a doença, o doente ou a população doente, mas sim as condições de vida que promovam a saúde, ou seja, os fatores de proteção e os fatores de risco da doença. Traz também consigo a noção de normalidade oposta à noção de patologia “ (...) considerando-se normal o comportamento mais frequente e concordante com os valores estabelecidos e aceites em determinada sociedade.” (Dias Cordeiro, 2005, pp. 85-86), tendo em consideração a fase de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo, o seu espaço físico e respetiva cultura, assim como a época histórica.

O modelo comunitário, escudado pela organização mundial de saúde, prevê uma passagem gradativa dos hospitais psiquiátricos para serviços na comunidade, englobando os hospitais gerais e as unidades de cuidados de saúde primários, numa colaboração estreita com os clínicos gerais que são a linha de primeira intervenção com a pessoa (Barahona, 1982). O modelo de psiquiatria comunitária incide um novo olhar sobre a doença mental, reconhecendo que esta é o resultado da interação de fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, necessitando de investir numa postura de análise biopsicossocial para a sua melhor compreensão. É previsto que neste novo paradigma de intervenção psiquiátrica exista também uma articulação direta com as diferentes estruturas comunitárias, que possam vir a ser parceiras no processo de reintegração social dos doentes (Oliveira & Filipe, 2009).

Se se consultar a definição de “Day hospitals”¹⁹ num dicionário histórico de psiquiatria, rapidamente se percebe a primeira intencionalidade dos hospitais de dia para a DM: um sítio onde colocar os doentes ainda não totalmente reabilitados para viver em comunidade, sem necessitar de ocupar uma cama nos serviços de psiquiatria (Shorter, 2005). Outros tempos existiram em que os pacientes tratados em serviços de psiquiatria, habitualmente inseridos em hospitais especializados nesta área médica, eram compensados psicopatologicamente e recebiam alta, não tendo contudo, sido alvos de um trabalho de reabilitação com outras preocupações. Os doentes eram “libertados” dos hospitais sem terem sido restituídas as suas capacidades básicas de subsistência e de interação social. Como consequência, grande parte destas pessoas acabava por se dar ao isolamento social e outros comportamentos, que agravavam a doença e surtiavam em novos internamentos hospitalares (Cutler, Bevilacqua, & McFarland, 2003). Assim, surge a evidência da necessidade de um espaço com os objetivos terapêuticos do hospital de dia. Um espaço multidisciplinar, predominantemente destinado ao doente mental grave, com um regime diurno durante o qual são fornecidos diferentes acompanhamentos e respostas

¹⁹ Hospitais de Dia.

terapêuticas, adaptadas ao perfil do paciente e com uma base farmacológica, psicológica e social; pretendendo com isto, a reabilitação do doente evitando as recaídas e os consecutivos internamentos vertendo numa completa integração social (Seidler, Garlipp, Machleidt, & Haltenhof, 2006).

No interior do paradigma da psiquiatria comunitária que defende a manutenção da pessoa doente na sua comunidade, o hospital de dia, deverá assentar numa intervenção terapêutica que pretenda desenvolver com o doente uma relação de confiança e colaboração. De forma a potenciar com o mesmo uma condição de bem estar, promover o conhecimento da doença, a capacidade de controlo dos sintomas, a aprendizagem de viver como doente crónico, usando para isto intervenções educativas e grupos de pares. A reabilitação do doente mental em HD pretende elevar a sua qualidade de vida, ensinando-o a conhecer a doença com que vive (Leigh et al, 1977). Mas não só de práticas educativas se faz a reabilitação em HD psiquiátrico. Estes espaços munem-se das mais diversas atividades reabilitativas tais como: atividades de vida diárias, tarefas domésticas, relações familiares, capacidades profissionais, assim como momentos de lazer (Drake, Green, Mueser, & Goldman, 2003). Em jeito de conclusão, percebemos que os hospitais de dia em psiquiatria, proporcionam aos seus doentes um conjunto diferenciado de cuidados de reabilitação, sem os afastar da sua família e/ou comunidade; asseguram o seu tratamento e observação contínua e uma adaptação de cuidados ao seu perfil assim como, em muitas situações, servem como ponte de transição entre o internamento e a comunidade, com uma progressiva integração no seu seio familiar, social e laboral.

2. Reabilitar em hospital de dia psiquiátrico

O capítulo que agora se segue procura, ao contrário da anterior introdução, que se caracteriza pelo rever de conceitos teóricos que preparam à leitura seguinte; fazer uma articulação entre a bibliografia disponível acerca do tema e o material empírico. Da permanência no contexto resultam os discursos e as observações que agora se veem aqui discutidos e cruzados, se não, contrapostos com a tal prévia teoria. São enfatizadas as práticas deste espaço pela preocupação da promoção do bem-estar da pessoa doente e pela ambição de compreender como se cumprem os por si mesmo estipulados, objetivos de reinserção social.

2.1. Hospital de Dia - Missão, práticas e população alvo

O hospital de dia, que agora aqui se vê em discussão está inserido na unidade de psiquiatria comunitária deste serviço de saúde mental. A psiquiatria comunitária pretende tratar na comunidade os doentes com patologia psiquiátrica crónica que, de outra forma, estariam ainda institucionalizados. Nesse sentido presta assistência aos cuidados de saúde primários tanto na deteção, prevenção, como tratamento das doenças mentais menos graves e para as perturbações agudas a aposta é feita em internamentos curtos, o mais próximo possível das suas residências (Barahona, 1982). A resposta a estes objetivos implica que exista uma rede de cuidados continuados bem articulada entre si, uma presente articulação com os serviços e recursos na comunidade, a envolvência de doentes e familiares em todo o processo e a reabilitação destes doentes para futura integração familiar, profissional e social.

As respostas da psiquiatria comunitária passam também pelo conceito de hospital de dia, sendo a missão primordial destes espaços a – reabilitação psicossocial – da pessoa doente mental. A OMS define reabilitação psicossocial em doença mental 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 (...) ” (OMS., 2001, p. 62). A Reabilitação Psicossocial em HD faz-se pelas mais diversas e variadas práticas junto da pessoa doente. Todas estas práticas têm como objetivo promover o seu bem-estar, fomentando o desenvolver ou o potenciar de capacidades que permitam o reorganizar de uma vida equilibrada o mais independente e autónoma possível, potenciando o controlo da doença e evitando a deterioração da pessoa pela mesma. Estes programas de reabilitação são mutáveis consoante o espaço em questão, porém, habitualmente (como acontece no contexto de investigação) incidem na educação para a doença, no treino de competências sociais, em serviços de apoio domiciliário, nas intervenções psicoeducacionais com os doentes e seus familiares e nos apoios nas áreas residenciais, de emprego e inclusão social. O relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em 2006 deixa claro que “[n]os serviços Locais de Saúde Mental e nos Hospitais Psiquiátricos deve ser iniciado precocemente o processo de reabilitação, que inclui a avaliação e o treino e recuperação das competências individuais, nos aspetos dos cuidados pessoais e higiene, gestão da medicação, atividades de vida diárias, relação

interpessoal, projeto de vida e reconstrução da identidade e da autoestima, e eventualmente treino residencial de transição para a comunidade.”²⁰

“... no dia em que chega é visto pelos nossos enfermeiros, é apresentado o serviço, explicado como é que funciona, explicado os horários, é dado um folheto informativo que é para o doente ter acesso nomeadamente às condições que temos, um armário para guardar as suas coisas pessoais... é explicado isso tudo, dão uma chave... é mostrado as atividades que estão neste momento no ativo, se o doente têm alguma preferência por alguma atividade ... depois é visto pelo psiquiatra que faz a sua entrada, vê do ponto de vista médico as necessidades e depois é visto também pela psicóloga, que faz uma avaliação e a terapeuta também faz uma avaliação inicial.” **Entrevista IV**

“É feito por todos os profissionais. Nós temos um guia de acolhimento específico, onde temos incluídos vários itens, desde os contatos telefónicos, regras, direitos, horários das refeições e que é dado ao doente depois de nós fazermos uma visita... Digamos assim ... guiada, pelo enfermeiro ao serviço. Ou para o doente ou para o doente e a família se vier acompanhado, seja quem for... e esse panfleto é entregue no fim.” **Entrevista VIII**

Em entrevista com um dos profissionais que integra a equipa multidisciplinar do HD é percebido que este possui uma dinâmica muito própria no acolhimento ao doente. Além da apresentação do espaço físico por um elemento da equipa de enfermagem e da explicação deste folheto informativo, faz parte do processo de acolhimento a interação com os diferentes profissionais que constituem esta equipa.

“ Passa por um protocolo de avaliação multidisciplinar em que o doente preenche alguns questionários e faz-se algumas entrevistas, no sentido de perceber um bocadinho quais os objetivos a trabalhar com aquele doente.” **Entrevista VI**

Defende a literatura (Seidler, Garlipp, Machleidt, & Haltenhof, 2006) que em regime de hospital de dia em psiquiatria, deverá existir uma adaptação às especificidades do doente, reconhecendo não só a particularidade da doença como a do próprio indivíduo; esta equipa traça com cada pessoa o seu plano individual de cuidados tendo sempre em atenção e respeito a sua individualidade.

O hospital de dia em estudo de caso, apesar de estar primordialmente desenhado para o doente esquizofrénico, também acolhe outras patologias psiquiátricas tais como perturbações da personalidade, perturbações alimentares e perturbações de humor. Como tal, deverá ter esta sensibilidade que lhe é pedida, não só de se adaptar aos contornos e

²⁰ Ministério da Saúde, 2006, p. 110

especificidades da patologia, mas também da pessoa. Além das características individuais e da patologia é ainda preciso fazer uma adaptação ao suporte da pessoa, seja ele existente ou não, referindo-se aqui a fatores familiares, profissionais e sociais (Fonseca, 2011).

O hospital de dia dentro das suas potencialidades e capacidades de resposta, não se mostra nem pretende ser, uma linha de montagem organizada para o sujeito, existe sim, um trabalho levado a cabo por uma equipa multidisciplinar de diagnóstico das potencialidades e fragilidades da pessoa doente, e com a mesma é definido o seu processo de reabilitação, o seu contrato terapêutico. Como Maria Lima e Neury Botega (2011) afirmam “[p]ara implementar mudanças na atenção psiquiátrica, é necessário conhecer melhor quais os pacientes que frequentam os hospitais-dia e quais são os factores que interferem em sua adesão ao tratamento.”, ou seja, para o sucesso do processo de reabilitação interessa conhecer a pessoa, incluída e adaptar-se (Lima & Botega, 2011, p. 198). Habitualmente este contrato terapêutico concretiza-se na frequência diária do HD, contudo com o passar do tempo, este contrato pode ser adaptado se houver essa necessidade, renegociado entre equipa técnica e utente (Hetzel, 2010).

“Há doentes que precisam de uma intervenção mais eficaz e incisiva em que as entrevistas [referência às consultas de psiquiatria] podem ser diárias, outros doentes em que não é tão eficaz, por exemplo é mais necessário outro tipo de actividades e então as terapeutas ocupacionais são mais pressionadas para desenvolver certas tarefas...” **Entrevista IV**

Como afirmam Goulard e Durães (2010) o HD surge como um espaço de regime diurno, onde é disposto ao doente mental um conjunto múltiplo de serviços e respostas, podendo este ao fim desta estadia diurna regressar à sua vida familiar e social. Para cada utente é então aqui traçado um plano de cuidados individual que pode incidir numa ou várias respostas: farmacológica, psicoterapia individual ou de grupo, treino de capacidades de autonomia, entre outras; diferentes doentes, diferentes práticas.

Independentemente do plano traçado uma grande vantagem que o hospital de dia confere à reabilitação da pessoa doente é a sua supervisão diária. Além das atividades que acorda participar, o doente frequenta este espaço diariamente, está presente em grupo nos momentos das refeições, procura o gabinete da enfermagem para tomar a sua medicação e outros processos, ou seja, está sempre na órbita visual destes e de outros profissionais. Esta observação diária é existente, factual e não é em vão, diariamente são realizados registos nos processos individuais de todos os utentes acerca da sua postura e

comportamento. Estes registos são feitos por todos os profissionais que acompanharam naquele dia o paciente e diariamente pela equipa de enfermagem. Esta vigia quotidiana e respetivo registo permitem à equipa traçar a evolução do doente e fazer uma readaptação do processo terapêutico do mesmo, se necessário. Numa observação atenta, percebe-se que a observação da equipa de enfermagem, habitualmente presente nestes momentos é de todo intencional:

“São 9h, começam a dar o pequeno-almoço aos doentes e eu assisto. É toda uma nova rotina que desconhecia, vejo a chegada dos doentes e a receção que lhes é feita. Alguns dos doentes são acompanhados pelos seus familiares, recebidos pelo carinho e interesse das enfermeiras e pelas brincadeiras desafiantes das auxiliares, incentivados a sentarem-se e a tomar o pequeno-almoço. As enfermeiras dão a medicação da manhã e vão querendo saber como passaram a noite. Percebo que aqui as enfermeiras são verdadeiros falcões, com o seu olhar atento mas discreto, analisam os pacientes, a sua postura, o seu humor matinal, a sua disposição e analisam a toma da medicação e dos alimentos.”

Nota de Terreno de 05 de março de 2013

“A tarde vai-se desvanecendo com a enfermeira sentada na mesa a fazer anotações nos processos dos doentes, vou questionando e percebo que é uma prática diária, todos os dias anota aquilo que viu nos doentes... todos os profissionais, podem e fazem anotações nestes processos, possuem folhas próprias para isso, que mudam de cor, consoante a sua formação.”

Nota de Terreno de 04 de março de 2013

“Comenta que vamos ver os doentes, após ter questionado, explica-me que aqui no HD tenta ver os doentes todos os dias, para perceber a sua evolução, como estão; sublinha que o objetivo é mesmo esse.”

Nota de Terreno de 15 de março de 2013

Estes registos diários permitem à equipa, que consulta com frequência o processo clínico do doente, preceder o fio condutor da sua estadia. Existem profissionais que podendo não se cruzar diariamente com o paciente, através destes registos, conseguem ter uma noção de desenrolar do seu processo de reavilitação.

O Hospital de Dia têm capacidade para 20 doentes e não faz qualquer tipo de triagem a nível de sexo ou de idade, mas sim de patologias. Como já referido, o HD está vocacionado para o apoio ao doente psicótico esquizofrénico e preferencialmente as vagas são cedidas a estes; sempre que existem vagas e que não se encontram doentes psicóticos em vias de admissão, o HD também acolhe doentes com outras patologias como é o caso das perturbações de personalidade. No entanto, como me foi explicado em entrevista, muitas das vezes estes acabam por ser recusados na ocupação das vagas, pois inserir este tipo de doente no seio dos outros, pode perturbar bastante o grupo:

“Claro que não temos tido grande resposta para as perturbações da personalidade, é verdade. Mas também dependerá muito do tipo de perturbação da personalidade, e nós aqui também já temos a experiência que se tivermos aqui várias pessoas com esse tipo de diagnóstico, eles perturbam bastante as outras pessoas. E põe os outros doentes, nomeadamente os doentes com esquizofrenia descompensados, por isso, nós não podemos ter aqui muitas perturbações da personalidade em simultâneo.” **Entrevista V**

Nestas 20 vagas que se mencionaram, existem 2 reservadas para a unidade do jovem e da família; estes utentes utilizam o espaço e serviços do hospital de dia, contudo são seguidos pelo pessoal médico da sua unidade. Os doentes que não se enquadram nos critérios de HD e que não ocupam cá uma vaga, devem procurar resposta junto das outras unidades do serviço de psiquiatria.

Existe um trabalho de adaptação ao doente, à entrada do mesmo é iniciado em torno de si e consigo um processo em que participam todas as áreas profissionais desta equipa multidisciplinar. Todos os profissionais cruzam com o doente em privado e através de questionários pré definidos, ou de uma simples conversa, tentam perceber o ponto de situação do doente e seus objetivos para o futuro e daqui salta-se para o desenho do seu plano de intervenção. As diferentes valências traçam a sua parte do plano da forma que preveem ser mais adequada, posteriormente, este plano é partilhado em equipa nas suas reuniões semanais, onde são apresentados todos os novos doentes e seguida a sua evolução (ou retrocesso). A população utente no HD é flutuante, vão surgindo altas e novas entradas quase todas as semanas, e por isso o grupo nunca é uma realidade estanque. Esta inconstância no grupo acarreta alguns desafios a esta equipa. É precisa uma constante adaptação \ avaliação destes novos sujeitos, obrigando a uma reorganização constante em torno das especificidades de cada novo doente. Contudo, acredita-se que esta mobilidade de utentes, sirva como um alento a este trabalho personalizado que se pretende, pois não encarando o grupo como uma realidade estanque, torna-se complicado fazer abordagens grupais, mantendo a prática individual como a mais adequada. O mesmo carácter rotativo se aplica à sua constituição, existem dias em que o grupo de doentes em hospital de dia pode ultrapassar os 20 indivíduos pois, como foi notado, sempre que existe a possibilidade o HD admite mais pessoas.

“Fico intrigada como se pode aceitar um outro doente se o quadro apresenta os 20 lugares do HD preenchidos. A enfermeira muito pacientemente, explica que há doentes que só vêm alguns dias por semana e que todos esses dias livres, somados, representam um lugar livre e que assim desta forma é possível acolher cá mais um paciente.”

Nota de Terreno de 06 de março de 2013

O que sugere que a procura pelo hospital de dia seja, na verdade, maior que a sua capacidade de resposta. Para além do fator idade, género e patologia, a população que frequenta o HD é muito heterógenea em backgrounds familiares e sociais. Existem situações em que por motivos de dificuldades económicas o paciente não vêm todos os dias ao hospital de dia; outras situações de doentes que entretanto retomam a sua vida profissional e se ocupam parcialmente com essas ocupações; existem ainda situações de doentes que necessitam de cuidar de outros familiares, etc.

“A equipa reúne habitualmente duas vezes por semana formalmente, contudo é constante entrar e sair de gabinete em gabinete, onde se trocam informações, partilham-se constantemente ideias e anunciam-se decisões.”“(...) daí ser importante a opinião de todos e a necessidade de trabalhar em equipa.” **Entrevista IV**

Uma panóplia de situações a que a equipa do hospital de dia terá de se adaptar e saber gerir. Porém, a frequência do HD em regime reduzido é sempre negociada e permitida pelo/a psiquiatra do/a paciente e quando esta assim não o é, a equipa mais uma vez num trabalho conjunto, empenha-se no sentido de arranjar uma resposta para a situação.

2.1.1. O processo de *recovery* da pessoa doente mental

O processo de *Recovery* em saúde mental é habitualmente definido como um processo durante o qual o sujeito com doença mental grave experiêcia um crescimento das suas capacidades, que o habilitam para um vida plena e saudável, para o seu bem-estar global, englobando fatores psicológicos, sociais e físicos. Alguns autores (Ornelas, 2007) veem esta definição como algo difícil e complicado de estabelecer, pois este processo que reproduz nesta recuperação, pauta-se por estratégias diferentes e não existe propriamente um manual com os passos a seguir, existem sim diretrizes amplas, que habitualmente cada contexto adapta a si e à sua população doente. É debatido que algumas das grandes dificuldades no processo de *recovery* em saúde mental é o estabelecer de uma definição mais concisa, e que esta dificuldade passa muito ainda pelo estigma que tanto doentes como profissionais são

vítimas, como por uma reorganização dos serviços de saúde mental que ainda não foi feita (Hickman, 2011).

Independentemente da severidade da doença, a reabilitação psicossocial da pessoa doente mental pretende fornecer-lhe uma melhor qualidade de vida, através da obtenção de um bem estar pleno conseguido pelo acesso aos seus direitos e inclusão na sociedade. É sentida a necessidade de clarificar que este processo não pretende negar ou dissimular a doença, os seus sintomas e o sofrimento causado ao indivíduo doente mental, mas reconhecendo a existência dos mesmos, deseja permitir que o sujeito continue a manter a sua individualidade, e os seus direitos de cidadania (Hetzl, 2007).

Apesar de ainda nos encontramos numa situação de indecisão política em saúde mental, dividida entre os grandes hospitais psiquiátricos e os serviços de saúde mental virados para a comunidade, queremos crer que se vão cumprir as orientações legislativas do PNSM 2006-2017 e que este processo gradual mas eficaz, da passagem de todos os serviços de SM para respostas próximas ou inseridas na comunidade se irá cumprir. Ornelas (2007) defende que os serviços de saúde mental orientados para o *recovery*, possuem resultados mais positivos quanto à satisfação dos seus utentes e da sua reabilitação a nível da integração comunitária e respetiva participação social.

A reabilitação do doente mental que se faz pela intervenção de uma equipa de profissionais de saúde mental deve então ser entendida, como um processo que irá ajudar o doente a reestruturar as suas capacidades e autonomia, um processo facilitador da aquisição ou melhoria dessas capacidades. Estes processos não se caracterizam pela sua simplicidade, acarretando grandes esforços para esta equipa; perante um grupo em constante transformação e de carácter heterogéneo, encontram-se os mais diferentes perfis sociais e económicos.

“O jovem não possui dinheiro suficiente para pagar o passe e sem o mesmo, a equipa acredita que deixará de vir ao hospital, o que será mau para a sua recuperação. Além disso, pela conversa do paciente e pela sua visível magreza, desconfiam que este esteja a passar fome, a equipa discute uma solução”

Nota de Terreno de 13 de fevereiro de 2013

“ (...) tentamos dentro do nosso horário comunicar sobre o que se passa e o que não se passa, o que gostaríamos que fosse diferente, vamos tendo esses momentos de reflexão com as pessoas que trabalham nas diferentes áreas.” **Entrevista V**

O trabalho de reabilitação em hospital de dia é um trabalho que requer uma maior exigência junto da sua equipa profissional, pois esta reabilitação não se pode fazer só de uma perspectiva biomédica, mas sim também social. Exigindo dos mesmos, uma completa e constante articulação com familiares, amigos, vizinhos, comunidade e seus recursos, para

fomentar este processo de aproximação. Para esta reabilitação, o presente HD além das intervenções médicas, farmacológicas e terapêuticas, desenvolve um conjunto de atividades que coloca à disposição dos seus utentes.

2.1.2. As atividades do hospital de dia

Em relação às atividades que a unidade de psiquiatria comunitária deste hospital disponibiliza, importa assinalar a distinção entre atividades de hospital de dia e atividades de regime ambulatorio. As primeiras servem os doentes inseridos em HD e as segundas dirigem-se a pessoas com experiência em doença mental que já não frequentam o hospital. Estes habitualmente são antigos utentes do HD, receberam alta do internamento ou vieram encaminhadas da consulta externa.

Em relação a estas atividades, podemos constatar a sua variedade, que conseguem na verdade cobrir áreas muito diferentes passando bastante pelas expressões artísticas e motoras e pelas práticas educativas.

A participação nestas atividades é negociada com o doente e a escolha das mesmas é de sua autonomia, porém é visível o incentivo que a equipa faz para que o doente lhes adira. Apesar da escolha ser sua, muitas vezes os doentes mostram-se ora mais cansados, ora mais desmotivados e decidem não frequentar a atividade. Em situações assim, existe sempre um reforço positivo por parte da equipa e a procura do doente antes de iniciar a mesma. Contudo, a participação do doente nunca é forçada, não fazendo isso parte da postura terapêutica da equipa. Conferindo a diversidade de atividades que este espaço apresenta houve a necessidade de as agrupar numa tabela que permitisse uma leitura vertical.

- Atividades da Unidade de Psiquiatria Comunitária -	
Atividades em Hospital de Dia	Atividades em Ambulatório
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião semanal com doentes; • Grupo do Hospital de Dia; • Cinedrama; • Sócio Drama; • Dinâmicas de grupo; • Sessões de relaxamento; • Sessões de estimulação cognitiva; • Sessões de movimento; • Caminhadas; • Jardinagem; • Informática; • <i>Atelier</i>; • Cuidados aos animais – pássaros e peixes; • Serviço de bar; • Culinária; • Educação para a saúde; • Clube de leitura: <i>Ler com ...</i>; • Jogos sócio – recreativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo psicoeducativo para utentes com doença mental grave; • Grupo psicoeducativo para familiares de utentes com doença mental grave; • Grupo psicoeducativo do sono; • Projeto de rádio terapêutico; • Grupo de teatro terapêutico; • Cinedrama; • Psicodrama; • Atividade física; • Sessões de estimulação cognitiva; • Sessões de movimento; • Sessões de relaxamento; • Informática; • Jardinagem; • <i>Atelier</i>; • Serviço de Bar; • Culinária.

Tabela 2 - Listagem das atividades da unidade de psiquiatria comunitária.

Com o passar do tempo é percebido que estas atividades são um pouco controversas tanto para doentes como para profissionais. Esta controvérsia não se relaciona com a qualidade ou variedade destas atividades, mas sim com a sua quantidade. As atividades estão distribuídas em tempo ao longo do dia e em variedade ao longo da semana²¹, havendo atividades que se repetem por interesse dos pacientes e pelos seus comprovados efeitos terapêuticos. Porém, as atividades não ocupam a totalidade da permanência dos doentes em HD (8:30h – 16h), o que faz com que existam tempos livres, os quais os doentes podem ocupar da forma que melhor entenderem. Para o preenchimento destes períodos o hospital de dia disponibiliza alguns espaços, são exemplos disso a sala de jogos, a sala de informática, o *atelier* de artes e o jardim exterior. Acontece que, habitualmente, aquando destes períodos os indivíduos acabam por abandonar o espaço do hospital de dia por se encontrarem entediados. Aqueles que não abandonam o espaço do HD são vistos a vaguear pelo mesmo ou a dormir pelos poucos espaços que conseguem rentabilizar para isso.

“A profissional diz-me que da parte da manhã devido a reuniões os doentes tinham atividades livres, deveriam ocupar o seu tempo autonomamente entre jogos, visitas ao jardim, computadores e sala de jogos. Contudo, enquanto aguardo pela próxima reunião percebo que, como sempre, os doentes ficam completamente perdidos com estes tempos “mortos”, a maior parte passa o tempo todo lá fora a queimar

²¹ Consultar anexo II – Horário de atividades em Hospital de Dia.

cigarros, a outra parte passeia os corredores freneticamente de um lado para o outro e muitos desaparecem mesmo, talvez por não aguentarem este tempo parado, acabam mesmo por se irem embora.”

Nota de Terreno de 20 de fevereiro de 2013

“O doente queixa-se de encontrar uma coisa diferente daquela que lhe prometeu (...) Que não tem grande interesse nestas atividades e acha que existem muitos tempos mortos.”

Nota de Terreno de 04 de março de 2013

Os referidos *tempos mortos* assumiram muitas das reflexões investigativas. Cedo foi percebida as frustrações que provocam a profissionais, famílias mas especialmente, a doentes. Quanto maior estes intervalos, maior parece ser a inquietude que provoca. Uma das vantagens da observação participante é a permissão que confere à pessoa investigadora de habitar o mesmo espaço que os seus participantes podendo circular livremente pelo mesmo. O caráter do contexto, povoado por uma quantidade considerável de profissionais, também colaborou para que a *deambulação* pelos diferentes espaços do hospital não fosse estranhada. Nestes *tempos mortos* sem atividade, eram intencionalmente procurados estes doentes, numa *espionagem empírica*; encontrados habitualmente a fumar, a dormir, a discutir entre colegas, mas maioritariamente a abandonar o HD.

“Mas eles até tem razão porque não estão ocupados, procuram outros espaços, procuram ocupação. Desocupados vão passear lá para fora para a rua ou ali no parque, não é?!” **Entrevista VIII**

“Os doentes andam por aí sentados, ainda esta semana um doente fartou-se de reclamar, que vem pra aí dormir, que não fazem nada... e é verdade, ninguém faz nada com eles (...) eu se me internassem aqui, eu ia-me embora, não fazem nada ... Claro, claro que fazem falta um pouco de todos, não fazem nada com eles, andam aí ao Deus de Ará.” **Entrevista IX**

A existência de tempos livres no horário do hospital de dia é na verdade uma questão sensível. Apresenta-se quase como que uma relação dicotómica, em que por um lado pesa o “abandono” da vigilância continua ao doente que este espaço preconiza; assim como a criação de oportunidades de ocupar estes tempos com comportamentos menos saudáveis e por um outro emergem as questões da promoção da autonomia do doente, também objetivo deste espaço. Um dos objetivos do hospital de dia é a promoção da autonomia do doente, ou seja, é desejado que este adquira capacidades para se tornar autónomo e saber não só gerir como ocupar o seu próprio tempo, relembrando que o HD não é um espaço que pretende acolher o doente mental por largos períodos de tempo. Será lógico que este espaço não crie no indivíduo sentimentos de dependência, mas que aposte no crescimento de sentimentos

exatamente opostos - fomentar capacidades de automação, sendo uma das bases deste processo terapêutico o *empowerment* do sujeito doente.

Rappaport (1992) citado por Zimmerman (1995) define *empowerment* como um processo que consiste essencialmente em estimular contextos em que as pessoas até aí isoladas, possam adquirir uma voz ativa na tomada de decisões na sua vida. Interpreto *empowerment* em língua portuguesa habitualmente traduzido como – empoderamento – como um processo de trabalho com a pessoa e não para a pessoa, um processo que como o nome indica, pretende dar poder à pessoa, fomentar com a mesma capacidades em si que lhe permitam assumir o controlo da sua vida.

“ – Mas não sente que os doentes têm muito tempo, que andam aí a divagar?

– Isso eu também acho que alguns temos que respeitar isso... Cada pessoa é uma pessoa e se há pessoas que até aderem bem a esse programa tão ocupado... Eu vou-lhe dizer, eu detesto aquelas férias em que as pessoas vão para um sitio e vem um individuo e diz «Olhe venha para a aeróbica, olhe venha para a ginástica.», e se as pessoas não estiverem, percebe? Essa pressão em cima das pessoas, acho que também é preciso alguma elegância para trabalhar com as pessoas.” **Entrevista V**

O processo de *empowerment* deseja identificar nas pessoas as suas potencialidades e fazer crescer as mesmas, acreditando que com este crescimento o sujeito será capaz não só de assumir o controlo da sua vida, como lutar contra os problemas que a premeiam (Zimmerman, 1995). O *Empowerment* é reconhecido como uma componente necessária no processo de recuperação em saúde mental, sabendo que o doente mental grave vive geralmente grandes períodos de isolamento social, passa por uma desvinculação de laços afetivos e negligência muitas das vezes as preocupações consigo mesmo.

Em psiquiatria comunitária, o *empowerment* assume uma característica mais centrada na comunidade, ou seja, não se centra só no individuo em si, mas na sua relação ou na criação dessa mesma relação com a sua comunidade de pertença; de forma a que, as pessoas que não possuem acessibilidade e controlo de recursos, o possam adquirir. Fomentar o *Empowerment* no processo de reabilitação psiquiátrica, passa por enfatizar o sujeito doente a definir objetivos, potenciar a sua liberdade, trabalhando com o mesmo atividades que promovam a sua autonomia, impulsionando o controlo dos sintomas da doença, através de iniciativas de psicoeducação que aumentam o conhecimento sobre a mesma; combatendo a discriminação que é feita para com a pessoa doente mental; aproximando o sujeito dos recursos sociais e comunitários, entre outras (Hickman, 2011).

Esta questão dos tempos livres no quotidiano dos doentes também nos é trazida pelos seus relatos:

“- Estás a stressar?

“- Um bocado, não tenho nada para fazer, neh?!”, o doente sorri e ambos saem para o túnel. Fico a refletir um pouco nisto e volta a já velha questão do que emerge mais, o positivo ou o negativo destes espaços livres no quotidiano destes doentes em HD?”

Nota de Terreno de 18 de março de 2013

Estes tempos livres parecem fomentar no indivíduo doente momentos de frustração e ansiedade.

O hospital de dia é um espaço terapêutico em regime ambulatorio, ao contrário do que acontece no internamento hospitalar, não é um espaço fechado e o doente não é de forma alguma obrigado a permanecer no mesmo, apesar dessas serem as recomendações da equipa. Isto, no sentido de que para atingir os objetivos estipulados é desejado que o doente cá permaneça, para que além da frequência das atividades, possa cumprir com outras práticas: toma da medicação, das refeições, conversas pontuais com o seu médico e com outros profissionais. Estes tempos de ócio que provocam no indivíduo alguma confusão e ansiedade fazem com que muitas vezes pela procura de outras distrações, os indivíduos abandonem as instalações do HD. Apesar de incentivados pelo corpo profissional com quem se cruzam (habitualmente as auxiliares, enfermeiras, vigilante que se encontram mais pelos corredores) a não o fazerem. Este abandono pode ter implicações negativas no processo terapêutico do sujeito, pode atrasar-se para atividades, faltar às refeições, esquecer a toma da medicação; muitas vezes acontece, que o indivíduo não regressa mesmo ao HD para vir buscar a medicação que leva diariamente para o período noturno, mas estes são apenas alguns dos entraves. Como já clarificado, a população em hospital de dia é flutuante e bastante heterogénea e tendo isto assente, encontramos casos de indivíduos que possuem um historial de descatos públicos, indivíduos com alguma deterioração de memória, indivíduos com algumas limitações de independência e todos estes podem encontrar dificuldades agravadas no exterior do HD. É objetivo deste espaço apostar na vigilância contínua do seu grupo, sendo preciso para isso mantê-los cá. Emerge a questão inicial: serão estes tempos livres um espaço de prática à autonomia do sujeito em hospital de dia, ou um *gap* no seu processo terapêutico de reabilitação? Baseado naquilo que se observou no contexto, acredita-se que o que mais emerge é a caráter negativo que estes tempos livres têm sobre os doentes. Apesar de reconhecida e valorizada a intenção de potenciar a autonomia no sujeito, crê-se que essa poderá ser aprendida em HD e aplicada em contextos exteriores ao mesmo. Recorde-se que o hospital de dia apenas ocupa um período do dia, que se prolonga até às 16h, hora após o qual o doente terá a possibilidade de colocar em prática os domínio e controlo do seu próprio

tempo. O tempo que passa fora do HD parece já acarretar esta gestão e organização. Em território hospitalar seria desejável que estas atividades que dividem tempo com refeições, procedimentos clínicos, etc. ocupassem a totalidade do horário. Visto que a ausência de ocupação provoca frustração, ansiedade e desconforto à pessoa doente, é de todo desejado evitar aqui estes sentimentos.

2.2. Relação entre o hospital de dia e a pessoa doente mental e seus familiares

A assistência à pessoa doente mental deve ser edificada em valores humanistas, devendo a postura e prática de uma equipa multidisciplinar de saúde mental junto da mesma, possuir uma visão ampla e real da sua condição além de física, também psicológica e social. O hospital de dia, pauta-se também por ser um espaço com um cariz mais familiar e de maior proximidade entre utentes e profissionais, desejando com os mesmos estabelecer uma relação de confiança e partilhas, que possa mais certamente suportar um processo terapêutico bem-sucedido (Hetzl, 2010). Na verdade, e apesar de estas conclusões não provirem de momentos em privado com os pacientes deste HD, diariamente retira-se das suas falas, brincadeiras e atitudes o sentimento de pertença e respeito que sentem para com este espaço e respetivos profissionais. De facto, é notável e confirmam-se as afirmações de Hetzel (2010), quando diz que uma relação de respeito e confiança desenvolvida com estes indivíduos consegue mais frutos que uma relação baseada em imposições terapêuticas ou rotinas estanques e não explicadas aos mesmos. O à vontade que grande parte deste grupo foi mostrando ter com a equipa, faz com que facilmente seja procurada tanto para relatar novas vivências como para obter esclarecimentos.

“Desabafa que os doentes partilham consigo aspetos que não se sentem à vontade para partilhar com os seus médicos, que é aqui que esclarecem as suas dúvidas acerca da doença, da medicação e também dos efeitos secundários da mesma; acrescenta que muitas vezes os doentes surgem acompanhados por amigos e familiares e que também mostra disponibilidade para responder às questões dos mesmos, considera este como um espaço de acompanhamento mais do que apenas a aplicação da terapêutica.”

Nota de Terreno de 08 de março de 2013

Apesar de o hospital de dia dever servir apenas como uma ponte de transição do doente, na maior parte das vezes de um internamento agudo, para a reinserção na comunidade; e em todas as vezes como um processo temporário de reabilitação, existe um grande sentimento de pertença e de segurança para com este espaço. Habitualmente é ao HD e à sua equipa profissional que tanto doentes como familiares recorrem sempre que necessário, mesmo

quando estes já não se encontram em regime de HD mas reinseridos na comunidade, ou no seio familiar ou ainda em instituições destinadas para esse efeito. E isto é o resultado notável da relação de confiança e constante disponibilidade que esta equipa mostra para com todos os pacientes que acolhe ou já acolheu. Os profissionais mostram-se conscientes e orgulhosos disso:

“A maior potencialidade é... apesar de tudo, ser um bastião de segurança para os nossos doentes, eles sabem que podem contar connosco”. **Entrevista IV**

Além desta relação de segurança que o hospital de dia estabelece com os seus doentes e respetivas figuras cuidadoras, faz também por levar a cabo programas de *follow up*, através dos quais pontualmente contacta os pacientes que já não se encontram em regime de HD e tenta perceber como estes se encontram. Este tipo de iniciativa além de permitir ao HD comprovar se os seus objetivos terapêuticos a longo prazo são ou não cumpridos, permite manter uma ponte de ligação com o sujeito doente e mostrar ao mesmo que continua à sua disponibilidade.

“Depois temos o *follow up*. Nós temos reuniões no hospital de dia que de x em x tempo, vamos tentar perceber o que aconteceu aquele doente que passou por cá e existe também uma equipa para validar isso.”

Entrevista VI

Estas estratégias conferem ao sujeito a sensação de apego e de confiança a um espaço e a uma equipa, que passam a ser parte integrante da sua vida. Outro aspeto que cimenta a relação entre o hospital de dia e os seus utilizadores é o programa de atividades em ambulatório que o mesmo lhes disponibiliza; sempre que a equipa prevê essa necessidade, é negociado com o utente, abandonar o programa de HD mas continuar ligado ao mesmo através da frequência de uma ou várias atividades em ambulatório. Assim sendo, o sujeito apenas se dirige ao serviço de psiquiatria para frequentar as atividades selecionadas.

O hospital de dia disponibiliza ainda uma outra estratégia de seguimento aos seus doentes, uma tática que apelidaram de – Técnico de Referência. Esta metodologia é extraída do CIR – Cuidados Integrados de recuperação de Jorge Gago - modelo que o hospital de dia aplicou com alguns doentes, contudo, devido ao procedimento trabalhoso do mesmo, acabou por abandonar o programa, extraíndo apenas o conceito do técnico de referência. Este técnico que não poderá ser um profissional médico é eleito de acordo com as maiores fragilidades do paciente e será o seu elo de ligação entre o HD e a comunidade. Ao terapeuta de referência interessam as responsabilidades de fazer uma monitorização mais próxima do indivíduo e da

sua evolução ou retrocesso, tanto da patologia como da sua integração; estes acompanhamentos habitualmente são feitos por via telefónica mas se necessário podem-se concretizar em visitas domiciliárias e/ou visitas do próprio doente ao HD.

“Apresenta-me também o CIR que já tinha visto no gabinete de uma das psiquiatras e que uma das enfermeiras também já me tinha mostrado... fala-me um pouco do mesmo, estabelecemos uma conversa e ambas concluímos que é a melhor ferramenta que o serviço possui mas que não é levada a cabo corretamente. A profissional mostra-se muito revoltada com isto, expõe que os terapeutas de referência provem deste mesmo programa, mas que não são usados devidamente, acredita que por não haver recursos humanos, este não é desenvolvido corretamente.”

Nota de Terreno de 08 de março de 2013

O desconforto da profissional é notável, a frustração de possuir as ferramentas mas não as poder utilizar. Começa a construir-se a certeza de que a escassez de recursos humanos, resultado da também escassez de recursos económicos, seja uma das maiores dificuldades deste espaço.

O *Follow Up* que o hospital de dia realiza periodicamente permite também avaliar outro dos seus objetivos – evitar ou diminuir o recurso à urgência de psiquiatria e os reinternamentos (Seidler, Garlipp, Machleidt, & Haltenhof, 2006). Pretendendo o HD servir como um espaço de transição, mas uma transição bem-sucedida, tendo o sujeito sido capaz de se integrar sócio profissionalmente e aprender a lidar com doença. E de facto, segundo a equipa profissional que tem acesso às estatísticas internas do hospital, este objetivo é plenamente alcançado, havendo uma notável redução do recurso à urgência.

“...está documentada uma diminuição das idas á urgência, devido a estarem a frequentar as atividades em ambulatório, que são contentoras desse tipo de comportamentos mais de crise.” **Entrevista VI.**

“Conta que este projeto tem permitido manter muitos doentes fora do internamento e evitar muitas recaídas.”

Nota de Terreno de 08 de março de 2013

Em situação de agravamento da doença habitualmente os profissionais do hospital de dia são os primeiros a serem contactados, intervindo sempre que possível antes do agravamento da situação e de um possível internamento.

Faz igualmente parte do programa do hospital de dia as visitas domiciliárias (VD), habitualmente utilizadas para aquelas situações em que a equipa não consegue entrar em contato com os doentes, quebrando este elo de ligação. As visitas domiciliárias são também um recurso que permite à equipa um melhor conhecimento e uma maior compreensão do

background da pessoa. Perceber as condições em que vive, analisar as suas práticas quotidianas e assistir às suas dinâmicas familiares. Para muitos dos usuários do hospital de dia estas visitas fornecem-lhes algum suporte, que de outra forma poderiam permitir a descompensação psicopatológica e levar a novos internamentos. Os profissionais entrevistados transmitem que estas VD além de permitirem uma continuidade do processo terapêutico do sujeito, permitem investir em práticas educativas dentro do seu próprio contexto, perceber quais as limitações e dificuldades que o sujeito identifica e em conjunto com o mesmo, tentar apontar soluções.

“ (...) por exemplo, achamos que é um doente com potencial de recuperação para ir trabalhar, para ingressar no mercado de trabalho, então vamos trabalhando com ele aqui já algumas atividades pré laborais, algumas competências a esse nível...ah, se é um doente que por exemplo terá que ir viver sozinho já vamos fazendo algum treino prévio cá...essa reinserção é feita pela equipa e culminada pela nossa assistente social que faz os contactos, faz as pontes e acompanha o doente nalgumas visitas.” **Entrevista VI**

“ (...) aqui é a psicoeducação, a educação para a saúde que eu também faço às quartas-feiras como lhe tinha dito já no início, as visitas domiciliárias também (...)” **Entrevista VIII**

Outra vantagem é o também contacto próximo com os seus familiares ou figuras cuidadoras, transmitindo aos mesmos conhecimentos e estratégias de lidar com a carga da doença. Existem também aquelas situações em que é o próprio sujeito doente mental, que prefere o atendimento por via de VD, por variados fatores, sendo alguns deles limitações económicas, co morbilidades associadas ou a necessidade de prestar cuidados a terceiros. Sendo que o novo paradigma da psiquiatria comunitária visa a recuperação do doente mental em comunidade, as VD são um instrumento valioso a ser utilizado nestas situações específicas, evitando também por si o agravamento da doença e futuros internamentos (Reinaldo & Rocha, 2002).

2.3. Articulação com a comunidade

A reabilitação a nível socioprofissional na comunidade fica ao encargo do gabinete de serviço social que o hospital de dia dispõe. Apesar desta equipa trabalhar em rede, cada profissional assume responsabilidades mais específicas de acordo com a sua formação base, o que é perfeitamente compreendido. Ao serviço social fica a responsabilidade de dar resposta às carências sociais dos indivíduos em HD.

Como ilustrado inicialmente, à chegada da pessoa ao HD é também realizado um encontro com o serviço social e feita uma avaliação à sua situação social (familiar, económica e

residencial) e de acordo com o panorama da mesma são ou não ativados mecanismos de resposta. A grande maioria dos indivíduos que passaram pelo hospital de dia aquando do período de observação participante possuía algum tipo de carência social: desemprego, inexistência de retaguarda familiar, ausência de residência, etc. Habitualmente estas dificuldades económicas, em muitos dos casos, impossibilitam mesmo a aquisição da medicação, de bens alimentares ou mesmo a frequência do HD, por não poder adquirir um passe de transportes públicos.

“A assistente social como habitual faz inúmeros telefonemas, pega no seu molho de chaves e tenta abrir algumas portas e pelos vistos é bem-sucedida, acompanho-a ao piso de cima, onde procura a enfermagem e a psiquiatra deste paciente e informa do encaminhamento que lhe deu, trabalho de equipa.”

Nota de Terreno de 04 de março de 2013

Feito este diagnóstico inicia-se o trabalho da assistente social que simbolicamente apelidei de a – Ferreira. Esta com o seu molho de chaves simbólico começa a tentar abrir as portas necessárias, consoante a necessidade do indivíduo, utiliza um tipo diferente de recurso. Frequentemente recorre à segurança social para a atribuição de compensações monetárias sejam elas a reforma (quando o indivíduo possui requisitos para isso) ou o rendimento social de inserção. Também contacta juntas de freguesia para apoio domiciliário, atribuição de cabazes alimentares, apoio na medicação, entre outras respostas. O gabinete de serviço social dispõe de anos de experiência e como tal, ao longo do tempo, reuniu um conjunto de contactos inseridos na rede social do município que utiliza para apelar apoio consoante a necessidade e a área de residência do doente. A entrevistada explica que o seu trabalho difere, consoante a situação que encontra:

“Quando são jovens? Tento encaminhar sempre para formação, quando estão com o 9º, 6º ano, tentamos sempre... porque? Porque estas formações profissionais têm dupla certificação, não são só para dar habilitações, como também uma orientação profissional. Como por exemplo, o curso de jardinagem, não só fica com habilitações de jardineiro como também termina o 9º ano. E esses cursos, existem muito menos do que existiam para aí à três, quatro anos atrás, mas tem pelo menos o subsídio de alimentação e de transporte que dá alguma ajuda. Para os mais velhos, eu costumo dizer que o instituto de emprego não dá emprego a ninguém se não procurarem. Por isso, podemos estar inscritos, mas se não andarmos em cima das ofertas que têm, jornal, etc. ... candidaturas espontâneas ... é o que eu costumo dizer às pessoas, não podemos ficar à espera que o instituto de emprego nos arranje trabalho, porque não arranja, isso é certo... nenhum deles!”

Entrevista VII

“É isso que nos frustra um bocadinho, a forma que está o país hoje em dia, os recursos são cada vez mais escassos e as necessidades maiores. Ah... mas, vou conseguindo de uma forma ou de outra, se calhar, recorrendo um bocadinho aos recursos informais, aos não institucionais, vizinhos, amigos e algumas parcerias informais que eu vou tendo com algumas instituições, vão-me ajudando a dar resposta, não o ideal mas vamos fazendo possível.” **Entrevista VII**

A atual crise económica que o país ultrapassa também faz parte dos discursos da entrevistada, pois afeta diretamente o seu trabalho. Lidar com altas taxas de desemprego, com a diminuição de vagas nas instituições, com o atraso e dificuldades de atribuição de reformas e outros apoios económicos, faz parte do seu quotidiano. O Estigma é identificado claramente pela entrevistada como outro entrave a estes processos de reinserção socioprofissional que tenta traçar:

“ O estigma também está muito presente, claro que não estou a falar das instituições ligadas à saúde mental como a [Instituição I e a Instituição II], mas temos doentes por exemplo naquela faixa dos 50 anos que ainda são jovens para centro de dia mas acabam por ter baixa autonomia, muitas limitações e é também preciso tirá-los de casa. Quando encaminho para o centro de dia, noto muito estigma em relação a isso... os doentes também sentem isso e não se motivam a frequentar estas instituições.” **Entrevista VII**

As dificuldades desta população habitualmente de classes económicas mais carenciadas agravam-se quando esta reinserção de carácter profissional não é conseguida, percebendo-se que além da já histórica escassez de respostas para a saúde mental, o estigma e a atual crise económica pioram a situação.

Além dos apoios económicos para a subsistência do doente, não são carenciadas as suas dimensões sociais. São também trabalhadas as relações com os familiares que são sempre contactados e mesmo convidados a reunir com a equipa no hospital de dia.

A nível ocupacional após alta o HD consegue-se habitualmente encontrar respostas no fórum ocupacional do hospital ou em instituições no município com quem possui parcerias.

“Portanto, começo por fazer essa avaliação recursos económicos quer do doente quer do agregado familiar. O doente pode não ter e o agregado ter hipótese de resposta que até nem seja assim tão necessário o doente ter o seu próprio rendimento, assim numa primeira fase. Condições habitacionais, apoio familiar, apoio dos amigos, se já é ou não apoiado por alguma instituição, se está ou não referenciado por alguma assistente social, ah... a partir destas necessidades satisfeitas, então aí partimos para um processo de inserção sócio profissional, quando não é profissional é social, apenas a nível ocupacional, com vista a formação, a emprego ...” **Entrevista VII**

A nível profissional o processo torna-se mais complicado. Quando a pessoa com experiência mental apresenta condições que o habilitam para a prática profissional, esta pesquisa também é feita, mas encontra outros graves entraves, a discriminação e o estigma para com a doença mental é um deles, a crise económica que o país atravessa é outro, assim como por vezes a pouca formação e experiência profissional do utente. A nível ocupacional e económico o gabinete de serviço social vai tentando dar respostas, é verdade que as dificuldades e desafios encontrados são muitos mas a persistência é característica desta equipa que habitualmente consegue encontrar não as ideais, mas as melhores respostas ao momento.

“E são muitos doentes? São. São casos cada vez mais complicados? São. Ah... a não institucionalização funciona muito bem por um lado, mas por outro, eles acabam por estar um bocadinho desprotegidos, a sociedade ainda não aceita a pessoa com doença mental de forma igual e acaba por nos impedir um bocadinho, mesmo a nível de vizinhos. Mas a pouco e pouco se formos mudando estas mentalidade e se começarmos nas instituições para se ir alargando o não ao estigma, as coisas até vão funcionando.”

Entrevista VII

As pontes com o exterior, o apoio nos recursos da comunidade, não se fazem apenas para dar resposta às necessidades sociais dos seus doentes. O hospital de dia possui por exemplo parcerias com os museus da cidade, onde desenvolve algumas das suas atividades de caráter artístico através do gabinete de arte terapia.

“Definimos o meu horário para esta semana ... vou dividir o meu tempo também pelos museus da cidade; em resposta às minhas questões a arte terapeuta... explica que num dos museus dinamiza um atelier de cerâmica com os doentes e que no outro participam em variados workshops. Consegue a minha surpresa, quando relata que os doentes vão lá ter sozinhos e de forma independente, fomentando também desta forma a sua autonomia.”

Nota de Terreno de 18 de março de 2013

“O *atelier* é moderno e bem composto, permeado de todos os materiais que me parecem necessários cá existir. Ajudo a Doutora a preparar a mesa e vamos conversando um pouco, pergunto quem financia este projeto e o que ganha o museu com isso... *“Isto é uma parceria e a utilização da oficina é gratuita. Apenas são pagas as tintas, pois são muito caras e isso é o hospital que paga, de resto é gratuito. O museu ganha divulgação, estamos a tentar acabar com a ideia dos museus como um espaço elitista, apenas de algumas camadas sociais.... abrir á comunidade, chamar as pessoas.”* Não temos muito mais tempo para conversar, depressa chegam alguns doentes do Hospital de Dia, já meus conhecidos. Depressa colocamos os aventais e começa-se a moldar o barro.”

Nota de Terreno de 21 de março de 2013

A parceria entre o hospital e os museus da cidade é uma relação simbiótica. O hospital consegue não só oferecer aos seus utentes um conjunto de atividades mais diversificado, como com esta estratégia fomenta a sua autonomia, sendo que os doentes são responsáveis pela sua gestão de tempo e deslocações. Além disso esta aproximação à comunidade, o desenvolver de atividades reabilitativas no seio da mesma, estimula o contacto da comunidade com a doença mental podendo desta forma dar assas à desconstrução de alguns estigmas. Quanto ao museu, como relata a profissional, consegue também uma maior divulgação do seu espaço e deseja conseguir chegar a outras camadas sociais. Após algumas visitas a estes museus com diferentes grupos de doentes foi notável o poder de abstração que estas atividades lhes conferem, o facto de se encontrarem em outros espaços que o contexto hospitalar, parece trazer-lhes um estado de leveza e paz de espírito.

“Houve uma altura em que parei e silenciosamente encostei-me a uma parede e aí vi, o poder curativo da arte. Ninguém me viu ali encostada, ninguém me escutou, ninguém se lembrou de mim... porque? Porque estavam todos vivendo aquele momento, concentrados em si e na sua arte. Pareciam formiguinhas obreiras, concentrados no seu trabalho, abstraídos do mundo. Pela primeira hoje, consegui conhecer o sorriso de todos aqueles que estavam nesta sala, sorrindo para o seu trabalho, para os outros e sorrindo para consigo mesmos. Na verdade, estavam todos concentrados e entregues àquele momento, abstraindo-se de tudo aquilo de negativo e conflituoso que os possa noutras alturas preocupar.”

Nota de Terreno de 28 de março de 2013

Estas parcerias são fixas, mas pontualmente surgem outras às quais o hospital de dia tem por norma aderir, pois além de ser uma forma de diversificar a oferta ao seus utentes é uma estratégia de se aproximar, a si e aos seus utilizadores, da comunidade. É exemplo também destas parcerias o protocolo que possui com a faculdade de desporto da região onde os utentes em ambulatório frequentam semanalmente aulas de educação física.

2.4. Limites e fragilidades do hospital de dia

Quando é decidido questionar sobre as fragilidades e limites deste hospital de dia os discursos não se calam, pelo contrário. Este HD também apresenta as suas condicionantes que limitam uma melhor prática terapêutica. A grande fragilidade do hospital de dia, apontada por quase todos os profissionais entrevistados, é a sua escassez de recursos humanos. Apesar de reconhecerem que fazem um bom trabalho e se mostrarem satisfeitos com o mesmo, faz parte das preocupações desta equipa, a perceção de que poderia haver uma melhor e maior atenção para com a pessoa doente mental se existissem maiores recursos humanos. Estas carências são mais relatadas na prática da enfermagem, contudo quase todos os profissionais reconhecem

que um horário menos preenchido lhes daria tempo para uma intervenção com mais qualidade e proximidade com o sujeito.

“Se calhar a necessidade de um acompanhamento mais individualizado possível. Não há recursos humanos nem físicos, o espaço também é limitado.” **Entrevista III**

“- Em relação a fragilidades?

- Eu diria que é os recursos humanos... Pode-se pensar que é muita gente, mas para aquilo que o hospital de dia oferece é pouca gente.” **Entrevista IV**

“Não me sinto completamente satisfeita porque as condições de trabalho se calhar não são as melhores, no sentido em que não temos tempo para prestar a atenção devida a todos os projetos em que estamos envolvidos, ou seja, tentamos dar várias respostas e por vezes... sentimos alguma insatisfação porque não conseguimos dar a melhor resposta.” **Entrevista VI**

O país atravessa atualmente uma crise económica, para lhe sobreviver alguns sacrifícios orçamentais tiveram de ser feitos sendo instituições como os hospitais algumas das que perderam grandes apoios financeiros. Na verdade, considero que para a quantidade de doentes que acolhe e especialmente para a quantidade de atividades que oferece e a qualidade que é desejável que as mesmas apresentem, a equipa deste hospital de dia é bastante reduzida. Além da equipa, existem atividades como é o caso das antigamente organizadas visitas ao exterior, que tiveram de ser abandonadas devido ao corte de apoios económicos.

“Mas sabe que isso é um bocadinho difícil, nós num passado recente os doentes saiam, havia a possibilidade de eles irem... penso que era um transporte da câmara, os doentes iam ao [mercado], a vários museus, mas agora não se consegue, cortaram essas coisas todas e as pessoas tem de ir por elas próprias e é um bocadinho difícil devido às dificuldades económicas (...)” **Entrevista V**

Contudo, é devido reconhecer que mesmo nas atuais condições o hospital de dia vai funcionando de forma organizada e pensa-se que eficiente, estes profissionais redobram os seus trabalhos e esforçam-se para o cumprimento de todos os objetivos estipulados. Continuando a ser também resultado desta carência de recursos humanos, provavelmente, a inexistência de mais atividades que pudessem ocupar os anteriormente discutidos tempos livres.

“Eu acho que é o espaço. Eu acho que é pequeno, eu acho que por exemplo... eu? ... era capaz de investir junto do diretor de serviço e montar aqui um ginásio, mas orientado, com professor x dias por semana, havia ginásio e iam rodando o grupo de doentes, eu acho que um ginásio aqui no HD, fazia muita falta também.”

Entrevista VIII

Uma outra fragilidade deste espaço que é trazida pelos entrevistados, igualmente provocada por carências económicas, é as limitações do seu espaço físico. A equipa considera que para o conceito de hospital de dia que se defende deveriam existir outras instalações, que permitissem fomentar atividades alternativas, e dão como exemplo um ginásio desenhado para a prática desportiva. Outro aspeto do espaço é o fator segurança. É desejado que as instalações de HD sejam amplas, sem muitos espaços fechados e com largos corredores de forma a ser mais fácil controlar os intervenientes em casos de descatos; estas instalações não cumprem esses requisitos.

“As instalações é uma grande fragilidade. Nós gostaríamos de dar um melhor ambiente físico aos nossos doentes, ainda não chegou a nossa vez, estamos à espera.” **Entrevista VI**

“Questionei mesmo - E o que se faz agora? Isto não é perigoso para nós?; a enfermeira responde que sim, - É por isto que nós precisamos de espaços amplos e com muito espaço para ser seguro. Pergunto – Acha este espaço seguro? A resposta é redonda – Não!

Nota de Terreno de 11 de março de 2013

Acredita-se que a escassez de recursos humanos, assim como as ainda não adequadas instalações do hospital de dia, sejam na verdade resultado da atual situação de carência económica generalizada. Não existindo a possibilidade da contratação de novos profissionais para manter o mesmo nível de resposta, é pedido aos profissionais existentes que se dividam, podendo acontecer situações em que a atenção dada ao grupo não seja a mesma.

“Não é o gabinete ideal para isto, geralmente estes gabinetes têm também uma banca e outros materiais, mas é o que há.”

Nota de Terreno de 18 de março de 2013

“De facto as enfermeiras desculpam-se da situação à mãe do doente e explicam que isto é o resultado da escassez de recursos humanos, que apenas uma profissional a vigiar a toma do pequeno-almoço e medicação é pouco.”

Nota de Terreno de 06 de março de 2013

As enfermeiras lamentam uma situação em que o doente tomou a sua medicação e a do doente vizinho. Trata-se de um doente com severos problemas a nível de memória e que não tendo a lembrança de ter tomado a sua medicação, assumiu a do vizinho de mesa como sua. A situação foi assistida por este doente, colega de mesa, mas não a tempo de a evitar. Apesar de estas situações serem muito raras, sendo este exemplo único, é um alerta das implicações que o reduzido número de profissionais possa vir a ter.

A reabilitação da pessoa doente mental procura evitar a taxa de incapacidade, diminui-la e evitar o seu impacto na vida dos indivíduos, família e sociedade. A política é a de que o doente mental deve ser tratado na comunidade, devolvendo-lhe a responsabilidade sob a sua própria vida. A sua reabilitação deve ser feita na sociedade promovendo o seu bem-estar e a sua autonomia, tornando-se o mais ativo possível. Quanto à sua passagem por instituições deseja-se então que esta seja o mais curta possível, relembrando as antigas instituições de saúde mental encaradas socialmente como um depósito de pessoas, com quotidianos muito estruturados, hierarquias rígidas, posturas autoritárias para com os indivíduos; práticas que conseguiam uma perda de iniciativa e autonomia por parte dos indivíduos doentes assim como em algumas situações perda da auto estima e o agravamento da própria sintomatologia.

A reinserção social da pessoa doente sempre que possível e adequado (excetuando as situações em que a família não reúne as condições para que isso aconteça, sejam estes entraves económicos ou relacionais) será preferencialmente realizada na família e desta e com esta para a comunidade. Quando esta integração familiar não é possível são então acionadas as escassas respostas comunitárias. Tanto inserido na família como nas respostas institucionais, o processo de reabilitação com o individuo não deve terminar, começando agora uma fase crucial e difícil do mesmo – a sua inclusão social. Aqui o processo de reabilitação psicossocial centra-se nos seus objetivos de: fomentar o *Empowerment* na pessoa, reduzir a discriminação e o estigma em torno de si e de todos os que contactam consigo, melhorar e conseguir a automação das suas competências individuais, estimular as suas interações sociais e comunitárias e insistir na criação de um sistema social de apoio de longa duração (implica preparar a própria comunidade para receber as pessoas, quer a nível crenças culturais, quer a nível de infraestruturas). Nos casos em que os utilizadores do hospital de dia são reinseridos nas suas famílias, não esquecer algumas preocupações específicas com as mesmas, investindo num trabalho que englobe as tarefas de: “desculpabilizar” a família, trabalhar a relação entre a família e o indivíduo doente, trabalhar as expectativas destes familiares, melhorar a socialização de toda a família, reduzir a ansiedade e criar espaços de suporte afetivo. Este é um trabalho que já pode ser iniciado em contexto de HD, quando existe esta presença e proximidade da família.

3. O papel da família no processo de reabilitação da pessoa doente mental

A qualidade da relação que o doente estabelece com os prestadores de cuidados é o melhor preditor de uma evolução positiva.
(Coimbra de Matos, 2012, p. 136)

A família é a primeira e a principal unidade de desenvolvimento pessoal sendo o primeiro espaço de socialização do indivíduo e habitualmente o mais presente e duradouro. O processo de socialização inicia-se na família e parte desta e com esta para a restante comunidade. É a família que assiste as primeiras necessidades da criança, devendo transmitir-lhe sentimentos de segurança e apego; como ser palco das primeiras partilhas de afetos, regras, normas, onde se definem papéis e onde se transmitem valores (Saraceno & Naldini, 2003).

A família é uma dimensão muito importante no processo de reabilitação do doente mental, sendo apontada por esta equipa de profissionais como a sua maior parceira e a primeira opção de reinserção social destes indivíduos, daí a sua pertinência nesta discussão.

“ – Claro, claro que é. A família é o pilar.

– E quem não tem família?

– Coitadinhos deles. Coitadinho deles, aqueles que não têm ninguém coitadinho deles, a gente bem os vê aqui... quem esta numa instituição e não tem ninguém, coitadinho dele ... Tivemos aqui um mocinho que a mãe o abandonou, veio-o aqui trazer e nunca mais o veio buscar, nem vinha vê-lo nem nada.”

Entrevista IX

Na ausência de um background familiar, este processo de reabilitação fica mais complicado e encarga maiores responsabilidades para a equipa do hospital de dia. O HD comporta um regime diurno após o qual o seu utente tem ainda que tomar medicação, fazer uma refeição, cumprir a sua higiene pessoal, entre outras tarefas; assim como a necessidade de um local onde possa pernoitar. Sem a existência de um familiar que acompanhe e auxilie nestas tarefas e forneça esta retaguarda ao adoecido, este processo é drasticamente mais dificultado. É admitido que muitos destes sujeitos precisam de algum tipo de reforço positivo e até mesmo da lembrança para a toma da medicação. “... o Hospital-Dia apresenta-se como uma modalidade assistencial, cuja função é proporcionar tratamento intensivo, preservando os vínculos familiares e sociais, à medida que o paciente não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade.” (Hetzl, 2010, p. 21).

“Porque são eles o suporte. Muitas das vezes são eles que ajudam na toma da medicação, são eles que vão mantendo a estabilidade, são eles que vão mantendo as regras, são eles que vão supervisionando a alimentação, o sono dos doentes...” **Entrevista VII**

Na situação de utilitário do hospital de dia, ainda não reabilitado, compreende-se a necessidade de ter um acompanhamento mais próximo que a figura familiar lhe pode conceder; gestos simples como confeccionar as refeições, incentivar a toma da medicação, incitar a que se levantem de manhã, encorajar a que se dirijam ao HD; são ações que podem marcar a diferença, sabendo que todo o sujeito doente e desacompanhado, têm mais dificuldade em recuperar. Torna-se especialmente essencial este acompanhamento, nas situações em que a pessoa ainda não possui ou goza de pouca capacidade de *insight*²² para a sua doença, mostrando alguma resistência a tomar a medicação, pois não se reconhecendo como doente, não compreende a importância da mesma.

Refletindo em torno do próprio conceito de família aqui discutido, das observações feitas em hospital de dia, verificou-se que não são muitos os doentes que possuem esta retaguarda familiar de apoio e que quando assim o é, admite-se que este processo de reabilitação é dificultado. O termo lato de família, que identifica um grupo de pessoas unidas por laços de sangue, também é outra definição que não encaixa na perfeição naquilo a que se assiste no HD. Muitos dos sujeitos usufruem sim deste acompanhamento, porém, levado a cabo por outras figuras que familiares de sangue - companheiros, amigos ou até vizinhos. A estas pessoas os doentes referem-se como a sua família e assim são tratados pela equipa do hospital de dia. Percebe-se pelos relatos da entrevistada que a família, neste processo, deverá ser definida como a pessoa que acompanha e que está presente na vida do doente, independentemente dos laços que os unam, sejam eles biológicos ou não.

“ (...) nós temos vizinhos sem qualquer laço familiar, sem qualquer obrigação a dar apoio a muita gente. Muitas das vezes com mais apoio que a própria família possa dar. E nós somos um povo muito solitário, somos um povo que vivemos muito a dor do outro.” **Entrevista VII**

A realidade é que independentemente de quem veste a papel da família, este processo encontra maiores dificuldades se estas figuras não existirem pois como dito, é esta família que dá continuidade ao processo de reabilitação do doente mental. E é neste sentido que deve

²² “... *Insight* é definido na língua inglesa como “a capacidade de entender verdades escondidas etc., especialmente de carácter ou situação” (...) é um termo que começou a ser utilizado, na Psiquiatria Geral, desde o início do século XX, “para indicar o conhecimento, pelo paciente, de que os sintomas de sua doença são anormalidades ou fenómenos mórbidos” Allen (1990) e Sandler, Dare e Holder (1986) citados por (Abel, 2003, pp. 22-23).

existir um esforço da parte do hospital de dia e sua equipa na reabertura e fecundação destes laços familiares, não só para conseguir a família como parceira deste processo de reabilitação, mas também como forma de os responsabilizar, lembrando famílias que facilmente depositam as responsabilidades sobre a pessoa, nesta equipa de saúde mental.

A doença mental é uma doença crónica que habitualmente se caracteriza por um trajeto ioiô, com melhores momentos de compensação do doente, seguidos de momentos de recaída e alienação. Além de provocar desgaste na família e ansiedade outra grande frustração da família é a esperança na cura e a rebeldia para com as equipas de saúde mental quando esta cura não é encontrada.

“O Pai do jovem doente continua muito participativo, já ouvi a equipa comentar que esse senhor possui uma empresa e que tem bastantes posses financeiras, possui uma relação muito paternalista com o filho e o seu maior desejo é vê-lo curado. Este Pai, tem alguma dificuldade em perceber que a esquizofrenia da qual o filho padece é uma doença crónica para a qual não existe cura, mas sim tratamento de manutenção. As técnicas vão falando com o mesmo, alertando-o para isto, mas este mostra-se mesmo confiante na existência de uma cura.”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

Esta vivência e convivência instável com a doença do familiar leva a um desgaste nos membros da família, geralmente maior consoante a proximidade do laço familiar ou do apego à pessoa e agravada quando existe uma longa duração da doença, o que acontece na DM como doença crónica; especialmente nas perturbações em que albergam comportamentos mais estigmatizantes e resultam em algumas incapacidades na pessoa doente.

“É fundamental, muito mais importante que o nosso papel é o papel deles que é diário, por isso mesmo eles são um dos nossos alvos, estão cansadíssimos, muitos estão em *burn out*, já não acreditam. Falta-lhes essa esperança...” **Entrevista VI**

A sobrecarga não é só física ou económica mas também emocional. Muitas vezes as famílias não compreendem com o que estão a lidar e receiam não ter mecanismos de resposta, o que provoca sentimentos de medo e ansiedade. A sobrecarga física prende-se muitas vezes com a responsabilização por todas as tarefas que antes poderiam ser cumpridas pelo indivíduo doente e em muitos dos casos as próprias tarefas individuais do indivíduo, assim como uma vigília constante sobre o mesmo. Quanto à sobrecarga financeira, além dos gastos em medicação e assistência hospitalar, lembremos que temporariamente ou prolongadamente

(dependendo sempre da patologia mental presente) o familiar doente pode-se encontrar incapacitado de trabalhar, não possuindo meios de subsistência (Barbosa, 2011).

É o comportamento imprevisível do sujeito doente mental que provoca muitos dos sentimentos de ansiedade no familiar; aqui mostra-se de grande importância envolver as famílias nas práticas do HD também para construir com as mesmas um novo conhecimento acerca da DM. Investir em práticas educativas e divulgação de informação, para que as famílias não só possam compreender melhor a doença e as suas manifestações, mas para que possam estar atentos a sinais de agravamento e de possíveis recaídas, tornando-se também neste processo, aliadas desta equipa de saúde mental.

No presente hospital de dia esta é uma das preocupações que faz parte da agenda desta equipa. Mensalmente existem sessões de psicoeducação para familiares de utentes com doença mental grave; estas sessões são dinamizadas por um grupo multidisciplinar composto por profissionais da área da psicologia, serviço social, psiquiatria, enfermagem e terapia ocupacional. A coordenação deste grupo é da responsabilidade do/a psicólogo/a da equipa; pontualmente estes grupos recebem convidados exteriores que se mostrem adequados ao tema em discussão, mas não tem sido frequente.

“...nós, temos de ter sempre um papel muito ativo em relação à família, por isso é que temos estes grupos de famílias, ou mesmo fora do grupo as chamamos cá para entrevista quando os doentes estão cá (...) Porque eles facilmente, muito facilmente ficam cansados e não é preciso muito, basta uma situação de crise e muitas das vezes, desconhecimento acerca da doença, atribuem muitas das atitudes para feitiço e é muito mais difícil nós tolerarmos feitiço do que doença. (...) Se deixarmos chegar ao limite e não lhes ligarmos, acontece que eles vêm cá deixa-los e nunca mais os vem buscar, dizem que não os querem levar mais para casa; isso nunca aconteceria se, se sentissem verdadeiramente apoiados, nunca teriam receio de chegar ao limite novamente.” **Entrevista VI**

Todos os que frequentam este grupo têm a doença mental como uma realidade em comum, assim como o acompanhamento a um familiar doente. A partilha de histórias, desafios e estratégias além de enriquecer o grupo dá-lhes um sentimento de descanso ao saber que não estão sós e que são compreendidos. “As intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia têm como objetivo reduzir os níveis de *stress* do ambiente familiar, proporcionando informação acerca da doença e formas de tratamento, melhorando os padrões de comunicação na família, e melhorando as estratégias de *coping* e as competências da família para a resolução de problemas.” (Guedes, 2008, p. 77); além da potencialidade da educação para a saúde que é aqui feita e do treino de competências conseguido, uma grande vantagem destes grupos é a convivência com pessoas que lidam com a mesma situação; o convívio com outros familiares que compreendem as vivências e a dor destes, fá-los sentir que

podem estar à vontade para desabafar os seus sentimentos e dificuldades, pois serão compreendidos.

O grupo pode ainda funcionar como grupo de suporte, encorajando e reforçando forças uns nos outros, partilhando e/ou desenvolvendo novas estratégias adaptativas à situação. Além dos grupos de psicoeducação, as equipas de Saúde Mental podem ainda utilizar sessões de aconselhamento, psicoterapia e consultadoria. (Pereira *et al*, 2006); “o valor dos grupos multifamiliares em que as trocas podem acontecer pelo encontro com “os outros”, pela expressão de emoções e sentimentos esperados nesses grupos, além do aprendizado de informações que poderão trazer mudanças de atitude para com a doença mental e, conseqüentemente, para a pessoa que a sofre.” (Pereira, 2003, p. 9).

Muitas vezes o familiar (ou figura cuidadora) pode mesmo negligenciar a sua saúde assim como as suas responsabilidades profissionais ou mesmo pessoais, de tão envolvido que possa estar neste processo de prestação de cuidados.

“... Eu acho que há famílias à beira da rutura, mas que mesmo assim, se empenham no bem-estar do doente e outras que o abandonam. O seu papel é muitíssimo importante, porque são os principais cuidadores e têm um papel muito ativo no percurso do doente.” **Entrevista III**

Para que o fenómeno de inclusão social do doente mental que se pretende que seja bem-sucedido é muito importante lembrar que deverá haver um ajuste de todas as partes envolvidas: serviços de reabilitação, família, comunidade e até do próprio doente mental. O trabalho com a família é nesse sentido muito importante, evitando comportamentos estigmatizantes que podem provir da mesma como situações de ocultação da doença do familiar por embaraço, isolar o familiar em casa, atitudes paternalistas que fomentam no indivíduo o abandono das capacidades de autonomia; todas estas atitudes acabam por ser reprodutoras do já muito presente estigma que gira em torno da realidade da DM. “Certa vez, uma colega enfermeira disse estar com as mãos atadas diante de uma família que deixava seu membro em um quarto nos fundos da casa, amarrado com correntes nos pés, vivendo em um ambiente onde a sujeira prevalecia. No município o paciente era conhecido como perigoso; ninguém, além de sua mãe mantinha contacto com ele, apesar de se aproximar somente para o oferecimento de comida.” (Cury, 2005, p. 23). A situação aqui em exemplo é de facto lamentável porém não é ingenuamente desacreditada, reconhecendo esta e outras situações em que o mau trato ao familiar doente mental, possam acontecer. Mais uma razão para que exista uma proximidade à família do doente mental por parte desta equipa, agora com intenções de vigilância, as visitas domiciliárias podem ser utilizadas como um excelente recurso.

Conhecer bem o seu utente é conhecer o seu mundo fora do hospital de dia e esse conhecimento passa por um estreitamento de relações com a sua família e em conjunto com esta, compete ao profissional do hospital de dia acreditar, que este processo em que se envolve é real e os seus ganhos também; contemplar a reabilitação social como um processo que baseado na metodologia do *empowerment*, parte das potencialidades do indivíduo para o armar de inúmeras capacidades que possam dar resposta às suas exigências enquanto pessoa e enquanto pessoa com experiência em doença mental.

Os profissionais deste hospital de dia devem utilizar os mesmos vínculos de empatia que estabelecem com os seus doentes para cativar os seus familiares, e conseguirem assim o seu envolvimento mais próximo e empenhado (Cury, 2005).

Hoehing e Hamilton (1966) citados por Guedes (2008) introduzem o termo *sobrecarga da família*, apresentado como o peso carregado pela ocupação dos cuidados ao familiar doente mental e dividem esta sobrecarga em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se às consequências desfavoráveis imediatas e visíveis, como aumento das tarefas, disrupção de relações amigáveis, redução da produção laboral, redução de fundos económicos, ocorrência de situações de conflito na família alargada, comportamentos problemáticos, desacatos públicos, estigma, comportamentos sexuais desadequados, investidas suicidas, etc. O aspeto subjetivo refere-se à perceção deste familiar sobre estas vivências, à forma como analisa e gere estas situações, sendo um processo interno que envolve emoções e sentimentos (Guedes, 2008).

O hospital de dia que serve de contexto a esta investigação, mostra que tem ocorrido uma maior valorização da família enquanto parceiros no processo de reabilitação do doente mental e um reconhecimento não só deste seu papel valioso, mas também do seu sofrimento,

“Percebo rapidamente de onde vem esta força e esta garra, de anos e anos de luta, de choro, de incompreensão, o sofrimento cria a nossa melhor armadura e a Mãe deste doente, parece ter estado anos a forjar a sua. Parece-me ser uma espécie de líder do grupo, não de vontade própria, mas talvez pela sua vontade na comunicação. Esta Mãe fala um pouco do seu filho e da sua história, conta que o seu filho ouvia vozes e que continua a ouvir apesar de toda a terapêutica que fez e faz, inclusive os 12 electrochoques. Relata que tem visitado o filho cá no internamento e que quando lhe pergunta pelas vozes, este baixinho e a medo diz que já não tanto mas que elas ainda falam consigo.”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

Como reflete Guedes (2008) “...decorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjetiva de desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspeto mais objetivo das tarefas que se impõem no dia a dia, desde o apoio para os

cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros.” (Guedes, 2008, p. 74). O sofrimento de todos aqueles que contactam com a doença mental é claro.

Contudo, é sentida a necessidade de salientar que esta colaboração família <—> hospital de dia não deve surgir de uma procura do primeiro, mas sim de ambos; é esperado que a família recorra ao HD, mas este e a sua equipa também devem procurar estas famílias, fomentar as suas relações com elas e apostar em capacidades de resposta para estes familiares que pelos níveis altos de *stress*, podem também despoletar uma situação de Doença Mental.

“Se calhar eu gostaria de ver a família mais implicada neste processo no hospital de dia, temos situações em que a família é chamada uma vez e depois não a vemos mais.” **Entrevista VI**

“- Como se evitam danos nas famílias: ascendentes e descendentes?

– Como se evitam? Dando mais apoio que não há e... também procuram-nos pouco, isso também nós vemos que se não forem, por exemplo aqui os profissionais a fazerem a triagem dessas famílias, não sei se do cansaço, da exaustão de ter assim um familiar ... acho que também apesar da família estar cansada não procura os técnicos para poderem ter mais apoio, acho que *é pronto é doente mensal, é assim*.

– Acha que se conformam?

– Acho que sim...

– Ou já não tem esperança?

– Eu acho que é as duas coisas, conformam-se que tem assim um filho, um sobrinho ou seja o que for... e pronto vai ser assim. Quando lhe podemos oferecer uma coisa um bocadinho diferente essa família vê esse filho, sobrinho de forma diferente.” **Entrevista VIII**

Apesar de a família ser uma figura habitual no espaço do hospital de dia, alguns dos profissionais entrevistados, lamentam que a sua envolvência não seja maior. Desmistificam esta sua presença, que habitualmente se faz apenas à chegada e à saída do doente do HD, mas não na procura e contacto com a equipa de SM. “ (...) acreditamos que as ações dirigidas à família de indivíduos portadores de transtorno mental grave devam estruturar-se de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/ profissional/serviço. Compreendendo o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental.” (Colvero, Ide, & Rolim, 2004, p. 199).

Percebe-se que a reinserção social de muitos dos utilizadores do hospital de dia não se mostra um processo fácil e por vezes é mesmo impossível. Lembremos que muitos dos portadores de doença mental quando chegam a este hospital de dia, passaram anos isolados sem diagnóstico de doença mental e quase certamente sem tratamento, período durante o qual foram perdendo muitos dos laços familiares que possuíam, perdendo os vínculos familiares mais próximos com pais, avós e irmãos. Quando chega a altura da equipa intervir muitos

destes laços já são mesmo inexistentes e quando não o são, já se encontram saturados. Como é o caso daqueles familiares que saturados dos comportamentos desadequados do doente e que emocionalmente desvinculados pelo afastamento físico, não desejam mesmo reativar esta relação. Especialmente quando a associam de imediato a comportamentos passados mais desagradáveis. Para alguns familiares o recativar deste laço afetivo, traz consigo encargos que desprezam, inclusive económicos, residenciais, assim como um desgaste emocional.

“Para não falar do cansaço, para não falar da exaustão, para não falar do banho que ele não toma, das horas que ele não dorme, da medicação que ele não quer tomar...” **Entrevista VII**

Não tendo dúvidas que a envolvência da família em hospital de dia é benéfica para todos os envolvidos no processo de reabilitação da pessoa doente mental, deve existir o desejo de que esta parceria exista. A esta equipa de saúde mental é pedida a capacidade de envolver a família do utente no seu trabalho e fazer desta mais do que um aliado, um parceiro de missão. Se isso não acontecer, este processo de reabilitação corre o risco de encontrar aqui entraves podendo o hospital de dia fazer um trabalho que seja paralelamente desconstruído no seio familiar. À equipa de um HD compete o desafio de envolver intimamente a família no processo de reabilitação que traça para cada utente, incluindo-os e informando-os dos contornos do mesmo; desta forma é permitido à família não só que conheça os quotidianos do seu familiar, como perceba e analise as suas alterações, sendo esta sua função reconhecida pelos próprios profissionais entrevistados.

“Ahhh... a família é o primeiro suporte do doente mental, havendo uma família que realmente contribua para o desenvolvimento das capacidades do doente, estamos no bom caminho e para nós fica muito mais facilitada a nossa intervenção. Agora famílias disfuncionais, as coisas complicam-se ou a não existência de família, aí, estamos num beco sem saída.” **Entrevista IV**

Cada família apresenta as suas especificidades, mas além desta parceria que deve estabelecer com o hospital de dia para a continuidade e sucesso do programa de reabilitação, compete à equipa do HD ter outros cuidados com estes familiares inclusive com a sua saúde mental. É sabido que o cuidado do familiar doente mental traz grandes encargos para a figura prestadora de cuidados. O impacto da doença mental na família pode-se manifestar pelas mais diferentes reações: desgosto emocional, sentimentos de culpa, impotência e revolta para com a doença e para com todo o processo de reabilitação, por este não ser breve e eficaz no desaparecimento total da doença, como muitas vezes é esperado; a ilusão das primeiras

compensações psicopatológicas do doente e o temor das recaídas; *stress* face ao comportamento da pessoa doente; etc.

“...ainda há muito em certas famílias o sentimento de culpa. Se eu tenho um filho doente mental, que mal terei feito a Deus, para ter um filho assim? O sentimento de culpa!” **Entrevista IV**

Tudo isto acarreta peso indireto na família que se pode manifestar não só a nível psicológico e emocional, mas também a nível material, necessitando estas famílias muitas vezes de apoio económico. Mais essencial é a equipa do hospital de dia conferir ao familiar do doente mental uma segurança, a segurança de não estar sozinho neste processo e a consciência de ter alguém a quem recorrer se a situação se agravar.

No HD é desejado fazer da família uma parceira, não só para o sucesso do processo de reabilitação do doente e para expandir as suas estratégias de inclusão social, mas também para conseguir proteger o familiar do *stress* e trabalhar com o mesmo esta situação.

4. Súmula

O propósito do conceito de hospital de dia é servir como um espaço de transição ao doente mental até à sua inserção completa na comunidade de proveniência. Paralelamente pretende evitar reinternamentos, recurso à urgência hospitalar e reduzir o tempo de internação, evitando não só a sobrecarga das instituições hospitalares mas contribuindo também para uma maior estabilidade da pessoa doente mental e do seu bem-estar. Para isto, este específico HD munese de uma panóplia de actividades que assentam nas práticas educativas, formativas e expressionistas e na grandeza de uma equipa multidisciplinar empenhada e capaz. Contudo, percebemos que as limitações deste hospital de dia e de uma melhor intervenção junto dos seus doentes passam por carências económicas, que promovem uma escassez de recursos humanos, de condições físicas mais adaptadas, assim como invalidam a realização de outras actividades ou contratação de mais e diferentes técnicos. Alguns profissionais acreditam que esta escassez de fundos seja específica da área da saúde mental, sendo uma área que “ (...) dá muita despesa e pouco lucro (...)” (Entrevista IV).

Em relação à sua equipa técnica, que se caracteriza pela sua multidisciplinariedade, evidencia-se o seu trabalho em rede pela promoção do bem-estar do doente mental e da sua completa reabilitação; porém, na verdade, alguns elementos da equipa desabafam que ainda existe muito apego aos estatutos e confinação às suas tarefas profissionais, sendo desejado uma maior entrega e desapego de rótulos profissionais, trabalhando em conjunto apenas desejando o bem final e geral do doente mental.

A estigmatização em torno da doença mental é algo sentido e discutido por todos, não só para com os doentes mas, estes profissionais comentam igualmente que já foram alvos de algumas atitudes mais discriminatórias por parte de colegas de profissão; e como tal, considera-se uma mais valia o facto de este HD ser inserido num hospital geral, o que contribuiu para a desconstrução deste estigma que a segregação do doente mental em hospitais específicos e habitualmente afastados da comunidade provoca.

A missão do hospital de dia, como referido ao longo do capítulo é iniciar o processo de reabilitação do doente mental que deverá ser seguido pela sua inclusão social, contudo é nesta transição que o hospital de dia encontra o seu maior desafio. A comunidade ainda não possui estruturas suficientes para integrar os doentes mentais, aliado a isso as ideias estigmatizantes que ainda premeiam a nossa cultura redobram a dificuldade deste processo ser bem sucedido, o que em muito entrava o trabalho do HD. É desejado que o hospital de dia também trabalhe no combate a esta realidade ora investindo em práticas educativas e de aproximação à comunidade, mostrando a verdadeira face da doença mental; quer através da publicação das dificuldades reais da reinserção social destes utentes, para que surjam outras respostas, quer no investimento em campanhas de educação e de divulgação de informações corretas acerca da doença mental.

Outro aspeto colocado em questão quando pensado o bem-estar do doente mental em hospital de dia é a rotatividade dos profissionais deste espaço. Este hospital de dia inserido num hospital universitário, recebe constantemente internos da especialidade médica de psiquiatria, internos da especialidade médica de medicina geral e familiar assim como estagiários das aqui diferentes áreas disciplinares. Em um espaço onde se pretende estabelecer relações de intimidade e confiança com os pacientes, de forma a obter uma melhor relação terapêutica, até que ponto esta transição e instabilidade de figuras de referência não poderão abalar esta relação e consecutivamente este processo.

É notável o facto de todos os profissionais entrevistados neste estudo, reconhecerem a Educação para a Saúde como uma estratégia de promoção do bem-estar do doente mental em hospital de dia. Aliás, este HD possui sessões de Educação para a Saúde que realiza semanalmente, transmitindo aos seus pacientes informações sobre as mais diversas áreas e boas práticas em saúde. Em conjunto com os participantes da investigação é reconhecido que a Educação para a Saúde pode e deverá chegar mais longe, protagonizando intervenções educativas para profissionais de outras áreas, desconstruindo o estigma entre pares; informando os doentes e as famílias que muitas vezes chegam ao HD munidos de ideias erradas acerca da doença mental; assim como investindo, até mais essencial, em iniciativas de Educação para a Saúde Mental junto das mais diversas componentes, instituições e serviços

comunitários, desconstruindo as ideias erradas acerca da DM, engrenando num ciclo vicioso que geraria em diversas dimensões um maior bem-estar ao doente mental.

V. O Sofrimento da Pessoa Doente Mental

Contrariedades

Eu hoje estou cruel, frenético, exigente;
Nem posso tolerar os livros mais bizarros.
Incrível! Já fumei três maços de cigarros
Consecutivamente.

Dói-me a cabeça. Abafo uns desesperos mudos:
Tanta depravação nos usos, nos costumes!
Amo, insensatamente, os ácidos, os gumes
E os ângulos agudos.
(...)

Que mau humor! Rasguei uma epopeia morta
No fundo da gaveta. O que produz o estudo?
Mais duma redação, das que elogiam tudo,
Me tem fechado a porta.
(...)

(Cesário Verde, 1901)

1. Exórdio

Por os temas discutidos neste capítulo não terem sido explorados na parte I – Construção do objeto de estudo, optou-se por fazer uma introdução de caráter teórico ao mesmo.

Se falar da mente acarreta ainda algumas reservas o mesmo acontece quando se fala de patologia na mesma, as *doenças da mente*, as *doenças da cabeça* – a doença mental!

Como abordado no início da dissertação, os conceitos de saúde e de doença não são igualmente de definição fácil. Saúde e doença são conceitos aqui relativos ao indivíduo e, como tudo o que lhe diz respeito, também se alteram consoante o passar dos tempos e a cultura presente. Contudo, se se aceita doença como a ausência de saúde, doença mental será então resultado de um desequilíbrio na saúde mental do indivíduo. A definição de SM é difícil de atingir visto que a própria OMS apresenta uma definição de saúde um pouco irreal, definindo saúde não só como a ausência de doença, mas como a idealização de um bem-estar físico, mental e social pleno. Como afirmam Segre e Ferraz (1997), esta definição é um pouco utópica, desejando que o ser humano atinja este bem-estar absoluto, esta perfeita estabilidade que sabemos ser dificilmente alcançável. É imprescindível relembrar a definição da OMS pelo seu poder normativo e de largo alcance, mas também pelo valor de reconhecer saúde mental como uma realidade tri construída, como o resultado de um bem-estar biopsicossocial. Contudo, não é desejado estabelecer este padrão ideal para a consideração da pessoa como

saudável, esperando que se veja como saudável o indivíduo que não se encontre em sofrimento físico, psíquico ou social e que não se ache em privação de acesso a alguma das dimensões consideradas essenciais para a sua sobrevivência. Ressalvando que, como quase tudo o que diz respeito ao ser humano, deve ser enquadrado no seu espaço cultural e temporal sabendo que as crenças pessoais (culturais), modificam as percepções individuais de saúde e de doença de cada um (Segre & Ferraz, 1997).

Doença mental engloba em si um conjunto inúmero de patologias, entre si bastante diferentes, tanto na sua sintomatologia como no seu tratamento. Aqui pretende-se dar maior atenção à patologia esquizofrénica (doença mental grave) por ser a de maior prevalência no contexto de investigação e com a qual existiu maior proximidade; sendo que, os relatos resultantes da observação participante junto destes doentes em hospital de dia e a colheita de dados empíricos junto dos seus profissionais através da técnica de entrevista, provêm e referem-se maioritariamente a pessoas com esquizofrenia.

1.1. Esquizofrenia

No conjunto das perturbações mentais a esquizofrenia é muitas das vezes considerada como a perturbação limite. Uma das doenças mentais mais graves pela sua característica de alienação total da realidade, pela sua cronicidade, assim como por habitualmente surgir em idade muito jovem. “A esquizofrenia tem sido uma das doenças psíquicas com maior gravidade clínica, com particular dificuldade de tratamento e reabilitação e com um prognóstico reservado.” (Palha, 2012, p. 7). A esquizofrenia pode afetar diferentes áreas do comportamento humano – motora, afetiva, cognitiva e social; podendo algumas das suas consequências serem a ausência ou diminuição de resposta emocional, o isolamento social, diminuição das capacidades cognitivas, apatia, etc. A etiologia da esquizofrenia ainda hoje não é totalmente conhecida, contudo é acreditada ser a conjugação de “uma vulnerabilidade neurobiológica existente, as exigências decorrentes da doença, as pressões do meio ambiente e factores de protecção pessoais e contextuais.” (Pfammatter, Andres, & Brenner, 2012, p. 9).

A esquizofrenia não parece ser explicada por estrato social, formação académica ou situação económica. Habitualmente surge próxima dos 25 anos, sendo raríssimos os casos em que surge na infância ou na velhice, sendo uma doença característica dos jovens adultos.

A nível de género a esquizofrenia não é uma doença cingida a nenhum sexo. Apesar de muitos autores não encontrarem esta distinção, recentes estudos epidemiológicos mostram que a prevalência é mais no género masculino; como se constata na população que compõem o contexto de investigação. Os autores Rabasquinho e Pereira (2007) constataam na sua investigação sobre as questões de género na saúde mental, a polémica que existe nas

tentativas de explicação de algumas associações entre patologia psiquiátrica e género. Uma das teorias que os autores encontram é a de indicadores psicossociais, defendendo que as mulheres usualmente mais habituadas a interiorizar o *distress* manifestam futuramente como resultado disso patologias associadas à ansiedade, depressão e impulsos suicidas. Por outro lado os homens, culturalmente aceites e encorajados a manifestações de desconforto e de luta, exteriorizam com mais frequência as suas vivências de *distress*, manifestações que se podem relacionar com comportamentos mais violentos, anti sociais, uso de substâncias e também suicídio (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Atualmente o principal modelo utilizado para a compreensão etiológica da doença é o *vulnerabilidade-stress-coping* que considera que em determinadas circunstâncias, muito específicas, a dimensão biológica do indivíduo com uma predisposição para a doença, aliada à influência de fatores ambientais stressantes e na incapacidade de mobilização de mecanismos de *copping*, pode potenciar a situação de doença, proporcionando-se condições para a mesma. Habitualmente a sintomatologia desta doença mental grave é classificada em sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos devem ser interpretados como aqueles mais flagrantes, ativos e exuberantes; os sintomas negativos referem-se habitualmente a défices e resultados mais residuais da doença. São exemplos da sintomatologia positiva os delírios, as alucinações (sejam elas auditivas, visuais ou com menos frequência tácteis e olfativas), o comportamento bizarro e a agitação psicomotora, a perturbação do pensamento e o descuido com o seu trato e higiene pessoal. Como sintomas negativos são mais comuns os défices a nível tanto do pensamento como da linguagem, incapacidade emocional, inadaptação para sentir emoções e prazer, isolamento social e uma diminuição, por vezes gradualmente crescente da falta de iniciativa e de vontade na envolvência das mais diversas atividades. Aliados a estes também são característica da doença a audição do próprio pensamento pela forma de vozes internas e a sensação de ter tanto os pensamentos como as ações controladas por entidades superiores e exteriores a si. É habitual estas entidades serem perseguidoras do sujeito e possuírem um carácter religioso ou grandioso, como outras estruturas implementadas na sociedade. As alucinações mais comuns de carácter auditivo são percebidas como vozes exteriores à sua e podem transmitir as mais variadas mensagens, contudo habitualmente estas assumem um carácter ameaçador ou depreciativo para com o sujeito doente (Teixeira, 2009).

A esquizofrenia está severamente marcada por um estigma social e na verdade de entre todas as outras patologias psiquiátricas é aquela que mais depressa usam para retratar os definidos como *loucos*, violentos e agressivos. Culturalmente caracterizada como a doença da loucura extrema, incurável, responsável por comportamentos violentos, agressivos e mesmos criminosos, o diagnóstico de esquizofrenia aprisiona o indivíduo numa redoma, esta colocada

por si ou pela sociedade. Sendo mais do que reconhecido que a esquizofrenia é uma das patologias mentais que mais estigma acarreta (Teixeira, 2009).

É importante salvaguardar que devidamente medicada, a esquizofrenia apesar de possuir o carácter de uma doença crónica pode ser controlável. Consoante mais cedo for iniciada a terapêutica maior é a remissão da sintomatologia e poderá existir uma perfeita adaptação a uma vida académica, profissional, familiar e social (Alves, 2011).

1.2. O outro lado dos psicofármacos

Os psicofármacos foram introduzidos no mercado em 1950 e este foi um marco de grande importância na saúde mental; possibilitou a compensação psicopatológica de muitos portadores de doença mental, surtiu a necessidade de iniciar processos de reabilitação psicossocial e permitiu a reinserção social de muitas destas pessoas anteriormente isoladas em manicómios e outras instalações desenhadas ou não para si.

Psicofármacos é a denominação comum dada ao conjunto de medicamentos utilizados para a atenuação e controlo da sintomatologia da doença psiquiátrica, com uma valiosa utilidade especialmente nas doenças psicóticas. Existem inúmeros psicofármacos aplicados consoante a patologia e a terapêutica recomendada pela equipa de saúde mental. Após terem sido consultadas várias fontes bibliográficas que apresentam os diferentes psicofármacos, numa tentativa de simplificar a interpretação dos mesmos, foi optado seguir a divisão mais frequente e apresentá-los em quatro categorias: ansiolíticos (ou hipnóticos); antidepressivos; antipsicóticos (ou neurolépticos) e estabilizadores de humor (Câmara, Rocla, & Balteiro, 2011).

1.2.1. Antidepressivos

A depressão é algo que passou a fazer parte do nosso vocabulário na atualidade, cada vez mais diagnosticada e comentada, fruto das diversas campanhas que pretendem mostrá-la como doença e limitar o embaraço de padecer desta patologia. É característico do ciclo vital humano vivenciar momentos de luto ou de privação, de perda, para os quais a tristeza, a ansiedade são respostas esperadas. Mais uma vez este diagnóstico de DM prende-se com a quantidade, assim como com a durabilidade desta tristeza. Situações em que este sofrimento se mostra desproporcional à situação que o causou e não vai diminuindo com o passar do tempo, provocando grande sofrimento e isolamento à pessoa, desfigurando as suas práticas pessoais e profissionais, aponta para a existência de um síndrome depressivo. Além dos antidepressivos serem uma maior valia terapêutica é defendido que estes devem ser aliados a

algum tipo de psicoterapia, se não serem preferidos como segunda opção em relação à mesma.

Atualmente existe uma ampla gama de antidepressivos que são habitualmente classificados de acordo com a sua composição química ou consoante o seu mecanismo de ação. Desejando apenas fazer uma breve referência aos mesmos, não serão aqui aprofundados. Os antidepressivos foram um dos psicofármacos que obtiveram maiores desenvolvimentos e atualmente a sua utilização é considerada segura. Contudo admitida a possibilidade de dependência, deve ser feito um desmame gradual desta medicação e há autores que recomendam a manutenção do antidepressivo durante um período médio de 6 meses, após a remoção do quadro clínico (Gomes, 2012). Porém, alguns antidepressivos podem ainda provocar queda de pressão, boca seca, tontura, insónia, aumento de peso e problemas a nível de constipação intestinal e retenção urinária (Cordioli, s.d.).

1.2.2. Ansiolíticos

Segundo o Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed 2009) a utilização de ansiolíticos em Portugal encontrava-se no período entre 2000-2009 em crescimento, resultando num aumento dos encargos económicos para o Sistema Nacional de Saúde (Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010).

A ansiedade é uma resposta natural do indivíduo que, quando ativada em situações de perigo mobiliza mecanismos de ação para a defesa e sobrevivência da pessoa. Em doses normais, esta surge como um mecanismo de defesa da integridade do sujeito. A diferença entre normalidade e patologia é traduzida pela quantidade desta ansiedade, pelo desconforto e sofrimento que pode trazer ao sujeito nos seus níveis elevados, tendo sérias implicações no sono e na alimentação, sendo um fator privador destas duas necessidades vitais. A ansiedade está presente em quase todas as perturbações mentais como sintoma secundário; nas perturbações da ansiedade é a manifestação principal (Cardoso, 2001).

As chamadas reações adversas ou efeitos secundários são outros efeitos que se manifestam em sintomas ou sinais no indivíduo, que não são os desejados com a prescrição da terapêutica; no uso dos ansiolíticos estes efeitos alteram-se consoante o medicamento em utilização, contudo podem passar por: perdas de memória, sonolência, cansaço, dificuldades de concentração, diminuição dos reflexos, dependência e síndrome de abstinência (Cordioli, s.d.).

1.2.3. Antipsicóticos

Os antipsicóticos recomendados no tratamento da esquizofrenia, possuem uma eficácia comprovada na redução e controlo dos sintomas psicóticos positivos – delírios, alucinações, agitação psicomotora, comportamento desorganizado, catatonia²³, etc. Contudo, são também usados para o controlo da agressividade em casos de demência, prescritos ainda para o transtorno bipolar do humor ou para a depressão psicótica. A grande limitação dos antipsicóticos são os efeitos adversos extrapiramidais relacionados com o controlo dos movimentos, os efeitos mais comuns são a distonia²⁴, a acatisia²⁵, discinesia tardia²⁶, a síndrome neuroléptica maligna²⁷ e o parkinsonismo²⁸.

1.2.4. Estabilizadores de Humor

Em relação aos estabilizadores de humor a sua denominação é clara, este grupo de medicamentos atua nas subidas e depressões de humor especialmente nos transtornos bipolares, destes o lítio continua a ser o mais utilizado. Algumas das suas contra indicações passam pelo aumento do apetite e um lógico aumento de peso, sabor metálico na boca, tremores finos e náusea (Cordioli, s.d.).

²³ Caracteriza-se pela perda total de iniciativa motora, postura fixa e estática e afastamento da realidade. Quando em estado catatónico, a pessoa permanece imóvel como se de uma estátua se tratasse, completamente abstraído do mundo em redor, não cumprindo as suas necessidades biológicas de sono e de alimentação. Outros extremos hão de agitação catatônica, onde o indivíduo protagoniza um conjunto de movimentos violentos, agitados, repetidos, sem lógica ou intenção alguma.

²⁴ Contrações involuntárias que surgem habitualmente após o início da toma do medicamento, que se manifestam em qualquer grupo muscular (tronco, membros, face e pescoço), (Lobosque, 2007).

²⁵ A Acatisia traduz-se numa inquietação motora, que impossibilita o sujeito de manter períodos de repouso prolongados, devido à necessidade constante de se mobilizar. A Acatisia assim, provoca no sujeito uma constante inquietude e ansiedade e impossibilita-o de realizar muitas tarefas que requeiram estar parado, pela incapacidade de relaxar e de permanecer imóvel; os sujeitos habitualmente alternam constantemente o estar sentado e o estar de pé (Cordioli, s.d. ; Lobosque, 2007).

²⁶ Movimentos involuntários e repetitivos na zona inferior da cabeça, língua, mas que podem atingir qualquer parte do grupo muscular, afetando outras zonas da cabeça, tronco e membros; geralmente é o resultado do uso prolongado de altas doses de antipsicóticos. Estes sintomas usualmente pioram com altos níveis de ansiedade e melhoram com o sono; sendo recomendada a diminuição da dose de antipsicótico (Lobosque, 2007).

²⁷ É uma reação muito mais rara e grave que pode mesmo levar à suspensão do antipsicótico; caracteriza-se por rigidez muscular, febres, taquicardia, delirium's, oscilações da pressão arterial, sudorese, etc (Lobosque, 2007).

²⁸ Diminuição dos movimentos dos membros superiores e da expressão facial. Aquisição de uma marcha compacta, “robótica”; hipersalivação; movimentos lentos e diminuição da espontaneidade dos mesmos; rigidez; tremor das extremidades e da língua (Cordioli, s.d.).

2. O Sofrimento da Pessoa Doente Mental

“ - Sofrimento... é uma palavra na qual encontra o doente mental?

– Há um doente mental que vive um grande sofrimento e há um doente mental que não vive um grande sofrimento. Há uma pessoa “normal” que vive grande sofrimento, como há uma pessoa “normal” que não vive um grande sofrimento.

– O que distingue o doente mental que vive do que não vive esse sofrimento?

– Apoio, retaguarda, estabilidade quer social quer emocional...”

Entrevista VII

São aqui debatidos os conceitos de sofrimento e de doença, apresentado um sofrimento com resultado à situação de doença, especificamente de doença mental grave – crónica; discussão esta que surge pela intencionalidade deste capítulo, apresentar - o sofrimento da pessoa com experiência em doença mental. Apesar de se considerar que as produções bibliográficas sobre a realidade da doença mental continuam a não ser suficientes para a sua abrangência e melhor conhecimento, existem sim várias publicações que falam da doença, abordagens terapêuticas, também da estigmatização em seu torno; mas são inópias aquelas que questionam o vetor central de toda esta discussão – o próprio doente mental e a sua vivência de todo este processo.

Apesar da pessoa doente mental não ser nesta investigação um participante direto nem alvo de um encontro mais privado na colheita de dados empíricos, é em torno dela e pelas preocupações para com o seu bem-estar que esta investigação se move e orienta. Falar da pessoa com experiência em doença mental e da promoção do seu bem-estar nos serviços de saúde fez acreditar a início, que a investigação tomaria os mais diferentes rumos, não suspeitando que o sofrimento da pessoa doente fosse um deles. Este é o encanto da investigação etnográfica com categorias definidas *à posteriori* - permitir que a investigação se faça de dentro para fora, partindo sem concepções feitas ou decisões tomadas e explorar a descoberta por si mesma.

Com o desenvolver da investigação com o decorrer desta estadia no terreno, que se revelou intensiva pela imersão total no mesmo, tronou-se notável que seria impossível não abordar o sofrimento da pessoa doente mental. Assistir e ouvir as suas palavras, perceber as suas privações diárias, a impossibilidade de acesso a direitos que considerámos básicos como a cidadania, a exclusão de um emprego, o afastamento de uma vida familiar plena e o próprio sofrimento físico e mental que este sujeito experiencia vendo-se destituído de saúde, tornou impossível ignorar o assunto.

“- Sofrimento... é uma palavra na qual encontra o doente mental?

- *Sim.*

- Que dimensão pensa ter este sofrimento?

- *Limite!*” **Entrevista III**

Abordar as questões da doença e do sofrimento para com a mesma estimula uma reflexão não só em torno dos conceitos e vivências da doença mas também do sofrimento. O que será na verdade isto do sofrimento? É nestes conceitos mais claros, mais comuns, que se ouvem quotidianamente que parece ser mais custoso apresentar definições e teorias. Pode entender-se que sofrimento será o resultado de um outro sentir de difícil definição, também pela sua popularidade – a dor. “Assim, o sofrimento é um estado de desconforto que envolve uma perda ou ameaça de perda a nível da identidade e integridade do indivíduo e uma alteração da sua perceção de futuro (sofrimento antecipatório).”, (Mcintyre, 1995, p. 21).

O sofrimento surge na vida de todo o individuo acreditando-se mesmo que faça e que até deva fazer parte da mesma, como um padrão de equilíbrio; este sofrimento é habitualmente resultado de uma dor, seja ela física ou psíquica, consequência de uma tragédia, acidente, traição ou até do “*mal de inveja*”. A dor surge no indivíduo quando algo lhe fere o seu equilíbrio, quando algo perturba o seu bem-estar biopsicossocial, como resposta a esta dor instala-se o denominado sofrimento seja ele passageiro ou não.

O sofrimento está na maior parte das vezes associado a sentimentos de ansiedade, nervosismo, tristeza, impotência, desmotivação – dor. Contudo, se olharmos em redor e pensarmos nos nossos conhecidos é preciso fazer um auto alerta que parece valioso ao longo de toda esta leitura: somos seres individuais e entre nós todos tão diferentes. Com isto quer-se dizer que com mentes tão únicas e com funcionamentos tão singulares, o sofrimento apesar do seu declarado estatuto negativo e perturbador pode e é vivenciado de forma diferente por cada indivíduo. Este sofrimento associado à tristeza e desalento por vezes despoleta na pessoa mecanismos de ação - raiva, agressividade, iniciativa, atitude; lembremos situações de sofrimento devastador em que o mesmo leva a ações de mutilação para consigo ou para com os outros, potencia a fuga ou é mesmo pai do início de vinganças planeadas ou mesmo de projetos de vida dedicados a este (Milheiro, 1999).

2.1. Vivências do sofrimento

O sofrimento mental de que inicialmente é desejado falar não é concebido como doença mental, refere-se a situações de mal-estar, como resposta às vivências quotidianas da pessoa. Neste sofrimento mental característico de todos nós, a autora Fátima Alves (2011) faz uma

distinção que nos parece extremamente lógica e de plena concordância: o “sofrimento normal” e o “sofrimento mental continuado” (Alves, 2011, p. 138).

“E mesmo sem ser as pessoas com doença mental grave, também... as situações da consulta, situações mais ligeiras que vem e muitas das vezes até procuram a consulta de psiquiatria e a base do problema muitas vezes até é social, desemprego, parte económica e isto também sentimos um bocadinho na nossa consulta de intervenção em crise.” **Entrevista VII**

Já exploramos um pouco as noções introduzidas em saúde mental com o avançar da psiquiatria comunitária, sendo uma delas a noção de *crise*. Crise é toda a situação de mudança que exige ao indivíduo um esforço complementar e que o coloca numa situação de risco e vulnerabilidade, quer seja a nível biológico, psicológico ou social; que requer do indivíduo ou do grupo um esforço extra para manter o equilíbrio. A crise é um momento de maior vulnerabilidade, logo um momento de risco podendo a pessoa desenvolver uma patologia. Existem dois tipos de crises – as crises de desenvolvimento ou desenvolvimentais e as crises acidentais (Gondim, 2007).

As crises de desenvolvimento consideram-se crises porque são momentos de grande esforço por parte do indivíduo e tem um carácter complexo, contudo são momentos que habitualmente fazem parte do desenvolvimento do indivíduo e por isso já são esperados. Fala-se da puberdade, a gravidez, o primeiro emprego, o estabelecer de uma relação, etc.; apesar de serem momentos considerados como integrantes do ciclo vital, a forma como o indivíduo passa por eles depende do mesmo, dos seus fatores pessoais e recursos sociais, depende também da qualidade e intensidade do *stress*, daí cada sujeito vivenciar estes momentos de forma diferente (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008).

“Ouço-as falar do jovem que faleceu, ou melhor, que foi assassinado. Faço de conta que não escuto a conversa, não quero participar na mesma, o jovem de que falam era meu colega de faculdade...”

Conseguem a minha atenção quando contam que uma das médicas da equipa assistiu a mãe do jovem na urgência, esta estava indescritivelmente devastada. Como lida uma mãe com isto, penso. Não lida, uma mãe nunca foi preparada para ver os seus filhos partir, nunca deveria ter de o ver.”

Nota de Terreno de 06 de maio de 2013

As crises acidentais são momentos com os quais não se contava, não fazem parte do desenvolvimento, são situações como a morte de um filho, uma doença própria grave ou num familiar próximo, o desemprego, desastres naturais, um incêndio, guerra, etc. (Dias Cordeiro, 2005).

Este sofrimento mental introduzido anteriormente refere-se a isto mesmo, á forma como a pessoa lida com estas situações de crise no seu quotidiano; “[a]s pessoas denominam como ‘sofrimento normal’ aquele que resulta de ‘contrariedades’ que se inscrevem no curso normal da vida (...). Este tipo de sofrimento mental apresenta impactos imediatos na vida das pessoas, mas é transitório.” (Alves, 2011, p. 140). E a regra parece ser mesmo esta, o carácter transitório do considerado “sofrimento normal” e o carácter hospedado do “sofrimento mental continuado”; o primeiro não se apresenta como característica do indivíduo mas sim, como reação á vivência atual ou próxima, já no sofrimento alongado este parece ser interiorizado pelo indivíduo e passar a fazer parte de si. (Alves, 2011).

Quando este sofrimento mental se prolonga e deixa de parecer dentro dos padrões (dificilmente definidos) da normatividade, pode evidenciar-se um sofrimento patológico e não se nega a possibilidade de uma perturbação mental.

O sofrimento como resultado a uma interferência no circuito quotidiano do indivíduo pode então despoletar uma perturbação psiquiátrica, fala-se mais especificamente das perturbações da ansiedade ou até da depressão. Porém, este sofrimento não tem o poder de estabelecer uma relação causa-efeito, nem sempre este sofrimento se prolonga e mesmo quando isso acontece, nem sempre desencadeia doença mental.

“Mas aquilo que eu vejo dos doentes é sofrimento, uns menos do que outros, não é?! O menos doente eu acho que sofre mais, porque têm mais crítica, sabe melhor o que se passa consigo. O mais grave está em sofrimento e muitas vezes nem o diz, somos nós que nos apercebemos.” **Entrevista VIII**

O sofrimento da pessoa doente mental que é pretendido discutir neste capítulo resultado das observações feitas neste serviço de psiquiatria, mais especificamente em contexto de hospital de dia é o resultado e não a causa da doença mental, sendo que este encontro se faz com pessoas já adoecidas. Este sofrimento seja antes, depois ou durante a doença mental existe habitualmente de forma prolongada, abate o sujeito e todos aqueles com quem ele convive; este sofrer de que agora falamos vai além de uma dor física ou de um mal-estar psicológico; passa pela impotência: a impotência no controlo da doença, a imprevisibilidade da mesma, da sua cronicidade, dos efeitos secundários da medicação, pelo estigma, a vergonha de ser doente mental e todas as castrações sociais que este acarreta.

A doença presente em todos nós mas por todos vivenciada de forma diferente, embora encarada como um dos aspetos certos da vida humana, possui evidentemente uma predominância negativa; resultado de um desequilíbrio interno do organismo do indivíduo ou da sua relação com o meio envolvente. É esta doença que provoca sofrimento no indivíduo,

além da dor física e psíquica, na maioria das vezes traz consigo uma ameaça à sobrevivência do indivíduo, o que o deixa em plena alerta e preocupação. “A doença põe em questão o que a pessoa é, o que ela pode fazer, e o que poderá a vir ser.” (Mcintyre, 1995, p. 22).

“Acho que é a maior dificuldade que nós vamos tendo. Até porque temos bastantes jovens como sabe, que não conseguem trabalhar... por variadíssimas razões, não conseguem trabalhar. E acho que, mesmo para aderir a algum tipo de unidade sócio ocupacional, ou a qualquer centro de atividades ou nem que seja de formação, acho que a baixa motivação deles acaba por bloquear um bocadinho o nosso trabalho.

– O que é que acha que contribui para essa baixa motivação?

– Doença. Está aí bastante presente, não é?! Eles acabam por não se sentirem tão capazes. O estigma também está muito presente.” **Entrevista VII**

A situação de doença traz ao indivíduo outros sofrimentos que a dor e a preocupação: despesas económicas, privação profissional, encargos para com os seus familiares, sensação de impotência e possível desamparo são alguns deles. “Enquanto sofrimento, a doença implica também em perda do poder físico e da dignidade humana: se muitas vezes no passado foi motivo de culpabilização do indivíduo, no presente, não estamos livres desse julgamento em relação aos dependentes de álcool, das drogas, aos trabalhadores de ambientes insalubres...” (Berlinguer & Cebes-Hucitec, 1988, p. 219) e acrescento, aos que padecem de doença mental, existindo muito ainda a crença popular de que o doente mental é o preguiçoso que apenas não deseja crescer e trabalhar.

“ (...) que as pessoas são incompetentes, que as pessoas não querem trabalhar, há pessoas que até acham que as pessoas com doença mental não devem casar, não devem ter filhos... e estamos a falar da doença mental, não estou a falar só da doença mental grave, estou a falar no seu espectro geral. Mas sem dúvida... a responsabilização, as pessoas acham que são os próprios doentes que tem culpa da sua própria doença.”

Entrevista VI

Estas ideias discriminatórias para com a pessoa doente mental, como vemos no discurso do/a profissional entrevistado, continuam bastante presentes na atualidade e são estas que geram sentimentos como a desmotivação na pessoa doente mental.

O facto de se apontar a doença como um atentado à condição humana, como perigo para a mesma, a par com os comportamentos de segregação que sempre existiram para com as pessoas doentes são potenciadores dos ainda hoje reproduzidos culturalmente estigmas para com as pessoas doente mentais, fator que despoleta nos mesmos grandes cargas de sofrimento. “O facto de se apontar a doença como perigo para a humanidade (...) têm incentivado a segregação dos doentes desde a antiguidade como se fazia com os leprosos, e

como se veem fazendo nos dias de hoje com os doentes mentais...” (Berlinguer & Cebes-Hucitec, 1988, p. 220).

“ (...) pessoa que perturba, que incomoda, que não trabalha, tudo, tudo! Que é uma pessoa com uma doença muito grave, ahh... agressivo, que não quer trabalhar!” **Entrevista VIII**

As ainda muito presentes concepções erradas acerca da doença mental na sociedade provocam grande sofrimento às pessoas doentes mentais. No decorrer desta investigação é relatado pelos profissionais entrevistados a ideia da preguiça como uma destas ideias erradas mais presentes, esta ideia, consiste em não reconhecer a doença mental como patologia, acreditando que estes doentes são apenas infantis e preguiçosos, que se apoiam neste diagnóstico para não ter de enfrentar uma vida profissional.

2.1.1. A Doença Mental como Doença Crónica

Considera-se significativo sublinhar que qualquer indivíduo que passe por uma situação de doença prolongada vivencia experiências de perda e inicia um processo de luto; este geralmente movido por mecanismos de adaptação ou readaptação constante à sua nova realidade, ou de pura conformação e desistência, sentimentos muito encontrados nas doenças crónicas como é caso disso a doença mental grave. Mesmo quando a doença crónica não é fatal como no caso das perturbações psiquiátricas acarretam um grande sofrimento tanto para a pessoa doente como para os seus familiares e amigos. A doença crónica caracteriza-se pela sua vitalidade ou seja, por habitualmente acompanhar todo o percurso vital da pessoa doente. De longa duração, afeta profundamente a vida do indivíduo e exige um recurso constante a terapêuticas, sejam elas medicamentosas ou não, necessitando de constante intervenção médica, investindo mais no controlo da sintomatologia do que na cura (Paúl, 1995).

A doença crónica requer habitualmente um compromisso da pessoa e uma aprendizagem constante por parte desta, para lidar com as suas manifestações diárias.

“Sim, sim... esclarecer, como se falar abertamente na doença, sintomas (...) acho que eles estão mais alertas e compreendem melhor a situação do que se não estivessem esclarecidos.” **Entrevista VIII**

Na doença mental isso passa pelo conhecimento e controlo da medicação, reconhecimento dos sintomas e prevenção de possíveis recaídas, adesão a técnicas sócio ocupacionais e um investimento nos seus processos de inclusão social. É habitual que o doente mental necessite de se organizar em torno da sua doença o resto dos seus dias, passando esta a definir grande

parte de si. Todas estas estratégias passam por uma fase de aprendizagem habitualmente feito junto dos técnicos de saúde mental ou em grupos de pares como é o caso dos grupos de psicoeducação que o hospital de dia deste hospital possui, onde um dos objetivos mais difíceis é conseguir ao máximo a autonomia do sujeito no controlo e na vivência da sua doença crónica.

“O mal dos doentes é que eles pensam que estão bem e deixam de tomar a medicação, mas isso, o mal já não é daqui, é da cabeça deles. Só que às vezes eles ficam tão bem, tão bem que pensam que já não precisam tomar a medicação e vão a baixo. (...) raramente têm cura, o pior é aparecer que depois quase nunca têm cura. E é verdade, é muito difícil as coisas de curar... porque não têm cura, acho que a doença mental não têm cura. Pronto, se é bipolar não têm cura; esquizofrenia, não têm cura; as depressões, na minha opinião se tomasse os medicamentos, mas não têm cura; esgotamentos mais tarde ou mais cedo têm uma recaída, não têm... pelo que eu entendo a doença mental não têm cura.” **Entrevista IX**

Julga-se pertinente perceber que a doença mental não é algo transitório ou passageiro na vida da pessoa, as suas crises, momentos de maior descompensação e agitação devem sim ser situações pontuais, sendo para isso de grande importância existir um bom acompanhamento à pessoa doente; porém, padecer de uma doença mental é um processo vital e que por isso exige uma constante adaptação e mobilização de mecanismos de resposta.

2.1.2. O Doente Mental em Internamento

Como anteriormente se mencionou, adoecer é socialmente considerado como fator de fraqueza, vendo essa pessoa como menos capaz; contudo no caso da doença mental, o doente parece ficar aos olhos da sociedade mais fragilizado, rotulado como louco e incapaz, especialmente quando este é levado ao internamento em instituições de saúde, o que confere visualmente uma maior gravidade à sua situação de doença. Porém como outras patologias a doença mental exige cuidados médicos e terapêuticos e muitas vezes o internamento é a resposta necessária. Além do internamento existem outras respostas instituídas para o seguimento da pessoa doente mental sejam elas através de consulta externa ou em registo de hospital de dia sendo o objetivo deste a reabilitação psicossocial e a reinserção social do indivíduo, trabalhando para isso na sua reorganização pessoal (Oliveira & Miranda, 2001).

As autoras Liliam Oliveira e Cristina Miranda (2001) na investigação realizada com pessoas doentes mentais em regime hospitalar que passam ou passaram pela vivência de um internamento, percebem que todas elas mostram alguma dificuldade em falar desses momentos. O estar numa situação de internamento psiquiátrico, este habitualmente de carácter fechado, traz por si só agravamento do sofrimento da pessoa adoecida. Quando ainda

consciente de si, o que poderá não acontecer nas doenças psicóticas, o doente lida com o sofrimento de se ver afastado da sua família, privado da continuidade da sua situação profissional e desvinculado das suas rotinas e interações sociais. A agravar este sofrimento já instalado, por vezes o doente vê-se desprovido de esclarecimentos por parte da equipa de saúde mental, sentindo-se ainda mais alienado.

“ (...) toco duas vezes à campainha para que percebam que se trata de um profissional do serviço e de fato rapidamente uma auxiliar me abre a porta. Talvez a bata branca seja o meu passaporte de entrada, pois não me faz qualquer tipo de questão (...)

Da porta vejo parte do corredor da ala dos homens, estes deambulam pelo mesmo, um pouco sujos e de pijama a maioria. (...)

O interno e as enfermeiras explicam-me que o serviço de psiquiatria, especialmente o internamento, não serve só para doença mental, mas também para casos sociais. Quando não existem outras respostas, as pessoas ficam aqui a aguardar resposta social; pessoas que não tem para onde ir ou meios de subsistência, pois o hospital nunca pode (de forma alguma) dar alta a uma pessoa que não possua retaguarda social, ou seja, o doente pode ter alta médica mas não alta social e assim mantém-se no hospital. Sendo esta política de conhecimento público, há muitas pessoas que abandonam cá familiares, especialmente os idosos (...)

A Enfermeira conta que há cerca de duas semanas, suicidou-se cá um doente com um cinto na casa de banho, usando os apoios que existem lá para aqueles com mais dificuldades de locomoção. Foi a própria que encontrou o corpo e mostra-se um pouco perturbada com isso.

(...) O Interno comenta que acredita que este doente seja mesmo capaz de o fazer e que não se trata apenas de uma chamada de atenção. Ao ler o processo deste senhor, percebo que tem personalidade *borderline* e que está cá internado por se ter barricado em casa e ter pegado fogo à mesma (...) As enfermeiras alertadas para esta situação pedem ao auxiliar que faça uma busca aos quartos em procura de cintos, lâminas e outros afins que o doente possa usar para se magoar; fazem-no em todos os quartos, pois pode acontecer explicam-me, situações de trocas ou roubos (...) Alerto a enfermeira para o perigo do doente estar com o isqueiro, pois pode incendiar algum quarto como tentativa de suicídio, já tendo recorrido ao fogo anteriormente. A Enfermeira explica-me que tenho razão, mas que a única coisa que pode fazer é ficar alerta, pois não pode retirar o isqueiro ao senhor, sendo um direito que este possui.”

Nota de Terreno de 29 e 30 de abril de 2013

A temporada passada no internamento deste serviço de psiquiatria foi curta, por acreditar que seria o hospital de dia a dimensão que melhor responderia aos objetivos da investigação. Contudo, de forma a perceber o percurso da pessoa doente neste serviço, também o internamento foi alvo de observação participante.

As observações feitas neste internamento de psiquiatria foram suficientes para compreender porque podem estas temporadas provocar no sujeito um sofrimento tão grande. Além do corte e privação de contacto com a realidade exterior, neste espaço fechado, o doente priva com um contexto longe de ser tranquilo. Neste internamento existem as mais diferentes

patologias e fenómenos. O doente aqui internado habitualmente para compensação psicopatológica, pode ter de lidar com situações quotidianas como o caso de suicídio e/ou desacetos. O convívio com estas situações e a pouca disponibilidade da equipa para um atendimento mais personalizado, pode causar ao doente elevados níveis de *stress*. A pouca disponibilidade que se fala traduz-se unicamente na escassez de recursos humanos que este serviço possui, especialmente no corpo de enfermagem. Estes profissionais que veem o seu tempo híper ocupado acabam por dar prioridade a funções mais emergentes como a gestão e aplicação da terapêutica. O doente em internamento terá não só de lidar com a sua doença e sofrimento como assistir ao de outros, estando neste internamento concentradas as mais diferentes patologias e situações. Seria talvez desejável um ambiente mais tranquilo e mais específico em nível de organização patológica, sabendo que existem determinados doentes que em contacto com outras patologias diferentes podem agravar os seus comportamentos²⁹. Mas não é essa a realidade. Tratando-se de um hospital geral que serve grande parte da região e sem outras opções de resposta, existe a obrigação de acolher as diferentes situações e patologias. Sendo também uma realidade flagrante e preocupante a sobrelotação dos hospitais psiquiátricos. Sabendo que existe uma constante exigência na gestão destas camas, que nunca têm sido suficientes para dar resposta aos altos números de doentes psiquiátricos em necessidade de internamento.

“Na realidade ambos os internamentos estão cheios e sem capacidade de resposta. Quando assim é e há necessidade de internar, enviam-se os doentes para um hospital de saúde mental que existe na região, onde estes podem permanecer apenas por sete dias. Ao fim deste período, o hospital têm de dar uma resposta. O Doutor conta que muitas vezes, são colocadas camas extras nos corredores para estes doentes, ou que se recorre à opção dos *serviços hospedeiro*, que é quando o doente ocupa uma cama em outro serviço, por falta de vaga no seu. Percebo que é de facto uma situação melindrosa.”

Nota de Terreno de 12 de março de 2013

Reconhece-se que esta seja uma realidade longe de terminar. É cada vez mais público a sobrelotação dos serviços de saúde mental sejam eles inseridos em hospitais gerais ou em hospitais específicos de saúde mental, especialmente na região norte do país. É desejável ilustrar que a situação de um internamento sendo uma medida terapêutica necessária e habitualmente imprescindível, gera grande sofrimento no indivíduo e deixa no mesmo marcas que habitualmente nunca mais se eliminam. Sendo a superação destas situações traumáticas de internamentos psiquiátricos um dos desafios ao processo de *recovery* da pessoa com experiência em doença mental.

²⁹ Como explorado no capítulo anterior – Reabilitação em Hospital de Dia.

Após o internamento hospitalar, o doente pode passar a frequentar o Hospital de Dia ou consultas externas tanto de psiquiatria como de psicologia, período durante o qual terá de lidar com um outro sofrimento, a experiência do estigma em torno de si e da sua doença (Oliveira & Miranda, 2001).

2.1.3. Questões de estigma

A estigmatização em torno da doença mental é um processo inegável que afeta todos aqueles que de alguma forma contactam com esta doença. Este estigma que parece inferiorizar o sujeito doente parece aumentar consoante também aumenta a gravidade da doença, sendo a doença mental grave como é exemplo disso a esquizofrénica, a mais estigmatizada. Este processo de estigmatização fomenta no sujeito doente e provoca na sociedade processos de desacreditação desta pessoa a nível cultural, político, laboral, familiar e social; restringindo muitas vezes o acesso da pessoa a dimensões sociais para muitos tão claras, como a construção de uma carreira, o casamento ou a constituição de uma família (Serafini, et al., 2011).

A estigmatização é um fenómeno complexo e acredita-se que provenha do desconhecimento social que ainda existe para com a doença mental. Este comportamento estigmatizante levado a cabo por pessoas, grupos ou instituições manifesta-se nas mais variadas atitudes e comportamentos discriminatórios tais como, apelidar o indivíduo de nomes menos abonatórios:

“ (...) o maluquinho, o doido, o louco, o deficiente, com um parafuso a menos, mau da cabeça (...) Como o meu marido me diz: *Não sei como lidas com aqueles malucos todos!*” **Entrevista IX**

“Um dos excertos do manifesto fala superficialmente sobre a questão do estigma e os doentes, vítimas do mesmo, não deixam escapar, um deles diz: *Acho importante que fale aí do estigma, pois continua a ser um grande problema!* Um outro doente acrescenta - *Só de saberem que nós estamos aqui, já somos discriminados. O estigma não é só por saberem que tenho doença mental, mas só por participar nestas atividades já sou estigmatizado.*”

Nota de Terreno de 19 de março de 2013

Esta discriminação também se perpétua nas dificultadas oportunidades de acesso ao emprego, o evitar estabelecer interações com a pessoa experiente em doença mental, o questionamento do seu direito à maternidade\paternidade, entre outros. Sendo a estigmatização uma das maiores dificuldades do processo de *recovery* da pessoa doente mental e por isso, um dos seus desencadeares de sofrimento.

2.1.4. Efeitos adversos dos psicofármacos

Outro sofrimento que a pessoa doente mental experiencia, ainda em contexto hospitalar, prende-se com a própria terapêutica para a sua doença. Como já abordado, os psicofármacos - medicamentos que atuam nas doenças de fórum psiquiátrico, possuem uma série de efeitos adversos que podem mesmo condicionar ou impor limitações ao quotidiano destes indivíduos. Não se pretende desacreditar a necessidade da medicação na patologia mental, especialmente na patologia mental grave, pois reconhece-se não só a necessidade da mesma como a sua eficácia notável sendo exemplo disso a estabilidade de doentes esquizofrénicos, quando devidamente medicados e o oposto quando não o fazem.

“ Assisti ao seu deambular pelos corredores e às tentativas dos médicos e enfermeiros de falar consigo, uma verdadeira missão impossível. Não estava ninguém dentro daquele corpo. O Doente apenas deambulava, trocava os olhos, parecia perdido e falava sozinho, falava para algo ou para alguém que apenas ele via e ouvia. Apesar das várias tentativas da enfermagem, recusou-se a tomar a medicação e estas são contra uma tentativa forçada. Criou-se um ambiente um pouco instável, pois devido ao passado mais violento deste senhor, criou-se ali um certo receio.”

Nota de Terreno de 11 de março de 2013

A situação relatada têm como protagonista um doente psicótico em regime de hospital de dia. Este doente que já se encontrava numa fase de estabilidade terapêutica, surge neste estado de descompensação após ter passado o fim-de-semana sem tomar a medicação. É assombroso recordar que ao fim da semana o doente abandonou as instalações do HD compensado, bem-disposto e brincalhão, despedindo-se com gracejos e brincadeiras para com as profissionais de enfermagem. O sujeito que saiu do HD não parece ser o mesmo que aqui agora entra. Na verdade, este é apenas um pequeno exemplo que pretende sublinhar a importância da toma da medicação na doença mental.

“Física, ausência de conforto, falta de dinheiro, viver num mundo extraordinariamente assustador que é o mundo onde ele vive, que o perseguem, que lhe querem fazer mal, deve ser... não é?! A tranquilidade de um fim de tarde á beira-mar, pode ser uma coisa que eles não consigam ter quando estão descompensados. Como é que se consegue ter tranquilidade e serenidade, quando estamos sempre a ouvir uma voz que nos insulta? Eu acho que ao nível do sofrimento devem ser uma grande... estes doentes, devem preencher uma grande área, grandes níveis”. **Entrevista V**

Uma outra faceta desta medicação é o sofrimento que os seus efeitos adversos provocam a estes doentes. Mais uma vez, se intensifica o sofrimento do padecimento de uma patologia psiquiátrica, em que a própria terapêutica traz consigo efeitos adversos altamente

desestruturantes, como é o caso das implicações motoras. Como tal, a decisão da terapêutica a aplicar deverá ser uma escolha bem ponderada. Em conjunto com o diagnóstico, sintomas alvo e características individuais do paciente, o seu médico psiquiátrico ou respetiva equipa de saúde mental, define o medicamento ou medicamentos a aplicar ao indivíduo.

“A doente questiona por uma nova medicação que toma, pois foi pesquisar à internet e essa medicação é utilizada no tratamento da esquizofrenia, doença que esta não tem. A enfermeira, paciente como sempre, explica à doente que existem muitos medicamentos que são utilizados para mais do que um diagnóstico e conta até vários exemplos de medicamentos que foram feitos para o tratamento de uma patologia e que depois passam a ser usados noutras. Dá o exemplo do *Vomidrine* que habitualmente se compra para controlar os vômitos em viagens, que se deve tomar pouco pois inicialmente era um anti histamínico e provoca muito sono. Continua a dar inúmeros exemplos do género, decidida a tranquilizar a doente e na verdade, parece resultar.”

Nota de Terreno de 06 de março de 2013

Neste processo é importante que haja a ressalva de discutir esta abordagem farmacológica com a própria pessoa doente, isto porque, além da pessoa se sentir mais respeitada e envolvida no processo, sentindo-o como algo seu e responsabilizando-se pelo mesmo, o indivíduo é também alertado para os efeitos secundários e não será surpreendido pelos mesmos. Ambicionando com isso manter a desejada relação de confiança entre o utente e a sua equipa de saúde mental, evitando também o abandono da terapêutica ao surgir dos primeiros sintomas indesejados (Cordioli, s.d.).

Kimura (2005) testemunha que uma das razões que leva ao abandono e à resistência à medicação psiquiátrica é o conhecer ou o experimentar dos seus efeitos adversos. Quando os efeitos adversos estão instalados e são devastadores para o quotidiano do paciente existem fatores que podem ou não fazer com que este abandone a medicação, fatores como a personalidade do doente, a vigilância familiar, as memórias de episódios de descompensação e essencialmente a qualidade da relação que possui com o seu médico, onde habitualmente recorre para pedir ajuda e esclarecimentos.

Sendo que no contexto de investigação, observa-se que esta busca de novas informações e aconselhamento não é exclusivo do médico psiquiatra, mas característico de toda a equipa de saúde mental; sendo na verdade, as enfermeiras as profissionais mais procuradas, talvez pela sua constante presença no período de frequência do doente em hospital de dia. Confirma-se que é importante esta disponibilidade da equipa para o apoio ao doente e para o ajudar não só a compreender melhor aquilo por que passa, mas em conjunto com o mesmo, apostar em soluções.

O sofrimento causado pelos efeitos adversos dos psicofármacos são reais e esta é mais uma dura realidade dentro do mundo da doença mental.

“ O Doente queixa-se de uma inquietude nas pernas, que lhe provoca bastante dificuldade em estar quieto e sentado, o que o deixa bastante nervoso. A sua psiquiatra explica que esta medicação é exatamente para eliminar isso, contudo o Doente mostra-se resistente em tomar esta nova medicação e diz de forma desesperada que não a quer; apesar das explicações e insistências da sua médica, continua a negar, chegando mesmo a dizer – *Não quero experimentar, estou farto de sofrer, tenho medo.* – Fico perturbada com o que ouço, com esta frase, como este sofrimento espelhado no rosto deste senhor com quase 60 anos, que procurava conter as lágrimas.”

Nota de Terreno de 05 de março de 2013

“ Estou exatamente igual ou pior!” E descreve sentir “ *muitos enjoos, ando tão mal disposta que nem consigo comer, estou a cozinhar e só o cheiro enjoa-me.* ”

Nota de Terreno de 26 de março de 2013

Os psicofármacos acarretam efeitos adversos desagradáveis e incómodos que têm implicações no dia-a-dia da pessoa doente, imagine-se uma pessoa que não consegue permanecer sentada e que possui dor e inquietude constante. Não sendo isentos de risco, existindo efeitos colaterais ainda mais graves, devem ser prescritos com moderação e investir em sessões de psicoeducação sobre os mesmos para que o paciente saiba ter cuidado e moderação no seu uso (Kasper, 2005).

Na utilização dos psicofármacos, como em todos os outros medicamentos, deve ser regra geral utilizar apenas dosagens mínimas necessárias para atingir os efeitos desejados e não sendo ainda possível eliminar todos os efeitos colaterais dos mesmos, fazer um acompanhamento ao doente, onde a clareza esteja presente; nas situações em que a manutenção do psicofármaco é prolongada, ainda se torna mais necessário este acompanhamento da equipa de saúde mental. Além deste acompanhamento é vital a aprendizagem que deve aqui ser feita em hospital de dia pelo sujeito acerca da aceitação e futura gestão da sua medicação, em processo de *recovery* pós hospital de dia (Lobosque, 2007).

2.1.5. O Suicídio na Doença Mental

Falar de sofrimento em doença mental implica falar em suicídio. O suicídio é uma realidade deste contexto de investigação, quando entrevistados os profissionais participantes e lhes dirigidas as questões sobre o sofrimento da pessoa doente mental por todos é apontado o

suicídio como o resultado desse mesmo sofrimento. Todos estes profissionais conseguem-nos falar de casos de suicídio que já vivenciaram:

“Já tivemos doentes que se suicidaram. Seja porque se sentiam desamparados, aahhh... seja porque não conseguiam lidar com as críticas, seja porque lhe frustraram as expectativas. Outros, por desmotivação completa...” **Entrevista I**

“... Pode levar ao suicídio por exemplo!” **Entrevista IV**

“- E tem um limite este sofrimento?

– Ai ... o suicídio ...

– Já teve algum caso?

– Vários! Não foi um, foram vários o sofrimento ... vou-lhe dizer que tratei um colega meu de curso aqui, era médico e com a doença que tinha, a esquizofrenia, começou a ter noção que não conseguia continuar a exercer a profissão como tinha sido até ali. E vinha aqui regularmente às minhas consultas e ... um dia veio aqui e eu ... estava num congresso pros Estados Unidos e ele estava mal, não quis ser atendido por ninguém. Foi-se embora e suicidou-se. E a mulher, que ele era casado, ligou-me ... foi a situação mais dura que eu tive. (...) senti-me sempre culpabilizada por não estar cá para o atender, mas esse custou-me imenso, ainda bastante tempo a pensar nisso, custou-me imenso mas mataram-se vários, vários!”

Entrevista V

Segundo a OMS (2012) todos os anos cerca de 1 milhão de pessoas morre por suicídio, fazendo com que o suicídio além de um problema social que precisa de uma intervenção urgente seja igualmente considerado como um problema de saúde pública. A realidade fica ainda mais assustadora quando o mesmo relatório avança que o suicídio é uma das três principais causas de morte a nível mundial em idade produtiva 15-44 anos e a segunda na faixa etária dos 15-19 anos. O suicídio é um fenómeno complexo que deve ser interpretado sob um olhar multidisciplinar, mas refletido consoante a situação específica, sendo as motivações e formas de suicídio, todas entre si bastantes diferentes (OMS, 2012).

Como Caycedo e colegas (2010) afirmam, um dos fatores de risco para o ato suicida são as doenças psiquiátricas, “[o] suicídio está bastante relacionado a vários tipos de doença ... Dentre as doenças, as psiquiátricas são as mais relatadas. Os resultados entre os vários pesquisadores, no entanto, são discrepantes, colocando-se como prevalentes: a depressão, a ansiedade, os delírios, os transtornos de personalidade e o uso de substâncias psicoativas (incluindo o álcool).” (Mello, 2000, p. 164).

“ – Até pensar em suicidar... nós temos aqui muitos que ...
 – Já passou por alguma situação dessas?
 – Com doentes?
 – Sim.
 – Ui, tantas! Tantas... Já cheguei uma vez a sair daqui às sete da noite só a falar com uma doente ...
 – E evitou que acontecesse algo pior?
 – Sim, sim... ela no outro dia veio e agradeceu-me, mas isto é verdade ... ela ainda é viva ... estava mesmo a pensar e já tinha tentado várias vezes, naquele dia estava mesmo disposta a deitar-se a baixo na linha do comboio e que não foi porque pensou nas palavras que eu lhe disse ... sinto-me feliz em ajudar e falar... olhe por exemplo, entrou agora o Sr. F., ele fala, fala, fala ... *«Oh Senhor F., também tenho de ir trabalhar. », «Oh, espere aí um bocadinho, espere aí, deixe-me falar consigo.»*, mas é como eu digo, às vezes a gente não tem é tempo ... eles se falam comigo também é porque se sentem bem, eu não lhes pergunto nada da vida deles, eles começam a falar e uma pessoa ouve, tenta dar atenção, carinho e tentar desviar as ideias más da cabeça deles (...)” **Entrevista IX**

Além da relação de confiança com a equipa de saúde mental, o apoio dos pares que reconhecem a situação como sua é fundamental. Estimular relações entre sujeitos em hospital de dia poderá ter este benefício, o apoio entre pares.

2.1.6. A solidão da pessoa doente mental

A estigmatização é um dos impulsos ao isolamento social da pessoa doente mental. Pelas represálias sociais, a pessoa doente prefere dar-se ao isolamento, evitando expor-se em contextos sociais onde se sinta ameaçado. Esta autoexclusão de que o doente mental é protagonista remete para outro dos grandes sofrimentos da pessoa doente mental – a solidão.

“Relatam muito sofrimento, principalmente quando têm consciência do que eram e do que são, quando têm esta consciência do que perderam. Muitos deles sentem que perderam a juventude, os amigos e que perderam capacidades, que perderam tudo. Ah... e que perderam a capacidade de serem pessoas como as outras, de ter um trabalho, uma família, um casamento, uma casa ...” **Entrevista I**

Para muitos dos doentes agora em hospital de dia a doença surgiu em idades jovens mas demorou anos a ser aceite pelo doente e seus familiares e a iniciar o seu tratamento. Na verdade, quase todos os doentes em hospital de dia durante a observação participante, possuíam um longo passado de doença não controlada durante o qual protagonizaram comportamentos menos positivos – tentativas de suicídio, momentos de completo isolamento social, assalto a contas bancárias, agressões a familiares, etc. Mesmo quando a terapêutica para a doença é iniciada atempadamente, a resistência para com a mesma devido á

incapacidade de *insight* do doente ou mesmo de processos de negação familiares, pode levar a interrupções na medicação e a constantes recaídas, levando o indivíduo a novos internamentos e em cada internamento existe uma nova rutura com a sua estrutura comunitária.

“A Enfermeira conta que ficou surpreendida por saber que o doente já esteve preso durante 10 anos por roubos, tráfico de armas, descreve o senhor como hostil e um pouco agressivo. A Assistente Social admite estar um pouco assustada pois percebe que este senhor vive perto da sua rua e que é constantemente internado, devido a desacatos que provoca na vizinhança.”

Nota de Terreno de 05 de março de 2013

Nos processos que se mostram bastante atribulados é usual estas pessoas perderem muitos dos seus laços afetivos e familiares: os laços afetivos começam a desvanecer-se quando o sujeito está ausente dos mesmos ou porque se encontra internado ou porque se isola em casa, ou porque os amigos já não o reconhecem e aceitam, começando a relação a deteriorar-se.

“(…) imaginemos um utente que esteve em casa fechado durante os últimos cinco anos.” **Entrevista I**

Quando o indivíduo se sente recuperado percebe que afinal o tempo que passou foi longo de mais e o que o mundo de que se recorda já não mais existe; esta tomada de consciência da realidade, imagina-se como um processo devastador para a pessoa. No caso das relações familiares apesar do encargo que a doença mental grave acarreta para os mesmos, têm tendência a aguentar-se mais tempo. Em muitos dos casos são os familiares que acompanham o processo da pessoa em HD e todo o seu processo de reinserção social. Porém, nem sempre a história assim se desenrola, pois devido às enormes cargas de *stress* que o familiar do doente mental gera muitos laços familiares também são extintos. Ora como sintoma da perturbação, ora como escape aos comportamentos sociais discriminatórios, ora ainda pela inexistência e rutura de laços afetivos e familiares, o isolamento social é algo com que a pessoa doente mental parece sempre acabar por ter de lidar.

2.2. Questões de vergonha

Uma questão que nos é trazida por Guilherme (2011) é a da vergonha: a vergonha de padecer de uma perturbação psiquiátrica. No que diz respeito à doença mental grave, a autora faz a seguinte divisão: vergonha externa e vergonha interna. A vergonha externa é focada no ambiente externo que confere ao sujeito sentimentos de inferioridade e inadequação, como “visto e julgado pelos outros”; a vergonha interna provém de uma auto avaliação que o sujeito

faz e que conclui que esta abaixo dos outros, sendo por isso “mau, indesejável, fraco, inadequado ou repugnante.” (Guilherme, 2011, p. 3). Esta vergonha que a pessoa doente mental experiência está relacionada com a incompreensão que ainda existe para com a doença mental, sendo esta incompreensão por si só determinante de maior sofrimento para aquele que padece da mesma. Continua a ser complicado conseguir aceitação da patologia psiquiátrica como doença junto de muitos meios, especialmente no caso das perturbações de humor em que parece que o doente simplesmente adocece. Esta incompreensão aniquila o apoio que o sujeito poderia obter de amigos e familiares, sendo uma grande valia, se não a de mais valor no seu processo de *recovery*.

“... por exemplo uma depressão, quem nunca teve contacto com uma pessoa com depressão, quem nunca teve empatia como uma pessoa com depressão, a depressão é uma doença esquisita ... como é que uma pessoa que têm tudo, pode estar triste? Pode não fazer nada e meter-se na cama? Não lhe falta nada! Têm uma boa família, têm um bom trabalho, porque é que está triste? Ela que se deixe de coisas e que vá trabalhar.” **Entrevista IV**

A vergonha e a incompreensão social para com as manifestações da doença mental, mais uma vez fomentam no indivíduo a procura do isolamento. A solidão não é algo que se experiencia só quando se está desacompanhado, quando se está só. Na verdade, podemos estar rodeados de pessoas e sentirmo-nos sós e ter experiências de solidão; solidão vai mais além do estar sozinho, é não se sentir integrado em determinado seio social, não se identificar com os seus ideias ou ver-se excluído pelos mesmos, sentir-se afastado, não ter identificação com. Perese e Wolf (2005) afirmam que a grande maioria das pessoas com doença mental grave em comparação com um terço da população em geral dedicam-se à solidão. Solidão esta que provém habitualmente das já discutidas relações perdidas ou interrompidas e da autoexclusão que geram. Nos resultados do seu estudo, Guilherme (2011) apresenta que quanto maior é o nível de vergonha interna, maior é também o nível de vergonha externa, desconfiando que existe aqui uma relação; acredita-se então que a vergonha interna não seja exclusivamente criada pela externa, mas drasticamente potenciada por esta aumentando os níveis de *stress* e de ansiedade da pessoa (Guilherme, 2011).

A cidadania interpretada como o assumir do papel de membro de uma comunidade, reconhecendo todos os direitos e deveres que este acarreta é uma dimensão por vezes colocada em causa para a pessoa doente mental, resultado de exclusão social que esta vivencia. É fundamental uma educação para a cidadania e esta deve provir inclusivamente da parte dos serviços de saúde mental e suas equipas, pela transmissão de valores e ideias corretas acerca da saúde mental e da abertura de canais legislativos que assegurem a obtenção

destes direitos, para a pessoa doente mental em recuperação. Também canais de comunicação devem ser abertos com a comunidade, não só para a divulgação de informação correta, mas para estimular o contacto direto com o próprio doente mental sabendo que além da educação para a saúde, nada desconstrói melhor as ideias erradas em torno da doença mental, que o contacto direto com a mesma. Estes “ (...) devem estimular o debate, a troca de experiências, a convivência com os diferentes, o respeito à diversidade e à democracia, o direito a ter opinião, a prática da argumentação e da defesa de ideias que tenham como objetivo maior garantir a liberdade, a justiça social e a igualdade. É fundamental a existência de uma educação para a cidadania.” (Covre, 2004, p. 54).

Afonso de Albuquerque (2012), revela que muitos dos direitos de cidadania que complementamos não estão ao alcance da pessoa doente mental e dá-nos o exemplo do direito de voto que “ (...) não é exercido por muitas pessoas internadas por *doença mental*, apesar de estarem em plena posse dos seus direitos civis, o que aumenta o seu sentimento de exclusão social.”, apesar de muito recentemente se ter tornado possível o exercício de voto em alguns hospitais psiquiátricos portugueses, esta realidade é ainda bastante condicionada. Este é apenas mais um exemplo da dimensão do sofrimento da pessoa doente mental (Albuquerque, 2012, p. 171). O sofrimento parece ser uma condição da pessoa que experiencia uma doença mental. Sofrimento provocado pela manifestação da doença, pelos seus sintomas de deterioração, sofrimento nos constantes internamentos, recaídas; sofrimento com o corte dos seus vínculos sociais e desfragmentação de relações, sofrimento com os efeitos colaterais da medicação psiquiátrica, sofrimento pelas dificuldades no processo de reabilitação, sofrimento pelo desapoio das equipas de saúde mental, pela ausência de retaguarda familiar, pela inexistência de relações familiares e outras relações importantes, sofrimento pela perceção de um trajeto de vida condicionado e modificado pela doença mental, sofrimento pelo atribulado processo de reinserção social, vítima de atitudes estigmatizadoras, dificuldades de inserção no seio laboral, de fazer novas amizades, de reatar velhos relacionamentos, sofrimento com o desconhecimento e incompreensão generalizada da doença, sofrimento em conseguir ser pessoa além da sua patologia. Após despoletar o quadro de doença, o doente mental inicia o seu processo de sofrimento com e pela mesma, que parece estar longe de terminar. É aqui percebido que as dimensões do sofrimento da pessoa doente mental vão muito além das manifestações e danos da doença, chegando a dimensões sociais e culturais sendo estas de grande entrave à sua inclusão social e marcos árduos nos seus processos de *recovery*. Sendo isso mais notável em situações que a doença está controlada e que o processo de reabilitação foi conseguido, mas são as questões culturais que mais continuam a alarmar os sujeitos.

“Acreditam mesmo que com estas doenças é possível levar a cabo uma vida dada «normal»? Apesar de alguns segundos iniciais de silêncio, respondem que sim. Contam-me o caso de um doente esquizofrénico que vem cá ao serviço tomar a medicação injetável e que tem uma vida perfeitamente estabilizada, que é professor do segundo ciclo. Explicam que esta medicação demora muito tempo a fazer efeito, explicam por exemplo que um anti depressivo demora cerca de três semanas a começar a surtir efeitos e que muitas vezes, as pessoas por não verem resultados, abandonam a medicação e isso só atrasa o processo de recuperação. O mesmo acontece com a esquizofrenia, especialmente quando os doentes ficam muito tempo sem diagnóstico e sem medicação ou com fraca adesão à terapêutica; isso, permite que a doença evolua muito, sendo muito mais difícil recuperar. Contudo, não é impossível, afirmam que depende muito da pessoa e essencialmente da sociedade.”

Nota de Terreno de 06 de março de 2013

Se este sofrimento é claro e estará sempre presente, importa se calhar perceber de que forma se poderá diminuí-lo. Aguardar por revoluções na indústria farmacêutica, por medicamentos menos invasivos e desestruturantes é uma visão que se deseja ver concretizada. Até lá, existem outros passos que também podem ser dados, sendo um deles o investir na desconstrução das ideias estigmatizantes para com a doença mental e num investimento ao apoio da pessoa doente mental criando espaços, onde estes possam mesmo após contexto hospitalar recorrer para acompanhamento e apoio. A modificação da legislação e a prática da já criada é algo que também se aguarda, de forma a tornar as nossas comunidades mais sensíveis à inclusão social da pessoa doente mental.

3. O Sofrimento do familiar da pessoa doente mental

“Não nega sentir os olhares das pessoas, os julgamentos dos rostos, as interrogações das expressões que encontram; mas, que nestes momentos, apenas segura a mão do filho com mais força e ergue a cabeça. O que não sofrem e já sofreram estes pais...”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

Padecer de uma perturbação mental é algo doloroso tanto para o sujeito doente como para os seus familiares que assistem a este angustioso processo que também lhes acarreta sofrimento. Como discutido, as perturbações psicóticas onde o doente não possui capacidade de *insight* para a sua doença, não se reconhecendo como tal, acarretam para os seus familiares maiores encargos e problemas muito específicos. A família do doente psicótico têm de lidar com a situação de o ver adoecer, processo que muitas vezes não é entendido como tal. Com o despoletar da doença desencadeiam-se comportamentos no indivíduo como o isolamento

social, apatia emocional, desconfiança desadequada para com os familiares, falar de coisas que não se reconhecem como existentes, delírios, etc. Muitos destes comportamentos, característicos da doença esquizofrênica surgem habitualmente em idades jovens, e em muitos dos casos demoram a ser reconhecidos pela família como sintomas de doença, “[p]erante os primeiros sinais da doença mental, com frequência na adolescência ou no adulto jovem, os familiares começam em regra por não lhes atribuir o seu significado real e a confundi-los com reacções a situações de stresse e do dia-a-dia ou a algum problema vital mais relevante.” (Albuquerque, 2012, p. 149).

A família passa aqui por um processo de incompreensão destas manifestações e de impotência, pois não compreende qual a melhor atitude a tomar, chegando a encontrar momentos de aflição (Colvero, Ide, & Rolim, 2004). É ao atingir estes momentos limite, de grande sofrimento, que a família habitualmente decide recorrer às instituições de saúde e descobrir, para muitos confirmar, que o seu familiar padece de uma perturbação psiquiátrica.

A autora Fátima Alves (2001) explica que as famílias dos nossos dias não se encontram preparadas para lidar com um doente mental em suas casas, justifica que numa sociedade que se quer cada vez mais individualizada, as famílias são “ (...) geralmente um grupo pequeno constituído, na maior parte dos casos, por um ou dois adultos e um ou dois filhos. Residem em habitações pouco espaçosas, frequentemente do tipo apartamento: e durante o dia, todos estão ausentes...” (Alves, 2001, pp. 209-210). A autora ilustra que além dos problemas emocionais e financeiros que a família da pessoa doente mental irá ter de lidar, também existem problemas menores, mas igualmente desestruturantes como os de organização.

“Eu acho que há famílias à beira da rutura, mas que mesmo assim, se empenham no bem estar do doente e outras que o abandonam. O papel [da família] é muitíssimo importante porque são os principais cuidadores e têm um papel muito ativo no percurso do doente.” **Entrevista III**

Estes novos rituais de organização que são exigidos á família passam não só pela vigilância do familiar doente como pelo assumir de novas práticas tais como, acompanhá-lo em deslocações, gerir a sua medicação, assim como assumir responsabilidades que eram anteriormente assumidas por esta pessoa; aliado a tudo isto, este familiar possui a sua vida pessoal com dimensões profissionais (entre outras) às quais se deseja que continue a existir um resposta contínua e adequada. A nível emocional “[m]uitas famílias verbalizam conflitos e tensões quotidianas relacionadas com os sintomas – silêncio absoluto, apatia, verborreia constante, insegurança e incerteza. A família, reage às situações que vive, desenvolvendo por vezes sentimentos de culpa, ansiedade e raiva.” (Alves, 2001, p. 10).

“Ahhh... a família é o primeiro suporte do doente mental; havendo família que realmente contribua para o desenvolvimento das capacidades do doente, estamos no bom caminho, e para nós fica muito mais facilitada a nossa intervenção. Agora famílias disfuncionais, as coisas complicam-se ou a não existência de família... aí estamos mesmo num beco sem saída.” **Entrevista IV**

“Entretanto toma a palavra e partilha um pouco da situação que vive com a filha e o sofrimento em que se encontra. Esta senhora mostra estar num sofrimento tremendo de desespero e impotência, sem conseguir ver uma solução ao fundo do túnel; aqui o pai da jovem, levanta a cabeça dos braços e exalta-se, gritando mesmo que quer a filha de lá para fora *morta ou viva se for preciso* mas, que não a quer mais lá. A Jovem, pelo que contam, agride constantemente os pais que não reconhece como seus, especialmente enquanto estes dormem, daí o sentimento de insegurança que este casal experimenta dentro da sua própria casa. Esta Mãe, mostra-se completamente à beira de um esgotamento.”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

A situação apresentada refere-se a um dos maiores desafios encontrados pela equipa do hospital de dia durante a minha presença no mesmo; é a história de uma jovem rapariga esquizofrénica em regime de HD mas que raramente o frequenta, resistente à medicação e com delírios em relação aos seus pais, que não reconhece como seus e que acredita que lhe querem mal. Viver com esta situação diariamente, para este casal sozinho e já em idade avançada, tornou-se um fardo cada vez mais difícil de suportar. A situação que exigiu um processo árduo e prolongado foi contornada com visitas domiciliárias da equipa do HD, que objetivaram a adesão à terapêutica e o incentivo à frequência do hospital de dia com mais periodicidade. Contudo, a resolução destas situações não é nunca imediata e retrata o sofrimento a que estes familiares estão muitas vezes sujeitos.

“Acho que a família tem um fardo muito pesado... acho que as famílias destes doentes ... a família, de facto, devem sofrer muito, nomeadamente com a situação de que quando esta doença aparece é provável que as pessoas nunca mais recuperem, não é?! E muitas vezes são jovens, portanto, eu vejo a família como um meio onde é preciso intervir, não só para ajudar o doente mas também para ajudar a família.” **Entrevista V**

Como acontece com a própria pessoa, a resposta da família à situação de doença varia bastante e possui fatores condicionantes. Um destes fatores à semelhança de como a personalidade do sujeito doente modifica a sua aceitação e manuseamento da doença, é a estrutura interna da própria família. Existem famílias que quer pela sua harmonia característica, quer por experiências anteriores possuem estruturas mais flexíveis “por exemplo na definição de papéis” que lhes permite uma maior mobilização de recursos emocionais, quando se trata de prestar apoio ao familiar que adoecido. O momento em que a doença se manifesta também pode ter alguma interferência na forma como a família irá lidar

com a mesma, momentos já mais exigentes como a morte de um familiar ou o nascimento de um filho disponibilizam menos atenção para com a pessoa doente. O papel que a pessoa adoecida ocupa nessa família também faz toda a diferença. Quando é o filho que adoece, habitualmente, os seus progenitores apenas necessitam de redobrar a prestação de cuidados, porém quando a situação é invertida, os filhos têm de desenvolver uma resposta que antes poderia não existir e assumir o cuidado dos seus progenitores (Alves, 2001, p. 210). Acrescenta-se ainda outros dois determinantes que podem modelar o modo como a família reage perante a situação de doença mental no seu seio, sendo um deles a disponibilidade económica que possui.

“ Quanto aos apoios solicitados pelas famílias? Ri, com algum descontentamento talvez, mas depressa afirma que são os subsídios, as reformas, os subsídios de invalidez, pensões e todos esses afins, mas diz até compreender, visto que muitos destes doentes não têm uma atividade profissional da qual afirmam rendimentos.”

Nota de Terreno 12 de abril de 2013

Em seios familiares em que a escassez de recursos económicos é uma realidade, a perturbação psiquiátrica e os encargos para com a mesma vêm agravar a situação. Estas famílias, além dos custos da medicação, deslocações aos serviços de saúde, deparam-se com a possível realidade de o seu familiar poder vir a nunca mais assumir uma prática profissional.

Um outro fator será o grau de conhecimento e de familiaridade que estas famílias possam possuir com a doença mental. Em famílias cuja informação acerca da patologia mental seja inexistente, assim como o contacto com casos reais de doença mental, será não só mais tardio o reconhecimento dos comportamentos dos seus familiares como sintomas da doença como a aceitação da mesma.

“É como eu estava a dizer, aquele que aceita melhor, porque está mais informado e a família que está também informada, é aquela velha história do feitio ou da doença... ajuda, ajuda à estabilização do doente!”

Entrevista VII

Falamos de situações em que a ausência de informação acerca da doença mental é de tal forma avultada, que se torna mais difícil lidar e aceitar a mesma, cedendo muitas vezes à estigmatização e ao desenvolvimento de sentimentos de inferioridade e vergonha para com o familiar doente. Por outro lado, “[q]uando os sintomas se mantêm ou agravam, é frequente serem vistos como «mau comportamento» que necessita de ser criticado ou punido, a não ser que já tenham conhecimento da existência de outros membros da família com doença

diagnosticada.” (Albuquerque, 2012, p. 149). Perante o diagnóstico de doença mental são muitas as reações que a família pode adotar, sendo uma delas a negação:

“ Eu não ouço. Se me vem falar do problema da minha filha eu nem sequer ouço. Não há nada a conversar!”.

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

A dificuldade de ver o seu ente querido como doente e em sofrimento cria no familiar a dificuldade de reconhecer esta situação como real e inicia uma luta contra a essa possibilidade. A negação pode também ser uma reação ao carácter estigmatizante que a doença mental acarreta, não querendo enfrentar o mundo com o rótulo de – *familiar de louco*. Não conhecendo a doença e possuindo insensibilidade para com os seus contornos e manifestações, o familiar pode projetar para o sujeito doente sentimentos de culpa e inferioridade. Sendo o hipercriticismo uma das respostas que a família adota para com o seu familiar doente mental.

“ – Também lá está, se a família é o pilar? É. E se a pessoa tiver apoio conseguem... temos aí doentes que andam aí lindamente, conseguem fazer a vida normal. Há famílias que também não aceitam como a Mãe do G., escusamos de ir mais longe. Não é?

– Sim é um caso muito complicado.

– O que é que lhe vai acontecer? Vai ter de ir para uma instituição, quer apostar?

– Pois, sim. Ele já assim com 19 anos...

– Ele no outro dia deitou-lhe as mãos as pescoço. Quando foi lá para cima da outra vez foi por causa disso... ainda ontem chegou aqui eram 11:30h e a Doutora fartou-se de mandar vir com ele e a Mãe ali ... ele já não tem respeito nenhuma pela Mãe, vai chegar a um ponto que a Mãe já não faz farinha dele e depois? Depois tem de ir para uma instituição e depois não há instituições para estas pessoas.” **Entrevista IX**

Atitudes de negação, crítica e afastamento da pessoa doente mental só prejudicam a relação deste com a sua família, repostas desadequadas e provocações podem levar a situações constantes de conflito e de instabilidade; por outro lado a distância e desamparo emocional que se cria entre a pessoa doente e a sua família inibe a partilha das suas angústias e desafios (Albuquerque, 2012).

Guedes (2008) enumera as emoções mais presentes na família do doente mental grave: “Perda”, a mágoa de sentir que se perdeu um ente querido, que a pessoa já não é a mesma; “Medo”, o receio constante, a incerteza de que o doente possa fazer mal a si mesmo ou a terceiros; “Ansiedade”, o medo de o deixar só ou de ter atitudes mais agressivas, assim como a ansiedade de surgirem recaídas; “Vergonha e Culpa” o lidar com a censura social e o auto

questionamento; “Sentimentos de isolamento”, a própria família muitas das vezes isola-se socialmente, ora por não se sentir compreendida, ora por se sentir criticada; “Sentimentos de amargura”, sendo a raiva uma das emoções integrantes no processo de adaptação familiar à doença, a inconformidade de ter de vivenciar uma situação que não se criou; “Depressão”, desalento e tristeza para com a situação; “Negação da doença”; “Negação da gravidade”, como mecanismo de defesa, interpretar a doença como algo menos grave e passageiro, ajuda alguns familiares a conseguirem lidar com a situação.

“... Têm alguma dificuldade em perceber e aceitar que a esquizofrenia da qual o filho padece é uma doença crónica, para a qual não existe cura, mas sim, tratamento de manutenção.”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

“ – É difícil ser familiar de um doente mental?

– Ah... pelo que eu vejo todos os dias? É!

- Com que frustrações lida o familiar do doente mental?

– Morre amanhã e ele ficar sozinho. Para não falar do cansaço, para não falar da exaustão, para não falar do banho que ele não toma, das horas que ele não dorme, da medicação que ele não quer tomar ... muitas famílias, essencialmente mães, pais ... eu amanhã vou morrer e ele é filho único ou até tem aquele irmão, mas que vive afastado e não tem tanta relação e ele vai ficar sozinho ... e até tem casa própria mas não é capaz de gerir a sua reforma, como é que ele vai comer? E estamos a falar de uma situação ideal, depois há situações em que as casas são alugadas e que não dá para mudar para o nome dos filhos e que não há pensão ou que a pensão é de 198€...” **Entrevista VII**

São também emoções presentes na família a “[i]ncapacidade de pensar ou falar de outra coisa que não seja a doença”, mais característico habitualmente em pais que têm o filho doente; “Problemas Conjugais”, resultado do esforço e tempo dedicado à pessoa adoecida; “Cansaço”; “Preocupação com o futuro” (Guedes, 2008, pp. 16-17) a intranquilidade com o futuro dos seus parentes foi destas, além do cansaço do cuidador, a realidade mais notada nas observações realizadas junto dos familiares dos utentes deste hospital de dia.

A sobrecarga que o convívio com o familiar doente traz à figura cuidadora acarreta habitualmente altos níveis de *stress* e de ansiedade (Queirós & Silva, 2010) o que pode chegar mesmo a comprometer a saúde, a saúde mental da família. Dimensões como o desempenho e entrega profissional e vida social podem ficar severamente afetadas; esta sobrecarga para com o cuidado do familiar doente, coloca as obrigações do cuidador para consigo mesmo em segundo plano (Pegoraro & Caldana, 2006). Um outro fator de *stress* pode ser a relação que a

família estabelece com os serviços de saúde que segundo Carvalho (s.d.), torna-se por vezes uma experiência frustrante e confusa (Carvalho, s.d.).

No caso do presente contexto de investigação a família é uma componente do processo de reabilitação e uma frequência habitual deste espaço, contudo é admitido que a presença destas faz-se habitualmente à chegada e à saída dos utentes do hospital de dia. Os familiares são usualmente convidados a dirigirem-se ao HD aquando da admissão do doente de forma a não só esclarecer algumas dúvidas acerca do *background* do utente, como para envolver a família no seu processo de reabilitação. Porém, em conversa com alguns profissionais deste espaço percebe-se o reconhecimento de que a família deveria estar mais envolvida neste processo. Questiona-se, sendo a família destinatária desta sobrecarga gigante e desestruturante não deveria existir programas de apoio frequentes para as mesmas, para ajudar a minimizar o seu sofrimento:

“ – Ah... Específico com esse nome? Não. Eu acho que acaba por ser feito, mas específico com esse nome eu acho que não. Com a exceção do grupo psicoeducativo que é toda uma equipa a intervir com os familiares, abordando temas do serviço social, da psicologia, da psiquiatria e da enfermagem e da terapia ocupacional, não.” **Entrevista VII**

“Mas acima de tudo acho que é uma porta aberta, acho que é uma coisa que antigamente o serviço não tinha tanto e agora temos. Sem dúvida que é uma porta sempre aberta á família, a família sabe que em situação de crise pode contactar connosco, mesmo sem o doente, pode vir cá e sinalizar a situação e é por isso que muitas vezes vamos a casa... lá está, antigamente não havia forma de ir a casa, agora veio o carro, temos essa ferramenta útil e fantástica que nos permite mobilizar e para já não temos restrições na gasolina, para já ... mas é uma ferramenta que nos ajuda neste apoio família.”. **Entrevista VI**

Apesar do hospital de dia não possuir outras respostas para os agregados familiares que os grupos de psicoeducação, este mostra-se como um espaço acolhedor para os mesmos. Encontrando-se sempre à sua disposição e sempre que considerado necessário, disposto a intervir.

Um dos maiores sofrimentos do familiar do doente mental é a sua própria mortalidade, ser consciente de que não é eterno e recear pelo que irá ou não acontecer após a sua ausência. No nosso país, especialmente na região norte, onde as respostas residências para a doença mental são praticamente nulas e as que existem pedem pagamentos exorbitantes, muitas famílias mais envelhecidas vivem altos níveis de ansiedade com esta incerteza no futuro (Severo, Dimenstein, Brito, Cabral, & Alverga, 2007).

“Procuram o tratamento, querem respostas mais rápidas, mais eficazes, procuram também alguns apoios económicos e sociais, pois estes doentes geralmente estão desempregados ou reformados e precisam de respostas sociais. Depois, uma das grandes questões destes familiares, é o que vai acontecer aos seus filhos, quando eles já cá não estiverem.” **Entrevista III**

“ Olhe, há uma coisa que preocupa imenso as famílias: O que é que vai acontecer aos filhos quando eles morrerem?” **Entrevista V**

A incerteza no futuro e na continuidade da prestação de cuidados ao seu familiar é de fato uma preocupação marcante e constante no familiar do doente mental. Neste processo é valiosa a colaboração com a equipa de saúde mental deste hospital de dia, esta faz por tranquilizar o familiar insistindo que serão sempre mobilizadas respostas, incentiva o familiar a viver um dia de cada vez acreditando esperançosamente que os tempos façam a mudança e que as respostas residenciais surjam. Se entretanto isso não acontecer a equipa mostra-se preparada para ativar os mecanismos que forem necessários para dar resposta à situação.

“ – Uma vez num grupo psicoeducativo, foi o próprio doente que disse, que disse assim: *Eu tenho muito medo quando a minha mãe morrer, como é que vai ser?* e eu digo-lhe assim: *Olhe F., eu não lhe vou dizer que aquele lugar na instituição X está à sua espera, isso eu não posso fazer, se não, tinha muitos lugares para reservar e as instituições estavam vazias; felizmente vocês, vão-se manter assim muito tempo apoiados e sem esta necessidade de suporte, mas o importante é que nós estamos cá!*». Conforme estamos cá para quando a família precisa nós também estamos cá para quando a família falhar, e se não for eu, há- de ser uma pessoa com outro nome, alguma coisa se há-de arranjar, na rua não ficam.

– E acredita mesmo nisso?

– Acredito, efetivamente na rua não ficam!

- Acha que vai chegar a uma altura em que as instituições vão estar abarrotadas e a rua possa ser uma opção?

– Não, não,... não quero, não ...! Não acredito nisso...

– Não acredita ou não quer acreditar?

– Não, não acredito! Porque essencialmente a nossa cultura do povo português é muito solidário (...).”

Entrevista VII

O apoio que se pede ao familiar do doente mental, vêm pelo respeito à sua necessidade de descanso, reconhecendo que a presença de um doente esquizofrénico no lar familiar vêm alterar todo o quotidiano, evidenciar algumas fragilidades, criar outras e acarretar grandes níveis de cansaço e tristeza para todos. Todas as famílias, cada um a seu jeito, sofrem com a existência da doença mental, por incompreensão, desespero, impotência, *stress* e ânsia e medo no futuro (Martens & Addington, 2001).

4. Súmula

Parece ser inegável que o sofrimento faz parte da condição de doença mental. A sintomatologia desta habitualmente severa e de carácter alarmante acredita-se contribuir para o tão grande receio para com as perturbações psiquiátricas; neste sentido é acreditado que importa divulgar a noção de que a doença mental pode ser controlada, se diagnosticada e corretamente medicada o quanto antes. Para isso interessa o trabalho da educação para a saúde, disponibilizar conhecimento correto acerca da doença mental especificamente das suas manifestações, pois detentores deste conhecimento, acredita-se ser possível uma mais rápida identificação da doença e início do respectivo processo terapêutico.

Quanto à estigmatização e exclusão social que provocam um sofrimento mordaz à pessoa doente mental, parece ser sempre mais difícil de intervir. Contudo, mais uma vez, acredita-se que a educação possa ter resultados brilhantes nessas dimensões, pois habitualmente só se teme aquilo que não se conhece.

A medicação psiquiátrica possui as suas limitações, verdade, porém não se pode negar a necessidade da mesma. Aguarda-se uma evolução notável neste sentido, que seja às empresas farmacêuticas transmitido o severo e real impacto destes efeitos colaterais, que são uma grande peça no puzzle deste sofrimento; que se invista em investigações que busquem medicamentos igualmente eficazes mas com uma maior efetividade.

Reconhece-se a importância da família na assistência e na recuperação do doente mental, é importante o seu apoio e o seu suporte além dos níveis emocionais; a presença da mesma, faz com que o doente mental não se sinta abandonado ou excluído socialmente. A família deve sempre ser integrada pela instituição de saúde no processo de reabilitação e de reinserção social do doente mental. Importa é ao familiar do indivíduo com doença mental compreender que nada há a esconder, que a doença mental é uma patologia médica igualitária a muitas outras e que sentimentos como culpa, vergonha e inferioridade não devem ser explorados. É também preciso por parte da família trabalhar as questões do paternalismo, ver além da doença mental e espelhar o indivíduo como detentor de capacidades e direitos sociais. Roga-se aos serviços de saúde mental que não ignorem o seu papel nesta parceria e que de igual modo olhem o sofrimento destes familiares como uma condição real, que estejam atentos ao mesmo pela promoção da sua saúde mental e que se mostrem plenos na disponibilização de tempo, atenção e mecanismos de apoio. Se se roga isto aos serviços de saúde, parece que se deva solicitar às patentes mais altas a necessidade de respostas de carácter residencial para esta população. A desinstitucionalização, por muitos considerado como um pau de dois bicos, veio criar esta necessidade. Se é desejado reinserir os doentes mentais na comunidade,

aproximá-los do olhar público, desconstruir o estigma, é necessário que não se fique só nas vontades e dos planos estipulados que parecem apenas propriedade do papel, sendo necessária ação. Construir estas respostas e saltar das lamentações às ações; o suporte familiar não é geral, ilimitado e muito menos imortal. Falar acerca do sofrimento de todos aqueles que contactam com a doença mental tornou notório que o estigma é um grande agravante desse mesmo sofrimento. O próximo capítulo pretenderá tratar estas questões do estigma, compreender os seus processos de construção e possível desconstrução em torno da doença mental.

VI. Processos de Construção e Desconstrução do Estigma em torno da Doença Mental

“ (...) Deus merecidamente repousava da imensa tarefa realizada e se revia nas virtudes da Criação. Presumo que terá sido incomodado por alguns anjos mais rebeldes que num atropelo se atreveram a reclamar, sem qualquer razão como é óbvio. (...) Ofendido, o Todo Poderoso castigou: «Estais loucos e para sempre assim haveis de ficar», ao mesmo tempo que os enxotava do seu jardim (...) afastados do seu seio maternal, tristes, abandonados, alguns enlouqueceram por isso e ficaram muito magros e pobres. Ao vê-los assim, os demais tremeram arrependidos e ofereceram-se para trabalhar. E para se distanciarem, eles próprios resolveram escorraçar ou enlouquecidos, os incómodos e os diferentes. (...) Subiulhes o orgulho e disseram, «Loucos são os outros... eu é que não!». Assim se criou o preconceito, na defesa contra o medo da própria loucura.”

(Milheiro, 1999, p. 27)

1. Exórdio

Os comportamentos discriminatórios e o estigma que existe para com as pessoas experientes em doença mental engendram efeitos habitualmente tão danosos, quanto a própria doença e seus sintomas (Sousa, 2012). O estigma que afeta todos aqueles que de alguma forma contactam com a realidade da doença psiquiátrica - doentes, familiares, cônjuges, amigos, profissionais de saúde e até mesmo instituições - condiciona e modifica os trajetos de vida de todos estes. O estigma inferioriza a pessoa com doença mental, minimiza a exteriorização das suas capacidades, limita o seu acesso à cidadania e à prática de outros direitos humanos, dificulta o criar de novas relações e o desenvolver de uma prática profissional (Palha, 2008). O estigma que gera no indivíduo doente mental sentimentos de vergonha e de inferioridade pode chegar a potenciar no mesmo a necessidade de isolamento, de uma quase auto exclusão social. Sendo as práticas sociais estigmatizantes, um dos maiores obstáculos ao processo de *recovery* da pessoa doente mental e da sua inclusão social (Duarte, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) apresenta bem-estar como o combinar de uma estabilidade, de um equilíbrio em todas as dimensões que caracterizam o indivíduo humano: física, psíquica e social, sendo bem-estar uma dimensão chave da saúde humana (OMS, 2001). Para que este bem-estar seja conseguido, além do processo gradual de recuperação do doente mental, deverá desencadear-se a sua reinserção social, sendo a

dimensão social do indivíduo uma componente deste bem-estar que é desejado; contudo, a exclusão social perpetuada por comportamentos segregatórios para com as pessoas doentes mentais, em muito limita esta aquisição. Nas comemorações do dia mundial da saúde mental de 2012³⁰, a organização mundial de saúde escolheu o tema da depressão para explorar, referindo-se à mesma como uma “crise mundial”, acrescentando ainda que “[a]s doenças mentais e o suicídio causam um enorme sofrimento para indivíduos, famílias e comunidades e as doenças mentais são a maior causa de incapacidade. Originam pressão nos sistemas de saúde, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE.” (OMS, 2012). Sendo já em 2001, a depressão, considerada pela OMS como “a principal causa de incapacitação em todo o mundo” (OMS, 2001, p. vii).

Reconhecendo esta problemática e acrescentando a visão do ser humano como um sujeito biopsicossocial e a necessidade de o ler desta maneira, a OMS faz igualmente um apelo no combate à doença mental: “[a]s acções complementares e um esforço conjunto ao nível da UE podem ajudar os estados-membros a abordar estes desafios promovendo a (...) saúde mental e o bem-estar na população, fortalecendo as acções preventivas e disponibilizando suporte para pessoas que têm problemas de saúde mental e suas famílias, além das medidas que os estados membros tomam através dos serviços sociais, de saúde e cuidados médicos.”³¹ Como tal é pedido a profissionais e serviços de saúde, que mobilizem estratégias que invistam na promoção do bem-estar dos seus doentes. Estratégias estas, que passam por desconstruir alguns dos maiores obstáculos ao bem-estar do doente mental, nomeadamente o estigma e a exclusão social dos quais este é muitas vezes vítima; o desconhecimento em torno destas perturbações, assim como em alguns casos, o deficiente acesso a cuidados médicos (Mourato, 2007).

Acredita-se que a Educação para a Saúde possa ter aqui um papel fundamental, podendo e devendo ser aplicada como um mecanismo de promoção de bem-estar do doente mental, ajudando a cumprir algumas das recomendações da OMS, sendo defendido por esta, o “Educar o público” como uma das principais tarefas na promoção da desconstrução das ideias estigmatizantes em torno da doença mental (OMS, 2001). O desconhecimento e a escassez de informação são duas armas que condicionam a recuperação da pessoa doente mental, contribuindo para o estigma em torno de si, estigma este tão redutor, que minimiza e exclui pessoas doentes.

³⁰ 10 De Outubro.

³¹ Conferência de Alto Nível da União Europeia – Pacto Europeu pela Saúde Mental e Bem-estar - 2008.

2. A Estigmatização da Doença Mental

“A própria noção de «doença mental» é a expressão de tal esforço, condenado logo à partida.”

(Foucault, 2008)

Dovidio e colegas (2000) afirmam que a estigmatização é um problema de toda a humanidade, um problema dos estigmatizados mas também problema daqueles que estigmatizam. A pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social e pertença a determinado grupo comunitário é colocada em questão. Esta pessoa é desvalorizada, minimizada e depreciada aos olhos dos outros. Relativamente aos que estigmatizam, esse processo implica uma desumanização, uma distância e aversão para com aquele que considera diferente de si. Os mesmos autores apresentam o estigma como um poderoso e complexo fenómeno estritamente relacionado com o seu contexto e identidades sociais presentes. Como tal é um fenómeno de construção social que implica para a mesma um mínimo de duas condições: o reconhecer da diferença baseado nalguma característica distinguível e a consequente desvalorização da pessoa que a apresenta (Dovidio, Major, & Crocker, 2000). O sujeito estigmatizado passa de certa forma a ser visto como menos humano, menos detentor de capacidades e por conseguinte menos detentor de direitos e do seu exercício.

Goffman (1993) revela que na sua opinião estigma refere-se a uma marca ou característica assumida ou presente em certo indivíduo que lhe causa uma desvalorização perante a aceitação social. Acrescenta que estigma pode também provir de crenças acerca desse tal indivíduo. No caso das pessoas com perturbação psiquiátrica habitualmente é o próprio diagnóstico de doença mental que os torna destinatários de atitudes estigmatizadoras. O conhecimento social de determinada patologia é o suficiente. O receio para com a doença mental é uma realidade de tal modo instalada culturalmente que o diagnóstico de tal doença é o suficiente para que este estigma comece, mesmo que aparentemente a pessoa não evidencie nenhuma marca ou diferença relativamente aos demais.

O estigma como fenómeno de carácter depreciativo provém de um conjunto de preconceitos. Estes constituem estereótipos negativos, como ideias pré concebidas formuladas nos processos de socialização do indivíduo. Estes preconceitos altamente generalizáveis e transmissíveis entre gerações, podem ser dirigidos a indivíduos, grupos, comunidades,

culturas, religiões, etc. É por ser socialmente definido que o estigma deve ser enquadrado na sua realidade social e temporal (Neuberg, Smith, & Asher, 2000).

Habitualmente as manifestações na pessoa estigmatizada não são físicas mas sim psicológicas e sociais; podendo estas sim levar a manifestações físicas por potenciação de doença ou auto agressões. Estas manifestações gradualmente potenciam ao estigmatizado desconforto emocional e ansiedade, exclusão e isolamento social. O estigma não é característico de uma única realidade, diferentes fatores culturais são implicados no processo do estigma e na escolha dos seus destinatários, contudo, podemos enumerar alguns exemplos mais comuns: homossexuais, pessoas infetadas com o vírus do VIH, emigrantes, pessoas de etnia cigana, doentes mentais, etc. O estigma não é unicamente dirigido a grupos sociais, pode ser dirigido a título individual, a um sujeito cujas características ou comportamentos lhe atribuem uma marca que evidencie a sua diferença da maioria; é o caso de situações de desfiguração facial, obesidade, passado violento, ser filho de um criminoso, etc. (Mendes, 2008; Suit & Pereira, 2008; Ferreira, 2008). A inferioridade que o sujeito interioriza ou pela evitação de conflitos sociais, o isolamento social é a resposta mais comum, que pode ter consequências devastadoras a nível emocional e comportamental (Dovidio, Major, & Crocker, 2000). Tendo em mente o até agora discutido é sabido que a doença mental é uma realidade que sempre foi estigmatizada, um processo longo, que se foi modificando consoante as modificações na leitura e análise da mesma, contudo, ainda hoje presente. “Ainda hoje, em sociedades ditas civilizadas/desenvolvidas, globalizadas continua a coexistir essa mistura de interpretações em torno da doença mental – *almas penadas, espíritos, possessão demoníaca, mau olhar, pragas, coisas ruins, feitiçarias, etc.*” (Gonçalves, s.d., p. 160).

2.1. A Construção histórica do estigma em torno da doença mental

O estigma é algo discutido por todos os profissionais entrevistados, antes de haver a oportunidade de questionar acerca do mesmo já este tivera saltado para a “conversa”:

“ É assim, o doente mental... o estigma, já vem para bem dizer, desde a pré história; nas tribos índias o doente mental, tinha que viver fora da tribo, à parte, ou era algo tão bom que era visto como feiticeiro. E se formos a ver, o feiticeiro, não vivia com os outros; era chamado quando preciso... por isso, já vem dos nosso primórdios e ainda não conseguimos ultrapassar essa fase.” **Entrevista IV**

Ora para discutir as questões da escassez de fundo monetários para a área da saúde mental, ora para refletir as dificuldades de inclusão social destes doentes, os entrevistados utilizam o

estigma nos seus discursos e frequentemente relembram que este não é uma construção de tempos contemporâneos.

A afirmação da doença mental enquanto patologia médica possível de diagnosticar e tratar foi o resultado de um processo muito moroso, e apesar desta vitória ter sido finalmente alcançada existem dimensões onde parece que isto ainda não acontece – a dimensão social. Ainda nos dias de hoje, a DM continua envolta em estigmas e preconceitos que em muito vitimiza todos aqueles que contactam com esta realidade.

“Tem a ver com acharem que estes doentes são agressivos, com alterações de comportamento. E as pessoas defendem-se, afastando-se... Isso tem muito a ver com a nossa história, com os hospitais que foram construídos e separavam estes doentes da comunidade.” **Entrevista III**

“Os processos de construção têm a ver provavelmente com o isolar ao longo dos anos que estes doentes sofreram. A gente, não se pode esquecer que, primeiro eles eram isolados no meio de criminosos, isto cria naturalmente nas pessoas... Portanto, eu acho que a construção desse estigma é o desconhecido, é o medo. Nós no fundo temos muito medo da loucura, da nossa e da dos outros e portanto, há que isolar, como se fosse contagioso.” **Entrevista V**

Os erros cometidos ao longo dos tempos para com as pessoas doentes mentais são uma faceta vergonhosa da história da humanidade que com o desenrolar dos tempos, se foi transformando numa melhor versão de si mesma. E são estas atitudes do passado que sustentam muitos dos receios e medos existentes para com a doença mental na atualidade, assim como de muitas ideias erradas acerca da mesma. Tendo tomado consciência dos erros do passado e agora conscientes da necessidade de uma nova postura, prescreve-se que a história para com os nossos doentes mentais se desenrole de outra forma. Nesse sentido, uma das missões do atual Plano Nacional de Saúde Mental é a reestruturação dos serviços de saúde mental integrando-os na comunidade, longe das antigas casernas no topo da colina.

“A enfermeira conta que devido a falta de vaga no hospital o doente após a ida à urgência, tinha sido internado no hospital psiquiátrico da região e que regressava hoje para o nosso internamento.”

Nota de Terreno de 13 de março de 2013

Este é um desejo que apesar de solene muito vagarosamente se têm cumprido. Na região do contexto de investigação continua a existir um hospital psiquiátrico, não tendo ainda sendo conseguida a sua transferência para serviços locais de SM. Além de lento este é um processo que não está a ter um acompanhamento de suporte na comunidade, preparando-a para esta receção, educando-a para o convívio com o que apelidam de diferente, elucidando conceitos e

fornecendo nova e corretas informações; acompanhamento sem o qual, se acredita que o estigma continuará a ser uma resposta padrão. Além dos avanços notáveis, socialmente ainda se acredita estar longe de encarar a doença mental como parte integrante do ser humano.

“Um indivíduo com perturbação mental acho que há aquela ideia do maluquinho.” **Entrevista V**

“(…) ainda ouvimos alguns jovens a dizer que não querem que se saiba que vão à consulta de psiquiatria e são jovens! Por isso, a procissão ainda via no adro. Nesta perspectiva de que as pessoas não são a sua doença, porque eu acho que até aqui, a ideia que se tem de doença mental é que a pessoa é a doença mental e não é.” **Entrevista V**

Biernat e Dovidio (2000) escrevem que a resposta a pessoas com perturbação psiquiátrica implica habitualmente o reconhecimento de uma diferença, que suporta a tal desvalorização e depreciação de que se falava. Os autores expõem que as pessoas com doença mental são colocados em categorias muito específica dentro do processo de estigmatização, representados como “doentes”, “perigosos”, “inúteis”, “frios”, “imprevisíveis” e “insinceros”³² (Biernat & Dovidio, 2000, p. 103). Os autores também reconhecem que a própria pessoa com estas características fomenta este processo de estigmatização quando pelas suas inseguranças e receio de conflitos, evitam o contacto social.

2.2. Exclusão e auto exclusão social da pessoa doente mental

No caso específico da doença mental existe aquilo que o autor apelida como – estigma por cortesia³³ - (Biernat & Dovidio, 2000, p. 103) a que Goffman (1963) chama de – estigma por associação³⁴ - situação em que o estigma dirigido à pessoa doente mental alastra aqueles que convivem consigo, como é o exemplo claro dos familiares. Numa tentativa de evitar ser destinatário deste tipo de atitudes é habitual as pessoas ocultarem os casos de doença mental na família, escondendo a situação, não falando acerca da mesma e por vezes evitam surgir em público com o familiar doente. Assim como acontece em situações de estigma dirigidos a grupos³⁵, o estigma para com a pessoa doente mental pode ser despoletado em relação a determinado sujeito ou para com a categoria em si; sendo que muitas das pessoas que

³² Traduzido do original: “sick”, “dangerous”, “worthless”, “cold”, “unpredictable” and “insincere;”. (Biernat & Dovidio, 2000, p. 103)

³³ Traduzido do original – *courtesy stigma*.

³⁴ Traduzido do original – *stigma by association*.

³⁵ Como por exemplo os homossexuais.

estigmatizam os doentes mentais nunca contactaram com nenhum, aprendendo estas conceções na sua culturalização (Biernat & Dovidio, 2000).

As representações sociais que encontramos para com a doença mental, são, como fica agora claro, resultado de aprendizagens, muitas delas realizadas em idade muito jovem até mesmo na infância. Jogos e brincadeiras em que o “*maluquinho*” era a figura intimidadora ou quando se escutou o familiar adulto a apelidar alguém de “*louco*” e a narrar histórias mais pavorosas em relação aos mesmos. É verdade que muitas destas ideias nunca chegam a ser questionadas ou até colocadas em confronto com a realidade, num contacto direto com uma pessoa doente mental, ou por leituras acerca da doença; mas também é verdade que são ideias interiorizadas e por mais que muitas das vezes inconscientes, acabam por se manifestar em discussões ou perante uma situação de doença mental. Muitos destes estereótipos além de aprendidos em idades jovens podem ser também estimulados já em idade adulta, muitas das vezes através da transmissão verbal de histórias e casos irrisórios, ou ainda também pela comunicação social (Alves, 2011). Independentemente da idade e mecanismo com que são adquiridas as ideias estigmatizantes para com a doença mental e todos os seus autores são bastantes reais, parecem longe de se extinguirem e possuem consequências devastadoras especialmente para os próprios adoecidos. Uma das manifestações mais imediatas e preocupantes da estigmatização para com o doente mental é a autoexclusão social, levada a cabo pela própria pessoa doente. O doente mental que vive com medo de represálias sociais opta por ocultar a sua doença fazendo segredo da mesma, ou isolando-se socialmente com medo que esta se evidencie e se faça notar. Quando notada o indivíduo sente-se alvo de um conjunto de agressões nas suas práticas diárias e a saturação das mesmas ou o grande sofrimento que estas lhe provocam, mais uma vez, compelem o indivíduo ao isolamento. Contudo, esta estratégia de defesa que o doente mental utiliza, acaba por também reproduzir o estigma de que é vítima, pois, dessa forma está (sem intenção) a reforçar a ideia de que o doente mental deve ser mantido afastado e isolado da sociedade. Ou seja, o indivíduo doente mental está a auto excluir-se, sendo ele próprio indiretamente ator desta estigmatização (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007).

“... O doente afasta-se das pessoas lá fora e porque ele se afasta, as pessoas também se afastam; e portanto, isto é uma pescada de rabo na boca.” **Entrevista V**

A exclusão social que é dirigida à pessoa doente mental faz com que esta sinta uma necessidade de se isolar, ou seja, este torna-se isolado porque a comunidade o isola.

O medo de receber respostas indesejáveis e a perda dos amigos cria uma barreira adicional às pessoas com doença mental, da qual resulta a necessidade de manterem em segredo a sua doença, aprendendo a não revelar os seus diagnósticos como estratégia de sobrevivência pessoal, e assim evitar respostas hostis por parte da comunidade (Penn & Couture, 2002 citado por Jorge – Monteiro e Madeira, 2007). Na doença mental, tal como Spadini e Souza (2006) referenciam existe um “paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceites dentro dos padrões habituais.”, estas situações de isolamento são bastante frequentes uma vez que a identidade social está bem subjacente nesta doença. Socialmente, e tal como referido pelos mesmos autores “a estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.” (Spadini & Souza, 2006, p. 2). Na sua generalidade, estes doentes relatam que o tempo em que não se encontram no HD passam-no em suas casas e quando saem habitualmente fazem-no sozinhos. Tendo encontrado um destes doentes de visita a uma superfície comercial da região:

“Compreende que tenha de me retirar e volta a dizer que ficou muito alegre por me ter visto e por eu não ter tido problemas em cumprimentá-la e falar com ela em público. Elogia-me novamente, diz-me que sou *um arco-íris no meio do serviço, sempre bem-disposta, vestida com cores alegres e sempre de sorriso pronto*. Acho graça a esta sua descrição e sorrio, a mesma acrescenta agora com uma cara mais fechada *sabe que a gente têm poucos amigos e sem amigos o que resta? Ficar em casa, não é?!*”

Nota de Terreno de 11 de fevereiro de 2013

Em conversas pontuais habitualmente em horário de refeições, em que o grupo socializa mais livremente, provocados algumas vezes pelas profissionais presentes, os doentes explicam que não têm onde ir nem o que fazer. Relatam que perderam grande parte das suas amizades e que dificilmente alguém estabelece uma nova relação consigo. Existem doentes que chegam mesmo a explicar que parece haver algo que os identifica e que quando as pessoas sabem, os olham de forma diferente, concluindo que é preferível ficar em casa a ser insultado.

“- Dei um passeiozinho à beira da praia, eu não me importo de ir sozinho e depois estive em casa a ver filmes no computador.

- Eu? Praia? Pra quê? Pra ficar tudo a olhar? Não, obrigada! Para isso fico em casa mas é ... há cá paciência para ir à praia.”

Nota de Terreno de 06 de março de 2013

Esta conversa entre dois doentes durante uma das suas refeições em hospital de dia é o resultado do estímulo que as profissionais de enfermagem fazem à partilha da sua vida fora deste contexto. Habitualmente acompanhadas pelas assistentes técnicas, também presentes no horário das refeições, discutem especialmente como os doentes ocuparam o seu fim-de-semana. Estimulam a que estes saiam mais de casa, que se ocupem com outras atividades. Apesar de alguns doentes acatarem os seus conselhos a maioria, na verdade, mostra grande resistência a um contacto com o exterior.

“Hoje de manhã entrei na camioneta que me leva ao hospital e encontrei lá uma paciente do serviço, fiquei admirada, nunca a tinha visto ali. Saudei-a e esta respondeu com um aceno tímido e discreto. Apesar de sairmos na mesma paragem e temos o mesmo destino, assim que saímos da camioneta afastou-se de mim acompanhada por uma jovem. Mais tarde quando veio despedir-se da equipa de enfermagem, encontra-me também neste gabinete e timidamente pergunta-me: *Você vive em [nome da cidade ocultado por questões de confidencialidade]*? Com um sorriso respondo que sim. Esta conta-me que vive numa cidade vizinha e que a outra jovem de hoje de manhã era sua irmã. A enfermeira carinhosamente pergunta - *A tua irmã por cá?* A doente explica que ainda não se sente muito bem em vir para o hospital sozinha. A enfermeira lembra - *Mas a tua irmã trabalha, não pode vir todos os dias, tens de te habituar. Porque não pedes a uma amiga?* Ao que a doente com uma expressão derrotista responde: *Eu já não tenho, nem vou ter mais amigas! (...)*”

Nota de Terreno de 11 de fevereiro de 2013

O isolamento resultado da exclusão social potenciada pela postura estigmatizadora que encontram na comunidade, apresenta-se como um grande entrave a reinserção social da pessoa doente mental. O processo de *recovery*, processo de recuperação da pessoa doente mental passa igualmente pela recuperação da sua dimensão social, essencial para nós seres humanos. Em estado de isolamento esta reinserção parece impossível e sem a conquista pela menos parcial desta dimensão, a recuperação da pessoa doente mental está longe de ser conseguida (Hickman, 2011). Para a pessoa doente mental experienciar o estigma e discriminação para consigo e para com a sua doença, leva a severas manifestações internas “[p]odem surgir sentimentos de raiva, tristeza e desencorajamento e consequentemente depressão, ansiedade e baixa auto-estima, ...” (Barbosa, 2010).

2.3. Atores que reforçam a reprodução do estigma em torno da doença mental

Refletindo um pouco nos processos de construção da estigmatização em torno da doença mental, faz de igual modo sentido ponderar acerca dos seus atores, conscientes ou não deste seu papel. Tendo já sido identificada a própria pessoa doente mental como um deles, um outro ator desta construção que chama a atenção são os próprios profissionais de saúde.

Aos olhos de muitos profissionais de saúde a doença mental ainda é lida por um prisma singular. Junto de muitos destes técnicos é ainda presente a ideia de que as perturbações mentais são distúrbios quotidianos a serem resolvidos ao longo do tempo, não reconhecendo estes estares e sentires como patologia. Por um outro lado havendo profissionais que reconhecem a doença mental como tal, também existem casos daqueles que apenas se mostram envolvidos com o paradigma biomédico, encontrando muito logicamente sérias dificuldades em compreender a doença mental. Esta desvalorização por uns e a perspetiva individualista por parte de outros alimenta o estigma associado à doença mental (Gonçalves, s.d.).

“Eles próprios [os profissionais de saúde], muitos tem estigma também, tem esse problema, sem dúvida nenhuma! E portanto, isso é trabalho, que deve ser feito quase diariamente, sabe?” **Entrevista II**

Na prática da medicina automaticamente constatamos que existe uma predominância do modelo biomédico assente nos princípios biológicos, esta postura não está errada, não se pretende passar essa mensagem sendo claro que para estudar o corpo humano a leitura biológica mais do que necessária é primordial. O desejo é relembrar que o ser humano é muito mais do que um corpo físico, é pessoa que se forma e transforma também nas suas dimensões psicológicas e sociais sendo que estas não devem ser ignoradas pelos profissionais de saúde (Oliveira, Lopes, & Luz, 2013).

Esta predominância dos modelos biomédicos na medicina é também característica da própria psiquiatria da qual se espera uma leitura mais ampla, uma visão já mais elucidada. Sabendo que a saúde mental é o resultado de um equilíbrio em todas as dimensões que formam o indivíduo humano e a doença mental pode surgir como resultado da desregulação em alguma dessas dimensões. O primordial paradigma biomédico que resume as manifestações de doença a relações de causa-efeito biológicas ignora os determinantes pessoais, sociais e culturais também envolvidos na construção da pessoa; tornando mais difícil uma leitura correta das situações de doença mental que por norma envolvem ainda ramificações familiares, que também precisam de ser tidas em consideração. Os profissionais de saúde são também influenciados pelos preconceitos difundidos culturalmente pois habitam, fazem parte de determinada comunidade. A sua formação que se acredita que mesmo curta, seja clara, acerca das perturbações psiquiátricas parece não ser suficiente para diminuir ou mesmo eliminar os preconceitos para com a doença mental. Alguns profissionais de saúde sejam eles médicos, psicólogos, enfermeiros, educadores sociais, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, auxiliares de ação médica, técnicos de diagnóstico, administrativos, etc.,

possuem severas crenças estigmatizadoras para com os doentes mentais, manifestadas muitas das vezes através de posturas mais defensivas e negativas, para com pessoas com perturbação mental mesmo em contexto hospitalar (Gonçalves, s.d.).

O recorrer a um hospital central e solicitar uma consulta de psiquiatria pode ser na verdade motivo para desconforto quando notada uma reacção de julgamento e avaliação automática.

“ - *Desculpe, mas por favor pode-me indicar onde fica o serviço de psiquiatria?* Automaticamente após esta questão a expressão do segurança até aí descontraída e disposta à brincadeira muda completamente, de olhos arregalados quase que com um ar sacudido, após uns segundos de olhar fixo e silencioso responde: - *Mas pra quê? Para consulta? Para si?* Senti-me imediatamente ofendida e desconfortável. Ofendida com a questão, ofendida com a surpresa. Só me lembro de pensar – olha a tela do estigma, completamente pintada! (...) Ainda questiono um outro segurança pelas coordenadas para o serviço de psiquiatria. Este segurança de aspeto mais jovem, tenta não espelhar facilmente a sua reacção mas percebo no seu rosto uma estranheza e o seu olhar *de cima a baixo.*”

Nota de terreno de 25 de outubro de 2012

Das interações estabelecidas com os profissionais participantes desta investigação esta estigmatização para com a doença mental, não foi notada. Além de trabalharem na e com a doença mental, este grupo encontra-se inserido na metodologia da psiquiatria comunitária que reconhece a saúde mental como o resultado da interação de dimensões psicológicas, biológicas e sociais.

“ (...) muitas das vezes até procuram a consulta de psiquiatria e a base do problema, muitas vezes até é social. Desemprego, parte económica... também sentimos isso um bocadinho na nossa consulta de intervenção em crise. Muitas vezes quando o motivo da situação de crise é um divórcio não esperado e que os rendimentos, as despesas estavam preparados para o rendimento de duas pessoas e passa a ser só uma, isso acaba por deixar as pessoas mais desprotegidas e fazê-las entrar em crise.” **Entrevista VII**

Não se espera encontrar tais ideias estigmatizantes no seio dos profissionais que à partida elegeram trabalhar com esta área e que a conhecem como ela é. Contudo, também não é esquecido a impossibilidade de fazer uma generalização. Em primeiro lugar sabe-se que este é um estudo de caso, logo corresponde a uma realidade muito específica; em segundo lugar estas atitudes estigmatizantes pelo simples facto de não terem sido observadas, não se pode negar que existam.

Quando se fala em relação aos restantes profissionais do hospital, de outras áreas que a da psiquiatria, os entrevistados relatam-nos outras visões acerca da realidade da doença mental:

“ A enfermeira concorda, diz que é verdade, que grande parte do estigma provém dos próprios profissionais de saúde e que ela mesma já sentiu isso. Conta que frequentemente lhe perguntam em que serviço se encontra e que quando responde, recebe sempre reações estranhas e partilha uma dessas reações: «- *Sério? Ainda não tens aquele ar, as pessoas que trabalham em psiquiatria acabam por ficar com um ar.*» A Auxiliar, também presente nesta conversa reclama: «- *Se não sabem, procurem quem os informe, aqui não há tolos, há doentes!*», mostrando-se revoltada com estas atitudes.”

Nota de Terreno de 05 de março de 2013

“Eu acho por exemplo, que os nossos alunos de medicina... o último grupo que eu tive aqui disse-me que não faziam ideia que a psiquiatria fosse isto, estavam admiradíssimos. Porque a ideia que eles tinham era gente a receitar fármacos... e então, eu acho que é muito importante, primeiro que os médicos percebam melhor este mundo, que vejam, que contatem, que vejam como é e o que se faz. Eu acho que há um grande desconhecimento das pessoas em geral do que se faz e do que fazemos.” **Entrevista V**

A discriminação que estes profissionais sentem pelos colegas de profissão mostra não só o estigma que possuem para com a doença mental, mas de igual modo o desconhecimento acerca das posturas e práticas psiquiátricas que fomenta o tal estigma que evidenciam. Percebe-se que existe um desconhecimento pela maior parte dos profissionais deste hospital acerca do serviço de psiquiatria e das suas práticas, julgando não só os doentes que o frequentam mas também os colegas que lá trabalham.

“- *Investigadora? Olha, expliquem-me lá o que é que a humanização investiga?*” Isto porque no meu crachá tem a seguinte informação: Marli La-Saete – Investigadora - Humanização, esta última nem eu compreendo.

- “*É uma aluna da faculdade que está a fazer uma investigação sobre doença mental e está inserida no serviço de psiquiatria, esclarecido colega?*” com um ar simpático e um sorriso malandro. As jovens enfermeiras riem e este retorquiu:

- *Ah, percebi logo que era de psiquiatria.*

- *Percebeu? (...)*

- *Percebi logo que começou a falar.*

- *Como assim colega? Olhe que os principais estigmatizadores da doença mental são os próprios profissionais de saúde, não nos juntemos às estatísticas, neh?! As colegas que o acompanhavam começaram a rir e uma delas acrescentou “é verdade, é verdade, tem toda a razão.”*

Nota de Terreno de 27 de março de 2013

“Nós vemos isso por exemplo no nosso serviço de urgência, que é um fenómeno mundial, há artigos publicados sobre isso. Qualquer pessoa que vá ao serviço de urgência queixar-se de uma dor na perna, mas se disser que têm antecedentes psiquiátricos, a primeira pessoa que chamam é o psiquiatra. Isto é um fenómeno mundial, não é propriamente um fenómeno nacional. Quer dizer que as nossas escolas todas, as dos enfermeiros também, algo não está correto (...)” **Entrevista IV**

Sousa (2012) refere mesmo que o recurso aos serviços de saúde se torna um processo dificultado para muitas pessoas com experiência em doença mental, pois implica o contacto com um dos também agentes promotores do estigma – os profissionais de saúde. Esta estigmatização no seio dos profissionais de saúde é de facto uma realidade alarmante, pois se os próprios profissionais de saúde, de quem se espera uma formação e conhecimento adequado acerca dos domínios da saúde e da doença estigmatizam a doença mental, será mais um alento à estigmatização social; reconhecendo que o saber médico continua a ter um peso marcante na nossa sociedade (Alves, 2011). Mukherjee e colaboradores (2002) consultados por Barbosa (2010), no seu estudo acerca do estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental concluem que existirá uma diminuição das ideias estigmatizantes para com a doença mental consoante o aumento de contacto com a realidade da doença; motivo pelo qual é sugerida, a necessidade de provavelmente reflectir acerca dos seus programas educacionais. São recorrentes as situações em que o indivíduo num serviço de saúde tem que ser discreto ao referir que pretende uma consulta de psiquiatria, num espaço que se espera compreensivo e isento de preconceitos para com os estados de saúde e doença, é também palco de forças estigmatizantes.

Outro palco onde o estigma é ator principal é o da comunicação social. Diariamente chegam até nós através das mais diversas fontes de comunicação, retratos e caracterizações estereotipadas da doença mental.

“ Ahhh... para a construção deste estigma muito ajudou se calhar a comunicação e o que vai sendo passado às pessoas do que é o doente mental. Quando nós ouvimos falar do doente mental, nunca é por boas razões. É o doente mental que comete crimes, os filmes que retratam manicómios antigos em que as pessoas estavam lá fechadas, se babavam e pouco mais; por isso, acho que tudo isso ajudou a construir essa imagem e ainda hoje acho que estamos muito longe do processo de desconstrução.” **Entrevista I**

Os *media* têm um papel fulcral na construção da visão pública da saúde mental, uma vez que, são um meio de difusão de informação de largo alcance. Importa aqui salientar o conteúdo destas mensagens, “[a]s imagens sobre pessoas com doenças psiquiátricas, apresentadas ao público pelos media, formam as suas atitudes e influenciam os seus comportamentos. Quando estas imagens não são corretas nem favoráveis contribuem significativamente para o estigma e para a discriminação, ajudando a criar barreiras para o *recovery* das pessoas com doença mental (...)”. É através do nosso conhecimento de determinado fenómeno que inferimos as nossas atitudes para com o mesmo, estas representações desajustadas da doença mental pelos *media*, perpetuam este estigma social

fazendo com que a opinião pública por vezes inconscientemente, assumam estas imagens “incorrectas, desfavoráveis e prejudiciais...” como verdade, assumindo-as como suas e reproduzindo-as nos seus comportamentos e atitudes (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 99).

“A comunicação social é sempre uma faca de dois gumes. As notícias são dadas muitas vezes com um intuito e provocam outro. É a maneira como abordam os temas: doente mental mata tia, doente mental faz isto, é evidente que quando vou na rua e vejo um doente mental à minha porta eu vou logo ver se a porta está bem fechada, não vão as coisas correrem mal.” **Entrevista IV**

“Às vezes fala tanto da droga porque não esclarece outras coisas? A esquizofrenia, ser bipolar e coisas assim... porque é que não falam mais, que não esclarecem mais a doença mental? Como falam tanto de sida e de droga, porque não falam mais desta doença? Podiam falar mais para as pessoas perceberem melhor esta doença.” **Entrevista IX**

“Dá mais *show off* se calhar (risos), dá mais sensacionalismo. Se calhar...” **Entrevista VII**

O perpetuar do estigma afeta não só o indivíduo doente no qual é reforçada a auto exclusão mas também a opinião pública que responde “(...) não à aquilo que observa diretamente da pessoa (...) mas aos seus estereótipos (...) que adquire através dos *media* sobre as pessoas com doença mental.” (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 100). Gadelha e Cláudio (s.d.) dão o exemplo do cinema de Hollywood repleto de obras cinematográficas que retratam casos de doença mental; contudo como os autores explicam, as histórias ilustradas são sempre protagonizadas por “personagens psicóticos, estranhos, anormais” que geram na ideia do público uma generalização da perturbação mental, como estranha, perigosa, longe da compreensão humana. Os autores depreendem que deveria ser feito um outro trabalho pela comunicação social, neste caso o cinema, inspirando uma visão mais lúcida das perturbações psiquiátricas (Gadelha & Cláudio, s.d., p. 3).

Parte das ideias distorcidas acerca da doença mental que existem socialmente, desconfia-se que sejam resultado da exposição incorreta dos doentes mentais pelos diferentes meios de comunicação social (Ferro, 2013). Numa tentativa de sensacionalismo e curiosidade habitualmente a comunicação social, expõe a imagem do doente psicótico descompensado cujos comportamentos mais escassos à norma, provocam estranheza no público. Este contato indireto com a doença mental leva a formulação de ideias erradas acerca da mesma, apenas fundamentadas nesta divulgação muitas das vezes irreal e romanceada (Sousa, 2012).

Os *media* têm um grande impacto social, mudando atitudes e influenciando comportamentos, sendo por isso o maior e o pior apoio de toda a campanha de promoção de saúde. Reclama-se à comunicação social que use o seu poder de divulgação de informação em

larga escala, transmitindo mensagens de saúde e de doença corretas e informadas, que ajudem a desconstruir este estigma, que acarreta sérias repercussões pessoais e sociais.

Já anteriormente identificamos os *media* como um dos atores principais desta visão *telenovelesca* e mítica da doença mental, importando assim redirecionar as intenções destes agentes de comunicação; “(...) os media são agentes essenciais em qualquer movimento que vise a mudança, pois assumem um importante papel na formulação de atitudes do público sobre a doença mental. (...) o público forma as suas atitudes negativas através (...) [do] que lêem e vêem. Esta é a razão pelo qual os media poderão exercer um importante papel em reduzir o estigma associado às pessoas com problemas de saúde mental, se as publicações contiverem informação correta e válida acerca do assunto” (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, pp. 99-100). A comunicação social deve registrar-se como um agente de Educação para a Saúde (EpS) e trabalhar ativamente para uma educação do *grande público*.

A família também não parece escapar às acusações dos entrevistados:

“Mas nós vemos isso entre aspas, a nível social. Nos nossos contatos sociais, aquela pessoa que foi ao psiquiatra têm logo um estigma e esse estigma antes de ser social é familiar. (...) alguém vai ao psiquiatra, há uma disfunção qualquer, um sarilho qualquer, a pessoa vai ao psiquiatra... é logo rotulada pela família.”

Entrevista IV

A família da pessoa doente mental também não é isenta de comportamentos discriminatórios, ocupando geralmente um de dois polos opostos: a excessiva proteção e cuidado ou a ocultação da doença e revolta para com a mesma. Existem famílias que adotam uma atitude paternalista para com o indivíduo com doença mental, não menos estigmatizante “[o] paternalismo, sendo também um estereótipo, classifica as pessoas com doença mental como infantis necessitando, por isso, de cuidados e protecção por parte de familiares, amigos e comunidade, no geral.” (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 98). Esta atitude estigmatizante para com o doente mental, ora desviando o olhar deste, ora redobrando proteções, não reconhece o mesmo como vítima de uma patologia com direito a tratamento; visto que atitudes como “*coitadinho, doentinho, é deficiente...*” tendem a minimizar o problema e a reduzir o acesso a igualdade de oportunidades sociais.

Se por um lado a saúde mental nunca poderá ser dissociada da dimensão social do indivíduo pois o equilíbrio mental depende, em grande medida, das relações e das interações sociais que realizamos; por outro lado, o termo doença mental é alvo de desconfiança e medo por parte da sociedade, o que espelha a falta de conhecimento e compreensão das diferentes dimensões da doença mental, criando um conjunto de crenças e estereótipos sociais. “A cultura é constituída por costumes, moral, leis, artes, crenças, conhecimento e hábitos

adquiridos pelo homem em uma sociedade, desse modo, a saúde e a doença são influenciadas por este contexto, além do reconhecimento à pessoa e das formas de tratamento” (Spadini & Souza, 2006, p. 126).

“... eu penso que muitos ainda vão imaginando o utente incapaz, violento, alienado da realidade, que deve ser fechado em qualquer sitio para tratamento ... Depende, se a pessoa disser que têm uma depressãozinha são bem recebidos, mas se disserem que têm assim uma esquizofrenia isso já assusta mais um bocadinho.”

Entrevista I

“A sociedade mantém a atitude de defesa, o que vêm aí... quando se diz que o individuo foi ao psiquiatra, ou têm uma doença mental, é preciso ter cuidado.” **Entrevista IV**

A cultura é aquilo que permeia todos os seres humanos independentemente das suas posições sociais. Toda a comunidade possui uma cultura e enquanto seres sociais abarcamos em nós parte dela. “*A própria loucura é socialmente determinada*” (Dias, 2010, p. 17), além da influência de outros fatores, o nosso comportamento é também definido pelo padrão cultural que nos conduz (Eisenberg, 1988).

“A sociedade fecha os olhos! Porque quem não vê, não peca. É o preconceito da própria doença e o grande medo de que aquilo se pegue.” **Entrevista IV**

A cultura surge aqui como uma noção bastante importante pois é através desta que se geram e se reproduzem muitos dos estereótipos e estigmas existentes. Carla Moleiro e Marta Gonçalves (2010) consideram que cultura “ (...) envolve uma visão do mundo, sistema de crenças, valores e práticas, transmitidos e aprendidos num determinado contexto, e que são característicos de um indivíduo, grupo/comunidade ou organização.” (Moleiro & Gonçalves, 2010, p. 506). A cultura é o contexto gerador destes estigmas, que vão sendo alimentados pela falta de conhecimento e pela informação incorreta e estereotipada que é difundida diariamente. Algum desconhecimento e a escassez de informação são as armas deste estigma tão redutor, que minimiza e exclui pessoas doentes, que nada fizeram para abarcar a doença mental em si

“A sociedade lida com muito receio, as pessoas geralmente têm muito receio do desconhecido e então formulam ideias que não estão de acordo com a realidade. Tudo o que é de foro mental, as pessoas têm muito medo e começam a fabular em relação a isso, e pronto, daí o estigma que existe em relação a esta temática em particular.” **Entrevista II**

As atitudes destrutivas para com os doentes mentais por parte da sociedade são o resultado de crenças aprendidas e comportamentos cultivados culturalmente. A escolha de que grupos se irão discriminar é o resultado de uma aprendizagem social, visível nas atitudes de terceiros e como já clarificado, também muito difundida pelos meios de comunicação social, inclusive desenhos animados; isto tudo, está claro, modifica as crenças culturais que por sua vez, influenciam as posturas dos indivíduos. É aqui exemplo chave o dos desenhos animados e outras comunicações infantis, pois as crianças acabam por crescer vinculadas a estas ideias discriminatórias para com os doentes mentais (Lukasz, 2010).

Sendo o estigma definido culturalmente este deve ser lido consoante a sua comunidade de pertença. Stiere e Hinshaw (2007) citados no trabalho de Lukasz (2010) referem um facto curioso – o estigma para com a doença mental é quase mundial, manifestando-se em quase todas as nações e culturas. Manifestações entre si diferentes, mas todas baseadas no princípio da exclusão destas pessoas pela sua diferença e receio que provocam. Crê-se que isto aconteça porque a lamentável postura da sociedade para com a doença mental em séculos passados foi um fenómeno mundial, tendo deixado os seus severos impactos nas diferentes nações (Lukasz, 2010). Desmistificar o receio que envolve a doença mental e que leva a estas reações sociais não deve continuar a ser um objetivo por cumprir, mas sim a utopia alcançável que nos faça continuar a caminhar e com grandes passos chegar a bom porto. Cabe a todos os atores da construção deste estigma adotar uma nova atitude para com a doença mental, sendo este o grande desafio para melhorar as condições de Saúde Mental da nossa sociedade (Freitas & Gonçalves, 2010); “[u]ma sociedade aberta deverá contribuir para pais mais abertos, crianças mais livres, cidadãos mais decentes, A transmissão far-se-á, desse modo, construindo-se simultaneamente cultura e saúde, na vida interior e exterior.” (Milheiro, 1999, p. 31).

“ Pessoa que perturba, que incomoda, que não trabalha, tudo, tudo... que é uma pessoa com uma doença muito grave ... Ahh... que até por vezes publicamente fazem desacatos, ficam transtornados ... é essa a ideia, é essa a ideia!” **Entrevista VIII**

A ideia de que o doente mental é perigoso para a integridade social é um dos maiores fatores que leva à sua discriminação e exclusão social. Temendo represálias, a segregação é a reação mais imediata. E é neste sentido que importa eliminar estas ideias erradamente disseminadas. O próprio doente mental tem um papel fulcral na desconstrução deste estigma; devido às reações estigmatizantes da sociedade, este tem tendência a ocultar a sua doença e a exilar-se. Terá de partir do doente mental a coragem de se “mostrar” em sociedade e dar a conhecer a sua doença, eliminando o desconhecimento que há para com a mesma e

desconstruindo as crenças míticas que a envolvem. No conhecimento da doença e do tratamento está a resposta para os temores e preconceitos, pois, não tememos aquilo que conhecemos e compreendemos. “ (...) as próprias pessoas com doença mental têm um papel decisivo neste âmbito e, assim, devem ser encorajadas, sempre que possível, a ir a público falar sobre a sua experiência de doença mental e principalmente sobre os seus processos, de recuperação, ambições e expectativas (...) ” (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 100). Por mais que se reconheça o esforço que aqui é pedido à pessoa doente mental, acredita-se na sua coragem e estimula-se a mesma; que fique consciente que só através destes passos mais custosos, será possível alcançar efeitos benéficos para todos.

“Ah... pronto, é algo que vai crescendo, as pessoas desconhecem, devia haver mais campanhas de sensibilização, devia haver mais trabalho nas escolas, devia haver abertura até inclusive das instituições para fora de portas, precisamente para tentar mitigar esse estigma que existe na sociedade em geral.” **Entrevista II**

A articulação das ciências biomédicas às ciências sociais foi um grande passo para a saúde mental sendo a doença mental influenciada por determinantes sociais e económicos “o conhecimento dos determinantes sociais e económicos da SM é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas numa perspetiva de saúde pública, contribuindo deste modo para melhorar a SM das populações e reduzir a carga global da doença.” (Alves & Rodrigues, 2010, p. 128). Além da construção de uma visão política integrante e conhecedora destes determinantes é também um apelo feito a todos os profissionais de saúde, que contactam quotidianamente com portadores de doença mental. O indivíduo enquanto ser biopsicossocial, constrói-se e define-se na interação destas dimensões, fazendo com que seja uma obrigação, ultrapassar o olhar individualista que se concentra apenas no sofrimento físico do indivíduo e alargar os horizontes; explorando os determinantes culturais e sociais envolvidos (Gonçalves, 2008); “[p]ostula-se o respeito pelo doente e pelas suas escolhas e exige-se dos médicos a superação do paradigma estritamente biomédico, que inspirou a sua formação por um alargamento da visão de saúde e da doença, fundado no conhecimento das práticas e dos padrões culturais que dominam a comunidade onde trabalha.” (Nunes, 1987, p. 233).

3. O Estigma na e para com a família

“Quero apregoar aos quatro ventos que o meu filho tem esquizofrenia, como se fosse um cancro ou uma cirrose”³⁶

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

No estabelecer da psiquiatria como especialidade médica e da doença mental como patologia, o tratamento aos doentes mentais não passava pela envolvência da família nesse processo. Na verdade, era considerado como preferível para o doente ser afastado da sua família, muitas das vezes apontada como a causadora desta situação. O doente ficava aos encargos das instituições, onde era isolado da sociedade e a família, era então isenta de responsabilidades para com os mesmos (Spadini & Souza, 2006). A atual prática de saúde mental defendida pelas organizações governamentais, pauta mesmo que a família como suporte social e funcional da pessoa, deve ser incluída nos seus processos de tratamento e reabilitação, sendo a primeira opção³⁷ de reintegração social do doente (Sousa, 2012).

As famílias podem apresentar diferentes posturas para com a pessoa doente mental, desde a ocultação da doença, o evitamento da interação social ou mesmo a postura paternalista para com o familiar doente (Sousa, 2012). Existindo porém, histórias notáveis de familiares que não adotam nenhuma destas posturas, apoiando a pessoa doente, lutando pela sua recuperação, sem embaraços ou ocultações. Porém, não se negam vítimas deste estigma tão redutor.

“ - *Queria apregoar aos quatro ventos que o meu filho tem esquizofrenia como se fosse um cancro ou uma cirrose. (...) Esta senhora começa a discursar que faz questão de sair à rua com o seu filho, de o levar a todo o lado, quase de o “exibir” sem vergonha ou algum sentimento de culpa sobre a sua doença.*”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

Muitos familiares dedicam mesmo a sua atenção quase total ao familiar doente mental sofrendo por isso inúmeros efeitos, desde a privação de uma vida pessoal e profissional, a possíveis situações de *burn out* pela sobrecarga emocional e física que este processo implica.

No caso específico da patologia esquizofrénica as reações estigmatizantes parecem agravar, havendo a difusão cultural de que o esquizofrénico é então violento, exhibe comportamentos sexuais impróprios, etc. Muitas das vezes, existe automaticamente a crença

³⁶ Discurso de uma mãe numa sessão do grupo de psicoeducação para familiares de utentes com doença mental grave, cujo tema era a estigmatização em torno da mesma.

³⁷ Excetuando situações em que por algum motivo, a família não apresenta condições para esse acolhimento.

de que os familiares da pessoa doente, também possam ser igualmente doentes mentais ou que tiveram algum papel causal na desenvolver da mesma.

“É o preconceito da própria doença e o grande medo que aquilo se pegue e ainda há muito em certas famílias o sentimento de culpa. Se eu tenho um filho doente mental, que mal terei feito a deus para ter assim um filho? O sentimento de culpa.” **Entrevista IV**

Em alguns casos a suposição de culpa é mesmo interiorizada pelos familiares que veem todas as suas atitudes questionadas na busca de uma explicação para a situação de doença. Tanto a pessoa doente mental como os seus familiares sentem-se rejeitados socialmente, sendo que esta rejeição pode provir mesmo do seu micro contexto – amigos, outros familiares, vizinhos, colegas de trabalho, etc. Esta faceta da sociedade que julga faz com que, como mecanismo de defesa, a família tenha também tendência ao isolamento social e especialmente à ocultação da doença. É comum os casos em que o familiar apenas partilha este *segredo* com os amigos e familiares mais próximos, e apelam a que assim permaneça; especialmente em casos de internamentos ou recaídas, habitualmente as famílias tentam assegurar que estes se mantenham em segredo (Kuipers, Left, & Lam, 1992).

O estereótipo social na culpa do familiar pela doença da pessoa só alimenta esta crença no próprio familiar que sofre com esta fábula e se auto pune pela mesma. Se a sociedade não tratasse de forma diferente os familiares dos doentes mentais, estes não sentiriam necessidade de se auto isolar nem potenciariam estes comportamentos nas pessoas doentes. Na verdade o estigma em torno da doença mental é quase como que o processo bola de neve. Quanto mais rola, maior fica. Um agente de construção desta estigmatização acaba por mesmo que indiretamente, implicar e afetar os outros que por crenças erradas ou como que mecanismo de defesa, acaba por gerar mais estigma.

4. Súmula

O conceito de saúde mental percorreu um longo caminho ao longo da história da humanidade, nem sempre no sentido correto, sendo que apenas muito recentemente passou a ser encarada como um produto de vários fatores nomeadamente biológicos, psicológicos e sociais. Como visto esta longa e indigna história resulta ainda hoje em ideias hediondas acerca da doença mental longe da sua realidade. Apesar das modificações alcançadas ainda hoje a doença mental é alvo de atitudes estigmatizantes, resultantes por um lado da nossa herança histórica e por outro, da forma como construímos as nossas perceções da sociedade. Na nossa sociedade dita de moderna, está ainda presente este estigma tão redutor o que surpreende

lembrando que a doença mental é passível de cruzar o destino de qualquer indivíduo, independentemente da sua idade, género, formação ou estatuto social, assim como a maioria das patologias médicas. A desconstrução deste estigma implica um trabalho consertado entre doentes, famílias, profissionais de saúde, comunicação social e sociedade em geral. A educação para a saúde tem aqui uma área de atuação fundamental, pois através da transmissão de informação relevante, adequada e válida promove-se uma atitude de respeito e uma postura inclusiva para com a doença mental, mesmo junto dos seus familiares.

VII. A Reinserção Socioprofissional da Pessoa Doente Mental

“Como toda a gente sabe, as pessoas com *doença mental* são o «elo mais fraco» nas preocupações dos circuitos políticos (...) O governo português há anos que gasta apenas cerca de 3,5% a 4% do seu orçamento da Saúde com a Saúde Mental (por exemplo, a Inglaterra gasta há muitos anos cerca de 11%) e ninguém acredita que no presente (e futuro?) clima económico, recessivo e de corte nas despesas públicas, se venha a investir mais no «parente pobre» do SNS.”
(Albuquerque, 2012, pp. 183-184)

1. Exórdio

O processo de desinstitucionalização, já discutido na parte I dedicada à construção do objeto de estudo, que se iniciou na saúde mental em meados da década de 1960 trouxe sérios desafios às entidades governamentais. Na verdade, a desinstitucionalização do doente mental criou uma necessidade que antes não existia, a criação de outras respostas, estas agora de carácter comunitário. Após reconhecer que a institucionalização da pessoa doente mental em instituições fechadas e habitualmente isoladas da comunidade e dos próprios familiares, não era a melhor atitude, deu-se início ao encerramento das mesmas. Concordando que estas práticas não só fomentavam a estigmatização para com a doença mental, como na maior parte dos casos, perdiam o seu carácter terapêutico. A nova perspetiva psiquiátrica virada para a prevenção da doença junto da comunidade, investiu numa reforma psiquiátrica cujo objetivo consistiu na desinstitucionalização das pessoas doentes mentais, através da sua transferência para serviços de saúde mental em hospitais gerais, para a assistência nos cuidados de saúde primários e outras respostas dentro da comunidade (Rodrigues & Figueiredo, 2003).

A desinstitucionalização é assim, como nos relata uma das profissionais de hospital de dia entrevistadas, um processo complexo:

“ Ah... a não institucionalização funciona muito bem por um lado mas por outro, eles acabam por estar um bocadinho desprotegidos. A sociedade ainda não aceita a pessoa com doença mental de forma igual e acaba por nos impedir um bocadinho, mesmo a nível de vizinhos. Mas a pouco e pouco se fomos mudando estas mentalidade e se começarmos nas instituições para se ir alargando o não ao estigma, as coisas até vão funcionando.” **Entrevista VII**

Reinsere a pessoa doente mental numa comunidade que não apresenta suporte nem disponibilidade para a iniciar um processo de ajuste mútuo, parece conferir um estado de desproteção a estas pessoas.

O programa de desinstitucionalização ainda se encontra em construção e acredita-se que longe de estar concluído, como podemos se ver nas próprias conclusões do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2006-2017, que reconhece ainda ter um percurso muito longo baseado em escassos apoios económicos.³⁸

As políticas de desinstitucionalização vieram, de certa forma, criar um fosso visível na nossa sociedade entre os hospitais psiquiátricos e os hospitais gerais, sendo que não se abandona totalmente os primeiros nem se constrói definitivamente nos segundos. Esta situação acontece pela falta de recursos económicos. Esta desproteção que a entrevistada invoca deve-se à agora necessidade de construir respostas na comunidade para acolher as pessoas doentes mentais, respostas de carácter residencial, ocupacional, profissional e social.

Além destas respostas parece ser também necessário preparar as famílias para que voltem a receber os seus entes queridos; assim como, formar as sociedades para que apliquem uma cultura mais inclusiva e menos estigmatizante, sociedades cujas ideias acerca dos doentes mentais, como isolados no topo da colina, possuem heranças de séculos.

Desconfia-se quanto ao cumprimento dos objetivos do PNSM 2007-2016 que prevê a transferência de todos os hospitais psiquiátricos para serviços de saúde inseridos na comunidade até 2016. Contudo, até estes objetivos serem cumpridos doentes, familiares e profissionais de saúde mental deparam-se com uma situação paradoxal: em que por um lado a institucionalização já não deve ser aplicada como resposta e por outro as respostas alternativas previstas no PNSM são escassas ou mesmo inexistentes. Não é possível *libertar* os doentes mentais das suas instituições e não lhes ter outra resposta para oferecer (Albuquerque, 2012).

Esta é uma preocupação constante da equipa de saúde mental participante da investigação, quando discutidas as razões de tal desinvestimento, um dos profissionais é claro:

“Os políticos não se interessam muito por esta área, pois é uma área para gastar dinheiro e que não dá lucro, mais uma vez os números!” **Entrevista IV**

Refletindo nas palavras do entrevistado, nota-se que Portugal nunca se caracterizou como um país abundante em fundos governamentais para investir na educação, na cultura e também na saúde e a verdade é que as políticas de desinstitucionalização já se fazem por aplicar há largos anos e mesmo assim os seus avanços têm sido notoriamente lentos.

³⁸ Plano Nacional de Saúde Mental 2006-2017 – Ministério da Saúde Português

O plano de desinstitucionalização em saúde mental passa por inserir o indivíduo doente na comunidade e apostar na sua reinserção contínua. Reabilitar o mesmo em espaços junto da comunidade e preferencialmente no seio da sua família, fazendo com que este não perca os seus laços sociais e familiares. Além de diminuir a estigmatização em torno da doença mental pelo contacto com ela reconhecendo-a como parte integrante da vida humana, consegue-se assim um acompanhamento mais afetivo à pessoa doente mental, de enorme relevo no seu processo de *recovery*. Tudo isto se move na crença de que a pessoa doente mental, pode ser reabilitada e ocupar um papel de plena cidadania. A família parece ser a resposta primordial, mas não a única. A comunidade deve igualmente possuir espaços de carácter ocupacional para estes sujeitos em situação de desemprego ou de reabilitação de capacidades, apoio ao emprego protegido (como um incentivo para a futura contratação destes) e também unidades residenciais - as residências terapêuticas, unidades de vida ou unidades de apoio à vida (Heitor, Bento, Brito, Cepeda, & Correira, 2004).

Segundo o Decreto-Lei nº8/2010³⁹ as unidades residenciais apresentam-se em quatro modalidades: residências de treino de autonomia, residências autónomas, residências de apoio moderado e residências de apoio máximo⁴⁰, popularmente são também apelidadas como: residências abertas, protegidas e semi protegidas.

Na região norte do país, as residências que são o rosto das políticas de desinstitucionalização prescritas no PNSM 2007-2016, são uma raridade. No distrito deste hospital central só existe uma resposta residencial de carácter público, incapaz de responder a todas as necessidades existentes. Elucida-se porque a desinstitucionalização é para muitos um paradoxo e para todos um desafio gigante. O agora já mais lúcido olhar para com a doença mental permite perceber a dimensão do sofrimento que esta doença acarreta nas diferentes facetas da vida humana, sendo que, encarcerar o doente psiquiátrico longe dos seus e da sua comunidade não é de todo a solução. Não se coloca em questão as políticas de desinstitucionalização nem a missão pela qual se movem, apenas se lamenta e igualmente se questiona o porque de ainda não se terem as mesmas cumprindo.

³⁹ Lei de Cuidados Continuados em Saúde Mental.

⁴⁰ Ministério da Saúde, 2010.

2. Processos de reinserção social da pessoa doente mental

Os novos valores de saúde mental, resultado da última reforma psiquiátrica e o agora claro Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 desejam a redução dos internamentos hospitalares e pretendem o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos até 2016. Seguindo as políticas de desinstitucionalização que muito assentam nos ideais da reforma comunitária da psiquiatria pretendem prestar apoio ao doente mental agudo em serviços inseridos em hospitais gerais e para os restantes, a criação de outras instalações comunitárias de apoio à sua reinserção social, sejam elas o próprio Hospital de Dia, as Unidades Sócio Ocupacionais, Unidades de Apoio Domiciliário, etc. (Albuquerque, 2012).

O plano exige que toda uma teia de suporte seja tecida pelo cumprimento destes objetivos; teia esta que passa pela construção destes espaços, pela formação de equipas de saúde mental sensíveis a esta metodologia, pela mobilização de recursos comunitários e pela avaliação dos mesmos. Exige ainda fundos económicos, cada vez mais longe do alcance português.

Relembra-se os antigos *hospícios* psiquiátricos onde os doentes eram quase que depositados longe do olhar de todos, pois a loucura quando não é lembrada não se torna incomodativa, e retirados ao seio familiar. Já na altura estas instituições que não eram também a prioridade de quem tomava as decisões económicas possuíam os seus limites. Ao ultrapassá-los os doentes viviam situações precárias, dormiam no chão, partilhavam camas e quando a fuga era possível, viviam nas ruas ao abandono (Terra, Sarturi, Ribas, & Erdmann, 2006) & (Cunha & Bastos, 2005). Os exemplos do passado no que toca à doença mental nunca são os melhores, mas faz-se aqui uma visita à sua herança para desejar não cometer os mesmos erros no futuro. Nunca os hospitais psiquiátricos deveriam ser fechados, reduzidos ou desacreditados se não existem ainda outras alternativas de resposta, sendo que o concretizar dos objetivos do PNSM 2007-2016 agora em 2013, continuam longe de ser cumpridos. Entende-se a necessidade da transferência das pessoas com doença mental dos asilos para a comunidade, porém interessa perceber como têm sido feito e preparada esta transferência de pessoas não só experientes em doença mental, mas na sua maioria já envelhecidas (Fregonezi, 2010).

A reatualização do PNSM feita a Março de 2012 confirma que Portugal possui uma das maiores taxas de prevalência de doença mental da Europa. Acrescenta que, muitas destas pessoas permanecem ainda sem acesso a cuidados de saúde mental e aqueles que usufruem destes continuam a ser desprovidos de modelos de intervenção e reabilitação psicossocial, agora considerados como urgentes⁴¹

⁴¹ Direção-Geral da Saúde 2012.

Este documento público que pretende de certa forma fazer uma avaliação do PNSM 2007-2016, até à data, não se mostra ingénuo e dá conta das dificuldades deste processo, reconhecendo que “[a]pesar de múltiplos esforços desenvolvidos, continuam por resolver alguns problemas que constituem obstáculos poderosos e pertinazes ao progresso dos cuidados de saúde mental. Entre estes, sobressaem os relativos a um sistema de financiamento que encoraja os cuidados institucionais e não permite incentivar os cuidados na comunidade, bem como os que resultam de um modelo de gestão dos serviços de saúde mental que continua a impedir uma gestão racional e responsável dos recursos existentes.” (Direcção-Geral da Saúde, 2012, p. 3). Apesar destas considerações iniciais um pouco alarmantes, este documento faz um balanço positivo do cumprimento dos seus objetivos, dando grande relevo e sublinhando constantemente a visibilidade positiva, que Portugal têm ganho a nível internacional. No sentido que, esta credibilidade internacional, supostamente conseguida por um cumprimento adequado deste nosso PNSM, facilita a participação de Portugal em comissões internacionais na área, acreditando com a mesma conseguir o acesso a futuros fundos económicos e apoio científico e técnico.

“ (...) acho que algumas coisas já mudaram, há uma comissão, o alto comissariado e outras coisas, mas esse alto comissariado também não tem muito poder de decisão, é projeto, projeto, projeto, mas depois na prática também é pouco... apesar que já conseguimos um carro cá pró serviço, já conseguimos um programa próprio para os injetáveis, graças a esses dinheiros que também vem desses órgãos. Mas acho que a prevalência da doença mental não é suficiente ou nunca será suficiente para que ... quer dizer agora com estas crises, até aqui nunca foi uma grande preocupação, nunca foi uma coisa de grandes números que influenciasse a saúde em geral, agora com os suicídios que tem havido ... com a crise crescente, os nossos decisores já estão mais preocupados com isso, mas até agora não, sempre foi uma coisa mais escondida, mais afastada que progressivamente, muito progressivamente vai conquistando o seu espaço, nunca de forma automática como em outras doenças.” **Entrevista VI**

O documento redigido no decorrer de 2012 também não ignorada a crise económica que faz manchete por todo o mundo; lembra que a crise é e tem sido uma dificuldade para a implementação das medidas definidas. Ciente então da sua situação e da escassez de fundos monetários que a atual crise económica acarreta, este novo documento pretende fazer uma reatualização do PNSM, ou seja, priorizar os seus objetivos sublinhando as agora áreas prioritárias de intervenção. Estes agora eleitos objetivos passam muito por adotar um novo modelo de financiamento e de gestão dos serviços de saúde mental do país, concretizar a criação de serviços locais de saúde mental em Lisboa, Coimbra e Porto, assim como levar a cabo os processos de desinstitucionalização nestas mesmas cidades; como também o

“[a]profundamento dos cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com um plano coerente, realista e eficiente, devidamente articulado com os projetos de desinstitucionalização;”⁴²

O documento também não se mostra ingénuo quanto à sua dimensão económica, “a baixa prioridade dada à saúde mental no contexto geral dos serviços de saúde do país, bem ilustrada pelas insuficiências de planeamento e pela obsolescência dos modelos de financiamento, condicionou um atraso significativo na melhoria e diferenciação dos serviços de saúde mental, em comparação com outros países do nosso espaço económico”.⁴³ Apesar de não ser aqui pretendido fazer uma reflexão crítica a estes documentos legais é impossível não reparar na contradição deste próprio documento; possui um carácter lúcido que reconhece realidades como a inferioridade da saúde mental nos investimentos na saúde, assim como as suas lentas evoluções na pretendida desinstitucionalização, contudo por outro lado, considera que os objetivos têm sido cumpridos a uma velocidade aceitável, tendo Portugal até conseguido notoriedade internacional. Na verdade estes dados, estas informações, um quanto tanto controversas criam um pouco de confusão e por isso importa analisar esta realidade do terreno, de onde se sentem e criam estas necessidades, percebendo de que forma as respostas às mesmas se percebem; através da procura pela compreensão dos percursos de reinserção social dos doentes deste hospital de dia.

2.1. Cuidados continuados em saúde mental

Reconhecida esta lentificação no processo da reorganização dos serviços de saúde mental, foi então em 2006 criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, esta responsável pela construção do novo e atual Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Já em Janeiro de 2010 é publicado o Decreto-Lei nº8/2010 que ficou conhecido como a Lei dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. Este decreto-lei começa por reconhecer que os problemas de doença mental e em especial destaque as situações de demência, como resultado do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento das populações, conferem pesados encargos para os agregados familiares e que por isso devem ser consideradas como uma das intervenções prioritárias. Nesse sentido reconhece a necessidade da criação de uma rede de suporte de cuidados integrados na saúde mental, adequado ao grau de autonomia dos diferentes sujeitos numa articulação lógica com a segurança social e espera-se que com outras instituições de carácter comunitário.

⁴² Direcção-Geral da Saúde, 2012, p. 5.

⁴³ Direcção-Geral da Saúde, 2012, p. 8.

Discutindo com uma das profissionais as questões de reinserção social da pessoa doente mental, lança-se o desafio: *o que faria de diferente?*

“ - Em primeiro lugar, avançava para já com uma coisa que já existe no papel, mas apenas se mantém no papel, que é os cuidados continuados em saúde mental.

- As residências de vida protegidas?

- Não, mesmo os cuidados continuados da saúde mental. Durante um período de tempo o doente está integrado, tal como a rede de cuidados continuados, onde a reabilitação é física até o doente estar preparado para voltar a estar sozinho?! Nós fazíamos uma coisa do género... poderia ser para descanso do cuidador, ou para a preparação do doente para viver sozinho ou voltar à família, avançava com isso que ainda está no papel.” **Entrevista VII**

Dando continuidade aos objetivos suportados pelo PNSM 2007-2016, este Decreto-Lei pretende então apresentar e concretizar tais medidas estipulando a construção de unidades e equipas multidisciplinares que respondam às necessidades de reabilitação e integração psicossocial da pessoa doente mental. Para isso deseja-se que sejam criadas e instituídas: **equipas de apoio domiciliário, unidades sócio ocupacionais e unidades residenciais** com diferentes níveis de apoio, consoante as características da pessoa doente. Estas respostas surgem pela consideração da pessoa como um ser biopsicossocial, com necessidades a todos estes níveis, desejando a promoção do desenvolvimento das suas capacidades individuais e a conquista da sua autonomia; estimulando a sua vivência autónoma em sociedade e a reconquista da sua cidadania. Estas respostas pretendem também conseguir a envolvência dos familiares neste processo de automação do sujeito, e a sua instalação junto da comunidade, não negando a necessidade de desconstruir as ideias estigmatizantes para com a doença mental⁴⁴.

2.1.1. Visitas domiciliárias

O hospital de dia que serve de contexto à presente investigação possui como estratégia de apoio e seguimento ao seu doente mental visitas domiciliárias.⁴⁵ O Decreto-Lei nº8\2010 salvaguarda que estas equipas de apoio domiciliário podem estar associadas e sob a coordenação de uma unidade residencial, de uma unidade sócio ocupacional, de um agrupamento de centros de saúde ou ainda, como acontece nesta situação, a um serviço local de saúde mental (SLSM). As visitas domiciliárias (VD) que são realizadas pela equipa deste HD apresentam-se como mais uma ferramenta de intervenção junto da pessoa doente mental,

⁴⁴ Decreto-Lei: nº8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde – 2010.

⁴⁵ Consultar a parte IV da Dissertação – A Reabilitação da Pessoa Doente Mental em Hospital de Dia.

utilizadas de forma arbitrária e pontual. No HD não existe uma equipa especificamente formada para o apoio domiciliário, existe sim a equipa de profissionais que se ocupa das funções do HD e que se desdobra sempre que é necessário realizar uma visita domiciliária.

“Cheguei e encontrei a Terapeuta no seu gabinete a pousar as suas coisas um pouco apressada, presumi que tivesse acabado de chegar. Adverte-me rapidamente que não vai poder estar comigo, que procure a outra Terapeuta e que fique com ela, pois vai ter de sair numa visita domiciliária. (...)

(...) Aproveito este à vontade que aqui se criou e questiono pela situação do doente E. de que me tinha percebido no dia anterior, mostro que fiquei preocupada com a mesma. A Terapeuta explica que foi o destinatário da visita domiciliária de hoje de manhã, onde foi acompanhada por uma enfermeira para administrar o injetável e pelo seu Psiquiatra. Comento que fico bastante alegre por saber disso, que tem este recurso... conta-me que participaram num concurso e como vencedores receberam uma carinha que permite este tipo de iniciativas. Contudo, admite que não foi fácil convencer o hospital da necessidade da mesma pois implica custos, tais como gasolina, seguro e outros.”

Nota de Terreno de 19 de fevereiro de 2013

Quando levada a cabo uma VD, pelas mais diversas razões, discute-se em equipa que profissionais deverão participar na mesma. Consoante o motivo da visita, familiaridade do doente com os membros da equipa e também disponibilidade dos mesmos, decide-se quais os profissionais que devem levar a cabo visita. O desdobrar desta equipa profissional, que se mostra multicapacitada, acarreta uma sobrecarga de trabalhos, especialmente quando estas visitas necessitam da presença de um membro da equipa de enfermagem já de si mais pobre em recursos humanos.

2.1.2. Unidades sócio ocupacionais

“Isto é para nos manter ocupados. A sociedade está doente, dizia alguém, não é?! Hoje em dia ninguém é saudável, toda a gente tem algum problema. Olha os jovens agora desempregados, em casa sem fazer nada, também não ficam bem. É importante haver ocupação e é isto que aqui arranjam.”

Nota de Terreno De 19 de março de 2013

O isolamento nunca foi característica positiva no comportamento da pessoa. A necessidade da socialização, da comunicação é um instinto natural ao ser humano. Especialmente agravante em situações de doença mental em que o isolamento social pode já ser uma característica da doença, ou um mecanismo de defesa de forma a não sofrer com as represálias sociais para com a mesma (Silva, 2005).

Para a reinserção social que se deseja para a pessoa doente mental é essencial o apoio da família ou de outras figuras de referência. Estas figuras de referência, de maior peso na ausência de elos familiares, compõem-se habitualmente por membros das equipas de saúde mental que acompanham o doente. É objetivado que com este apoio social e afetivo o sujeito consiga, ao não se sentir desamparado, depositar confiança e estima em si e nas suas ações tornando-se mais fácil a aquisição de competências e a prática das mesmas. Com este primeiro passo dado, sempre que reunidas as condições que o possibilitem, é incentivado o passo seguinte - a aquisição de uma prática profissional.

“ (...) por exemplo, achamos que é um doente com potencial de recuperação para ir trabalhar, para ingressar no mercado de trabalho, então vamos trabalhando com ele aqui já algumas atividades pré laborais, algumas competências a esse nível.” **Entrevista VI**

Atribui-se ao trabalho a importância, não só na autoestima e subsistência da pessoa, mas também como mecanismo de envolvimento social e facilitador de vias de comunicação, como desencadeador de sentimento de pertença. Porém, não se ignora que a doença mental é múltipla, assim como os que padecem da mesma; sendo que, nem todos os doentes apresentam capacidades para a exigência do mercado de trabalho ou para as frustrações quotidianas do mesmo; é importante que as equipas que acompanham estes doentes sejam conscientes desta realidade, mas que reconheçam igualmente que a ocupação é algo necessário ao equilíbrio mental (Rodrigues, 2009). Importa reconhecer a ocupação como uma necessidade à saúde mental dos indivíduos sejam eles ou não portadores de uma perturbação psíquica. Nas situações de doença mental em que a ocupação profissional não é impossível, mas difícil de atingir, também não é desejado deixar os doentes sem algum tipo de ocupação e é nesse sentido que são prescritas pelo Decreto-Lei nº8/2010 as – Unidades Sócio Ocupacionais. Segundo este decreto, as unidades sócio ocupacionais destinam-se a pessoas clinicamente estabilizadas mas com notáveis dificuldades nas áreas “relacional, ocupacional e de integração social”. Devem ser instituídas no seio das comunidades tendo como objetivo trabalhar essas dificuldades e investir na promoção da autonomia destes indivíduos, fomentando sempre a sua integração a nível “social, familiar e profissional”. Algumas das tarefas destas unidades passam por supervisionar a gestão da medicação, promover a reabilitação psicossocial, proporcionar momentos de convívio e de lazer, encaminhar o doente para outros serviços de formação e integração profissional, prestar apoio à família, mobilizar recursos comunitários para a prática de atividades culturais, desportivas e outras.⁴⁶

⁴⁶ Decreto-Lei nº8/2010 - Ministério da Saúde, 2010; pp. 260-261.

De forma sinóptica, estas unidades cuja direção técnica deve estar ao encargo de um profissional de saúde mental ou da área social, apresentam-se como um espaço de ocupação de tempos livres. Contudo, denominá-lo desta forma seria demasiado redutor para o trabalho que aqui se faz, estes espaços pretendem sim dar resposta aos tempos livres do sujeito mas com intenções na sua reabilitação e futura inclusão social. Uma unidade sócio ocupacional apresenta-se como um espaço seguro onde o sujeito pode trabalhar as suas capacidades e partir daí para a restante comunidade, vendo-se apoiado por uma equipa que ajuda a traçar os seus caminhos. Habitualmente é nestas instalações que se dá continuidade ao trabalho de reabilitação iniciado em hospital de dia.

2.1.2.1. A unidade sócio ocupacional do contexto de investigação

“... se não, eles também metem-se em casa e não saem de lá. Assim, enquanto vão e veem ainda fazem qualquer coisinha. Eu nunca lá fui... é por aquilo que eles dizem, mas aquilo até lhes faz bem.” **Entrevista IX**

A unidade de psiquiatria comunitária à qual também pertence o hospital de dia possui uma unidade sócio ocupacional, inaugurada recentemente aquando das comemorações do dia da saúde mental do ano transato. Localizada nas instalações do Pólo II deste centro hospitalar no seio da comunidade, inicialmente abre com disponibilidade para 15 utentes, possuindo agora 25 vagas, sendo 30 as vagas máximas estipuladas pela legislação.

“(…) um grupo diferente, mais velhos, mais estáveis e todos com formação superior (...). Um dos doentes regressa e interpela a Terapeuta - *Doutora, quem nos dá as senhas hoje?* Esta sai da sala para tentar resolver esta situação e eu distraio-me a analisar o espaço em redor. Assim que esta regressa, questiono - *Os doentes almoçam cá?* - a arte terapeuta explica que sim. Explica também em resposta às minhas questões anteriores que este é um *atelier* de artes, mas à diferença do que vi ontem, não se concentra apenas na pintura, como gosta de chamá-lo é *“uma fábrica de ideias, pode surgir muita coisa aqui e a arte é muito mais do que a pintura.”*, explica. Esta atividade está inserida na unidade sócio ocupacional do serviço, que possui um calendário de atividades rigoroso, e repete-se às 4h de tarde. A profissional acrescenta que o grupo, nem sempre é o mesmo pois os doentes devido à sua vida pessoal e profissional nem sempre podem comparecer no mesmo horário.”

Nota de Terreno de 19 de março de 2013

Após visitar esta unidade sócio ocupacional, gerida por uma equipa multidisciplinar que divide funções com o hospital de dia e o internamento do serviço, rapidamente se percebe que o grupo de doentes que a frequentam é bastante diferente do que se encontra em HD. São de fato pessoas já clinicamente estáveis e com processos de reabilitação em movimento, sendo

contudo um grupo bastante heterogéneo a nível de capacidades, objetivos e retaguardas. Aqui é feito um esforço por parte da equipa para que exista uma adaptação ao perfil de cada indivíduo e além das atividades em grupo, existem momentos individuais em que se trabalha especificamente as necessidades e potencialidades de cada pessoa. À semelhança de outras unidades sócio ocupacionais que se conheceu, esta unidade possui um regime diurno (9h-17h) e um horário de atividades semanal que vão variando no seu conteúdo.

Apesar dos projetos inovadores que leva a cabo diariamente, tendo já dado largas provas da sua criatividade e efeitos reabilitativos, esta equipa lida com algumas dificuldades que passam mais uma vez pela escassez de recursos. No seio da equipa da unidade de psiquiatria comunitária, são vários os comentários de que esta unidade sócio ocupacional abriu sem recursos, incluísse materiais.

“Fico mais um pouco no gabinete de enfermagem enquanto aguardo pela minha primeira entrevistada. Passa a coordenadora da unidade sócio ocupacional do Pólo II que me saúda com simpatia. A Enfermeira que está junto de mim, interpela-me: *Pois é, a Marli esteve lá em [Pólo II], não foi?! E então que tal? É pena, mas eu ainda não conheço aquilo, sabe?!*

- *Sim gostei, é muito diferente daqui, os doentes são bastante diferentes...*

- *Sim, sim...*

- *Mas nota-se que ainda está a começar!*

- *Sim é uma realidade muito diferente, está a começar devagarinho.*

A Auxiliar, que como habitual, escuta a nossa conversa ali sentada, acrescenta:

- *Oh, aquilo nem sequer tem materiais, arrancou sem fundos. É o que dizem.*

Ambas ficamos em silêncio e a enfermeira encolhe os ombros e sorri.”

Nota de Terreno de 08 de abril de 2013

De facto, a unidade depara-se com alguns desafios materiais e a nível de recursos humanos também seria desejado um suplemento, visto que todas as profissionais da equipa se dividem por várias tarefas em locais diferentes, inclusive.

2.1.2.2. A Instituição I

A nossa unidade ocupacional é essa tentativa... e depois não diretamente nossa, mas dos nossos tentáculos, digamos assim. Através da [Instituição I] e outras associações em que nós tentamos orientar os nossos doentes para esse sentido, nós aqui em Hospital de Dia, que eu saiba não há contacto com empresas nem faz parte da política do serviço, mas a nossa unidade já faz parte disso (...).” **Entrevista IV**

Além da sua própria unidade sócio ocupacional, a equipa do hospital de dia recorre também a outras duas respostas de carácter ocupacional para os processos de reinserção social

dos seus utentes. O hospital possui parceria com duas instituições da região que desenvolvem trabalhos na reinserção social da população doente mental; por questões de confidencialidade apelidamos estas instituições de Instituição I e Instituição II.

Apesar de existir um trabalho conjunto de toda a equipa do hospital de dia, as questões da reinserção social do individuo ficam maioritariamente ao encargo da sua técnica de serviço social. É esta a figura de ligação entre o hospital e as instituições de que agora se fala e foi através da mesma que se estabeleceu contacto com as instituições, as quais foi permitido visitar e entrevistar as suas diretoras técnicas. A diretora da Instituição I descreve:

“Nós somos um fórum sócio ocupacional, portanto funcionamos todos os dias das 9h às 17:30h, não funcionamos ao fim-de-semana nem à noite, os doentes vem mesmo só para atividades neste período.”

Entrevista I

A Instituição I é uma unidade sócio ocupacional que se encontra na verdade nas proximidades do hospital, dando resposta à grande maioria dos seus utentes. Pela voz da assistente social do contexto de investigação são propostos a admissão nesta instituição os indivíduos que possuem alta do hospital de dia e precisam de uma resposta a este nível.

“A [instituição] nasceu do esforço de familiares que se reuniram para prestar apoio, que eles sentiam falta (...) [apenas existiam hospitais psiquiátricos e gerais⁴⁷] mas sempre como serviços de transição, portanto, chegava a uma altura que não tinham para onde ir e não se enquadravam noutra tipo de instituição. E portanto, juntaram-se e criaram esta associação como forma de integrarem os filhos, de os manter ocupados, de procurar uma... no inicio era mais como ocupação, mas depois foi evoluindo como preocupação de integração socioprofissional na comunidade.” **Entrevista I**

A Instituição que nasce em inícios da década de 90 surge da necessidade de escassez de respostas ocupacionais e de reabilitação, sentidas pelos familiares de pessoas com doença mental. Disponibiliza um limite máximo de 42 vagas, limite este ajustado à alta procura que a instituição tem. Como unidade sócio ocupacional que é, apresenta um funcionamento muito semelhante à unidade do hospital. Além das atividades diárias definidas em horário, a instituição realiza visitas domiciliárias e desenvolveu um gabinete que se ocupa de uma das missões principais da instituição – a inserção profissional dos seus doentes. Segundo a entrevistada o contacto com os familiares destes indivíduos é bastante próximo e a tomada de consciência das suas dificuldades e necessidades também, e por isso mesmo, é projeto da

⁴⁷ Foram retirados os nomes dos hospitais do discurso da entrevistada, por questões de confidencialidade.

instituição apostar no desenvolvimento de unidades residenciais, escassas na região e precisas devido ao envelhecimento das figuras cuidadoras.

“Eu penso que neste momento a nossa missão é continuar o trabalho no âmbito da reabilitação, cada vez mais, procurar que os nossos utentes consigam sair de cá, consigam integrações em termos de estudos, em termos de trabalho. Mas, também estamos a tentar alargar a nossa atuação. Por isso, começamos a prestar serviço de apoio domiciliário para os nossos utentes, também com o objetivo de alargar para o público em geral com estas características, com esta doença. Temos também um projeto de criar residências, porque vamos verificando que cada vez mais os pais sentem essa necessidade, cada vez mais... os nossos utentes estão a ficar mais envelhecidos e começamos a ver que, se eles estão com esta idade, os pais estão mais envelhecidos ainda e precisam mesmo dessa tranquilidade, de saber o que vai acontecer aos filhos.”

Entrevista I

Segundo a entrevistada, a Instituição I funciona bem e considera que dentro dos seus limites consegue ir dando resposta aos pedidos que obtém deste centro hospitalar e de outras instituições de saúde. As suas maiores dificuldades prendem-se com a inclusão profissional da pessoa doente mental e em alguns casos na necessidade de uma resposta residencial que é inexistente. Considera que para estas duas problemáticas, ainda pesam muito as questões do estigma em torno da doença mental e da escassez de fundos monetários.

“ (...) ainda continua a haver algum estigma relacionado com a doença mental, além disso; o momento em que vivemos, também não é a melhor altura para conseguir esta integração.” **Entrevista I**

2.1.2.3. A Instituição II:

À semelhança da Instituição I, a Instituição II nasce em finais da década de 90 igualmente das necessidades sentidas pelos familiares da pessoa doente mental, de dar continuidade ao trabalho que era iniciado em contexto hospitalar. Apesar de esta instituição já se encontrar num conselho vizinho ao do contexto de investigação, também dá resposta a alguns dos seus utentes, pois na verdade as respostas de carácter ocupacional na região são bastante escassas.

“ Nós temos diversas estruturas... Temos unidades de vida protegidas, temos o fórum sócio ocupacional, temos empresas de inserção. (...) nas unidades de vida, não temos vagas!” **Entrevista II**

A Instituição II está ligada a um hospital psiquiátrico da região e logicamente as suas vagas são prioritariamente cedidas aos utentes do mesmo; sendo que, os utentes do nosso contexto de investigação não pertencem na sua maioria a esta área de residência. Contudo, dentro dos seus limites de resposta, esta instituição vai oferecendo alguma resolução ao nosso hospital de

dia. Onde é frequentemente mais difícil oferecer respostas é nas unidades de vida, onde raramente existem vagas. Além destas unidades de vida, na região existe outra resposta de caráter residencial privativa que pratica preços bastante altos, impossíveis de pagar por grande parte da população mesma na existência de reformas ou de apoio económico familiar.⁴⁸

As unidades de vida da Instituição II não são de carácter autónomo e por isso exigem sempre a presença de um profissional que acompanha os residentes nas suas tarefas e necessidades diárias.

“ É da incumbência deles fazer as próprias refeições, organizar a casa no geral. Como nós fazemos na nossa casa, eles tem de fazer na deles, tratar das roupas e etc. E pra isso também existe uma escala de tarefas que eles entretanto executam, à vez, um fica responsável por lavar a roupa, o outro por estender a roupa, o outro... Bem, fazer as camas, eles tem de as fazer individualmente, cada um faz a sua. Portanto... Cozinhar? Eles próprios elaboram as ementas. Na semana anterior eles dizem o que querem comer na semana seguinte, confeccionam as comidas (...) Porque as nossas unidades de vidas são protegidas e tal como o nome indica, requerem uma vigilância permanente, um acompanhamento permanente. Parece que estou a por a tônica só na vigilância, mas não é só isso, quer dizer... Os auxiliares estão lá também para os auxiliar a executar as tarefas, no sentido de os tornar autónomos, pois também é isso que se perspetiva. São atividades que tem um cariz reabilitativo e tem por último objetivo a autonomia dos utentes, para que se um dia vierem a poder viver cá fora de forma independente, para que se possam auto cuidar e auto gerir, o objetivo é esse.” **Entrevista II**

Na maior parte das situações, as unidades residenciais não pretendem ser um lugar para a vida, mas servir como espécie de preparação para a vida autónoma em comunidade através do treino de competências de gestão e adaptação à vida quotidiana. Porém estas residências que se adaptam ao perfil do nível de autonomia do seu residente, acolhem pessoas cuja estadia à partida será mais prolongada se não, definitiva. Fala-se de casos como a situação de demência em que não exista retaguarda familiar e seja impossível o sujeito reorganizar a sua vida profissional ou viver sozinho.

A ideologia das práticas de desinstitucionalização prevê a aproximação do indivíduo doente mental o mais possível da comunidade, como tal, estas residências devem ser as mais normalizadas possível consoante a vida fora delas. Torná-las o mais parecido possível com uma casa tradicional, por exemplo, é algo que deve ser pelo menos tentado. Deverá haver um encontro entre a pessoa doente mental e a comunidade pelo processo de inclusão social que se ambiciona, em que ambas as partes se moldam e adaptam pelo sucesso do mesmo, orientado pelas políticas de desinstitucionalização e apoiado, pelos espaços de cuidados continuados em saúde mental e\ou pela sua equipa de saúde mental (Dimenstein, 2006).

⁴⁸ Os profissionais do hospital de dia falam-me de alguns doentes que recorreram a esta instituição e relatam preços base de 1700€. No entanto, não se conseguiu no âmbito / tempo deste estudo fazer averiguações mais aprofundadas.

2.1.3. A realidade das unidades residenciais – A especificidade do norte de Portugal:

Sobre a suficiência ou insuficiência de respostas a nível residencial, os profissionais do hospital de dia entrevistados, posicionam-se da seguinte forma:

“– Há um... na internet há um mapa que nos assinala com pontinhos as instituições ...

– Sim, as instituições disponíveis por região...

– Exatamente... se vir o volume em Lisboa e o volume Porto é uma diferença abismal, o norte ... Estamos mal servidos, estamos.” **Entrevista VII**

“Eu gosto muito desta perspetiva da reabilitação... a filosofia do plano de saúde mental tem muito a ver com a filosofia da psiquiatria comunitária. Mas o problema é que temos muito pouca história ligada a este trabalho comunitário aqui em Portugal. Então aqui no norte? Parece tudo um bocadinho amator, não temos residências praticamente nenhuma para os doentes. Encerram-se os hospitais psiquiátricos e de fato, pelo que eu sei, não aparecem estas residências... há muito poucas residências no norte, está tudo concentrado no sul ... dizer que me sinto realizada? Dizer que a psiquiatria comunitária está a fazer o seu melhor? Eu acho que andamos um bocadinho perdidos.” **Entrevista V**

“As residências, todas elas, quer de apoio moderado, quer as de apoio máximo que também é importante naquelas situações de crise, mais graves, evitava-se os internamentos aqui nos agudos e conseguíamos dar alguma supervisão às situações.” **Entrevista VII**

“Respostas na comunidade? Não, são muito poucas e estão quase todas lotadas! Acho que faz muita falta, que é o que se vê muito lá fora, nunca fui ver nenhuma, são as tais residências protegidas.” **Entrevista VIII**

“- Neste momento... a comunidade em si não tem resposta nenhuma, posso-lhe dizer que é zero. Zero! A comunidade não tem resposta para os doentes mentais, ou pessoas com doença mental que tenham uma idade jovem ... por exemplo, há os centros de dia que funcionam para determinadas faixas etárias e estão cheios. Se nós tivermos um jovem esquizofrénico com 40 anos, que não seja capaz de estar em casa sozinho durante o dia, não há socialmente nenhuma estrutura de apoio.” **Entrevista IV**

“- É um dos grandes défices e por isso nós próprios estamos a produzir essas respostas, se calhar nem deveria ser o nosso papel... isso é um bocadinho polémico ... Mas o facto é que nós não temos para onde encaminhar os nossos doentes, há doentes que não têm respostas...

– Pois, exato...

– E se nós pensarmos em respostas a longo prazo, a nível de residências então aí é que estamos muito mal, muito, muito mal...” **Entrevista VI**

Aquela que parece ser a maior frustração da equipa técnica deste hospital de dia no que toca aos processos de reinserção social dos seus utentes passa exatamente pela inexistência destas respostas residenciais há muito previstas na lei. A nível de reinserção social a equipa do HD mais especificamente a sua assistente social, não conta apenas com a parceria das duas instituições analisadas e da sua própria unidade sócio ocupacional. Esta profissional utiliza outros recursos comunitários sempre que a situação assim o exige. É habitual o recurso a diversas instituições de carácter solidário localizadas nos conselhos de residência dos doentes como centros de dia, santas casas da misericórdia, lares, juntas de freguesia, etc.

“ Tem 33 anos e é reformada por invalidez. É Ex utente do serviço e apesar de compensada, suspeito que seja esquizofrénica. Percebo que vive apenas com o irmão também doente, que se recusa a tomar a medicação e só causa transtornos. Recebe 210€ e paga 110€ de renda, ficando com 100€ para pagar as despesas de água, luz, gás e medicação... este dinheiro não chega. Percebo que a jovem toma uma medicação muito cara para a anemia que tem constantemente, resultado da fome que passa... pelos vistos não conseguiu comprar esta medicação e como resultado foi parar à urgência, depois encaminhada para cá.

Apelido a assistente social de ferreira porque me lembra uma figura da minha infância – um ferreiro, que trazia sempre consigo um grande molho de chaves. Esta tenta sempre abrir alguma porta... faz várias chamadas, explica, pede, cobra favores e consegue. Diz à jovem - *quinta-feira vai a esta morada e leva dois sacos, eles vão-lhe dar alguma comida e depois fala com eles acerca da periodicidade com que vai poder lá ir. Está bem?* “A jovem agradece nunca abandonando a constante postura: cabeça cabisbaixa, ombros encolhidos e olhos molhados que escorrem dor. Nunca tinha visto alguém tão frágil, tão abandonado... Apeteceu-me dar-lhe um abraço e respirei fundo. (...) Entretanto batem à porta, o psiquiatra espreita e diz - *Olá belezas, muito ocupadas? Precisava que dessem aqui uma palavrinha com dois amigos. Um doente e o seu irmão... arranjar um centro de dia, qualquer coisinha para ele estar ocupado, pode ser?*” (...) Que confusão! Entram os dois a discutir, o doente aos berros. O irmão? A gritar que se cale. Falam alto, gritam... O doente grita – *“Eu não estou doente!”*... *“Eu não quero estar aqui!”*... foi complicadíssimo conseguir encontrar a calma e a técnica fez um esforço incrível para os ouvir e acalmar. Pelo que deu para perceber, trata-se de um doente esquizofrénico, resistente à medicação (...) vive apenas com a mãe (...) tem sido forçado pela polícia a vir tomar as injeções. Desgraça a vida da mãe a quem rouba dinheiro para o tabaco e *“- para ir às gajas boas!”* (...) passa os seus dias em cafés e em descatos (...). A profissional tenta explicar que vai procurar um espaço junto da sua residência e que depois contacta o irmão, o doente refuta esta ideia assim como a sugestão de vir para o HD, diz que está bem e que não se quer *“- misturar com os deficientes!”* (...) *- Não fique assim Marli, isto é o prato do dia! Onde vou eu conseguir colocar um sujeito assim? Onde consigo eu que ele seja aceite?”*

Nota de Terreno de 04 de fevereiro de 2013

A assistente social utiliza a rede de resposta sociais da região para dar solução às necessidades de cada utente. A profissional partilha que de facto este processo não é fácil e

que as opções estão cada vez mais reduzidas, existindo instituições a diminuir a sua capacidade de resposta e algumas em risco de fechar; por outro lado os utentes do hospital de dia não param de aumentar. Porém apesar de este não ser um processo de carácter simples, simples também não é o esforço desta equipa e habitualmente são encontradas respostas. O mesmo não se pode dizer em relação às respostas residenciais.

A frustração que estes profissionais parecem mostrar em relação à escassez de respostas residenciais, faz sentido pelo receio da não continuidade ou desconstrução do seu trabalho de reabilitação. Lembrando situações em que o suporte residencial é mesmo inexistente ou a convivência familiar é tão instável, que será preferível a pessoa residir nua destas unidades.

“Depois, as residências são muito importantes. Porque nós temos casos de doença mental que têm na base casos sociais. Casos de precariedade, e se já é tão difícil para nós vivermos com baixos recursos económicos se somos saudáveis a nível mental, fica ainda mais complicado sobreviver a uma situação económica grave se tivermos alguma incapacidade seja ela física ou mental.” **Entrevista VII**

As residências terapêuticas são uma das principais ferramentas dos processos de reinserção social que se desejam conseguir para as pessoas com perturbação psiquiátrica. Em particular para as pessoas que possuem um longo historial de internamento em estruturas psiquiátricas, “estas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social. As residências são espaços de reconstrução de laços sociais e afectivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.” (Fregonezi, 2010, p. 28). Não sendo um serviço de saúde, estas estruturas que devem estar inseridas no seio das comunidades, podem obter esse apoio nos serviços de saúde tradicionais – cuidados de saúde primários ou hospitais da região.

Relativamente aos habitantes destas residências, Macpherson e colegas (2004) estipulam três grupos distintos. O primeiro grupo que apelidam de *Old long-stay patients*⁴⁹ caracteriza aquelas pessoas cuja hospitalização surgiu antes das políticas de desinstitucionalização e que permaneceram institucionalizados após a implementação das mesmas. Este grupo, como se compreende é bastante pequeno e até já inexistente em muitos locais. Os *New long-stay patients* englobam pessoas que apesar de já se encontrarem no paradigma da prestação de cuidados em comunidade não podem ser isentos de atenção hospitalar; ora por comportamentos perturbantes ora pelas suas limitações de organização e autonomia. Por último, o *The community care generation* é o grupo que abrange um maior número de pessoas e refere-se aqueles pacientes, cuja reação ao tratamento foi positiva e que estão num

⁴⁹ Pacientes de longa permanência.

equilibrado processo de reabilitação; contudo, pela existência de sintomas residuais e pela necessidade de cuidado e suporte contínuo como pela inexistência de background familiar ou outro semelhante, apontam-se as residências como a melhor resposta.

Alguns destes doentes podem nunca ter estado institucionalizados e possuir retaguarda familiar, ou social em lares ou outros tipos de instituições de carácter provisório. Porém, são situações em que a equipa de saúde mental responsável considera que esta estadia não se mostra a mais adequada. Relembrando situações em que as famílias não possuem condições ou disponibilidade para prestar esta assistência e apoio à pessoa doente ou aquelas em que a convivência familiar, torna-se uma agravante à doença (Macpherson, Shepherd, & Edwards, 2004). Lamb (1998) citado pelos mesmos autores relembra o exemplo dos Estados Unidos da América em que a aplicação das medidas da desinstitucionalização que fecharam inúmeros asilos e a tardia disponibilização das respostas residenciais (semelhante ao que acontece atualmente em Portugal), levou a um aumento considerável de pessoas com doença mental grave no seio das prisões e da população sem-abrigo (Macpherson, Shepherd, & Edwards, 2004).

Os diferentes tipos de residências que são distinguidas pelo nível de apoio devem ser enquadrados consoante as especificidades da população que acolhem. Teoricamente, pessoas com maiores capacidades de regulação do seu quotidiano e autonomia para o mesmo, assim como com bom conhecimento e gestão da sua doença, podem habitar as residências autónomas de saúde mental.

A **residência de treino de autonomia** inserida no seio da comunidade destina-se a pessoas com um reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial; neste espaço deve ser realizada a reabilitação psicossocial destas pessoas e em conjunto com as mesmas, estabelecer o seu processo de regresso à família e à comunidade. Trata-se de pessoas clinicamente estáveis e que preservam grande parte da sua funcionalidade e autonomia; esta estadia pretende estimular as suas potencialidades e reestruturar comportamentos e mecanismos esquecidos ou ensiná-los, objetivando a reinserção social da pessoa preferencialmente na família, e na ausência desta, reencaminhar para outras unidades. A legislação prevê que a estadia máxima seja de 12 meses e a capacidade desta unidade seja entre 6 a 12 lugares.⁵⁰

A **residência autónoma de saúde mental** destina-se a pessoas com um moderado nível de incapacidade psicossocial e que apenas se veem impossibilitadas de permanecer no seu domicílio por ausência de suporte familiar ou social.⁵¹ As pessoas que habitam estas residências são autónomas na maioria das suas tarefas quotidianas, se não em todas elas. De

⁵⁰ Decreto-Lei: n.º8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010.

⁵¹ Decreto-Lei: n.º8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010.

acordo com o Citizens Information Board (2010) poderá existir nas mesmas uma profissional técnico, seja um enfermeiro especialista ou um supervisor, apenas para confirmar que tudo decorre tranquilamente e para prestar auxílio em caso de algum tipo de necessidade esporádica. Esta unidade tem como intenção prestar suporte residencial à pessoa permitindo a sua integração em atividades sociais, formativas e profissionais. Estas unidades devem ter uma capacidade máxima de 7 lugares.⁵²

As **residências de apoio moderado** também destinada a pessoas com moderada incapacidade psicossocial, pretendem fomentar o desenvolvimento ou a manutenção das funcionalidades da pessoa e a sua integração sócio ocupacional. Utilizadas para pessoas que necessitam de apoio durante um período de tempo imprevisível ou, em situações pontuais, para o descanso da figura cuidadora tendo esta estadia o limite máximo de 30 dias. “A capacidade das residências de apoio moderado é de 12 a 16 lugares com estrutura modelar de 6 a 8 pessoas”.⁵³ Estas residências habitualmente albergam pessoas que mantêm a maioria das suas capacidades de resposta aos desafios quotidianos, mas que carecem de apoio em algumas atividades como por exemplo: a gestão das suas próprias finanças, a manutenção de uma casa, cozinhar, etc. Estas unidades residenciais, habitualmente mantêm uma equipa técnica.⁵⁴

As **residências de apoio máximo** destinam-se a pessoas clinicamente estabilizadas mas com alta incapacidade psicossocial, incapazes de se manterem no seu lar pela ausência de apoio familiar ou social. Estas residências servem pessoas com necessidade de apoio por tempo imprevisível e também aceitam situações pontuais para o descanso do cuidador, porém, mantêm o limite de 30 dias para estas situações. Os objetivos destas unidades diferem um pouco dos até aqui prescritos, não estimam a reabilitação psicossocial da pessoa mas desejam evitar e retardar o agravamento da doença e a perda de capacidades pela mesma. A lotação destas residências está entre os 18 a 32 lugares e com estrutura modelar entre 6 a 8 pessoas.⁵⁵ Estes doentes diferenciam-se por necessitarem de apoio e supervisão diária e constante, habitualmente são grupos compostos por pessoas idosas ou com algum tipo de debilidade intelectual.⁵⁶

Shapiro e Plakun (2009) fazem uma revisão por algumas das doenças mentais mais graves e concluem que apesar da grande maioria das pessoas com doença mental, tirar grande partido das intervenções psicofarmacológicas e terapêuticas, existem vários casos de patologia que se lhes mostram resistentes revelando os limites destas mesmas intervenções. Exemplifica casos de pessoas com esquizofrenia que falham na resposta à medicação antipsicótica ou situações

⁵² Decreto-Lei: n°8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010.

⁵³ Decreto-Lei: n°8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010, p. 260.

⁵⁴ Citizens Information Board, 2010

⁵⁵ Decreto-Lei: n°8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010.

⁵⁶ Citizens Information Board, 2010

de depressão na adolescência onde também existem números significativos de resistência ao tratamento. Segundo os autores, estas pessoas têm uma probabilidade maior de vivenciar situações de crise assim como de cometer tentativas de suicídio; defendendo que são estas pessoas que se enquadram nas residências de apoio máximo, em que uma equipa de técnicos especializados pode fornecer apoio constante a estes indivíduos, que requerem um período de estadia geralmente mais prolongado. Lembremos que estas residências, não são, nem devem assumir um carácter assistencialista para com a pessoa experiente em doença mental. Defende-se que a postura assistencialista seja aqui substituída por uma postura pedagógica, educativa; ou seja, o objetivado em assistir as necessidades da pessoa é que este aprenda como lhes dar resposta, adotando a estratégia e que a passe a aplicar sozinho. Ou que através desta estratégia gere as suas próprias respostas. Evocando que estes espaços desejam sempre a reinserção social dos indivíduos, servindo como rampa de lançamento para a mesma, pela reabilitação das suas capacidades e autonomia ou servindo apenas em casos mais idealizados, como suporte residencial à pessoa já incluída sócio profissionalmente (Amorim & Dimenstein, 2009).

A reabilitação da pessoa doente mental não passa só pelo curar ou pelo acompanhar da doença mas essencialmente em potenciar a comunicação entre a pessoa e o meio envolvente, entre o doente mental e a comunidade (Rodrigues, 2009). Caso isso não aconteça podemos cair no erro de estar a criar um movimento a que Marques-Teixeira (2006) chama de *re-institucionalização* ou *trans-institucionalização*, consistindo apenas na transição dos doentes mentais para um nova instituição continuando a perpetuar a intervenção com a pessoa doente mental num espaço fechado e isolado da comunidade. A promoção da autonomia dos doentes deve ser a lei máxima destas equipas e destas estruturas.

“ (...) quando o [Pólo II] se transformar naquilo que deve mesmo ser, que é uma residência para doentes crónicos, lá sim precisaremos de profissionais diferentes”, explica que estas unidades não devem complementar profissionais médicos, mas sim apenas técnicos para a reabilitação: - Monitores para atividades e aí até também educadores sociais.”

Nota de Terreno de 12 de abril de 2013

Faz parte dos planos deste centro hospitalar criar uma unidade residencial que possa dar resposta aos seus utentes e já há algum tempo que a direção do serviço se move neste sentido, determinada. A unidade residencial pretende-se instalar no espaço físico do Pólo II do hospital, estrategicamente inserida em seio comunitário. Apesar de estas serem as intenções deste serviço de psiquiatria o projeto ainda não se concretizou, e não se sabe o quão longe ainda se possa estar disso.

“A Jovem provoca distúrbios físicos em casa, chegando mesmo a agredir a mãe fisicamente, a quem não existe respeito. Conta também que a jovem, se auto medica e com exagero, e que apesar de mostrar apego ao HD, muitas das vezes falta. Ao que parece, ontem, os pais desta jovem recorreram ao serviço e à psiquiatra da filha em busca de ajuda, pois a situação está a tornar-se insuportável. Pelo que a psiquiatra descreve, foi uma situação complicada, visto o pai está descompensado e a mãe, a quem não se conhece nenhuma patologia psiquiátrica, estava em estado de histerismo. A psiquiatra explica-nos que o pai da jovem nunca foi seguido no hospital mas que acredita que este possua alguma patologia do fórum psiquiátrico. Este pai, que frequenta o grupo de psicoeducação para familiares, diz que a filha não é dele... este senhor também não apresenta rotinas, segundo a esposa não faz refeições, nem toma banho. A psiquiatra acrescenta que “*esta mãe que cuida dos dois bebés*” está em completo *burn out* e que a qualquer momento pode ser tarde de mais. A psiquiatra, emite assim um SOS... a equipa troca uns olhares, revira os olhos e fica muito calada ... discute-se que a melhor solução seria colocar esta jovem numa unidade residencial, onde esta se podia tornar autónoma dos pais; contudo, o Pólo II do hospital, que surge com este propósito ainda não está funcional; atualmente é apenas mais um espaço de internamento fechado e a jovem recusa-se a isso e do ponto de vista clínico, não há razões para a intimar a tal.”

Nota de Terreno De 13 de fevereiro de 2013

“A doente tem 79 anos e ingressou no internamento vinda da urgência, onde recorreu por ter sido agredida pela filha; a urgência entrou em contacto com esta que, só não confirmou a agressão, como ameaçou voltar a fazê-lo caso a mãe regressasse a casa. Além da agressão, a idosa tem uma série de complicações médicas e sofre de demência. O interno e as enfermeiras, explicam-me que o serviço de psiquiatria, especialmente o internamento, não serve só para doença mental mas também para casos sociais. Quando não há outras respostas as pessoas ficam aqui a aguardar resposta social, pessoas que não tem para onde ir ou meios de subsistência; pois o hospital nunca pode de forma alguma dar alta a uma pessoa que não possua retaguarda social, ou seja, o doente pode ter alta médica mas não alta social e assim mantém-se no hospital.”

Nota de Terreno de 29 de abril de 2013

A partir dos exemplos pode-se verificar que o trajeto desenhado pelas políticas de desinstitucionalização da saúde mental, se torna mais irregular. Como antes discutido foi desenhado um plano que se faz por concretizar sem que exista terreno para o mesmo. Eliminam-se as respostas de institucionalização, mas não se criam respostas substitutas e nesse caso podem surgir situações que não fogem muito ás lamentadas situações do passado. É mais do que urgente e de desnecessária argumentação a mobilização de fundos económicos para o arranque destas estruturas residenciais, que permitam uma resposta mais humana aos nossos doentes mentais.

No projeto de reinserção social que o PNSM 2007-2016 traça, compreende-se que nada além do que consta no papel é perfeito e tudo um pouco desadequado inclusive na sua

abrangência populacional, havendo um grave desfasamento na quantidade destas respostas entre o sul e o norte do país.

2.2. Questões de inclusão profissional:

O estigma em torno da realidade da doença mental mostra-se claramente um impedimento de acesso à cidadania, inclusive no acesso e no exercício da prática profissional. Sabida a importância que o emprego traz para a autonomia, subsistência e bem-estar da pessoa, a obtenção de uma prática profissional é um dos principais objetivos destes espaços sócio ocupacionais; contudo, os entraves que se levantam ao mesmo são inúmeros. Aliado ao estigma surge a crise económica que o país ultrapassa e os milhares de desempregados que possui e a ainda a escassez de apoio ao *emprego protegido*, às empresas de inserção.

“ (...) fazer com que os nossos utentes vivam de forma o mais autónoma possível é de facto muito importante para nós, e essa autonomia, passa muito pela relação deles com o trabalho; portanto, nós sabemos que o fator trabalho é um fator de exclusão social, pobreza e exclusão social, que é o mais grave.” **Entrevista II**

“ Estamos numa sociedade que se produz é válido, se não produz, não é válido. Portanto, como os nossos doentes tem com certeza em termos de produção, níveis muito a baixo daqueles que são exigidos, e as regalias que as empresas têm por dar empregos protegidos, provavelmente não são suficientes e talvez provavelmente o estigma que se tem... é suficiente o estigma, é insuficiente as benesses que dão às empresas, e no mundo atual, nu mundo do capitalismo desenfreado, acho que as entidades empregadoras, não se sentem muito cativadas para dar emprego a estas pessoas.” **Entrevista V**

Viver excluído socialmente contribui para o sofrimento da pessoa que vive com doença mental, especialmente em casos que a pessoa se encontra clinicamente estável e a sua ambição é a inclusão social. Estas pessoas que habitualmente já se encontram a vivenciar uma situação de complexas privações, deparam-se com um mercado de trabalho fechado receoso de si e com uma certeza acerca dos limites das suas capacidades. Sentir-se excluído de uma oportunidade laboral pela sua doença confere ao sujeito humano um agravamento de sentimentos de inferioridade, o que faz com que muitas das vezes, este transtorno psiquiátrico, seja forçosamente ocultado da entidade empregadora (Rodrigues, Marinho, & Amorim, 2010).

Uma das entrevistas acerca do estigma na contratação de uma pessoa experiente em doença mental relata um episódio curioso:

“ (...) os próprios técnicos de saúde mental muito provavelmente não dariam emprego a estas pessoas. Eu lembro-me que tive uma pessoa a trabalhar em minha casa durante muito tempo e que a certa altura, apercebi-me que ela tinha alucinações e delírios e na altura convencia-a a tratar-se. Quando ela não fazia o tratamento piorava (...) que nós tínhamos câmaras a vigiá-la em casa a ver se ela levava alguma coisa para casa, e aquilo era tudo doença. Eu lembra-me que na altura comentei com algumas pessoas no trabalho, os meus filhos eram adultos portanto não tinha o problema de ter uma pessoa digamos que - menos capaz - em casa, ela ia fazendo o seu trabalho, mantive-a lá em casa durante muitos anos... e eu lembro-me de ter comentado com alguém no trabalho e disseram-me: - *Mas, como é que tens uma pessoa assim em tua casa?*”

Entrevista V

Quando descoberto que a pessoa possui doença mental, não se estranhe que seja motivo para despedimentos ocultados em outras motivações, pois mesmo quando a produtividade da pessoa e o seu comportamento se mostra adequado às funções que executa, o estigma em torno da doença mental evidencia-se. Jorge e Bezerra (2004) retratam no seu estudo acerca das representações sociais da inclusão/exclusão da pessoa doente mental no trabalho, a tristeza como o sentimento mais relatado pelos seus participantes em confronto com a impossibilidade da igualdade de acesso a oportunidades laborais. Desta tristeza, surge um sentimento de inutilidade potenciado pela incapacidade de provir o seu próprio sustento. Sendo que o não exercício de uma prática profissional habitualmente coloca a pessoa em risco de exclusão social e de sofrimento de privação dos mais variados bens. Em caso de perturbação psiquiátrica, esta frustração e *stress* poderá despoletar uma recaída, como intensificar os níveis de sofrimento no sujeito que reconhece que se encontra nesta situação devido à sua condição de doente mental. Casos de pessoas doentes mentais em prática profissional não são inexistentes, mas como nos relatam as entrevistadas, são raros:

“ (...) nós temos aqui algumas pessoas que estiveram connosco, doentes mentais graves, que estão agora a trabalhar. Mas, de fato, não são muitos, não... mas temos.” **Entrevista V**

“ (...) tomáramos nós que houvesse muito mais empresas, que pudessem acolher os nossos doentes. Portanto a inclusão pelo trabalho, acho que é para nós, uma preocupação determinante. (...) Agora, o que nós sentimos de facto, é que, existe uma grande resistência em acolher utentes nossos nas empresas que não tem este cariz de proteção, percebe?” **Entrevista II**

O preconceito é um aspeto identificado como dificultador de acesso ao mercado profissional. O nível de desconhecimento para com a doença mental e suas manifestações é de fato muito alto e alimenta sérios receios. O receio do contágio por vezes é mais flagrante do que acontece em presença de doenças infecto contagiosas. As ideias associadas à perigosidade

e até às remotas possessões demoníacas também ainda estão bastante presentes (Jorge & Bezerra, 2004). Situações de desemprego, especialmente quando na ausência de uma retaguarda ocupacional podem gerar um abalo emocional e potenciar o isolamento social, que por sua vez pode dar origem a uma diminuição das capacidades do indivíduo inclusive de interação social. O desempenho de uma atividade profissional e o sentimento de envolvimento comunitária que esta proporciona é um passo bastante positivo no processo de *recovery* da pessoa experiente em doença mental.

“ A reabilitação é feita exatamente pelo trabalho, pelo treino de competências daquela pessoa que possa entretanto ter perdido, que possa nunca ter adquirido, que precise de melhorar... Vamos trabalhar essas questões de forma a atingir os seus objetivos. O que vamos tentando fazer é que eles tenham formação, não só como instrumento de trabalho, mas também como enriquecimento pessoal e que se assim o desejarem e as suas condições permitirem, vão tendo algumas experiências, mais em regimes de estágios profissionais e não de trabalho.” **Entrevista I**

A estigmatização para com os transtornos psiquiátricos por parte das entidades empregadoras continua a entravar este processo (Queirós, Lopes, & Marques, 2010). Além da escassez de oferta profissional, a oferta formativa não é muito maior e geralmente quando existe é ligada às instituições que o indivíduo já frequenta, não alargando os seus horizontes e contatos sociais.

É neste sentido que surgem as iniciativas de emprego protegido ou empresas de inserção, algo cada vez mais escasso na nossa sociedade. “ A integração da pessoa com deficiências ou incapacidade (PCDI) no mercado de trabalho é actualmente entendida como um factor decisivo para a inclusão social, independência económica e consequente valorização e realização pessoal destes cidadãos”.⁵⁷ Segundo Ornelas e Coelho (2010) a ideia do *emprego apoiado* é ajudar as pessoas com problemáticas sejam elas a deficiência ou a doença mental, a alcançar um emprego e a conseguir manter o mesmo, alcançado desta forma a sua inclusão na sociedade. Este trabalho deverá manter remunerações, funções e níveis de exigência e repercussões de aceitação social, semelhantes a um outro qualquer trabalhador.

Apesar dos seus destinatários originais serem as pessoas portadoras de deficiência, a desinstitucionalização dos doentes mentais assim como o reconhecer da importância da atividade profissional para o sucesso dos seus processos de reabilitação psicossocial alargou o conceito de *emprego apoiado* às pessoas doentes mentais. O emprego além de facilitador de

⁵⁷ *O Emprego das pessoas com Deficiências ou Incapacidade: Uma abordagem pela igualdade de oportunidades* - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012, p. 7.

integração social é também um impulso positivo ao processo de *recovery* da pessoa doente (Coelho & Ornelas, 2010).

Uma das primeiras atitudes de apoio ao emprego para pessoas com algum tipo de *incapacidade* foi o Decreto-Lei n.º 40/83, de 25 de Janeiro, segundo o qual: “[a] constituição da república consagra como obrigação do Estado a realização de uma política nacional de prevenção e tratamento, reabilitação e integração social dos deficientes, devendo, pois, ser-lhes assegurado o exercício efectivo dos direitos reconhecidos e atribuídos aos cidadãos em geral, nomeadamente o direito ao trabalho (...) No preâmbulo deste documento que instituiu o modelo do *emprego protegido*, salientava-se as dificuldades impostas na obtenção e manutenção do emprego com que se deparavam os indivíduos afectados por uma qualquer incapacidade física ou psíquica, facto que os impossibilitava de competir em mercado de emprego aberto (...)”⁵⁸.

A Instituição II de que aqui se fala, possui lugares de *emprego protegido* para os seus utentes. Ocupando-se da gestão do bar e da manutenção dos jardins em redor do hospital psiquiátrico a que estão associados. Porém, como relata a entrevistada, a realidade é que as iniciativas de apoio ao emprego protegido são cada vez mais escassas:

“Nós tivemos utentes que já vieram para cá e depois, entretanto, conseguimos que eles fossem trabalhar com o nosso apoio. Não através da nossa colocação, mas com o nosso apoio. E tivemos especificamente três, três casos em que nós conseguimos o apoio do instituto nacional de reabilitação e não os conseguindo integrar fora, ficaram na instituição.” **Entrevista I**

Depressa se percebe que fora das instituições que trabalham com a pessoa doente mental, o panorama é bastante diferente:

“(…) é assim, a nossa realidade é muito dura, neh?! Nós temos 1 milhão de desempregados e os nossos empregadores têm muito por onde escolher e não dão, com certeza, preferência aos nossos utentes com patologia psiquiátrica; essa, é a dura realidade, não vamos estar cá a florear a realidade.” **Entrevista II**

“(…) quando estão assim, nesta fase de formação, os tais dois anos e meio, durante esse período estão muito bem, corre tudo muito bem; por vezes, até se apaziguam algumas animosidades em termos de ambiente familiar. Mas depois, o que é facto, é que acaba os dois anos e meio de contrato e as coisas começam a descambar, os doentes começam a ficar descompensados, as famílias começam ah... enfim, a queixar-se, enfim ... Portanto não é fácil.” **Entrevista II**

⁵⁸ *O Emprego das pessoas com Deficiências ou Incapacidade: Uma abordagem pela igualdade de oportunidades* - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012, p. 20.

A inserção profissional é uma componente decisiva da inclusão social da pessoa doente mental. Pelos sentimentos de inclusão e pertença comunitária que confere ao sujeito, assim como pela sua rentabilidade económica e ainda por expandir a sua rede de contactos sociais, a empregabilidade pode amenizar a manifestação da doença psiquiátrica, assim como, evitar crises, recaídas e reinternamentos. A dificuldade está mesmo em conseguir estas oportunidades profissionais. Longe das instituições e espaços de saúde mental, estes indivíduos não usufruem deste apoio ou desta abertura; estes espaços que habitualmente se encontram já de si bastante limitados parecem constituir as poucas ofertas profissionais para esta população. Procurar emprego na comunidade é atualmente uma tarefa árdua. A oferta profissional é em tempos presentes consideravelmente escassa e o estigma para com a doença mental, abundante. O receio de que a pessoa não realize as funções intrínsecas ao trabalho da forma mais adequada e a certeza de que não será aconselhável partilhar o ambiente de trabalho com uma pessoa doente mental, excluem as pessoas experientes em doença mental da seleção. Os apoios públicos à criação de postos de trabalho para pessoas doentes mentais, numa tentativa de contornar estas situações, parecem ser cada vez mais reduzidos se não já quase inexistentes.

2.3. Trajetórias viciadas de reinserção socioprofissional

“ (...) Isso aí implica alguns custos e [a unidade sócio ocupacional do hospital] no fundo abriu sem fundos... mas as residências que é muito o que se usa em Espanha, Londres ... Até foi a [colega] que foi a Espanha, a Barcelona, a dois hospitais onde eles tinham residências protegidas. Isso é impecável, porque no fundo aquele doente crónico, a comunidade não dá resposta, os pais ou o cuidador vai envelhecendo... o que vai acontecer a estas pessoas? Que tem uma doença mas que são gente, são pessoas como nós. O que vai ser destas pessoas quando os cuidadores já cá não estiverem? Daí que se veja muitos crónicos lá [no Pólo II], aqui pra já ainda não acontece isso, porque também não temos estruturas para isso... mas vemos que muitos doentes são nossos conhecidos, isto é: internamento, hospital de dia, comunitária... internamento, hospital de dia, comunitária, ... se isto acontece, há aqui falhas. Se não há respostas, a solução não esta a vista.”

Entrevista VIII

É esta a realidade que se vive atualmente nos percursos de reinserção social das pessoas doentes mentais. Excetuando os casos em que a retaguarda familiar é existente e positiva, a inexistência de respostas de carácter residencial é alarmante, deixando doentes e equipas de saúde mental sem alternativas e em situações limite. Mesmo nas situações em que a retaguarda familiar é existente não se pode esquecer do seu cansaço, sobrecarga e dos seus limites, pois nenhuma família é imortal. A escassez de respostas a nível profissional mostra-se igualmente digno de preocupação. Na verdade, sem que estas respostas sejam conseguidas,

sem que se pavimente a calçada que há muito se construiu para os caminhos dos nossos doentes mentais está-se de certa forma a potenciar um percurso de ciclo vicioso. Ciclo este que caracteriza o trajeto da pessoa doente mental, que encrava na escassez de respostas na comunidade, sejam estas de carácter residencial, profissional ou até mesmo afetivo, na escassa assistência ou ausência familiar; agravando a sua condição patológica, recorrendo novamente aos serviços de saúde. Importa refletir esta situação.

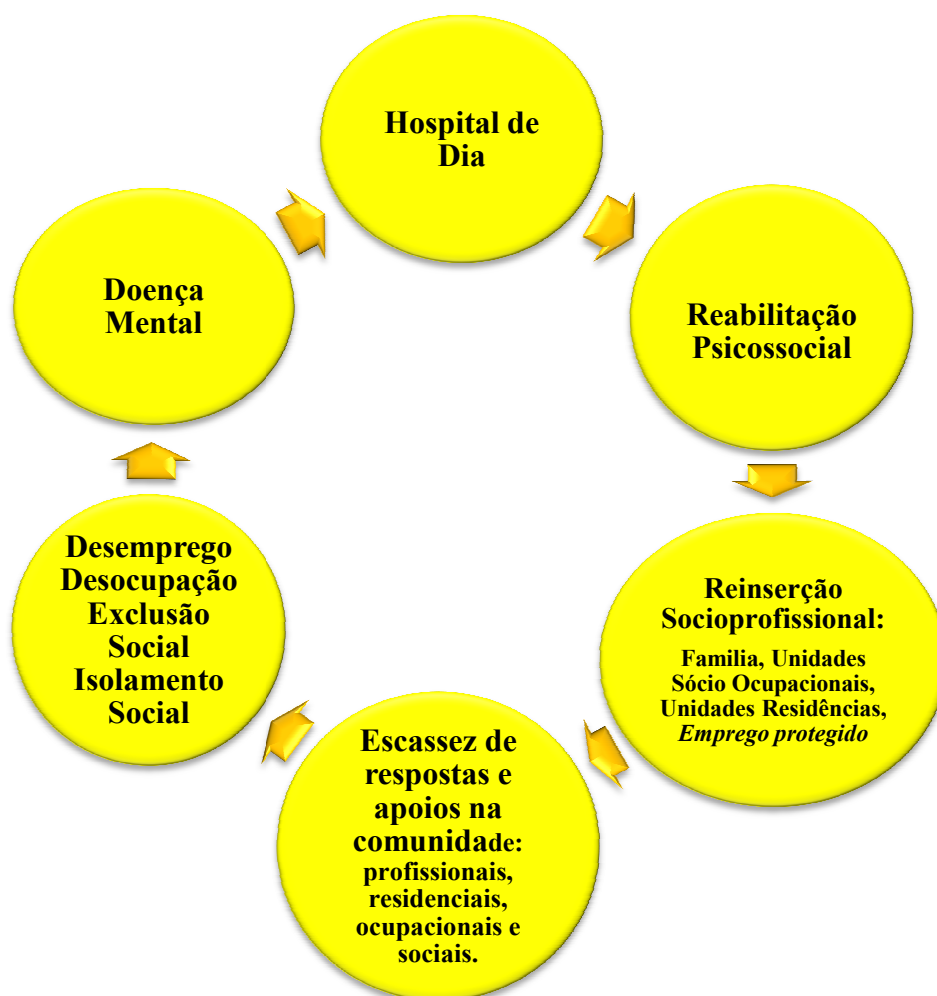


Figura 2: Trajetórias viciadas de reinserção socioprofissional da pessoa doente mental.

A figura ilustra o tal ciclo vicioso já referido. Como se percebe do relato da entrevistada, os doentes que frequentam o espaço do hospital de dia são na sua grande maioria, já conhecidos desta equipa de saúde mental. São doentes que fazem vários internamentos neste espaço, uns mais espaçados do que outros. Pode isto significar que há algo não está a funcionar? Além de se reconhecer a complexidade das patologias mentais e a cronicidade característica deste tipo de doença, desconfia-se que este repetido recurso aos serviços de

saúde mental também se posa atribuir a outras dimensões. São elas a escassez de respostas na comunidade que consigam suportar o processo de *recovery* da pessoa doente mental e a sua inclusão social. Na verdade, após o hospital de dia, se o doente não conseguir uma ocupação profissional ou ocupacional e não possuir um espaço para residir, como se espera que mantenha a sua saúde mental e bem-estar? Qualquer indivíduo teria dificuldades em preservar tal equilíbrio. Não se pode esquecer também a importância das dimensões sociais e destas as afetivas, difíceis de obter sem a existência de interações sociais e laços emotivos que as suportem como o caso do apego e suporte encontrado em amigos, familiares, colegas e vizinhos. O panorama que se estende para a recuperação da pessoa doente mental não parece ser estável, surtindo disso resultados como o que assistimos no internamento deste serviço de psiquiatria que se revela um verdadeiro dilema.

3. A Família como agente da reinserção socioprofissional da pessoa doente mental

Ao pensar na família como figura cuidadora importa ressaltar que esta não foi sempre uma função desta estrutura. Sendo que a institucionalização isentava a família desta responsabilidade. Com isto sublinhasse, que o cuidado ao doente mental precisa de ser aprendido pela família que agora se reencontra com o mesmo (Guedes, 2008). A família necessita de adquirir um conjunto de conhecimentos e estratégias que lhe permita responder aos desafios encontrados no suporte ao familiar experiente em doença mental. É também importante a esta figura cuidadora, o desenvolver de estratégias de *coping* de forma a conseguir lidar com as suas próprias frustrações, disferidas por todo este processo que por vezes, se mostra bastante atribulado. Estas necessidades logicamente variam consoante a pessoa, a doença, o grau de incapacidade da pessoa, etc. Nos processos de reinserção social da pessoa doente mental que abandona agora os serviços de saúde, a família apresenta-se como elo mais precioso para o sucesso dos mesmos. Desejando que regresse para um lar que conhece e onde se sinta desejada.

A doença mental grave, que caracteriza a população doente observada nesta investigação, implica alguns desafios para as figuras familiares. Lembre-se que habitualmente estas pessoas adoeceram em idades bastante jovens e são agora, aos olhos da família, pessoas diferentes daquelas que outrora conheceram (Waidman & Elsen, 2006). Pessoas estas, agora com algumas limitações, cabendo à família a missão de ajudar a superar as mesmas. Não esperando a cura para estas patologias, o tratamento que pode ser gerido pela família, leva à necessidade de desenvolver capacidades no conhecimento e gestão da medicação. A monitorização de agravamento de sintomas também é uma aprendizagem que necessita de ser

feita. O apoio incondicional de fazer a pessoa sentir-se desejada e acolhida, é a melhor das estratégias para a diminuição do seu sofrimento mental (Louro, 2008).

Acontece que, independentemente da preparação que estas famílias possam possuir e do acompanhamento que possa e deve ser feito pelas equipas de saúde mostra-se impossível evitar que esta família também sofra com este processo.

(...) porque a partir de um primeiro internamento, de uma primeira descompensação, de uma primeira consulta de psiquiatria... Iniciou-se um processo em que o próprio estigma por associação, está evidente e portanto o doente já está ali, já há ali uma marca que ficou e depois vai depender um bocadinho como a própria equipa lida com o familiar. Como a própria equipa encara a situação do familiar, como a própria equipa também normaliza a situação, no sentido em que as problemáticas da doença mental são muito frequentes, qualquer um de nós pode vivencia-la... e portanto aquele familiar, têm de se sentir à vontade para falar das coisas sem vergonha. Pode procurar ajuda porque, o não procurar ajuda, é muitas vezes meio caminho andado para uma descompensação maior, para um internamento e nós em hospital de dia não queremos que se chegue aí. (...) se houver uma prevenção da crise, uma preparação eficaz, se ensinarmos os familiares a fazerem isso, o dano é cada vez menor, porque o internamento seria muito marcante mesmo para a família... o facto de a família conhecer a doença, a educação para a doença ... Mas a prevenção vai proteger os familiares e vai ativa-los mais no processo de recuperação do próprio doente... do próprio familiar. Eu penso que quando as pessoas não têm ajuda, quando as pessoas não encontram forma de numa situação de emergência, a quem é que eu devo ligar? A quem é que eu posso... Isso vai causar maior dano no familiar, porque vai ficar muito mais inseguro, portanto eu penso que nós aqui no serviço também somos muito porto de abrigo, se o meu familiar descompensar eu tenho ali ajuda... e acho que essa confiança está completamente conquistada.” **Entrevista VI**

É já sabido que o sofrimento da pessoa doente mental é alastrado a todo o seu seio familiar, pela dor de ver um ente querido sofrer, pela culpa, pelo medo, pelas severas represálias sociais para com a doença. Guedes (2008) acredita que as políticas de reinserção social dos doentes mentais, são insensíveis à família e ao seu sofrimento, caracterizando-as muitas vezes como frias e distantes para com os doentes. Porém, por mais bem preparadas e acompanhadas que sejam estas famílias, da mesma forma que não é possível evitar o seu sofrimento, também não será evitável a sua saturação. Conviver com um doente mental grave advinha-se como um processo cansativo e desestruturante, de desafios e derrotas constantes, especialmente em fases de descompensação, recaídas, reinternamentos. Por maior que seja a entrega da família, também lhe deverá ser cedido o descanso. E é neste sentido que a legislação contempla a utilização das unidades residenciais para o descanso do cuidador, sendo que nestes casos, o individuo permanece um período máximo de 30 dias na residência.⁵⁹

⁵⁹ Decreto-Lei: nº8/2010 de 28 de Janeiro – Ministério da Saúde, 2010.

“ (...) cansaço, da exaustão de ter assim um familiar. Está-se dependente, é uma pessoa que se tem assim em casa sem qualquer tipo de atividade, não é?!” **Entrevista VIII**

Na maior parte das situações, o familiar cuidador, terá de conciliar o cuidado ao familiar doente com a sua vida pessoal com dimensões inclusive profissionais. O tempo para dedicar a estas outras dimensões mostra-se cada vez mais escasso. Neste sentido, as unidades sócio ocupacionais são uma mais-valia permitindo que durante o período diurno a pessoa doente esteja ocupada, possibilitando que a figura cuidadora, assuma as suas responsabilidades profissionais ou outras. Reconhece-se à família a sua importância no processo de reinserção social do indivíduo; as estruturas equacionadas na legislação para este fim fornecem ao indivíduo um suporte residencial e/ou ocupacional, mas por mais empatia que exista com as equipas técnicas o apoio e carinho conseguido no seio familiar desconfia-se ser único. A família mostra-se como a principal parceira nestes percursos, incentivando a permanência da pessoa em seu lar e em contacto mais próximo com a sua comunidade preferível às unidades residenciais, apesar de tudo, já mais afastadas da mesma (Waidman, Jouclas, & Stefaneli, 2002). Existindo condições favoráveis a isso deseja-se que a pessoa permaneça em seu lar, junto dos seus. Neste processo é de muito relevo a parceria entre família e serviço de saúde, este como figura de recurso e apoio deste familiar que precisa de adquirir conhecimentos, mas também para que não se sinta só e desamparado (Waidman, Jouclas, & Stefaneli, 2002).

“ Vamos tendo um contacto com as famílias, chamamos para estes grupos ou mesmo para acompanhamentos individuais, falamos dos sintomas, da adesão à medicação, é essencial ...sem o apoio da família é muito mais complicado.” **Entrevista III**

“Apoiar as famílias nesse sentido, fazer com que as famílias se sintam seguras, pois tem uma equipa técnica junto dos filhos, que faz com que eles evoluam; com a qual, essas famílias também podem falar, ter contacto permanente, etc.” **Entrevista II**

Uma das maiores preocupações destes familiares é com o futuro. O receito constante e angustiante do que acontecerá com os seus familiares doentes no futuro. Futuro este, onde estas figuras familiares estarão envelhecidas, menos capazes para a prestação de cuidados e provavelmente elas próprias em necessidade de apoio. E esta preocupação faz todo o sentido, visto que no norte do país não existem ainda respostas para estas situações.

“A Mãe do doente partilha que o seu maior medo é o futuro, um dia que não esteja cá ou que já não consiga cuidar do seu filho, e dirige-se às técnicas questionando sobre a reunião prevista acerca deste tema -

suportes sociais para estes doentes? A psicóloga esclarece que a próxima sessão será sobre esse tema e que contaremos com a presença da assistente social do serviço. Esta discussão alarga-se ao grande grupo, quase todos partilham deste receio, um dia que cá não estejam, quem tomará conta dos seus filhos? “- *Com quem ficaram?*”

Nota de Terreno de 26 de fevereiro de 2013

A solução a estes cenários inevitáveis passará então pelas unidades residenciais que pretendem dar respostas ao doente mental em ausência de retaguarda familiar e social. Porém se estas respostas permanecerem inexistentes a situação torna-se árdua de desenvolver, lembrando situações ainda mais complicadas em que o doente não possui nenhum tipo de retaguarda familiar ou social.

“ – Esses são os casos que nós acompanhamos no nosso colo o resto da nossa estadia cá, enquanto profissionais, por vários profissionais. Nós temos alguns casos assim, que não tem família, ou que entretanto foram perdendo as pessoas de família mais próximas, que acabam por ser idosas... Ah... Integradas em instituições ou também temos um caso de sucesso que esta na sua própria casa em habitação social, posso-lhe dar o exemplo: ele vivia sozinho com a mãe, a mãe faleceu. A casa estava no nome ainda do pai que já não residia na casa há cerca de 15 anos; estamos a falar de habitação social, ou seja, foram feitos contactos com a (...) a empresa de habitação social [da cidade], demos bastante apoio ao doente que não estaria capaz de, pelo momento de fragilidade de perder a mãe e também a nível de autonomia estaria um pouquinho limitado... a tratar este processo, a casa foi passada pró seu nome, a prestação da renda foi baixada porque ao fim e ao cabo, também era o único rendimento que tinha, era a reforma dele 200 e poucos euros. Através do centro de dia, conseguimos que lhe fossem dadas as refeições, almoço e jantar; entretanto (...) foi integrado na unidade sócio ocupacional, podemos dizer que é um caso de relativo sucesso, porque ficou a viver sozinho, casa própria, promovemos aqui algum tipo de autonomia, inserido em atividades na nossa unidade sócio ocupacional, no ponto de vista da reabilitação da doença dele e com as refeições, higiene da casa e higiene da roupa, assegurados.” **Entrevista VII**

Graças ao esforço de uma equipa empenhada os casos de sucesso existem, mas são cada vez mais raros. O atual envelhecimento generalizado das populações faz com que os casos de doentes mentais que ficam sem a sua retaguarda familiar aumentem e as respostas para estes, ficam cada vez mais difíceis de conseguir. Aliado a tudo isto, a escassez de disponibilidade económica é geral em todos os serviços públicos sabendo que estas respostas, como ilustrado na transcrição, passam sempre por apoios institucionais. Apesar dos desafios que as famílias ultrapassam como a sobrecarga financeira e emocional, a discriminação e a exclusão social; se fizerem por marcar a diferença, incentivando a inclusão social do seu familiar, acredita-se que tudo correrá de forma mais positiva. Reconhece-se que agora interessam trabalhar questões de maior abrangência, sendo uma delas, mais uma vez as questões do estigma que

em muito atrasam e entavam estes processos de reinserção social e a lentidão da aplicação de repostas governamentais a nível ocupacional, profissional, formativo e residencial. Abrir janelas por onde os doentes mentais possam entrar na comunidade e de dentro desta trabalhar a sua integração e fornecer à família o descanso em relação ao futuro.

4. Súmula

O processo de desinstitucionalização que se vem a construir e cujas intencionalidades se compreende apoia e defende, continua a assentar em percursos um pouco utópicos. Para que fazer os nossos doentes caminhar, se não existe destino para eles e as respostas ficam pelo meio-termo? Algures entre a instituição e a comunidade.

Em todas as campanhas de promoção de saúde o maior desafio, continua a ser decifrar o mecanismo interno do ser humano que vai desde o reconhecer do problema – necessidade – solução a adaptá-la ou fazê-la cumprir. Falta fazer cumprir os planos que já lucidamente foram prescritos para as pessoas que padecem de perturbação psiquiátrica; pois, de nada adiante apregoar e não agir. A ação de governantes e decisores políticos é feita com limitações, fundamentalmente de carácter económico. As suas dificuldades não são ignoradas mas percebido que, mesmo quando essas dificuldades não são tão alarmantes, a saúde mental permanece vista como aquele parente distante de quem nos lembramos mas que não faz parte convidar ao convívio. De facto, a saúde mental e os investimentos para com a mesma, parecem vir sempre em segundo plano. Nota-se que existe um receio e uma descrença na necessidade de mexer na saúde mental, encontraremos também no seio político manchas de estigma? Contudo, se por uns segundos nos é permitida a arrogância de pensar que ao governo apenas interessa o que produz, aquilo que dá lucro, faça-se uma outra análise. Na *aldeia global* onde vivemos de carácter cada vez mais capitalista e competitivo, interessa quem produz mais e melhor. A doença mental não produz, não traz lucro, não traz grandes feitos; não nos habituamos a ver-lhe grandes ensaios clínicos ou inovações tecnológicas que nos distinguem e conseguem a inveja aos governantes vizinhos. Mas, pensemos, se a área da saúde mental não traz lucro é verdade que traz grandes prejuízos. Não é igualmente desejado pelo governo e seus governantes evitar tais prejuízos? Que prejuízos? Sem apoios na comunidade, que fomentam este ciclo vicioso para o qual a pessoa doente mental é sugada, aumentam as idas à urgência, aumentam os reinternamentos fechados e em ambulatório, a prescrição de medicação... com isto o que acontece à necessidade de ter os nossos hospitais em primeiro lugar em rankings nacionais e internacionais? Perdem-se. O que acontece aos custos do estado para com a saúde? Aumentam. O que acontece aos nossos doentes

desempregados sem rendimentos e às suas famílias financeiramente sobrecarregadas? Procuram subsídios e apoios públicos, saturam a rede social de apoio. O que acontece à produtividade do país quando as pessoas não conseguem recuperar? Diminui. O que acontece à pessoa doente, sem retaguarda familiar ou comunitária e casualmente sem o apoio hospitalar (que possui os seus limites, cada vez menos abrangentes)? Fica em situação de sem-abrigo? Gera outras comorbilidades? Onde fica a nossa saúde pública... onde ficam as preocupações com os números que competem anualmente, ilustrando o bem-estar que se vive no nosso país? Desaparecem.

O que acontece à Pessoa?

Torna-se claro que um alarme aos nossos decisores continua a ser necessário. Estes ciclos viciosos que criamos assemelham-se a areias movediças, dentro das quais apesar dos esforços do indivíduo, suas famílias e equipas de saúde mental parece ser cada vez mais difícil sair. Para que escrever respostas e não as aplicar? Há que começar, não por reconhecer, pois esta necessidade está à vista de todos os que olham esta realidade, mas sim admitir. Admitir que parece ser urgente intervir. Aplicar as respostas há muito escritas para a doença mental e depois monitorizar as mesmas para que não caíamos no erro tentador da *trans-institucionalização*; o desejo não é transpor os nossos doentes de uma instituição para outra, mas sim envolvê-los na comunidade, reabilitar as suas capacidades e devolver-lhes a sua autonomia (Marques-Teixeira, 2006).

VIII. Considerações Finais

“ (...) quando se tropeça em algo de novo que não acerta com o que já é conhecido, a inteligência pode avançar com novas ordens e estruturas sensoriais que formam novas percepções.”

(Bohm & Peat, 1989, pp. 184-185)

Considera-se que é o diálogo entre as emoções e a razão que nos individualiza de todos os outros seres vivos deste planeta, que nos confere a nossa singularidade mas também toda a complexidade da nossa existência. Com elas e através delas (emoções) reagimos e agimos no mundo que nos contorna, questionamos, inferimos e sentimos aquilo que nos envolve e rodeia e aquilo que vivenciamos. Em particular sobre as emoções, António Damásio (2010) explica por si como estas se desencadeiam “ (...) [d]e uma forma muito simples, por imagens de objectos ou acontecimentos que estão realmente a ter lugar no momento ou que, tendo ocorrido no passado, estão agora a ser evocadas.” (Damásio, 2010, p. 145). Peculiarmente inicia-se as conclusões deste estudo com questões tão complexas como esta discussão eterna acerca da razão e da emoção. Falar em mente é ainda hoje sinónimo de especulação, certeza de desconfiança e segurança de uma luta difícil. A mente que nos confere a nossa individualidade perante os demais seres continua ao olhar de muitos, inclusive cientistas e académicos, envolta em desconfiança e superstições. Se falar em mente acarreta algumas hesitações o mesmo acontece ao falar de doença na mesma, das doenças da mente – a doença mental.

A doença mental apesar de sempre se apresentar no singular, não é uma unidade singular. Como vimos na parte IV da dissertação – O sofrimento da pessoa doente mental - doença mental que deveria ser lido no plural como doenças mentais, engloba e apresenta um conjunto de inúmeras perturbações habitualmente denominadas como perturbações psiquiátricas, perturbações mentais, doenças psíquicas, doenças mentais, perturbações do comportamento e do pensamento. Aqui começa a complexidade de qualquer abordagem feita à então doença mental; transportar em si perturbações tão diferentes que podem ir desde reações adversas a eventos traumáticos, a situações de *tristeza* intensa e prolongada, a uma completa alienação da realidade; confere a estas patologias todo um carácter complexo. Não se consegue datar de quando ou como esta denominação foi instituída, mas o fato de estas patologias se apresentarem de forma geral e não a título individual, leva a que se caía facilmente em generalizações sendo socialmente, *metidas todas no mesmo saco*.

Ser diagnosticado com uma doença mental seja ela um transtorno de aprendizagem, uma depressão, um caso de demência ou de dependência tóxica, uma situação de disfunção sexual ou ainda uma situação de esquizofrenia; é ao mesmo tempo ser herdeiro de um estigma. Estigma este que se manifesta nas mais variadas ações e comportamentos discriminatórios, dirigidas de forma geral à doença e em particular à pessoa que padece da mesma e aos que convivem consigo sendo os familiares e amigos, apanhados neste fogo cruzado. Estas posturas estigmatizantes existem também para com os próprios profissionais de saúde mental, como agora sabemos pelos relatos da equipa de saúde mental entrevistada que compõem a parte V da Dissertação que se dedica ao tema – A Estigmatização da Doença Mental - habitualmente empregues pelos seus próprios pares cuja compreensão dos domínios e práticas psiquiátricas, ainda estão muito aquém do desejado. Indagar sobre este estigma, como se cria, manifesta e reproduz já não se torna mais necessário; compreende-se largamente que este é reproduzido pelo desconhecimento e medo acerca desta realidade, sendo que o primeiro (o desconhecimento) reverte logicamente no segundo (o medo).

Nas camadas populares e mesmo em algumas dimensões académicas como percebemos pelo caso dos colegas desta equipa de saúde mental participante da investigação, ainda permanece um imenso desconhecimento acerca da realidade da doença mental. Habitualmente as crenças que existem para com estas patologias suportam-se na sua história passada, em nada ilustre, demasiado longe da veracidade destas condições clínicas. A crença da doença mental como associada a fenómenos sobrenaturais, que se continuam a transmitir culturalmente entre gerações, sabe-se agora que são o claro resultado de séculos de atitudes indignas. Porém, as crenças que levaram a tais comportamentos executados ao longo de séculos para com as pessoas doentes mentais, foram de tal maneira fortes e marcantes que ainda hoje continuam a persistir na nossa sociedade. Não se manifestam agora em perseguições físicas e queimadas em fogueiras mas sim em julgamentos, evitamentos e exclusão social. Estas ideias, altamente presentes na nossa cultura, continuam a alimentar crenças erradas que reproduzem os tais receios de que se falava. Estas ideias aliam-se a generalizações do doente mental enquanto uma pessoa perigosa, preguiçosa, fingida e até a ideia de contágio da doença mental é real. Estas ideias, como se pode perceber, geram claramente grande receio no contato com a pessoa que padece de doença mental. Falar das doenças mentais e de todos os seus atores é de fato, percebe-se agora, uma tarefa laboriosa e complexa.

O sofrimento da pessoa que padece de uma doença mental é em todo o seu percurso severo e implica a sintomatologia da doença, a castração de algumas capacidades, a aprendizagem de uma nova forma de viver, ser palco da ação dos efeitos adversos e redutores

da medicação psiquiátrica, etc. O estigma, acerca do qual, ainda não se deu por terminada a discussão, apenas vem agravar drasticamente este estado de sofrimento da pessoa doente mental. Percebe-se agora que é através dos tentáculos deste estigma, difundidos nas mais variadas formas e inúmeros contextos, que aumenta o sofrimento da pessoa experiente em doença mental pela perda de amigos e familiares, pela dificuldade de acesso a uma prática profissional, pelas limitações no exercício de uma vida social, etc. Ações para nós aparentemente tão básicas como frequentar um bar, uma piscina pública ou viajar, podem estar drasticamente limitadas para uma pessoa com perturbação mental, como nos relata Afonso de Albuquerque (Albuquerque, 2012). Sofrimento que potencia o isolamento social e a exclusão de uma comunidade, onde agora o doente mental se deveria ver incluído e acolhido. Falar em doença mental e não falar no estigma em torno da mesma, torna-se de fato impossível; o estigma envolve a pessoa doente mental numa espiral destrutiva de isolamento e submissão, famílias em sentimentos de culpa e evitamento social e invalidam o estabelecer de trajetos de reinserção socioprofissional bem conseguidos. Pois, está agora claro, que um dos graves entraves à inclusão social e profissional da pessoa doente mental agora reabilitada são estas atitudes discriminatórias.

Reconhecendo o estigma como uma das maiores dificuldades no processo de *recovery* da pessoa experiente em doença mental e como um dos principais entraves à reinserção socioprofissional, importa refletir acerca do que se pode fazer quanto ao mesmo. No ponto de vista que resulta agora de todo este processo de investigação - convivência com os participantes da investigação, interação e observação dos mesmos e reflexões, pesquisas e resultados que esse mesmo processo permitiu obter, confirma-se o que ao início se suspeitava, a Educação para a Saúde é claramente uma resposta ao combate deste estigma. Educar para a Saúde como o próprio nome indica passa por trabalhar e fornecer mecanismos para que o próprio indivíduo reconheça as suas falhas e os seus erros acerca das suas noções de saúde e doença e as corrija, substituindo-as pelas mais corretas. Sabendo que o aumento do conhecimento de casos reais de doença mental, do contato direto com aqueles que as vivenciaram e especialmente aqueles que alcançaram o seu tratamento assim como o contato com profissionais de saúde lúcidos acerca do tema, poderá marcar a diferença. A Educação para a Saúde apoia-se no *empowerment*, este assume-se como um processo de mudança em que o indivíduo ultrapassa estigmas e exclusões e assume o controlo da sua própria vida e dos seus direitos enquanto cidadão de uma comunidade. Traduz-se por um aumento de poder a todos os níveis constituintes do ser humano, que no doente mental lhe permite um maior acesso e prática da sua cidadania.

Vendo a Educação para a Saúde, como o próprio nome indica, como uma estratégia de promoção de saúde que passa pela disponibilização de informações e conhecimentos corretos, acessíveis e bem fundamentados acerca das dimensões da saúde e da doença, e sabendo que o desconhecimento em saúde mental é o grande impulso de toda esta realidade estigmatizante poderá usar-se um para diminuir o outro. Educando a comunidade para a saúde mental, dá-se início a um processo de desconstrução das ideias erradas acerca da mesma e desta forma, minimiza-se e espera-se que futuramente se elimine os comportamentos discriminatórios para com a realidade da doença mental.

Como sugerido por alguns dos profissionais entrevistados faz sentido que esta Educação para a saúde mental comesse em camadas cada vez mais jovens, sabendo que é nestas idades juvenis que se adquirem as primeiras crenças e valores, que habitualmente perduram toda uma vida. Começar desde pequeno a conviver com ideias corretas acerca da doença mental, poderá levar ao conseguir de toda uma nova geração aberta e inclusiva para com a mesma.

Percebe-se que não só aos profissionais de saúde deverá ser ministrada formação acerca da doença mental mas a todos os profissionais, mesmo que de forma mais superficial, que trabalham diretamente com a pessoa num contato próximo: sejam eles professores, educadores sociais, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, monitores, etc. De forma a estarem não só atentos à manifestação da doença como a não a descrimarem. E esta é uma conclusão importante a que se deve chegar, esta formação correta em saúde mental ajudará não só a reconhecer os primeiros sinais da doença em idade mais prévia e a fazer um devido encaminhamento como elucidará as pessoas acerca da mesma; diminuindo as atitudes discriminatórias, eliminando por sua vez ideias tão torturantes como a contágiosidade da perturbação mental, a ideia de preguiça, a doença por vontade da própria pessoa, entre outras.

Não se caí em ilusões que este será um processo fácil, não. Nada em saúde mental o parece ser. Foram levados séculos para construir a ideia que persiste hoje acerca da realidade da doença mental não se espera desconstruir a mesma num par de anos; mas espera-se dar início a este processo o quanto antes.

Enquanto investigadora, conheci este contexto e especialmente as pessoas que no mesmo trabalham, tive o privilégio de observar as suas práticas profissionais mas também a sua intimidade. O tempo aflorou as proximidades e desconstruiu algumas barreiras e esta equipa de profissionais que se começou a familiarizar um pouco mais comigo, entre partilhas e desabafos, mostrava-me mais um pouco de si. De forma geral, esta equipa gosta do seu trabalho, orgulha-se do mesmo e acredita notavelmente naquilo que faz. O que está claramente ligado ao ambiente de empenho e desafio constante que se vive neste serviço, incentivado pela sua direção que se evidencia pelo gosto pela inovação e pela capacidade de

testar novos desafios e horizontes. Contudo, há uma opinião modesta que se gostaria de deixar a esta notável e esforçada equipa; especialmente por isso, por acreditar nas suas capacidades de conseguir mais e melhor. Unindo a experiência e conhecimentos desta equipa ao poder da Educação para a Saúde na desconstrução deste estigma que entrava os processos de reinserção da pessoa doente mental, que se luta para serem bem-sucedidos; poderia criar-se aqui e talvez em parceria com profissionais externos, uma equipa que se deslocasse a espaços exteriores ao serviço de psiquiatria e fornecesse informações corretas acerca da doença mental. Este projeto inovador que apenas se esboça nestas linhas, poderia ser dirigido a outras equipas profissionais dentro do próprio hospital, a escolas, universidades, centros de saúde ou até para as próprias comunidades. Porque não organizar estes “seminários” num registo público, para que todos lhes possam aceder? Quem sabe em parceria com câmaras municipais ou juntas de freguesia, deslocar-se a centros comunitários e fazer palestras para as comunidades, quanto mais não seja no esclarecimento de dúvidas. Outra ação inovadora que poderia aqui ser colocada em prática seria convidar utentes ou antigos utentes que agora se encontrem clinicamente estáveis a participar com esta equipa nestas iniciativas; este fato, tinha não só um maior impacto junto das populações, como permitiria à pessoa doente sentir-se envolvida em algo, aceite e lutadora pela sua causa. Esta é apenas uma das muitas ideias que esta permanência no terreno brotou. Porém, está claro que é preciso fazer uma aproximação entre a realidade da doença mental e a comunidade, pois enquanto esta desconstrução não acontecer, a transmissão cultural de estigmas continuará a ser real e a fragmentar todos os que vivem com ela.

A aproximação da doença mental à comunidade faz-se também pela envolvência das pessoas doentes na mesma. Lembremos as discutidas políticas de desinstitucionalização que pretendem diferenciar-se de práticas passadas, que ocultavam o doente mental em instituições fechadas o mais longe possível das comunidades. As atuais políticas de saúde mental pretendem inverter este processo e reabilitar as pessoas doentes mentais na sua comunidade, eliminar os hospitais psiquiátricos e fazer com que estes doentes sejam seguidos em serviços locais de psiquiatria ou nos seus cuidados de saúde primários. A reinserção social que se deseja para os doentes mentais passa pela sua inclusão, sendo a família a primeira resposta para esta como discutido na parte VII – A Reinserção socioprofissional da pessoa doente mental. A família habitualmente é vista, tanto pelos serviços de saúde como pelas próprias políticas instituídas, como a primeira resposta de reinserção social para a pessoa doente mental. Pelo carácter afetivo e incondicional que habitualmente se atribui às famílias compreende-se que esta seja a primeira opção de resposta ao acolhimento da pessoa doente mental, assim como se faça parceira dos serviços de saúde mental nos seus processos de

reabilitação. Contudo, compreende-se neste momento que as famílias além de não serem eternas possuem os seus limites. Sabe-se e observou-se que nem todos os agregados possuem condições e\ou vontade em acompanhar este indivíduo adoecido. Muito foi *explorada* a família e o seu sofrimento ao longo da construção deste trabalho e na verdade, compreende-se que a sobrecarga do cuidado e acompanhamento a um familiar adoecido mentalmente pode gerar consequências. A dor, a luta, a culpa, a impotência, a privação de uma vida independente, a segregação social, são apenas algumas das vivências que o familiar da pessoa doente mental atravessa. Talvez por isso, muitos agregados familiares não se mostram disponíveis a acompanhar estes seus familiares, ora pela saturação desta sobrecarga ora mesmo em muitos casos, pela incompreensão destas manifestações como doença, como relataram os profissionais entrevistados. Em situações que as famílias se esforçam e que mostram desejo em acompanhar este familiar em todo o seu processo de *recovery*, por vezes os seus limites falam também mais alto. Estes limites podem passar por aspetos aparentemente mais simples como a falta de espaço em casa como pela impossibilidade de um suporte financeiro, mas passará eventualmente pelo cansaço da figura cuidadora. Em solução a estas situações, na impossibilidade desta retaguarda familiar ou no sentido de compartilhar esta responsabilidade, surgem as então respostas residências, ocupacionais e profissionais. A estas respostas já lhes demos a devida atenção no seio do documento (com especial destaque em parte VII – A Reinserção socioprofissional da pessoa doente mental) e na verdade foi pela busca das mesmas que esta investigação partiu. Desejando compreender a realidade da pessoa doente mental após a sua estadia num serviço psiquiátrico, ou seja, após processo de reabilitação, como eram conduzidos os seus processos de reinserção sócio profissional, quais os principais entraves e dificuldades. Falar acerca das respostas definidas legalmente para a reinserção social da pessoa doente mental provoca uma certa frustração e um sentimento de incompreensão, ou confusão, para com aquilo que é afinal desejado para os nossos doentes mentais. Estas respostas são escassas, na verdade, na região norte do país estas respostas são praticamente inexistentes levando o próprio hospital à necessidade de criar a sua unidade sócio ocupacional e a lutar pela construção da sua futura unidade residencial. Contudo, falamos de uma cidade cujas respostas para a doença mental apesar de redutores, existem. Lembremos outras zonas do país especialmente no norte e também no centro, em que estas respostas nem sombra delas há. Na verdade, existe um grande descontentamento em perceber que esta é uma grande lacuna no processo que aqui se deseja fazer. Numa Educação para a Saúde Mental que se pretende implementar pela desconstrução do estigma em torno da doença mental espera-se conseguir feitos notáveis; contudo, interpretando a realidade da doença mental como um puzzle, todo interligado, a edificação das respostas a nível

ocupacional, profissional e residencial, também importa levar avante. Enquanto isto não acontecer os trabalhos paralelos que se façam pela aceitação e melhoria da saúde mental não são em vão, mas são na verdade limitados. Sem estas respostas, especialmente de carácter residencial, estaremos a assistir aquilo que Marques Teixeira (2006) apelida *de trans-institucionalização* - mover as pessoas de uma instituição para outra. Mas se é isso que acontece, iremos contra tudo aquilo que a saúde mental comunitária defende e deitaremos por terra anos de luta, inclusive psiquiátrica e também da parte das ciências sociais, que em muito se esforçaram para mudar as práticas para com a pessoa doente mental. A ausência destas respostas coloca as equipas de saúde mental e familiares em intensa pressão e sofrimento, vendo-se impotentes de arranjar respostas adequadas. Possuindo situações de doentes que se encontram em locais desapropriados ou em convivências familiares altamente disruptivas, por ausência de outras respostas adequadas. A ocupação é outra dimensão onde é urgente investir. Após uma reabilitação bem conseguida, a prática profissional é o passo seguinte. O emprego poderá solucionar alguns problemas à pessoa doente como a sua subsistência e a sua inclusão social.

Continuassem a questionar o porque deste atraso no investir das respostas para com a saúde mental. Não é com muito agrado que se vê usar a atual crise económica que a nação ultrapassa como resposta para estes atrasos, visto que apesar de já longa, a crise não veio colocar um ponto final neste processo. Este processo, não tinha ainda sido iniciado. Repara-se que é estabelecida uma legislação para a saúde mental, lúcida, perspicaz, medicamente e sociologicamente correta e atenta, com objetivos definidos e prazos estipulados; contudo, ao chegar estes prazos é-lhe feita uma avaliação, percebe-se que ainda não foram conseguidas as respostas desejadas, estipulam-se novos prazos, redefinem-se objetivos... Este parece ser mais um ciclo vicioso. Até que ponto poderemos nós acreditar nas políticas instituídas para com a nossa saúde mental? Até que ponto, poderemos nós crer no cumprimento do atual Plano Nacional de Saúde Mental até 2016? A confiança nas práticas e políticas para com a saúde mental é claramente pouca e trémula. Fica o solene e humilde desejo, por mais utópico que se o reconheça, de que estas reflexões levem, consigam pelo menos uma mínima reflexão por parte dos decisores políticos, que possa servir como de um alerta.

IX. Referências Bibliográficas

- Abel, M. (2003). O Insight na Psicanálise. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 22-31.
- Aguirre, A. (2008). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Desafios e dificuldades em sua elaboração. In I. Coelho, M. L. Schmidt, & F. Zicker, *Ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 206-222). São Paulo: Editora Hucitec.
- Albuquerque, A. (2012). *A Discriminação do Doente Mental no Ocidente*. Lisboa : Publinédita Unipessoal.
- Alves. (2011). *A Doença Mental Nem Sempre é Doença - Um Estudo no Norte de Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista de Saúde Pública Portuguesa*, 127-131.
- Alves, c., Ribas, V., Alves, E., Viana, M., Ribas, R., Júnior, L., . . . Castro, R. (2009). *Uma breve história da reforma psiquiátrica*. Recife, Brasil: Estudo realizado na pós graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. .
- Alves, F. (2001). A Família e a Doença Mental. In L. F. Silva, *Acção Social na Área da Família* (pp. 207-216). Lisboa : Universidade Aberta.
- Alves, P., & Maria, M. (1994). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- Amorim, A., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Colectiva*, 196-204.
- Aranha, M. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, 160-173.
- Assis, P. (2012). *Pablo de Assis*. Obtido de Uma breve história dos psicofármacos: <http://pablo.deassis.net.br/2012/09/uma-breve-historia-dos-psicofarmacos/>
- Backers, M. e. (2008). Conceitos de Saúde e de Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. *Revista de Enfermagem UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 111 - 117.
- Barahona, F. (1982). Prefácio da edição portuguesa. In H. J. Lurie, *Psiquiatria Compreensiva para Clínicos Gerais* (pp. 5-9). Lisboa: Roche Farmacêutica Quimica, Lda.
- Barbosa, M. (2011). *Sobrecarga do Cuidado em Famílias de Egressos de Internação Psiquiátrica - Análise nos 3 meses após a alta hospitalar*. Ribeirão Preto: Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.
- Barbosa, T. (2010). *Estigma face à Doença Mental por parte de futuros profissionais de Saúde Mental*. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Mestre em Temas de Psicologia, área de especialização - Psicologia da Saúde.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Paris: Edições 70.

- Berlinguer, G., & Cebes-Hucitec. (1988). A Doença. *Lua Nova - Revista de Cultura e Política*, 219-221.
- Biernat, M., & Dovidio, J. F. (2000). Stigma and Stereotypes. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull, *The Social Psychology of Stigma* (pp. 88-125). New York: The Guilford Press.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora.
- Bohm, D.; Peat, F. D. (1989) *Ciência, Ordem e Criatividade*. Gradiva
- Câmara, H., Rocla, C., & Balteiro, J. (2011). Grau de conhecimento e consumo de psicofármacos dos alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 173-179.
- Canhoto, A. (2006). *Saúde - Doença - Cura: À luz das leis naturais da evolução*. São Paulo: Petit Editora & Distribuidora Ltda.
- Capalbo, C. (1979). *Metodologia das Ciências Sociais: A Fenomenologia de Alferd Shutz*. Rio de Janeiro: Antares.
- Cardoso, C. M. (2001). Pelos Trilhos da Angústia (Ansiar, Angustiar, Neurotiziar). *Saúde Mental*, 21-26.
- Carvalho, J. (s.d.). *Esquizofrenia e Família: Repercussões nos Filhos e Cônjuge*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar da Universidade do Porto para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.
- Caycedo, A., Luis, A. M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. R. (2010). Características Psicosociales y Familiares Relacionadas com Intento de Suicidio en una Población Adolescente en Bogotá - 2009 . *Persona e Bioética* , 205-213.
- Cesário Verde. (1901). *Contrariedades*. O Livro de Cesário Verde.
- CHBA, H. d. (7 de Junho de 2013). *Hospital de Barlavento Algarvio*. Obtido de http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NoticiasEventos/Noticias/chba_hosp_dia_psiq.htm
- Citizens Information Board. (2010). Mental Health Services. *Relate - The Journal of developments in social services, policy and legislation en Ireland*, 1-8.
- Coelho, V., & Ornelas, J. (2010). Os Contributos do Emprego Apoiado para a Integração de Pessoas com Doença Mental . *Análise Psicológica*, 465-478.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coltro, A. (2000). A Fenomenologia: Um Enfoque Metodológico para além da Modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração* , 37-45.
- Colvero, L., Ide, C., & Rolim, M. (2004). Família e Doença Mental: A Dificil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 197 - 205.
- Conferência de alto nível da União Europeia. (2008). *Pacto europeu pela Saúde Mental e Bem-Estar*. Bruxelas.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional da Saúde 2007-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde.

- Cordioli, A. (s.d.). *Psicofármacos nos Transtornos Mentais*. Rio Grande do Sul: Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O Estudo de Caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 221-243.
- Covre, M. (2004). Aprendizagem/formação, narcisismo e cidadania-em-construção. In B. Scoz, C. Feldman, M. Gasparian, M. Maluf, M. Mendes, Q. Bomnonatto, . . . S. Pinto, *Psicopedagogia, Um Portal para a Inserção Social* (pp. 49-56). Petrópolis: Editora Vozes.
- Cunha, M., & Bastos, C. (2005). *As Instituições híbridas. Reclusão e laços sociais*. Lisboa: Dossier resultante de um conjunto de análises suscitadas pela conferência «A prisão, a psiquiatria e a rua», que teve lugar no Instituto de Ciências Sociais (UL) entre 6 e 7 de Junho de 2005.
- Cutler, D. L., Bevilacqua, J., & McFarland, B. H. (2003). Four Decades of Community Mental Health: a Symphony in Four Movements. *Community Mental Health Journal*, 381-398.
- Cury, C. (2005). *Família do Doente Mental - Os Significados atribuídos pela equipe do programa saúde da família*. Ribeirão Preto: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.
- Dallari, S. (2008). A Protecção do Direito à Intimidade, a Confidencialidade e o Sigilo na Pesquisa em Saúde. In I. Coelho, M. L. Schmidt, & F. Zicker, *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 53-82). São Paulo: Editora Hucitec.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência - A Construção do Cérebro Consciente*. Temas & Debates - Círculo de Leitores .
- Despacho conjunto nº.407/98 de 18 de Junho. (s.d.). *Diário da República*. Obtido de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98
- Dias Cordeiro. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- Dias, I. (1998). Estratégias de pesquisa qualitativa no estudo da violência na família . In A. Esteves, & J. Azevedo, *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais* (pp. 29 - 48). Porto: Instituto de Sociologia - Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Dias, J. A. (2010). *Maníacos de qualidade*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Dimenstein, M. (2006). O Desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 69-83.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.l
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and Overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull, *The Social Psychology of Stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 427-440.

- Duarte, T. (2007). Recovery da Doença Mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 127-133.
- Eisenberg, L. (1988). The Social Construction of Mental Illness. *Psychological Medicine*, 1-9.
- Fernandes, A. T. (1998). Alguns Desafios Teórico-Metodológicos. In A. Esteves, & J. Azevedo, *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais* (pp. 9 - 27). Porto: Instituto de Sociologia - Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Ferreira, M. (2013). A Ética da Investigação em Ciências Sociais. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 169-191.
- Ferreira, V. (2008). Igualdade de Género e Homofobia: Uma política por Construir . 3º Prémio, *Construindo a Igualdade de Género - Brasília*, 237-238.
- Ferro, H. (2013). A Representação da Saúde Mental e da Doença Mental na Imprensa Portuguesa: Um Estudo Comparativo. *Estudos em Comunicação*, 37-86.
- Fino, C. N. (s.d.). *FAQs, ethnography and participant observation*. Madeira: Universidade da Madeira - Departamento de ciências da Educação.
- Fontes, B. (2007). Redes Sociais e Saúde: Sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental . *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, 87-104.
- Fonseca, V. C. (2011). *Qualidade de vida e Psicopatologia - Intervenção Terapêutica em Hospital de Dia*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- Foucault, M. (2008). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Edições Texto & Grafia .
- Fregonezi, E. (2010). *Adquirindo uma nova cidadania: O Estudo do Preparo do Doente Mental para Viver em Comunidade*. Ribeirão Preto: Dissertação de Doutorado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências.
- Freitas, C., & Gonçalves, M. (12 de Janeiro de 2012 de 2010). *A Estigmatização do Doente Mental*. Obtido de Artigonal - Directório de Artigos Gratuitos: <http://www.artigonal.com/saude-artigos/a-estigmatizacao-do-doente-mental-2440918.html>
- Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Infarmed - Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde - Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde.
- Gadelha, M., & Cláudio, P. (s.d.). *A Representação da Doença Mental no Cinema: Um estudo de Mídia, Comunicação e Saúde Mental - O Caso do Bicho de Sete Cabeças*. Obtido de Biblioteca on-li da ciências da comunicação : <http://www.bocc.ubi.pt/>
- Geraldo, J. D. (2007). Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. *PSICO - Universidade de São Paulo*, 77 - 84.
- Gil, I. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Cultural.
- Giumbell, E. (1997). Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. *Revista de Antropologia*, 31-82.

- Goffman, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gonçalves, A. M. (s.d.). A Doença Mental e a Cura: Um Olhar Antropológico. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, pp. 159-161.
- Gonçalves, A. M. (s.d.). A Doença Mental: Construção Individual ou Determinação Social. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 163-168.
- Gondim, M. d. (2007). *Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave*. Brasília: Dissertação de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica - Universidade de Brasília, para a obtenção do Grau de Doutora em Psicologia Clínica e da Cultura.
- Gomes, A. (02 de Março de 2012). *EGO CLINIC - Clínica em Neurociências*. Obtido de Psicofármacos - Breve Guia dos Medicamentos Psiquiátricos: http://www.egoclinic.pt/04_artigos_expand.php?ID=151
- Goulart, M., & Durães, F. (2010). A Reforma e os Hospitais Psiquiátricos: Histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 112-120.
- Guedes, A. (2008). *Avaliação do Impacto da Perturbação Mental na Família, e Implementação de um Programa Psicoeducacional*. Porto: Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental.
- Guerra, J. M. (2005). A formação histórica dos erros e preconceitos em higiene mental. In J. C. Dias Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 13-20). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guilherme, E. (2011). *Vergonha e Solidão na Doença Mental Crónica - Contributo de um estudo exploratório*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica ao Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos .
- Heitor, M., Bento, A., Brito, I., Cepeda, T., & Correira, H. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Hetzel, E. (2010). *Adquirindo uma Nova Cidadania: Estudo do Preparo do Doente Mental para Viver na Comunidade*. Ribeirão Preto: Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para a obtenção do título Doutor em Ciências.
- Hetzel, E. (2007). *O Profissional-Referência e o Doente Mental*. Ribeirão Preto: Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- Hickman, D. (2011). *Relationship Between Self-Stigma and Personal Empowerment among people who have Severe Mental Illness*. San Diego: Dissertação de Doutorado em Filosofia na Enfermagem apresentada à Faculty of the Hahn School of Nursing and Health Science - University of San Diego.
- Jaggar, A. M. (1989). Love and Knowledge. *Inquiry* , 151 - 176.
- Jorge, M., & Bezerra, M. (2004). Inclusão e Exclusão Social do Doente Mental no Trabalho: Representações Sociais . *Texto, Contexto e Enfermagem* , 5551-558.
- Jorge-Monteiro, F., & Madeira, T. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise Psicológica*, pp. 97-109.

- Kasper, S. (2005). Treatment Challenges in the Acute Hospital Setting. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 210-211.
- Kimura, A. M. (2005). *Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento*. São Paulo: Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade São Judas Tadeu.
- Kuhn, T. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1997). *Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide*. Gaskell: Royal College of Psychiatrists.
- Lei de Saúde Mental - Lei nº 36 / 98. (s.d.). *Ministério da Saúde*. Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AF8B77EE-5AF4-4F79-A4085F45F12D49E7/0/LEISMental.pdf>
- Leigh et al, D. (1977). *Enciclopédia Cancisa de Psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica Quimica, Lda.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leyens, J. (1985). *Teorias da personalidade na dinâmica social*. Lisboa: Verbo.
- Lima, M. C., & Botega, N. J. (2011). Hospital-Dia: para quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 195 - 199.
- Lima, G. (2010). Modelos de categorização: Apresentando o modelo clássico e o modelo dos protótipos. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 108-122.
- Lobosque, A. M. (2007). *Manual de Aulas de Saúde Mental para Equipes do Programa de Saúde da Família*. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Lopes, R., & Curral, R. (2011). Day Hospital in Community Psychiatry: Is it still an alternative to mental health care? *Arquivos de Medicina*, 218-223.
- Louro, M. (2008). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.
- Lukasz, M. K. (2010). *The Relationship of Culture and The Stigma of Mental Illness*. West Hartford: Dissertação de Doutoramento apresentada à University of Hartford - Department of Psychology para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.
- Maciel, C., Barros, D., Sá, R., & Camino, L. (2008). Exclusão Social do Doente Mental: Discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *PSICO*, 115-124.
- Macpherson, R., Shepherd, G., & Edwards, T. (2004). Supported accommodations for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 180-188.
- Mattos, E. (20 de Julho de 2013). *Deficiência Mental: Integração / Inclusão / Exclusão*. Obtido de <http://www.hottopos.com/videtur13/edna.htm>
- Marques-Teixeira, J. (2006). Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Saúde Mental*, 7-10.
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The Psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 128-133.

- McIntyre, T. (1995). Abordagens Psicológicas do Sofrimento do Doente. In T. McIntyre, & C. Vila-Chã, *O Sofrimento do Doente - Leituras Multidisciplinares* (pp. 17-31). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Mello, M. F. (2000). O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Pública*, 163-170.
- Mendes, M. (2008). *Representações Sociais face a Práticas de Discriminação: Ciganos e Imigrantes Russos e Ucrânianos na AML*. Lisboa: VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas.
- Milheiro, J. (1999). *Loucos São Os Outros*. Porto: Fim de Século Edições, Lda.
- Ministério da Saúde. (2010). *Decreto-Lei: nº8/2010 de 28 de Janeiro*. Diário da República.
- Ministério da Saúde. (2006). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*. Diário da República II série, número 101.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). *O Emprego das pessoas com Deficiências ou Incapacidade - Uma abordagem pela igualdade de oportunidades*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Miranda, A. J. (2008). *Bioética e Saúde Mental - No Limiar dos Limites: O que o Doente Mental Mantém de Homem ético*. Porto: Tese de Mestrado em Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Moleiro, C., & Gonçalves, M. (2010). Saúde na Diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, 505-515.
- Moreira, L., Goldstein, E., Felipe, I., Brito, A., & Costa, L. (2008). Inclusão Social do Doente Mental: Contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Inclusão Social*, 35-42.
- Moura, J. (2009). *Reflexões sobre o atendimento ao doente mental antes da Psicanálise*. Obtido de Psicologado.com: <http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/reflexoes-sobre-o-atendimento-ao-doente-mental-antes-da-psicanalise>.
- Neves, T. (2004). *A Etnografia no Estudo do Desvio*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e AcçãoAtelier: Teorias e Metodologias de Investigação.
- Noaves, S. (1999). *Lévi-Strauss: razão e sensibilidade - Revista de Antropologia de São Paulo, vol.42, pág. 67-76*. Obtido em 1 de Abril de 2012, de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011999000100005
- Nunes, B. (1987). Sobre as Medicinas e as Artes de Curar. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 233-242.
- Oliveira, A., Lopes, S., & Luz, V. d. (2013). *O Paradigma Biomédica e Holístico face aos Cuidados de Enfermagem*. Mindelo: Monografia apresentada à Universidade de Mindelo para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.
- Oliveira, C. D. (1982). Um apanhado teórico-conceptual sobre a pesquisa qualitativa: Tipos, técnicas e características. *Revista Travessias*, 1-16.
- Oliveira, L., & Miranda, C. M. (2001). A Instituição Psiquiátrica e o Doente Mental - A percepção de quem vivência esse cotidiano. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 95-103.

- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.
- O.M.S. (2012). *Depression: Una Crisi Global - Dia mundial de la salud mental de 2012*. World Federation for Mental Health.
- OMS. (2012). *Public Health Action For The Prevvention of Suicide: A Framework*. World Health Organization.
- O.M.S. (2001). *Relatório sobre a Saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- O.M.S. (2001). *Relatório Anual da Organização Mundial da Saúde*. OMS.
- Ornelas, J. H. (2007). Psicologia Comunitária - Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental . *Análise Psicológica*, 5-11.
- Osinaga, V. L. (2004). *Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e doença mental e assistência psiquiátrica segundo portadores e familiares*. Ribeirão Preto: Dissertação de Doutoramento em Enfermagem Psiquiátrica apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- Palha, A. P. (2012). Prefácio à Edição Portuguesa. In M. Pfammatter, K. Andres, & H. D. Brenner, *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na Esquizofrenia* (pp. 7-8). Edição Encontrar-se - Associação de Apoio às Pessoas com Perturbação Mental Grave.
- Palha, F. (2008). Fórum sobre Estigma no Congresso da ABP. *Hospital Júlio de Matos - Revista de Psiquiatria* , 158.
- Paúl, M. C. (1995). Acompanhamento Psicológico de Doentes Crónicos e Terminais. In T. M. McIntyre, & C. Vila-Chã, *O Sofrimento do Doente - Leituras Multidisciplinares* (pp. 33-48). Associação dos Psicólogos Portugueses .
- Pegoraro, R., & Caldana, R. (2006). Sobrecarga de Familiares de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 569-577.
- Pereira, M. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* , 71-82.
- Perese, E., & Wolf, M. (2005). Combating Louliness Among Persons with Severe Mental Illness: Social Network Interventions' Characteristics, Effectiveness, and Applicability. *Mental Health Nursing*, 591-609.
- Pfammatter, M., Andres, K., & Brenner, H. D. (2012). *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na Esquizofrenia*. A Encontrar-se - Associação de Apoio às Pessoas com Perturbação Mental Grave.
- Queirós, C., Lopes, L., & Marques, A. (2010). *Atitudes de Empregadores face à Doença Mental*. Valladolid: III Congresso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicossocial.
- Queirós, C., & Silva, V. (2010). *Sobrecarga Psicológica e Percepção de Stress em Cuidadores Informais*. Lisboa: 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e Saúde Mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 439-454.
- Ramirez, F. (2001). *EFDeportes* . Obtido em 8 de Junho de 2012, de Questões éticas implicadas na formação do psicólogo desportivo: <http://www.efdeportes.com>

- Reinaldo, A., & Rocha, R. (2002). Visita Domiciliária de Enfermagem em Saúde Mental: Idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 36-41.
- Rodrigues. (2009). *Entrando em Saúde Mental: Do Estigma à Humanização: práticas, dinâmicas e vivências - No caminho da Reinserção Social*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, C., & Figueiredo, M. (2003). Concepções sobre a Doença Mental em Profissionais, Usuários e seus Familiares. *Estudos de Psicologia*, 117-125.
- Romagnoli, R. (2006). Famílias na Rede de Saúde Mental: Um breve estudo esquizoanalítico. *Psicologia em Estudo*, 305-314.
- Sá, S., Werlang, B., & Paranhos, M. (2008). Intervenção em Crise . *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1-10.
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da Integração à Inclusão Escolar: Cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 63-83.
- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Aveiro: Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, para a obtenção do grau de Doutor em Didáctica .
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. Editorial Estampa.
- Sarmiento. (2007). Pressupostos Epistemológicos. In C. Barbosa, *Dos corpos nascidos aos sexos construídos: As representações de género das crianças em jardins-de-infância*. Braga: Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância apresentada ao Instituto de estudos da criança - Universidade do Minho.
- Schmidt, M. (2008). Aspectos Éticos nas Pesquisas Qualitativas. In I. Coelho, M. L. Schmidt, & F. Zicker, *Ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 45-52). São Paulo: Editora Hucitec.
- Scliar. (2007). História do Conceito de Saúde . *PHYSIS: Revista Saúde Colectiva*, 29-41.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 538-542.
- Serafini, G. ..., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., . . . Girardi, P. (2011). Stigmatization of Schizophrenia as Perceived by Nurses, Medical Doctors, Medical Students and Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 576-585.
- Serapioni, M. (2000). Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Colectiva* , 187-192.
- Severo, A., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C., & Alverga, A. (2007). A Experiência de Familiares no Cuidado em Saúde Mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 143-155.
- Shapiro, E. R., & Plakun, E. M. (2009). Residential Psychotherapeutic Treatment: An Intensive Psychodynamic Approach for Patients With Treatment-Resistant Disorders. In S. S. Sharfstein, F. B. Dickerson, & J. M. Oldham, *Textbook of Hospital Psychiatry* (pp. 285-297). American Psychiatric Publishing .
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Silva, M. (2005). Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *PHYSIS, Revista de Saúde Colectiva*, 127-150.

- Silva, S. M. (2008). Estratégias Juvenis para «Finta» Fragilidades - A construção de pertença a uma casa da juventude no norte de Portugal. *Revista Educação, Sociedade & Culturas*, 27-49.
- Silva, S. M. (2011). Campos e referentes epistemológicos. In S. M. Silva, *Da Casa da Juventude aos Confins do Mundo. Etnografia de fragilidades, medos e estratégias juvenis*. (pp. 49 - 64). Porto: Edições Afrontamento
- Silva, S. M. (2011). *Da Casa da Juventude aos Confins do Mundo. Etnografia de fragilidades, medos e estratégias juvenis*. Porto: Edições Afrontamento.
- Spadini, L. S., & Souza, M. C. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares . *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, pp. 123-127.
- Sousa, S. d. (2012). *Auto-Estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao E-Learning*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia .
- Suit, D., & Pereira, M. (2008). Vivência de Estigma e Enfrentamento em Pessoas que Convivem com o HIV. *Psicologia UPS*, 317-340.
- Teixeira. (2009). Estigma e Esquizofrenia: Repercussões do estudo sobre descriminação experimentada e antecipada. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 356-365.
- Teixeira, I. (2009). *Psicopatologia: Da Teoria à Prática Clínica*. Porto: Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Terra, M., Sarturi, F., Ribas, D., & Erdmann, A. (2006). Saúde Mental: Do Velho ao Novo Paradigma - Uma Reflexão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 711-717.
- Turato, E. R. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, diferenças e seus objectos de estudo. *Revista de Saúde Pública - Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.*, 507 - 514
- Waidman, M., & Elsen, I. (2006). Os Caminhos Para Cuidar Da Família no Paradigma Da Desinstitucionalização: Da Utopia à Realidade. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 107-112.
- Waidman, M., Jouclas, V., & Stefaneli, M. (2002). Família e Reinserção Social do Doente Mental: Um experiência compartilhada pela enfermeira. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 97-100.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment. Issues and Ilustration. *American Journal of Community Psychological*, 581-599.

X. Apêndices

Apêndice I – Projeto submetido à comissão de ética do centro hospitalar para aprovação da investigação.

Apêndice II – Consentimento informado da investigação.

Apêndice III - Guião de entrevista aplicado aos profissionais de hospital de dia.

Apêndice IV – Guião de entrevista aplicado ao diretor do serviço de psiquiatria.

Apêndice V – Transcrição de entrevista realizada com um profissional do hospital de dia.

Apêndice VI – Exemplar de nota de terreno.

Apêndice VII – Análise de conteúdo.

Resumo:

Ao longo dos séculos a doença mental (DM) foi lida à luz de diferentes perspetivas, tendo passado civilizações inteiras envolta em misticismo, ocultismo e associada a crenças mágico-religiosas e feitiçaria. É verdade que desde estes tempos mais remotos até à atualidade muito mudou, atualmente, a doença mental é reconhecida sendo objeto de especialidade médica, existe um ramo de farmacologia nesta área (psicofarmacologia) e a prevenção da Saúde Mental (SM) das populações, é uma preocupação atual e emergente (Gonçalves A. M., 2004).

Mais lentamente tem evoluído a visão social, onde a doença mental continua envolta em desconfianças e superstições, consequências do desconhecimento que ainda existe para com estas perturbações, que reproduz num constante e visível estigma, que envolve todos aqueles que de maneira mais ou menos direta contactam com esta realidade. (Freitas & Gonçalves, 2009)

O presente trabalho de investigação, pretende inserir-se no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar [REDACTED] onde, através da observação participante e de um conjunto de entrevistas semiestruturadas junto da equipa técnica; a investigadora pretende perceber que estratégias são mobilizadas por este serviço na promoção do bem-estar dos seus pacientes. “O bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva da saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva (...) a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

A Investigadora opta por utilizar metodologias qualitativas, por reconhecer que estas se preocupam em promover uma aproximação ao contexto dos indivíduos, em compreender decisões e atitudes, privilegiando uma análise próxima do sujeito. (Lessard - Hébert & Boutin, 2008) Sendo então, participantes desta investigação todos aqueles que trabalham e frequentam este serviço através da observação participante, ou seja, da inserção da investigadora no local.

Interessa aqui acentuar, que é fim desta investigação perceber de que forma o trabalho destes profissionais e deste espaço, promove o bem-estar da pessoa doente mental, em particular daquelas que frequentam este serviço.

Conhecer estes mecanismos e articulações pode constituir um contributo para se equacionarem novas abordagens no âmbito da Educação para a Saúde, sendo esta uma possível estratégia de promoção do bem-estar do doente mental.

I – Conceito e linha Teórica do Objeto de estudo:

A Organização Mundial de Saúde está fazendo uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. (O.M.S., 2001).

A doença mental não é uma realidade dos tempos contemporâneos, faz parte do ser humano e sempre se manifestou pelas mais variadas ações e comportamentos. O que parece relativamente novo é a sua designação, o reconhecimento destas patologias enquanto tal, enquanto doença o que, consequentemente assume o direito a tratamento. A doença mental, ou perturbações mentais como agora corretamente designamos passaram séculos associadas a fenómenos sobrenaturais que de tudo as classificavam, menos de doença. (Gonçalves A. M., 2004) Assim desde cedo que o doente mental era ignorado e afastado por todos, “basta atentar nas palavras: doido, alienado, maluco, insano, psicótico, psicopata, histérico, esquizofrénico. Venha o Diabo e escolha.” (Dias, 2010) Termos que foram evoluindo com o passar dos tempos, mas que não deixam de representar e retratar o estigma social associado a esta doença. Como diz J. Miller Guerra (2005) “A atitude da sociedade para com os doentes mentais é um triste capítulo na história da civilização.” O ser humano é detentor de uma reação “instintivo – afetiva” para com tudo aquilo que lhe é estranho e diferente, que simultaneamente o aterroriza e atrai. (Guerra, 2005) Assim, o doente mental ora provocando curiosidade ora apelando à repulsa, foi sempre tratado como o outro, o estranho, o *louco*, aquele que por ser demasiado diferente dos demais tinha de ser excluído. Na Grécia Antiga, o doente mental mais calmo era mantido em sociedade mas desprezado por todos, por outro lado, aqueles mais conflituosos eram obrigados a exílio em prisão domiciliária ou mesmo levados para cadeias. (Dias Cordeiro, 2005). Poderíamos aqui invocar muitos destes infinitos exemplos, que de certa forma, explicam o longo processo na construção do estatuto de doença.

Hoje, a doença mental é reconhecida como tal, possuindo especialidade médica, um ramo de farmacologia e o manter da SM das populações, apresenta-se como uma preocupação atual e emergente. Porém e apesar de toda esta viagem, a DM continua a fazer-se acompanhar pela sombra de um estigma, por uma vergonha social que em muito condiciona todo o indivíduo que de uma forma mais ou menos direta lida com esta realidade. “Assim, a chamada «doença mental» implica uma redução da liberdade.” (Pio Abreu, 2010) “A saúde mental é um direito humano. Permite que os cidadãos usufruam de bem-estar, qualidade de vida e saúde. Promove a formação, o trabalho e a participação na sociedade.” (Conferência de alto nível da União Europeia, 2008). E é esta questão de bem-estar, do bem-estar do doente mental que emerge aqui como algo que necessita de ser procurado, discutido em debate académico e lido como algo necessário e urgente. Todo o Ser Humano

atravessa o seu dia-a-dia ao sabor de um quotidiano; o que nos torna heterogéneos no meio desta multidão que povoa o nosso mundo é a singularidade deste quotidiano. Vivendo num tempo marcado pelo individualismo, em que a pessoa é obrigada a agarrar o pouco que tem e lançar-se numa luta constante para o manter; tempos de “crise” apregoam os políticos, tempos “difíceis” sentem as pessoas; ainda se torna mais emergente procurar o conceito de bem-estar e a necessidade de perceber de que forma este não se encontra esquecido nestes tempos mais conturbados.

Embora, muitos de nós não sejamos convidados pelas rotinas a questionar os seus níveis de felicidade é nesta busca constante que nos movemos, pois muito do que fazemos no nosso dia-a-dia é para alcançar esta felicidade poeticamente e fantasiosamente desenhada nas nossas mentes (Scorsolim-Comin & Santos, 2010) ou seja, permanecemos numa luta constante na qual nos movemos e investimos pelo manter do nosso bem-estar. “Um componente largamente reconhecido como principal integrante de uma vida é a felicidade (...) elas são diariamente incitadas a planejar o seu dia-a-dia (...) pratica acções que promovem a sua integridade física, emocional e social.” (Siqueira & Valquiria, 2008)

É este bem-estar que aqui se pretende ler, procurar e perceber como se promove. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta este bem-estar pessoal como o combinar de uma estabilidade, de um equilíbrio em todas as dimensões que caracterizam o indivíduo humano: física, psicológica e social. Traduzindo, considera-se neste projeto bem-estar o estar bem consigo, em si e com os outros. A OMS chega mesmo a afirmar que “[a] concepção de saúde inclui bem-estar como um conceito chave”. (O.M.S., 2001) Para a OMS bem-estar e SM são dois conceitos que andam de mãos dadas e que revertem um no outro, como tal a ausência de bem-estar pode reverter em doença mental e esta por si mesma em incapacidade no indivíduo. Aquando das recentemente passadas comemorações do dia mundial da SM (10 de outubro de 2012), a OMS concentrou este dia na depressão, ditando a mesma como uma “crise mundial”. Acrescentando que “[a]s doenças mentais e o suicídio causam um enorme sofrimento para indivíduos, famílias e comunidades e as doenças mentais são a maior causa de incapacidade. Originam pressão nos sistemas de saúde, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE.” (O.M.S., 2012) Sendo já em 2001 a depressão, considerada pela OMS, como “a principal causa de incapacitação em todo o mundo”. (O.M.S., 2001)

Continuando o referido em linhas passadas, bem-estar e SM são conceitos parceiros que necessitam um do outro para se manterem em equilíbrio. Mostra-se aqui de importante relevo a voz e o papel ativo da OMS, sendo a instituição que pauta muitas das práticas em saúde a nível mundial; esta reconhece a SM como aquela dimensão do campo humano que necessita de uma intervenção urgente e lúcida, sendo cada vez maiores os números de indivíduos com

estas perturbações a nível mundial. Reconhecendo isto e acrescentando a visão do ser humano como um sujeito biopsicossocial e a necessidade de o ler desta maneira, a OMS faz igualmente um apelo no combate à DM: “[a]s acções complementares e um esforço conjunto ao nível da UE podem ajudar os estados-membros a abordar estes desafios promovendo a (...) saúde mental e o bem-estar na população, fortalecendo as acções preventivas e disponibilizando suporte para pessoas que têm problemas de saúde mental e suas famílias, além das medidas que os estados membros tomam através dos serviços sociais, de saúde e cuidados médicos.” (Conferência de alto nível da União Europeia, 2008). Como tal é pedido a profissionais e serviços de saúde e a todos os outros que contactam com o doente mental, que mobilizem estratégias que invistam na promoção e no conseguir do seu bem-estar. Estratégias estas que passam por desconstruir alguns dos maiores obstáculos ao bem-estar do doente mental, nomeadamente o estigma e a exclusão social da qual este é muitas vezes vítima; o desconhecimento em torno destas perturbações, assim como em alguns casos, o deficiente acesso a cuidados médicos.

Sendo o serviço de psiquiatria do centro hospitalar ██████████ um espaço de contacto privilegiado com o doente mental, é desejado reconhecer que estratégias leva este serviço a cabo na promoção do bem-estar dos seus utentes e que dificuldades são sentidas neste propósito. Sendo igualmente importante perceber como é este bem-estar mantido, após abandonarem este serviço.

Esta finalidade surge, por acreditar que a Educação para a Saúde tem aqui um papel fundamental, podendo e devendo ser aplicada como uma dessas estratégias de promoção de bem-estar do doente mental. Sendo igualmente reconhecido pela OMS o “Educar o público” como uma das principais tarefas na promoção do bem-estar junto do doente mental, “[d]evem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os empecilhos ao tratamento e à atenção, aumentando a consciência da frequência dos transtornos mentais, sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com tais transtornos (...) [u]ma bem planejada campanha de sensibilização e educação do público pode reduzir a estigmatização e a discriminação, fomentar o uso dos serviços de saúde mental e lograr uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.” (O.M.S., 2001)

O desconhecimento e a escassez de informação são duas armas que condicionam o bem-estar do doente mental, contribuindo para o estigma em torno dos mesmos, estigma este tão redutor, que minimiza e exclui pessoas doentes, desfragmentando o seu bem-estar. Interessamos contribuir para desenvolver novos olhares sobre a DM; proponho assim que seja feita uma

apreciação próxima e uma potencialização destas estratégias levadas a cabo pelo [REDACTED] pela promoção do bem-estar dos seus utentes.

II – Finalidade e Objetivos da Investigação:

Finalidade:

- **Descrever estratégias de promoção de bem-estar em pessoas com doença mental num serviço de psiquiatria.**

Objetivos gerais:

- Conhecer a realidade institucional do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar [REDACTED];
- Compreender o trabalho articulado dos profissionais do serviço de psiquiatria do [REDACTED] junto do doente mental;
- Compreender estratégias de promoção de bem-estar do doente mental no Serviço de Psiquiatria do [REDACTED];
- Descrever estratégias de apoio e de trabalho em rede desenvolvidas pelo [REDACTED] com as famílias e outros contextos de vida do doente mental;
- Reconhecer estratégias de reinserção socioprofissional do doente mental pelo Serviço de Psiquiatria do [REDACTED];
- Conhecer as políticas de reinserção social das pessoas com doença mental a nível europeu, nacional e local;
- Compreender as perceções dos profissionais do [REDACTED] acerca da estigmatização da doença mental;
- Discutir com os profissionais de saúde do [REDACTED] mecanismos de construção da estigmatização da doença mental;
- Perceber motivos e processos de reprodução do estigma social em torno da doença mental;
- Compreender as dimensões do sofrimento do doente mental;
- Apontar propostas para a desconstrução da estigmatização da doença mental;
- Perceber qual o papel que a Educação para a Saúde pode desempenhar na construção e divulgação de estratégias de promoção de bem-estar do doente mental.

III – Desenho Metodológico da Investigação:

Características do Projeto:

O presente estudo apresenta-se como um trabalho académico de investigação conferente do grau de Mestre; caracteriza-se por ser um estudo desenvolvido em solo nacional e de carácter institucional, sendo levado a cabo no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar [REDACTED]. Na construção deste

estudo prevê-se a utilização das seguintes metodologias qualitativas de recolha de dados: **observação participante** e respetivas **notas de terreno**; **entrevistas semiestruturadas** e como modelo de análise de dados a **análise de conteúdo**.

São vistos como participantes da investigação todos aqueles que frequentam este serviço, incluindo a **equipa técnica, utentes do serviço e seu familiares**; do ponto de vista em que a observação participante da investigadora, abrange todos aqueles que cruzarem fisicamente este contexto. Os profissionais de saúde e outros que compõem esta equipa serão ainda convidados a responder a uma entrevista semiestruturada.

As entrevistas com os profissionais de saúde serão levadas a cabo, após algum tempo de observação participante, isto porque, é importante à investigadora, perceber quem será mais indicado e quem estará igualmente disponível para participar na investigação. Através da observação participante, a investigadora poderá estreitar estas relações e aí sim, convidar e envolver os sujeitos no estudo.

Os sujeitos serão sempre devidamente informados das características e objetivos da investigação, na qual só participam se for esse o seu desejo, ficando a investigadora totalmente disponível para o esclarecer de dúvidas ou acrescentar novas informações ao longo de todo o trabalho de investigação. Nessa fase do estudo, será disponibilizado à equipa técnica do [REDACTED] o termo de consentimento informado, cujo exemplar segue como anexo do presente projeto (*Anexo I – Termo de consentimento informado*).

Plano de trabalho:

O trabalho de investigação terá a duração prevista de 10 meses, iniciando-se a Setembro de 2012 e terminando em Julho de 2013, tendo que entregar a dissertação de Mestrado a Setembro de 2013. Este tempo, como exposto no cronograma que segue nas páginas seguintes, divide-se em análise bibliográfica, observação participante no contexto e análise dos dados recolhidos para posterior escrita de dissertação. **A permanência da investigadora no contexto prevê-se de dezembro de 2012 a março de 2013**, período durante o qual a mesma procederá à recolha de dados para a investigação; contudo, após o trémio deste período, a aluna, se igualmente desejado pela equipa técnica do [REDACTED] [REDACTED] tem intenções de manter uma relação menos assídua com o serviço, no sentido de evitar ruturas drásticas que possam destabilizar tanto pacientes, famílias, profissionais como dinâmicas do próprio serviço.

Metodologia:

O presente trabalho de investigação irá servir-se de diferentes métodos e técnicas de recolha de dados, predominando o método etnográfico cuja técnica principal é a observação participante. O recurso a diferentes abordagens metodológicas possibilitará no futuro uma triangulação empírica mais apurada no sentido de validar os resultados; deste modo, completam-se para a obtenção de uma maior riqueza de dados empíricos. Assim sendo, a investigadora pretende realizar:

- **Observação participante** e respetivas **notas de terreno**.

&

- **Entrevistas semiestruturadas** aos profissionais que compõem a equipa técnica do serviço de psiquiatria [REDACTED]. Sendo esta organizada de acordo com os dados recolhidos através da observação participante.

As **Metodologias qualitativas** reconhecem que o comportamento humano é severamente influenciado pelo contexto que o rodeia, seja este ambiental, político e/ou social e como tal levam isso em consideração. A Metodologia qualitativa preocupa-se em fazer uma aproximação aos contextos dos indivíduos, perceber o porquê das suas decisões e atitudes, privilegiando uma análise próxima do sujeito, no seu contexto. (Miranda, 2008)

A **Observação participante** permite ao investigador conhecer o contexto que deseja investigar de *dentro para fora*; esta observação como parte integrante do contexto, permite uma recolha de dados de grande riqueza, por transcrever a realidade das ações e comportamentos dos sujeitos no seu verdadeiro contexto. Observa os participantes no seu meio, de forma a perceber como estes agem e se comportam. “ (...) os investigadores imergem no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que atuam (...) uma vez que as observações de cada um são muito pessoais, sendo influenciadas por vários fatores (...)” (Oliveira, 1982)

As **Notas de Terreno** escritas nos diferentes momentos de observação, permitem à investigadora registar os acontecimentos a que vai assistindo, construindo um pequeno *diário*, que lhe vai permitir constatar a evolução dos fenómenos. Mais do que um arquivo, trata-se do registo do crescimento de toda a investigação, onde ficam apontadas dúvidas anteriores e criadas novas questões e de onde surgem novas decisões. “É a partir destas narrativas, construídas e possibilitadas pela observação-participante, que a maior parte dos diálogos teóricos são propostos e se corporizam no texto final. (...)” (Silva, 2008)

A **entrevista semiestruturada** pretende obter informações gerais acerca de determinado assunto, a direção desta depende em grande parte dos objetivos e das intenções do investigador. Esta permite criar novas entradas, sendo uma técnica privilegiada para obter opiniões e crenças dos sujeitos acerca de determinada realidade, ou seja, compreender o ponto de vista dos sujeitos entrevistados. Esta entrevista é organizada por tópicos orientadores, que englobam em si uma série de perguntas que respondem ao mesmo, estas podem ir desde uma abordagem mais geral a perguntas mais específicas e pessoais. (Esteves & Azevedo, 1998)

O momento da entrevista deve ser um momento calmo e tranquilo em que não exista nenhum tipo de pressão para com o entrevistado e onde é possível se este aparentar algum cansaço ou necessidade de repouso, fazer uma pausa (Miranda, 2008). “ (...) O facto de o entrevistado poder responder exaustivamente e segundo a sua própria linguagem faz com que, apesar de ser menos ambígua, este tipo de entrevista conserve toda a sua complexidade.” (Esteves & Azevedo, 1998). Nas entrevistas

semiestruturadas a mesma entrevista pode ser colocada a diferentes sujeitos e acredita-se que os resultados serão sempre diferentes, não sendo algo com barreiras demarcadas, a forma como esta flui depende sim do entrevistador mas também das respostas e até da personalidade e do à vontade do entrevistado, que pode colocar questões, dar respostas alternativas e levar o próprio entrevistador à necessidade de criar novas questões (Marques Silva, 2012). Em metodologias qualitativas a entrevista semiestruturada é a mais utilizada, pois permite sem grande invasão da vida ou do contexto pessoal do sujeito, chegar a assuntos fundamentais para a compreensão do objeto de estudo. Sem ser muito controlada pelo entrevistador, consegue esta vitória e pode ainda aferir de outros assuntos pertinentes que emerjam, como observar os comportamentos e reações não-verbais do sujeito às questões.

Modelo de análise de dados:

Laurence Bardin (1977) vê a **análise de conteúdo** como um “ (...) conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (...) extremamente diversificados.” (Bardin, 1977); a análise de conteúdo é uma etapa do processo de investigação, é o passo fundamental em que o investigador analisa e define todo o material empírico recolhido. O nome deste processo é claro e exprime logo as suas intenções, pretende-se aqui analisar o conteúdo dos dados recolhidos, perceber o que lá existe e dar-lhe sentido. Só com este passo dado é que é possível ao investigador fazer o confronto tão esperado, entre dados empíricos e teoria, hipóteses, anteriormente colocadas. Na análise de conteúdo são definidas categorias e geralmente subcategorias como estratégia de agrupar e organizar a informação recolhida; estas categorias são definidas pelo investigador e pelos seus critérios de seleção. (Bardin, 1977).

Triangulação de dados:

A investigação recorre a um conjunto de métodos e técnicas diferentes, com o objetivo de uma posterior triangulação de dados, que permitirá não só um maior rigor e credibilidade científica, como um conhecimento mais profundo da problemática. Percebendo os processos de construção desta estigmatização pela voz dos diferentes intervenientes e vítimas envolvidos e com os mesmos levantar hipóteses para a sua desconstrução.

Assim sendo, o estudo recorre a múltiplas metodologias de pesquisa (*multi-methods research*), acreditando conseguir obter um maior conhecimento e compreensão da problemática usando diferentes abordagens e aproximações aquilo que é pretendido conhecer; reconhecendo, lendo a realidade de diferentes perspetivas e pela voz dos múltiplos autores e intervenientes. (Spratt et al., 2004).

Cronograma da Investigação:

Metodologia	Set. 2012	Out. 2012	Nov. 2012	Dez. 2012	Jan. 2013	Fev. 2013	Mar. 2013	Abr. 2013	Mai 2013	Jun. 2013	Jul. 2013	Nov. 2013
Pesquisa bibliográfica												
Desenho do projeto para a Comissão de ética – █████												
Observação participante												
Notas de Terreno												
Entrevistas Semiestruturadas												
Escrita de Dissertação												
Escrita de artigos científicos												

Preocupações Éticas:

A ética surge na prática científica como uma imposição normativa que regula aquilo que se faz e aquilo que se estuda; a ética num estudo qualitativo pretende assegurar que as diferenças hierárquicas naturalmente presentes entre investigador e investigado, são ultrapassadas pelo respeito da veracidade dos resultados obtidos. (Ramirez, 2001)

“A ética reporta, exatamente, ao modo de lidar, tematizar e agir no interior dessas relações, quase sempre, de partida, assimétricas e hierárquicas.” (Fonseca, 2008)

Pressupõem-se entre investigador e sujeitos intervenientes um “encontro de sujeitos autónomos”, onde o sujeito se sinta livre e capaz de partilhar os seus pareceres e sentires com total honestidade, sem sentir necessidade de os alterar para agradar ou surpreender o investigador. (Fonseca, 2008)

Este estudo pretende através da prática dos profissionais que trabalham num serviço de psiquiatria, incidir sobre o doente mental uma luz que o traga para o debate académico, que tente compreender os percursos destes sujeitos e daqueles que os rodeiam, em muito vinculados e modificados pela estigmatização da qual são vítimas. Sabendo que muito da estigmatização em torno do doente mental é vinculada pelas suas dificuldades de reinserção social e profissional, é pretendido por este trabalho identificar as estratégias que um serviço de psiquiatria mobiliza na fomentação do bem-estar destes indivíduos.

Neste sentido não é desejado pela investigadora, anonimato quanto à sua função e papel neste espaço; é desejado sim, toda a clareza para com os sujeitos intervenientes, os quais só participam no estudo se de livre e espontânea vontade. Não é considerada a existência de risco para os participantes, pois será sempre cumprida e respeitada a **confidencialidade e o anonimato** da sua identidade e\ou informações fornecidas por si; além disso, existirá sempre uma via de comunicação aberta entre sujeitos e investigadora, para o constante esclarecimento de dúvidas, se necessário. Desejando sempre que os sujeitos possuam um papel ativo na tomada de decisões e na construção deste conhecimento. **O anonimato será mantido não só para os participantes, como para o contexto.**

Ao falar em questões éticas estamos a sublinhar os **direitos e os cuidados** a ter com aqueles com quem pretendemos desenvolver o nosso estudo; tratando-se de seres humanos, devemos lembrar-nos desta sua condição enquanto indivíduos, reconhecendo-os além de produtores de informação, mas igualmente ou superiormente como sujeitos, junto dos quais devemos sempre preservar a integridade e bem-estar. Como tal, serão sempre zeladas, mantidas e respeitadas as leis e diretrizes éticas gerais do respeito, confidencialidade, entre outras; neste sentido, aos olhos da investigadora fará sentido a aplicação de um consentimento informado (*Anexo I – Modelo de consentimento informado*), simplesmente pelo estímulo de um sentimento de respeito, segurança e pertença ao estudo pelo indivíduo envolvido; contudo, este consentimento informado atendendo às características da população pode e será, em conjunto com a equipa técnica do serviço de psiquiatria [REDACTED] adaptado \ utilizado ou não consoante a perturbação do indivíduo, “ (...) Desde logo, parece plausível que, para estes casos, o consentimento informado deverá ser ajustado ao grau de autonomia dos doentes em causa. Isto é, devem-se considerar os diferentes níveis ou graus do consentimento e, desse modo,

tentar que a autonomia relativa do doente se mantenha ao decidir em função do grau da sua competência. (...)”. (Marques-Teixeira, 2009) É igualmente reconhecido pela investigadora que esta atitude adaptativa e modeladora ao indivíduo e à especificidade da sua patologia, possa aproximar-se demasiado de um cariz paternalista e acabar por estigmatizar mais o sujeito doente mental, inculcando e reproduzindo a ideia preconceituosa de que este é diminuído quanto ao seu direito humano de tomada de decisão. “Uma etiquetagem arbitrária de uma população altamente heterogénea no plano clínico, pode inadvertidamente dar uma aprovação tácita à sociedade para discriminar os doentes psiquiátricos. Ou seja, num esforço para os proteger, acaba por nascer um outro estigma ao classificá-los como pessoas vulneráveis. Deste modo, a intenção protecionista é uma espada de dois gumes: se por um lado deve ser reconhecido que há boas razões para se regulamentar as práticas interventivas sobre os doentes mentais graves, a finalidade terapêutica de aumentar a autonomia do doente perde-se.” (Marques-Teixeira, 2009); não sendo de forma alguma o desejado pela investigadora. Contudo, todas estas atitudes encontram-se agora numa fase de planeamento da investigação, sendo posteriormente equacionadas aquando da entrada no contexto de estudo e do contacto real, físico com estes sujeitos. É desejado apenas deixar claro a ausência de ingenuidade da aluna para a possibilidade de encontrar um *público* que se pode encontrar em diferentes estados cognitivos e relacionais, às quais a mesma está disposta a aproximar-se, contando para isso com a valiosa prática e experiência profissional da equipa do serviço de psiquiatria do [REDACTED]

Sendo regra desta prática investigativa zelar a todo o custo pela preservação do bem-estar de todos os envolvidos e contribuir para a desconstrução do estigma em torno da doença mental no desenvolvimento de estratégias de promoção do bem-estar destes indivíduos.

IV – Interesse da Investigação:

Interesse da Investigação para o Centro Hospitalar [REDACTED]?

- Contribuir com perspetivas das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde;
- Contribuir para uma possível reflexão interna sobre as práticas institucionais em torno da doença mental;
- Fazer aproximações entre os saberes médicos e os saberes das Ciências Sociais para a promoção de bem-estar, qualidade de vida e cidadania do doente mental.

Interesse da Investigação para a instituição de ensino - Faculdade de Medicina da U.Porto e para o Curso de Mestrado – Educação para a Saúde:

- Desenvolvimento de uma área menos estudada dentro do âmbito da Educação para a Saúde;
- Aprofundamento de olhares sociológicos da educação sobre a realidade social em torno da doença mental;
- Equacionar estratégias de promoção do bem-estar do doente mental reinserido em sociedade;

- Propor uma leitura complexa e sistémica biopsicossocial da doença mental.
- Equacionar a Educação para a Saúde como uma estratégia na promoção de bem-estar do doente mental.

Planeamento Financeiro:

Sendo uma investigação de carácter académico, a aluna não auferirá de nenhum tipo de subsídio ou patrocínio, desta forma todos os custos serão assegurados de forma independente pela própria investigadora. Custos estes que se prevê serem relativos a deslocações (viagens), gravador de som, livros e consumíveis.

Referências Bibliográficas:

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Paris: Edições 70.
- Carina Freitas, & Maria Fátima Gonçalves. (02 de Junho de 2009). *A Estigmatização do Doente Mental*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de Artigonal - Diretório de Artigos Gratuitos: <http://www.artigonal.com/psicologiaauto-ajuda-artigos/o-estigma-da-doenca-mental-para-pacientesfamilia-e-a-sociedade-948903.html>.
- Conferência de alto nível da União Europeia, J. - E. (2008). Pacto europeu pela Saúde Mental e Bem-Estar. Bruxelas
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência - A Construção do Cérebro Consciente*. Temas & Debates - Circulo de Leitores .
- Dias Cordeiro, J. C. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, J. A. (2010). *Maníacos de qualidade*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Esteves, A., & Azevedo, J. (1998). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. Porto: Instituto de Sociologia - Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Fonseca, L. (2008). Transições à entrada do século XXI - Percursos biográficos escolares de jovens ciganas e payas. *Educação, Sociedade & Culturas* , 51-72.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e Evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 203 - 214.
- Gonçalves, A. M. (2004.). A Doença Mental e a Cura: Um Olhar Antropológico. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de Viseu* , pp. 159-161.
- Guerra, J. M. (2005). A formação histórica dos erros e preconceitos em higiene mental. In J. C. Dias Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 13-20). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lessard - Hébert, M. & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Marques-Teixeira, J. (2009). Consentimento Informado em Psiquiatria. Desafios. *Revista Saúde Mental* , 7-9.
- Miranda, A. J. (2008). *Bioética e Saúde Mental: No limiar dos limites: O que o doente mental mantém de homem ético?* Porto: Tese de dissertação de Mestrado em Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto..
- Oliveira, C. d. (1982). Um apanhado Teórico-conceptual sobre a pesquisa qualitativa: Tipos, técnicas e características . *Revista Travessias* , 1-16.
- O.M.S. (2001). Relatório sobre a Saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança.
- O.M.S. (2012). Depression: Una Crisi Global - Dia mundial de la salud mental de 2012. World Federation for Mental Health.
- Pio Abreu, J. (2010). Prefácio. In A. J. Dias, *Maníacos de qualidade* (pp. 9-14). Lisboa: A Esfera dos Livros .
- Ramirez, F. (2001). *EFDeportes* . Obtido em 8 de Junho de 2012, de Questões éticas implicadas na formação do psicólogo desportivo: <http://www.efdeportes.com>.
- Scorsolim - Comin. F. & Santos, M. D. (2010). O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 188 - 193.
- Silva, S. M. (2008). Estratégias Juvenis para «Finta» Fragilidades - A construção de pertença a uma casa da juventude no Norte de Portugal. *Revista Educação, Sociedade & Culturas* , 27-49.
- Spratt et al., C. (2004). *Mixed Research Methods*. Canada: Commonwealth of Learning.

Apêndice II – Consentimento informado da investigação:

A Promoção do Bem-Estar da pessoa doente mental num Serviço de Psiquiatria

Contributos de um estudo de caso para equacionar novas dimensões na Educação para a Saúde.

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO:

Marli La-Salette Pinto Nogueira, estando a realizar o presente trabalho de investigação que tem como objetivos gerais: **descrever estratégias de promoção de bem-estar em pessoas com doença mental num serviço de psiquiatria & perceber qual o papel que a Educação para a Saúde pode desempenhar na construção e divulgação de estratégias de promoção de bem-estar do doente mental**; no âmbito da conclusão do seu curso de mestrado em Educação para a Saúde, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, compromete-se a cumprir e respeitar os princípios éticos inerentes à investigação; como tal, declara assumir o compromisso de:

- Informar os participantes sobre todos os contornos da investigação que podem ou não influenciar a sua decisão de participar na mesma;
- Explicar todos os aspetos da investigação e possibilitar a colocação de questões e/ou esclarecimento de dúvidas pelos participantes;
- Manter total honestidade nas relações estabelecidas \ desenvolvidas com os participantes;
- Preservar e respeitar os direitos daqueles envolvidos na investigação;
- Proteger os participantes de qualquer dano físico, psicológico e/ou emocional assim como profissional, no decorrer da investigação e na publicação dos resultados da mesma; mantendo para isso o anonimato quanto à identidade dos participantes, contexto e informações fornecidas pelos mesmos;
- Informar os participantes dos resultados da investigação e manter-se disponível para o esclarecer de questões;
- Partilhar com o contexto da investigação os resultados obtidos;
- Garantir a confidencialidade de toda a informação obtida ao longo da investigação, excetuando quando pedido o oposto pelo participante e/ou contexto.

A Investigadora, *Marli La-Salette Pinto Nogueira*.

ACEITAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que a Investigadora *Marli La-Salette Pinto Nogueira*, partilhou comigo toda a informação considerada essencial para a minha tomada de decisão de participação no presente trabalho de investigação; bem como se mostra disponível para o esclarecer de qualquer dúvida. Como tal, disponibilizo-me a participar no estudo de livre vontade, tendo consciência que posso desistir do mesmo se assim o desejar, em qualquer fase da investigação, sem que isso me traga algum tipo de prejuízo ou mal-estar. Foi-me igualmente garantido que será cumprido o anonimato quanto à minha identidade e informações partilhadas por mim, a não ser que seja meu desejo a identificação das mesmas. A Investigadora compromete-se também a publicar os resultados da investigação e a fazer-me conhecedor dos mesmos.

O Participante, _____

_____, ____ de _____ de 2013

Apêndice III - Guião de entrevista aplicado aos profissionais de hospital de dia:

Guião de Entrevista:

Entrevistada: Profissional do departamento de Psiquiatria Comunitária – Hospital de Dia

Entrevistadora: A Investigadora – Dr.^a Marli Nogueira.

Objetivos da Entrevista:

- ∞ Conhecer o percurso académico e profissional do/a entrevistado/a.
- ∞ Conhecer as perceções da profissional acerca da sua prática profissional e respetivos quotidianos.
- ∞ Conhecer os mecanismos de funcionamento do Hospital de Dia;
- ∞ Perceber as práticas institucionais do HD;
- ∞ Caracterizar a constituição da equipa técnica do HD;
- ∞ Caracterizar a população de doentes que frequenta o HD;
- ∞ Compreender como é o percurso do utente no HD;
- ∞ Identificar as fragilidades do HD;
- ∞ Reconhecer as potencialidades do HD;
- ∞ Identificar mecanismos de reinserção social levados a cabo pela equipa técnica HD;
- ∞ Perceber quais as estratégias desenvolvidas pelo HD para promover o bem-estar dos seus utentes;
- ∞ Perceber qual o papel do profissional de saúde junto do paciente do HD;
- ∞ Compreender a relação entre os profissionais do HD e os seus utentes;
- ∞ Perceber a relação existente entre o HD e as famílias dos seus doentes;
- ∞ Conhecer que tipo de apoios são disponibilizados às famílias do doente mental pelo HD;
- ∞ Descobrir a perceção desta profissional sobre a estigmatização da doença mental;
- ∞ Perceber qual o papel que a Educação para a Saúde pode ter na promoção do bem-estar do doente mental.

Entrevista:

0. Formação Académica & Experiência profissional:

- 0.1. Qual a sua formação académica?
- 0.2. Foi sempre esta a ocupação profissional desejada?
- 0.3. Existiram outros contextos anteriores de trabalho? Quais?
- 0.4. Como decorreu a transição para o seu atual contexto de trabalho?
- 0.5. Qual o vínculo e relação profissional que estabelece com o serviço de psiquiatria?
- 0.6. Que papel desempenha neste serviço? Já possuiu outros papéis?
- 0.7. Com que população desenvolve o seu trabalho?

- 0.8. Sente-se realizado com o trabalho que desenvolve neste serviço?
- 0.9. Por favor descreva o seu quotidiano institucional.
- 0.10. Se estivesse ao seu alcance que alterações faria no seu quotidiano profissional?

1. Estrutura e organização do Departamento de Psiquiatria Comunitária – Hospital de Dia:

- 1.1. Porque profissionais é constituída a equipa de Psiquiatria Comunitária?
- 1.2. Como interage esta equipa multidisciplinar?
- 1.3. Gostaria de ver outros profissionais integrados nesta equipa?
- 1.4. Porque valências é construído o departamento de Psiq. Comunitária?
- 1.5. Estas diferentes valências comunicam e interagem entre si? De que forma?
- 1.6. Porque vias pode chegar um paciente ao Hospital de dia?
- 1.7. Como descreve o processo de acolhimento feito ao doente mental no HD?
 - 1.8. Que serviços disponibiliza o Hospital de Dia ao doente mental?
 - 1.9. Como é seguida e monitorizada a estadia do doente no HD?
 - 1.10. Como e quando é decidida a alta de um doente em HD?
 - 1.11. Existe alguma espécie de triagem segundo as patologias dos doentes?
 - 1.12. E os doentes cujo diagnóstico não se enquadra nos critérios do HD? Que respostas existem para esses?
 - 1.13. Consegue apontar fragilidades no funcionamento deste H.D?
 - 1.14. Que dificuldades são encontradas no processo entre o acolhimento e a alta do doente?
 - 1.15. O HD não deveria funcionar em articulação com outras instituições sim e não hospitalares, no apoio ao tratamento de outras patologias específicas às quais não consegue dar resposta?
 - 1.16. O que aponta como a maior potencialidade do HD?

2. A Promoção do Bem-Estar da Pessoa Doente Mental – Questões de Reinserção Social:

- 2.1. Existe algum trabalho de reinserção social feito pelo HD com os seus doentes?
- 2.2. Pode descrever esse trabalho de reinserção e as preocupações que envolvem o mesmo?
- 2.3. Quais as técnicas e apoios de reinserção social disponibilizados ao doente pelo HD?
- 2.4. Considera que a comunidade possui estruturas de apoio suficientes para a quantidade de doentes existentes?
 - 2.5. Existem mecanismos para aferir o sucesso dos processos de reinserção social dos doentes?
 - 2.5.1. O que contribui para esse sucesso? Como se poderia melhorar?
 - 2.6. O Serviço conta com maiores casos de sucesso ou insucesso?
 - 2.7. Na sua opinião interna, o que continua a demarcar estas situações como casos de insucesso?
 - 2.8. Gostaria de ver implementadas outras estratégias?

3. Relação entre o H.D. e as Famílias dos doentes:

- 3.1. Como vê o papel da família na promoção do bem estar do doente mental?
- 3.2. Existem apoios disponibilizados pelo HD às famílias do doente mental?
- 3.3. Que apoios são esses?
- 3.4. Quais os apoios mais solicitados pelas famílias?
- 3.5. De que modo as famílias podem ser relevantes na vida do doente mental?

- 3.6. Qual o papel da família e a importância da mesma na recuperação de um doente mental? E na reinserção social do mesmo?
- 3.7. Existem formas de formar as famílias?
- 3.8. Que estratégias de apoio a familiares existem no HD? Como se evitam danos nas famílias: ascendentes e descendentes?

4. A Doença Mental, Estigma e Preconceitos – Processos de construção e desconstrução:

- 4.1. Quando lhe digo: *indivíduo com perturbação mental*, que imagem forma na sua imaginação? Por favor, descreva-me essa imagem.
- 4.2. Que imagem pensa que é formada pela população em geral (vamos permitir esta generalização)?
- 4.3. Na sua perspetiva, como é lida a doença mental pela sociedade?
- 4.4. Quais na sua opinião, quais continuam a ser as principais ideias erradas em relação à DM?
- 4.5. O que me pode dizer sobre o processo de construção do preconceito e estigma em torno da DM?
- 4.6. Que possíveis caminhos apontaria para uma desconstrução deste estigma para com a doença mental?
- 4.7. Sofrimento... é uma palavra na qual encontra o doente mental?
- 4.8. Que dimensões pensa ter este sofrimento?
 - 4.9. Além das implicações inerentes à doença quais, no seu ponto de vista, são os outros grandes entraves à recuperação da pessoa doente mental?
 - 4.10. Estabelece relações entre o desemprego e a pobreza e a doença mental?
 - 4.11. Estabelece relações entre o estatuto socioeconómico e a DM?
 - 4.12. Estabelece relações entre o nível de formação académica e a DM?

5. O papel da Educação para a Saúde:

- 5.1. Que papel a educação para a saúde pode ter na desconstrução deste estigma?
- 5.2. Reconhece a educação para a saúde como uma estratégia de promoção do bem-estar do doente mental?

Muito Obrigada pela sua participação.
Tenha um dia feliz, pela sua saúde, sorria!



Apêndice IV – Guião de entrevista aplicado ao diretor do serviço de psiquiatria:

Guião de Entrevista:

Entrevistado: Diretor do serviço de psiquiatria.

Entrevistadora: A Investigadora – Dr.^a Marli Nogueira.

Objetivos da Entrevista:

- ∩ Conhecer o percurso académico e profissional do Entrevistado.
- ∩ Conhecer as perceções do profissional acerca da sua prática profissional e respetivos quotidianos.
- ∩ Conhecer os mecanismos de funcionamento do Serviço de Psiquiatria;
- ∩ Perceber as práticas institucionais do serviço de psiquiatria;
- ∩ Caracterizar a constituição da equipa técnica;
- ∩ Compreender como é o percurso do utente no SP;
- ∩ Identificar as fragilidades do SP;
- ∩ Reconhecer as potencialidades do SP;
- ∩ Identificar mecanismos de reinserção social levados a cabo pela equipa técnica do SP;
- ∩ Perceber quais as estratégias desenvolvidas pelo SP para promover o bem-estar dos seus utentes;
- ∩ Perceber qual o papel do profissional de saúde junto do paciente do SP;
- ∩ Compreender a relação entre os profissionais do serviço de psiquiatria do e os seus utentes;
- ∩ Perceber a relação existente entre o SP e as famílias dos seus doentes;
- ∩ Conhecer que tipo de apoios são disponibilizados às famílias do doente mental pelo SP;
- ∩ Descobrir a perceção deste profissional sobre a estigmatização da doença mental;
- ∩ Perceber qual o papel que a Educação para a Saúde pode ter na promoção do bem-estar do doente mental.

Entrevista:

0. Formação Académica & Experiência profissional:

- 0.1. Qual a sua formação académica?
- 0.2. Foi sempre esta a ocupação profissional desejada?
- 0.3. Existiram outros contextos anteriores de trabalho? Quais?
- 0.4. Como decorreu a transição para o seu atual contexto de trabalho?
- 0.5. Qual o vínculo e relação profissional que estabelece com o serviço de psiquiatria?
- 0.6. Que papel desempenha neste serviço? Já possuiu outros papéis?
- 0.7. Com que população desenvolve o seu trabalho?
- 0.8. Sente-se realizado com o trabalho que desenvolve no SP?
- 0.9. Por favor descreva o seu quotidiano institucional.
- 0.10. Se estivesse ao seu alcance que alterações faria no seu quotidiano profissional?

1. Estrutura e organização do serviço de Psiquiatria do CHSJ:

- 1.1. Porque profissionais é constituída a equipa do Serviço de Psiquiatria?
- 1.2. Como interage esta equipa multidisciplinar?
- 1.3. Gostaria de ver outros profissionais integrados nesta equipa?
- 1.4. Em que valências se divide o serviço?
- 1.5. Estas diferentes valências comunicam e interagem entre si? De que forma?
- 1.6. Por que vias pode chegar um paciente ao SP?
- 1.7. Como descreve o processo de acolhimento feito ao doente mental pelo SP?
- 1.8. Que serviços disponibiliza o serviço de psiquiatria do ao doente mental?
- 1.9. Consegue apontar fragilidades no funcionamento deste serviço?
- 1.10. Que dificuldades são encontradas no processo entre o acolhimento e a alta do doente?
- 1.11. O que aponta como a maior potencialidade deste serviço?

2. A Promoção do bem-estar da pessoa doente mental – questões de reinserção social:

- 2.1. Existe algum trabalho de reinserção social feito pelo SP com os seus doentes?
- 2.2. Pode descrever esse trabalho de reinserção e as preocupações que envolvem o mesmo?
- 2.3. Existem mecanismos para aferir o sucesso dos processos de reinserção social?
 - 2.3.1. O que contribui para esse sucesso? Como se poderia melhorar?
- 2.4. O Serviço conta com maiores casos de sucesso ou insucesso?
- 2.5. Na sua opinião interna, o que continua a demarcar estas situações como casos de insucesso?
- 2.6. Como define bem-estar?
- 2.7. O SP possui estratégias de promoção de bem-estar junto dos seus doentes?
- 2.8. Pensa que essas estratégias têm sido eficazes?
- 2.9. Gostaria de ver implementadas outras estratégias?

3. Relação entre o SP e as famílias dos doentes:

- 3.1. Como vê o papel da família na promoção do bem-estar do doente mental?
- 3.2. Existem apoios disponibilizados pelo SP às famílias do doente mental?
- 3.3. De que modo as famílias podem ser relevantes na vida do doente mental?

4. Doença mental e Políticas de Saúde Pública:

- 4.1. Que conceito de DM transparece das políticas de saúde?
- 4.2. Como acha que é lida a doença mental pelo governo e governantes portugueses?
- 4.3. As atuais políticas de saúde mental, estão conscientes da verdadeira realidade da DM? E dos verdadeiras números?
- 4.4. Considera que estas políticas estão capazes de resolver os problemas mais emergentes?
- 4.5. Que políticas gostaria de ver instituídas em relação à saúde mental pelo governo português?
- 4.6. Que efeito poderá antever ao nível da saúde mental o facto de estarmos numa crise económica? Há políticas de preparação para estes momentos mais difíceis?

5. A doença mental, estigma e preconceitos – processos de construção e desconstrução:

- 5.1. Quando lhe digo: *indivíduo com perturbação mental*, que imagem forma na sua imaginação? Por favor, descreva-me essa imagem.
- 5.2. Que imagem pensa que é formada pela população em geral (vamos permitir esta generalização)?
- 5.3. Como acha que a sociedade lida com a doença mental?
- 5.4. O que me pode dizer sobre o processo de construção do preconceito e estigma em torno da doença mental?
- 5.5. Que possíveis caminhos apontaria para uma desconstrução deste estigma para com a doença mental
- 5.6. Sofrimento... é uma palavra na qual encontra o doente mental?
- 5.7. Que dimensões pensa ter este sofrimento?
- 5.8. Além das implicações inerentes á doença quais, no seu ponto de vista, são os outros grandes entraves à recuperação da pessoa doente mental?
- 5.9. Estabelece relações entre o desemprego e a pobreza e a doença mental?
- 5.10. Estabelece relações entre o estatuto socioeconómico e a DM?
- 5.11. Estabelece relações entre o nível de formação académica e a DM?
- 5.12. Estabelece relações entre o género e a DM?

6. O papel da Educação para a Saúde:

- 6.1. Que papel a Educação para a Saúde pode ter na desconstrução deste estigma?
- 6.2. Reconhece a Educação para a Saúde como uma estratégia de promoção do bem-estar do doente mental?

Muito Obrigada pela sua participação.
Tenha um dia feliz, pela sua saúde, sorria!



Apêndice V – Transcrição de entrevista realizada com um profissional do hospital de dia:

Guião de Entrevista:

Entrevistada: Profissional da unidade de psiquiatria comunitária – hospital de dia.

Entrevistadora: A Investigadora – Dr.^a Marli Nogueira.

0. Formação Académica & Experiência profissional:

0.1. Qual a sua formação académica?

Entrevistado (E) – Portanto ... Licenciado em medicina pela faculdade do porto, depois a seguir fiz o ingresso no internato geral no hospital de São João do Porto, o ingresso no internato da especialidade de psiquiatria no hospital conde ferreira do Porto onde trabalhei até 2003, altura em que foi encerrado e depois fui para o hospital nossa senhora da conceição em Valongo até 2011 se não me engano e depois passei para [REDACTED].

Marli Nogueira (MN) – Sempre quis ser psiquiatra?

E – Sempre?... Não quis sempre, mas para aí a partir do quarto, quinto ano de medicina.

0.2. Como decorreu a transição para o seu atual contexto de trabalho?

E – Como todas as transições, com altos, com baixos... mas pronto, vai-se aplanando essas transições, mas como todas as transições, não há transições pacíficas.

MN – Porque a psiquiatria?

E – Porque a psiquiatria? É uma boa pergunta que eu próprio ponho, mas não sei responder... por gosto.

MN – (Risos) E gosta do que faz?

E – Gosto.

0.3. Qual o vínculo e relação profissional que estabelece com o serviço de psiquiatria?

CS – O vínculo é contracto... como é que se chama? A termo incerto. Acho que é assim.

0.4. Que papel desempenha neste serviço? Já possuiu outros papéis?

E – Assistente hospitalar graduado.

MN – oki ... Já possuiu outros papéis?

E – No [REDACTED] não.

MN – E em outros locais?

E – Em Valongo era o diretor de serviço, não era ... fui. Fui diretor de serviço dois anos ... ah, substituindo o antigo que se reformou.

MN – E gostou da experiência?

E – Foi diferente ... ah ... em termos pessoais acho que foi um enriquecimento. Mas também como em todas as experiências de chefia acho que foi assim um ato que às vezes nos separa um bocadinho dos outros.

0.5. Com que população desenvolve o seu trabalho?

E – População? Ah ... se formos em termos geográficos a minha atuação de psiquiatria atua mais com a população de Valongo, Ermesinde, mas tem a minha consulta de stress pós traumático que é a nível nacional ...

MN – Nacional?

E – Sim. Há um acordo que o Hospital [REDACTED] fez que qualquer pessoa que sofra de patologia de stress pós traumática e não possuir resposta na sua área de residência, pode-se dirigir cá.

0.6. Sente-se realizado com o trabalho que desenvolve no SP?

E – É assim ... é um trabalho que é desafiaste, não foi propriamente uma opção pessoal, não é que eu quisesse aquela área, surgiu porque ficou vaga, precisava de alguém ir pra lá e eu aceitei o desafio, não foi propriamente “eu quero fazer aquela consulta”.

0.7. Se estivesse ao seu alcance que alterações faria no seu quotidiano profissional?

E – Se estivesse ao meu alcance que alterações é que eu faria? A nível profissional? ... Assim ... acima de tudo acho que a parte humana no serviço está muito descuidada, cada vez mais se fala em números, os números são preponderantes, o numero de consultas, o numero de internamentos e não se falar no bem estar das pessoas. Quando se falar no bem estar das pessoas, é o bem estar das pessoas de acordo com a politica do serviço, ou seja, não é o bem estar mesmo das pessoas. Mas isso acontece em todo o lado, não é propriamente característico daqui ...

MN – Claro

1. Estrutura e organização do Departamento de Psiquiatria Comunitária – Hospital de Dia:

1.1. Porque profissionais é constituída a equipa de Psiquiatria Comunitária?

E – A equipa de psiquiatria comunitária neste momento é constituída por psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, temos uma arte terapeuta que da apoio de alguma maneira as nossas atividades, os enfermeiros... Basicamente são esses ...

1.2. Como interage esta equipa multidisciplinar?

E – Como é que a equipa interage? É assim, de antemão, o facto de a equipa ter reuniões semanais ... embora, sejam no âmbito do HD, no fundo é a despertar toda a intervenção ao nível da comunidade e vai muito bem ao encontro ... não há propriamente um plano definido, no sentido de que tem de ser igual para todos é mais perante as necessidades do doente e é nesse aspeto que a equipa intervêm, para aquele doente específico faz-se um plano.

MN – Exato...

1.3. Gostaria de ver outros profissionais integrados nesta equipa?

E – É assim, de momento... eu acho que qualquer profissional poderia ser importante por exemplo um simples auxiliar, um técnico auxiliar poderia ser importante inserir em algumas atividades, por exemplo as pessoas que tem dificuldades nos cuidados diários ... uma senhora que seja doméstica que tenha dificuldade em cozinhar, em limpar, porque não uma das nossas auxiliares

que tem muita experiencia? Tem propostas, podia haver dicas de limpeza, porque não? E depois depende das propostas, podia haver profissionais que não fossem propriamente do hospital mas que podiam ser inseridos, por exemplo os enfermeiros de família dos centros de saúde, porque não?

1.4. Porque valências é constituído o unidade de psiquiatria comunitária?

E – Valências? Em que sentido?

MN – Hospital de dia, [redacted] [unidade sócio ocupacional]....

E – Portanto, em termos organizacional neste momento o hospital de dia tem a terapia ocupacional, tem a clinica dos decanuados, dos medicamentos de libertação prolongada, tem a [unidade sócio ocupacional] [redacted] a unidade de reabilitação, que funciona em [redacted] [no Pólo II], tem o hospital de dia que funciona aqui e ainda tem os doentes que recebemos extremos que não estão no hospital de dia mas que vem cá fazer atividades.

MN – Oki....

1.5. Porque vias pode chegar um paciente ao hospital de dia?

E – Pode vir por o internamento, da consulta.. são geralmente as duas grandes vias.

1.6. Como descreve o processo de acolhimento feito ao doente mental no HD?

E – O processo... no dia que chega é visto pelos nossos enfermeiros, é apresentado o serviço, explicado como é que funciona, explicado os horários, é dado um folheto informativo que é para o doente ter acesso, nomeadamente as condições que temos, um armário para guardar as suas coisas pessoais ... é explicado isso tudo, dão uma chave ... é mostrado as atividades que estão neste momento no ativo se o doente tem alguma preferência por alguma atividade ... depois, é visto pelo psiquiatra que faz a sua entrada, vê do ponto de vista médico as necessidades e depois também é visto pelo psicólogo que faz uma avaliação e a terapeuta também faz uma avaliação inicial.

MN – E seguem para a assistente social se houver alguma carência...

E – Sim, se houver alguma carência, que seja preciso tratar de alguma situação que necessite.

1.7. Como é seguida e monitorizada a estadia do doente no HD?

E – Ahhh ... é assim, pelos médicos nós temos entrevistas de seguimento .. mas, mais uma vez depende dos doentes, há doentes que precisam de um intervenção mais eficaz e incisiva em que as entrevistas podem ser diárias, há outros doentes em que não é tao eficaz, por exemplo é mais necessário outro tipo de atividades e então as terapeutas ocupacionais são mais pressionadas para desenvolver certas tarefas. Ou no caso da situação social, pessoais que tenham uma necessidade mais específica, estou-me a lembra de algumas situações em que as pessoas estão em albergues e aí a intervenção da nossa assistente social ser o mais eficaz possível.

1.8. Como e quando é decidida a alta de um doente em HD?

E – Ahhh... geralmente é pela equipa. Por exemplo um doente que vem com o objetivo de aderir a medicação, a opinião do enfermeiro que vê todos os dias é muito importante, eu enquanto medico posso achar que o doente esta bem, mas depois vem o enfermeiro que me diz «esta bem

porque eu vigio a toa da medicação, se eu não vigiar deixa de a fazer», então aí eu tenho de ponderar novamente a situação, daí ser importante a opinião de todos e a necessidade de trabalhar em equipa.

MN – Acha que a opinião dos diferentes profissionais da equipa tem o mesmo peso e a mesma voz?

E – Ah .. não ! Na decisão de alta provavelmente não tem mas é muito importante. Porque em termos administrativos quem tem a responsabilidade do médico que tem de assinar os papeis ... mas para a equipa .. vamos assumir que o médico diz «tem alta» e a equipa acha que a doente não deve, se houver alguma intercorrência, a equipa no futuro vai ter isso em consideração.

1.9. Existe alguma espécie de triagem segundo as patologias dos doentes?

E – O doente não.... este hospital de dia estaria vocacionado só para doentes psicóticos .. ahhh .. e depois tem o numero de cama reservadas para comportamento alimentar mas não quer dizer que seja fixo, não nós temos tido doentes com outros diagnósticos que consoante as suas necessidades nós vamos aceitando que vamos tendo vagas

1.10. E os doentes cujo diagnóstico não se enquadra nos critérios do HD? Que respostas existem para esses?

E – Existe.. por exemplo nas atividades externas, podem vir fazer relaxamento, psicodrama,

1.11. Consegue apontar fragilidades no funcionamento deste HD?

E – Eu diria que é os recursos humanos... pode-se pensar que é muita gente, mas para aquilo que o HD oferece é pouca gente. Se formos ver em quantidade, os números de médicos, de enfermeiros, parece muita gente .. mas para aquilo que queremos oferecer aos doentes e para a qualidade que queremos oferecer, nota-se a necessidade de mais técnicos ...

1.12. O que aponta como a maior potencialidade do HD?

E – A maior potencialidade é... apesar de tudo ser um bastião de segurança para os nossos doentes, eles sabem que podem contra connosco.

2. A Promoção do Bem-Estar da Pessoa Doente Mental – Questões de Reinserção Social:

2.1. Existe algum trabalho de reinserção social feito pelo H.D. com os seus doentes?

E – A [redacted] [unidade sócio ocupacional] é essa tentativa... e depois não diretamente nossa, mas dos nossos tentáculos digamos assim, através da [redacted] [Instituição II] e outras associações em que nós tentamos orientar os nossos doentes para esse sentido, nós aqui HD que eu saiba não há contacto com empresas nem faz parte da política do serviço, mas a [redacted] [nossa unidade sócio ocupacional] já faz parte disso ,....

2.2. Considera que a Comunidade possui estruturas de apoio suficientes para a quantidade de doentes existentes?

E – Não. Neste momento... a comunidade em si na tem resposta nenhuma, posso-lhe dizer que é zero. Zero! A comunidade não tem resposta para os doentes mentais, ou pessoas com doença mental, que tenham uma idade jovem... por exemplo, há os centros de dia que funcionam para

determinadas faixas etárias e estão cheios. Se nós tivermos um jovem esquizofrénico com 40 anos que não seja capaz de estar em casa sozinho durante o dia, não há socialmente nenhuma estrutura de apoio.

MN – E acha que a comunidade tem essa noção?

E – Não!

MN – E as política?

E – Os políticos não se interessam muito por esta área pois é uma área para gastar dinheiro e que não dá lucro, mais uma vez os números!

2.3. Existem mecanismos para aferir o sucesso ou insucesso destes processos?

E – Há informações, nos costumámos seguir os nosso doentes na consulta externa, eles continuam ligados a consulta, nós sabemos o que é que se passa com eles ... ahhh ... ahhh ... mas não há propriamente um grupo que diga que vai fazer o seguimento dessa situação. Mas muita vezes acontece, quando vejo ai um doente internado, saber o projeto dele, perceber o que aconteceu nesse espaço de tempo.

2.4. O Serviço conta com maiores casos de sucesso ou insucesso?

E – Isso do sucesso e insucesso... depende ... como se define sucesso? Não se pode definir sucesso .. é assim, pra uma pessoa que está acamada e que se consegue por em pé e ir à casa de banho sozinha é sucesso, essencialmente não serve de nada, mas pra nós isso é sucesso. Isto é muito subjetivo... o sucesso tem que se avaliado de acordo com as incapacidades levantadas por aquele doente e quais são os objetivos a que nos propomos ... uma pessoa que está acamada e que consegue ir à casa de banho sozinha mas que não tem trabalho e continua a não ter amigos porque não sai de casa, portanto .. essencialmente é um insucesso, mas para aquela pessoa já é um sucesso porque ganhou uma grande autonomia. Por isso é muito difícil definir o que é isso de insucesso....

MN – E mais a nível das questões de reinserção profissional?

E – É assim, eu estou convicto que apesar de tudo ahhh... nem que houvesse só um doente que tivesse beneficiado era um sucesso e eu tenho quase a certeza que há mais que um doente.

2.5. Na sua opinião interna, o que continua a demarcar estas situações como casos de insucesso?

E – Tem a ver com a motivação do doente. Se o doente não tiver potencialidades, se não estiver motivado para isso a equipa pode-se mover toda à volta dele que não pode fazer nada, ahh... e dependendo da motivação do doente, a interação que faz com a equipa talvez sejam os fatores mais importantes para uma situação de sucesso.

2.6. Gostaria de ver implementadas outras estratégias?

CS – Eu gostaria que fizesse parte das políticas regionais, a política por exemplo de... porque não .. fazer uma instituição, uma organização que mobilizasse de alguma maneira as forças sociais daquela região para estarem atentos a estas situações.

3. Relação entre o H.D. e as Famílias dos doentes:

3.1. Como vê o papel da família na promoção do Bem-Estar do doente mental?

E – Ahh... a família é o primeiro suporte do doente mental, havendo uma família que realmente contribua para o desenvolvimento das capacidades do doente, estamos no bom caminho e para nós fica muito mais facilitada a nossa intervenção. Agora famílias disfuncionais as coisas complicam-se ou a não existência de família, estamos mesmo num beco sem saída.

3.2. Existem apoios disponibilizados pelo H.D. às famílias do doente mental?

E – Disponibiliza. Nós temos grupos de famílias ahhh ... e temos atendimento para as famílias sempre que seja necessário, para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir ou conseguir qualquer apoio necessário através de nós.

3.3. Quais os apoios mais solicitados pelas famílias?

E – Essencialmente do ponto de vista social... são as reformas, os subsídios... geralmente o primeiro contacto baseia-se muito nisso. E depois nesse seguimento, conseguimos fazer a psicoeducação no sentido como está o doente, como a família sente o doente, como a família vê o doente... e no fundo expectativas, mais reais sobre aquilo que o doente pode dar ou não.

MN – Que importância tem, na sua opinião, a família na recuperação doente mental?

E – Tem toda a importância, é um dos pilares.

3.4. Existem formas de formar as famílias?

E – Formar não, eu digo informar que é mais importante. Informar as famílias sobre o conhecimento da doença daquela pessoa, pois muitas vezes não é entendida. Mas nós vemos isso entre aspas a nível social, nos nossos contactos sociais, aquela pessoa que foi ao psiquiatra tem logo um estigma e esse estigma antes de ser social é familiar. Nota-se por exemplo numa família que tem pais irudentes, que alguém vai ao psiquiatra que há uma disfunção qualquer, um sarilho qualquer, a pessoa que vai ao psiquiatra é logo rotulado pela família ...

MN – Claro....

E – É logo vista de maneira diferente.

3.5. Que estratégias de apoio a familiares existem no HD? Como se evitam danos nas famílias: ascendentes e descendentes?

E – Não se evitam.

MN – Minimizam-se?

E – Minimizam-se. Porque é que não se evitam? Evitar significa que a gente prevenisse antes de acontecerem, mas quando o doente mental chega a nós já tem todo o percurso de doença por trás, já tem os danos todos feitos. E não há nada que nos faça prever quem é a pessoa que um dia vai ter doença mental. Portanto os danos são feitos antes.

4. A Doença Mental, Estigma e Preconceitos – Processos de construção e desconstrução:

4.1. Quando lhe digo: indivíduo com perturbação mental, que imagem forma na sua imaginação? Por favor, descreva-me essa imagem.

E – É muito vaga. É muito vaga porque a própria perturbação mental é uma coisa que tem oscilado eu dou por exemplo certos diagnósticos que antes eram consideradas doenças, como é o caso da homossexualidade que agora não são consideradas doenças mas sim diferenças e mesmo isso vai variando o nosso conceito.

4.2. Que imagem pensa que é formada pela população em geral (vamos permitir esta generalização)?

E – A sociedade tem a atitude de defesa, o que vem aí ... quando se diz que o indivíduo foi ao psiquiatra ou tem uma doença mental, é preciso ter cuidado.

4.3. Na sua perspetiva, como é lida a doença mental pela sociedade?

E - Fecha os olhos!

MN – Porque?

E – Porque quem não vê, não peca.

MN – É um mecanismo de defesa?

E – Sem margens para dúvidas! E é um comportamento que foi sempre assim, alias .. antigamente metiam-se nos asilos para ficar escondidos dos olhos, não se viam mesmo. Agora de vez enquanto vemos os sem abrigos, de vez enquanto vemos uns programas na televisão... dão o apoio, dão a sopinha ao sem abrigo, é muito bonito sim senhor, para aquela pessoa é muito importante que não tem mais nada ... mas em termos sociais não adianta nada, em termos sociais que mudança se fez? Para a pessoa precisa, não come há oito dias, não tem onde dormir, arranja-se um cobertor, para aquela pessoa isso é muito importante mas em termos sociais o que mudou?

4.4. Quais na sua opinião, quais continuam a ser as principais ideias erradas em relação à D.M.?

E – É o preconceito da própria doença e o grande modo que aquilo se pegue e ainda há muito em certas famílias o sentimento de culpa. Se eu tenho um filho doente mental, que mal terrei feito a deus para ter assim um filho? O sentimento de culpa.

4.4. O que me pode dizer sobre o processo de construção do preconceito e estigma em torno da DM?

E – É assim, o doente mental... o estigma já vem pra bem dizer desde a pré historia, nas tribos índias o doente mental tinha que viver fora da tribo, à parte, Ou era algo tão bom que era visto como feiticeiro e se formos a ver o feiticeiro não vivia com os outros, era chamada o quando preciso... por isso, isso já vem dos nosso primórdios e ainda não conseguimos ultrapassar essa fase.

MN – Acha que a comunicação social contribui para este estigma?

E – Também. Não quer dizer que seja toda... a comunicação social é sempre uma faca de dois gumes, as notícias são dadas muitas vezes com um intuito e provocam outro. É a maneira como abordam os temas, doente mental mata tia, doente mental faz isto, é evidente que quando vou na

rua e vejo um doente mental à minha porta eu vou logo ver se a porta está bem fechada não vão as coisas correrem mal.

MN – E os próprios profissionais de saúde, acha que também são reprodutores deste estigma?

E – sem margem para dúvida! Nós vemos isso por exemplo no nosso serviço de urgência que é um fenómeno mundial, há artigos publicados sobre isso. Qualquer pessoa que vá ao serviço de urgência queixar-se de uma dor na perna mas se disser que tem antecedentes psiquiátricos, a primeira pessoa que chamam é o psiquiatra, isto é um fenómeno mundial, não é propriamente um fenómeno nacional. Quer dizer que as nossas escolas todas, as dos enfermeiros também, não está algo muito correto... e depois fala-se muito de ... agora a gente entra na urgência e faz-se a triagem e mesmo essas escalas estão enviesadas, aí uma vez o doente que diz que tem uma dor de cabeça mas que tem doença psiquiátrica aquele sistema encaminha automaticamente para a psiquiatria, como se o doente não pudesse simplesmente ter batido com a cabeça em algum lado?

4.5. Que possíveis caminhos apontaria para uma desconstrução deste estigma para com a doença mental?

E – Isso demoraria muitos anos... eu deveria começar quase que diria do nosso pré infantil, começaria nas nossas casas, na educação dos nossos filhos. As crianças verem a diferença. Por isso é que há aquela experiência de colocar as crianças mesmo com problemas nas escolas tradicionais, com as crianças ditas “normais”, existem essas experiências... mas todos nós sabemos que se eu tiver um filho com cinco anos e me disserem que a professora anda em consulta de psiquiatria, eu começo a pensar, será que o meu filho está bem entregue? Pois! Mas pode começar aí!

4.6. Sofrimento... é uma palavra na qual encontra o Doente Mental?

E – Sem margens para dúvidas e é um sofrimento não compreendido. Porque é uma doença que muitas vezes nós .. uma .. porque há várias, mas uma .. por exemplo uma depressão, quem nunca teve contacto com uma pessoa com depressão, quem nunca teve empatia com uma pessoa com depressão, a depressão é uma doença esquisita, não se entende ... como é que uma pessoa que tem tudo

MN – pode estar triste?

E – pode estar triste? Pode não fazer nada e mete-se na cama? Não lhe falta nada!! Tem uma boa família, tem um bom trabalho, porque é que está triste? Ela que se deixe de coisas e que trabalhe.

4.7. Que dimensões chega a ter este sofrimento?

E – Ahh ... a dimensão pode levar ao suicídio por exemplo.

4.8. Além das implicações inerentes à doença quais, no seu ponto de vista, são os outros grandes entraves à recuperação da pessoa doente mental?

E – Eu continuo a dizer que geralmente .. o grande entrave continua a ser a sociedade. Mas a sociedade não é uma coisa anónima, somos todos nós .. por isso o entrave somos todos nós.

Quando dizemos que a sociedade não aceita estamo-nos a esquecer que nós somos essa sociedade e é muito fácil dizer «a sociedade não aceita a doença mental», fica muito bonito. Mas depois quem é a sociedade? A sociedade não anda por aí a passear, a sociedade somos todos nós... esse aspeto não esta ainda ultrapassado, porque a doença mental é uma coisa muito incompreensível. Uma pessoa que se auto mutila, temos exemplos disso, não é?! Como e que uma pessoa encara isso, se fosse nosso filho e se magoasse a ele próprio, como é que nos pais reagimos a isso? É difícil de aceitar, meso que digam que é uma doença, não se aceita.

4.9. Estabelece relações entre o desemprego e a pobreza e a doença mental?

E – Assim... é mais probabilidades evidentemente se uma pessoa estiver desempregada ter uma depressão é evidente. E a pobreza também mas muitas vezes a doença mental pode levar a pobreza, por exemplo um doente psicótico, um doente bipolar, tem um surto maníaco e gasta tudo o que tem, fica pobre. Gasta o que tem e o que não tem, fica pobre, fica endividado, vai pra cadeia, perde todas as relações sociais e se for um individuo bipolar, pode depois entrar numa fase depressiva e levar ao suicídio. Ah, portanto a pobreza tem muito a ver co... a pobreza não esta relacionada com as doenças psicóticas, não há nada que mostre isso, mas esta relacionada com outro tipo de doenças.

4.10. Estabelece relações entre o estatuto socioeconómico e a DM?

E – Ahh .. é difícil também. A maior parte das doenças são transversais a sociedade. Independentemente ... por exemplo, mesmo uma simples toxicodependência, pelos custos que fica seria para os ricos não é verdade isso. A gente vê e vê na própria família... há pessoas que tem 3 ou 5 filhos e há um ou dois que degeneram e ficam toxicodependentes e foram todos criados da mesma forma. Não vejo aí assim...

4.11. Estabelece relações entre o nível de formação académica e a DM?

E – Também não. Alias, nós vimos isso na maior parte dos grupos profissionais que pelas suas funções são mais evidentes, são mais mostráveis, um professor por exemplo, não quer dizer que tenha mais ou menos doença, mas é mais notória a doença dele que num engenheiro. O engenheiro vai para a camara, senta-se e é visto por um ou dois funcionários, um professor é exposto a uma comunidade... .. eu agora perdi-me um bocadinho ...

MN – A nível de formação académica...

E – A nível de formação académica, por exemplo uma pessoa analfabeta deprime tal e qual quanto um engenheiro ou um professor.

MN – E a nível das questões de género?

E – de género? É assim existem certas patologias mais específicas da mulher mas não quer dizer que agora atualmente as coisas não sejam mais diluídas. Há determinadas patologias que são mais evidentes na mulher, mas a mulher por outro lado tem outra vantagem, fator de proteção, pois tem atividades que a ajudam ... por exemplo, uma mulher esquizofrénica por norma é mais fácil mete-la na família porque ela consegue fazer tarefas domésticas, consegue estar ocupada. Um homem esquizofrénico, mete-se na família, senta-se no sofá a fumar um cigarro e a própria

família não exige nada dele porque é um rapaz e se for uma menina tem que fazer estas tarefas e isso de certa forma já é um tratamento...

MN – Mas isso são também questões culturais...

E – Sim, mas é o género que define isso ser masculino ou feminino.

5. O papel da Educação para a Saúde:

5.1. Que papel a Educação para a Saúde pode ter na desconstrução deste estigma?

E – Pode ser uma grande ajuda. Mas mais uma vez volto a dizer, vão pra escola, ensinam isso, chegam a casa e tem um comportamento completamente diferente, quanto mais fico muito baralhado.

MN – A Educação para a Saúde não vai só às escolas, pode também intervir dentro das casas ...

E – Atualmente em Portugal conhece algum caso desses?

MN – Não. Eu pretendo ser um caso desses (risos)!

E – Isso são os novos projetos... neste momento o que acontece é isto. Imagine-se, as crianças vão para a escola... o uso do preservativo, está-se quase a ensinar na escola primária isso, chegam a casa, a mãe ou o pai acham isso um disparate, a informação fica logo toda enviesada.

5.2. Reconhece a Educação para a Saúde como uma estratégia de promoção do bem-estar do doente mental?

E – Eu penso que sim. É assim e vamos ter sucesso? Depende dos objetivos a que se propõem sempre, vai ter sucesso se os objetivos a que se propõem sejam realistas.

Muito Obrigada pela sua participação.

Tenha um dia feliz, pela sua saúde, SORRIA!



Nota de Terreno 17

- Conheço uma nova enfermeira.
- Apresentação do CIR.
- Assisto a pesagem de uma doente.
- Assisto ao curativo de uma doente.
- Conversa com a coordenadora.

Chego ao gabinete de enfermagem e sou como habitualmente recebida pela simpatia da enfermeira que se encontra acompanhada de uma outra profissional. A primeira apresenta-me a segunda e digo que já nos conhecemos, explico sucintamente o que faço cá e a enf. diz que depois, também passarei algum tempo com esta nova colega, para perceber o que ela faz. A profissional que agora conheço, muito disponível e espontânea, desafia-me logo “*Então, diga-me lá o que quer saber? Em que a posso ajudar?*”, sorrio e digo que apenas terá de ter alguma paciência para responder a algumas questões. Aproveito a disponibilidade e começo por perguntar pelo o trabalho que desenvolve por cá, pois já percebi que tem um gabinete só seu. A enf. explica que se divide entre o Pólo I e o Pólo II, pois o Pólo II é algo recente e ainda não possui alguém que faça o seu trabalho. Explica que possui um gabinete onde os doentes se dirigem para tomar o injetável e que aproveita este momento, para também, conversar um pouco com os mesmos e saber como estão. Pergunto pelo Pólo II, se gosta de lá estar ... a enf. apenas me diz que o Pólo II é muito desorganizado. Não falamos muito mais, entretanto regressa uma outra enfermeira acompanhada de uma psiquiatra, que por doença faltou no dia anterior. A enfermeira, faz questão de colocar esta ao corrente do dia anterior, faz-lhe um resumo do episódio da de uma das suas doentes a S., e daquilo que foi falado n reunião de véspera. A psiquiatra é também da opinião de que provavelmente estes episódios serão invenções da S. e não valoriza muito.

São 9h, começam a dar o pequeno-almoço aos doentes e eu assisto, é toda uma nova rotina que desconhecia, vejo a chegada dos doentes e a receção que lhes é feita. Alguns dos doentes são acompanhados pelos seu familiares, recebidos pelo carinho e interesse das enfermeiras e pelas brincadeiras desafiadoras das auxiliares, incentivados a sentarem-se e a tomar o pequeno-almoço, as enfermeiras dão a medicação da manhã e vão querendo saber como passaram a noite. Percebo que aqui as enf. são verdadeiros falcões, com o seu olhar atento mas discreto analisam os pacientes, as suas posturas, o seu humor matinal, a sua disposição e analisam a toma da medicação e dos alimentos.

Observo um pouco esta rotina e depois sigo para o gabinete de enfermagem com uma das enfermeiras, pergunto por aqueles que chegam mais tarde. Esta responde-me que, o pequeno-almoço é servido até às 9:30h e que após esta hora é cedida aos doentes a medicação que tomam apenas com água. A enfermeira tranquila como sempre diz que à chegada ao hospital de dia, é-lhes cedido um

documento com as regras do mesmo e oferece-me simpaticamente um exemplar. É um simples folheto que se auto intitula de “*guia de acolhimento*”, apresenta aspetos práticos como a localização do serviço, responsáveis pelo mesmo, contactos, horários, medicação, valores, sigilo, entre outras informações.⁶⁰

Analiso o folheto e entretanto uma doente - M. J., entra no gabinete e muito prontamente se começa a despir, percebo que se veio pesar. Desconfio se não será confortável para a doente a minha presença, contudo, antes que possa colocar essa questão ela já está despida. Tento a todo o custo concentrar os meus olhos no folheto e não na doente, mas discretamente não resisto e aquilo que vejo é de fato assustador. Esta doente é anorética e faz parte do processo a sua pesagem diária para ver a sua evolução, não me recordo de quanto pesava exatamente mas recordo-me que era um pouco menos de 30kg. A magreza da mesma é assustadora e nem percebo como consegue uma pessoa assim sobreviver.

Não paro de colocar questões à enfermeira, estou curiosa. Provoco a conversa e falamos um pouco sobre a anorexia, a enfermeira diz que na sua opinião é das coisas mais complicadas que já viu, que é quase impossível haver recuperação, que faz parte da pessoa para todo o sempre. Conta que só se conhece assim um grande caso de sucesso e que a pessoa em questão é autora de um livro que fala sobre esta patologia, que a própria sofreu da doença e que a conseguiu ultrapassar. As conversas com as enfermeiras são interessantíssimas mas nunca muito longas, a qualquer momento entram pessoas na sala e as conversas perdem-se. Questiono também pela medicação e pelas refeições, quem suporta este custo? Respondem que é o hospital. Questiono também acerca do internamento compulsivo, quem o pode pedir? Explica-me que quase qualquer pessoa o pode pedir, um familiar, um profissional de saúde, um vizinho... assim que exista esta queixa e que seja analisada pelos tribunais, uma equipa de polícia vem buscar o doente e leva-o à urgência de psiquiatria; aqui o doente é analisado pelo médico e é este que decide, se, se justifica ou não o internamento. Mesmo se justificando o internamento, se o doente parecer disponível ao cumprimento das regras, o carácter compulsivo \ obrigatório da questão, pode ser retirado.

A enfermeira vai fazer umas entrevistas aos doentes recém chegados e eu fico no gabinete a analisar processos. Aqui ninguém pára, entra um outro doente, a quem uma outra enfermeira faz uma colheita de sangue. Explica-me que por vezes os psiquiatras também pedem análises químicas, ora para ver se existe marcadores da medicação, ora para ver o estado de saúde do doente. Entretanto entra na sala a coordenadora da unidade, fala com tudo e com todos e tenho imensa dificuldade em captar a sua atenção, assim que o consigo, questiono se leu o meu *email* e esta responde-me que não. Digo que gostaria de estar um pouco consigo, dar-lhe um feedback de como correm as coisas e aconselhar-me em algumas decisões, esta responde-me muito prontamente “*Espero que esteja tudo bem, não quero mais más notícias!*”, digo-lhe que não e sorrio. De certeza que estas más notícias não eram da minha pessoa, pois nunca lhas dei. Promete arranjar-me um tempinho depois...

⁶⁰ Segue em anexo.

Percebo que existe uma nova vaga no hospital de dia e a coordenadora, veio analisar a lista de espera, para poder preencher a mesma. Analisa em conjunto com a enfermeira e a escolha é entre um doente proveniente da consulta externa e uma outra doente, vinda do internamento. Esta médica psiquiatra, parece-me mais inclinada para a doente do internamento, pois disse ao seu médico que assim que houvesse vaga a acolhia., Contudo a enfermeira, relembra a médica que se trata de uma doente com uma personalidade histriónica e que neste momento em conjunto com os doentes que já cá estão, será potenciador de conflitos. A psiquiatra, compreende mas fica indecisa. Ficamos a sós na sala e esta pergunta a minha opinião (fico muito surpresa). Respondo que teria de pensar muito bem, pois deu a sua palavra à doente e que ao quebrar a promessa, estará a trair sua a confiança. Agora se o melhor para o hospital de dia é receber a outra doente... aconselho que pense bem na sua decisão. Esta encolhe os braços e sai indecisa da sala.

Mais tarde sei pelas enfermeiras que optaram pela doente proveniente da consulta externa: um rapaz de 20 anos.

Entretanto somos surpreendidas pela presença da mãe de um doente que temos cá, muito jovem. Esta mãe chega de lágrimas nos olhos, contando que não conseguiu trazer o filho cá. A enfermeira aconselha que fale com a sua médica. Analiso o painel “*plano de cuidados*” e encontro nomes de psiquiatras que não conheço, questiono quem são ... A enfermeira explica que no caso das meninas anoréticas, existe cá um grupo de profissionais especialistas e que as continuam a seguir no HD.

Alguns doentes vão chegando mais tarde, vem sempre ao gabinete de enfermagem buscar a chave do cacifo que possuem e que aqui guardam, tomam a medicação e saúdam as enfermeiras que procuram sempre saber como estes estão.

A enfermeira esteve a fazer a entrevista de receção a um novo doente de seu nome MJ, encontra cá na sala a assistente social e cruzam informações sobre o mesmo. A enfermeira conta que ficou surpreendida por saber que este já esteve preso durante 10 anos por roubos, tráfico de armas, descreve o senhor como hostil e um pouco agressivo. A assistente social, admite estar um pouco assustada, pois percebe que este senhor vive perto da sua rua e que é constantemente internado devido a desacatos que provoca na vizinhança.

Entretanto surge uma outra doente, diz que está ansiosa e pergunta se pode tomar um dos seus ansiolíticos, as enfermeiras dizem que sim. Ninguém questiona os motivos nem dão a mínima atenção a esta situação. Estranho....

Rapidamente entra um jovem interno de psiquiatria, desabafa que vai para o computador preparar uma apresentação que tem de fazer amanhã na reunião, percebo que os horários deles são mesmo assim, veem para o serviço e vão fazendo aquilo que surgir, percebo que hoje da equipa médica apenas temos cá apenas este interno e a sua psiquiatra responsável. As auxiliares são as *aves raras* do serviço, falam muito alto, gritam umas para as outras de corredor em corredor, cantam alto e dizem mesmo alguns palavrões ... contudo, ninguém além de mim parece estranhar este comportamento ou apontar o mesmo. Quanto a mim já se habituaram à minha presença e respeitam a mesma, saúdam-me,

conversam comigo e apesar da minha juventude sempre me trataram por “*senhora doutora*”, aprecio bastante a sua simplicidade e o notável respeito para com todos os que aqui entram e saem.

O interno comenta que pensa dar alta a uma paciente e questiona a opinião da enfermeira, fico surpreendida com esta sua atitude, mas a meu ver faz todo o sentido.

Estamos perto da hora de almoço, o serviço começa a ficar mais vazio, junta-se a mim e à enfermeira na sala uma das auxiliares; conta-nos que viu a mãe do doente jovem, chorar imenso à entrada do serviço, desabafa que não deve ser fácil e que acha que se deve fazer algo quanto a este jovem, pois em breve estará cá internada também a mãe dele. Falamos um pouco sobre as questões do estigma em torno da doença mental, isto porque, esta mãe médica oftalmologista cá no hospital, recusou aceitar durante 2 anos a doença do filho, mantendo-o este preso em casa, sem tratamento. A enfermeira concorda comigo, diz que é verdade que grande parte do estigma provem dos próprios profissionais de saúde e que ela mesma já sentiu isso, conta que frequentemente lhe perguntam em que serviço se encontra e que quando responde, recebe sempre reações estranhas e partilha uma dessas reações “*Sério? Ainda não tens aquele ar, as pessoas que trabalham em psiquiatria acabam por ficar com um ar.*”, a auxiliar reclama “*se não sabem que procurem quem os informe, aqui não há tolos, há doentes!*”, mostra-se revoltada com estas atitudes. Concordo e acrescento que é aqui que a Educação para a Saúde entra.

A conversa termina depressa, pois saímos para almoçar.

Após almoço a enfermeira apresenta-me o CIR – Cuidados Integrados de recuperação de Jorge Gago - reconheço o documento do gabinete da coordenadora. Explica-me que é daqui que surgem os terapeutas de referência e o PIC, tabela que se encontra na entrada de todos os processos, mas não falamos muito do assunto, contudo, vou analisando o mesmo.

Entretanto chega a psiquiatra que anda por cá hoje, chama um doente ao gabinete de enfermagem. Conversa com este acerca da adesão a um novo medicamento. O Sr. A. queixa-se de uma inquietude nas pernas, que lhe provoca bastante dificuldade em estar quieto e sentado, que o deixa bastante nervoso. A Doutora explica que a medicação é exatamente para eliminar isso; contudo, o Sr. A. mostra-se resistente em tomar esta medicação e diz de forma desesperada que não a quer, apesar das explicações e insistências da sua médica... continua a negar, chegando mesmo a dizer “*não quero experimentar, estou farto de sofrer, tenho medo!*”, fico perturbada com esta frase e com o sofrimento espelhado no rosto deste senhor, com quase 60 anos, que procurava conter as lágrimas.

A tarde passa muito depressa, quando pego novamente no relógio já se aproximam as 16h, hora a que o hospital de dia fecha. Entra no gabinete uma doente - a S. - já só me encontra a mim e à enfermeira, percebo que vem fazer o curativo aos seus braços repletos de cortes, resultado das suas constantes auto mutilações. Fico ansiosa por ver os mesmos, mas respeito a doente e questiono “*S., quer que eu saia?*”, a mesma responde calmamente que não, que posso ficar. Bem, o sangue e afins nunca me meteram impressão, mas admito que tive que colocar a mão sobre a barriga para segurar o estomago perante aquilo que vi. Ambos os braços da doente têm tantos golpes que não tive coragem de os contar; as feridas, estão inficionadas e devido à sua profundidade, não conseguem fechar. Os

bordos das mesmas, já têm imensa dificuldade em unirem-se, resultado de a doente cortar e abrir várias vezes os mesmos golpes. Foi-me difícil assistir ao sofrimento da doente quando lhe tiraram as ligaduras, estas ficam coladas ao *pus* e sangue que as feridas libertam e imagino, que seja uma dor terrível. A doente cerra os dentes, agarra o braço da enfermeira e verte umas lágrimas. Mas é a própria que provoca esta dor, que se corta e quando se corta é para procurar a dor, para se libertar. É difícil de compreender, de fato. Fiquei surpreendida com a largura e profundidade das feridas e com o grau de infecção das mesmas. A enfermeira faz o curativo como se estivesse a mexer num bebé recém-nascido, com toda a calma e carinho existente e percebo que a S. gosta deste cuidado e atenção.

Após ter terminado o curativo a S., despede-se amavelmente de ambas com dois beijinhos e ficamos a sós, falamos um pouco sobre este momento. A enfermeira diz que *é uma outra situação complicada, pois demora-se anos a obter alguma melhoria*. Não falamos muito mais, pois a enfermeira mostra presa em ir embora. Despeço-me e as questões invadem o meu pensamento.

Apêndice VII – Análise de conteúdo

ANÁLISE DE CONTEÚDO					
CATEGORIAS			TRANSCRIÇÕES		CONCEITOS
NOME	DEFINIÇÃO	SUB - CATEGORIAS	NOTAS DE TERRENO	ENTREVISTAS	
DINÂMICAS DO SERVIÇO	<p>↯ Relatos das práticas institucionais do contexto da investigação – Hospital Central – Serviço de Psiquiatria – Hospital de Dia. Através dos relatos dos participantes e da observação participante da investigadora é pretendido fazer uma análise às suas práticas diárias (seus perccionismos e condicionantes) e perceber de que forma isso implica ou não a promoção do bem-estar do doente mental aqui utente.</p>	Dinâmicas do espaço H.D.	<p>↯ Mais uma vez uma reunião muito rápida; fiquei extremamente curiosa por saber da vida destas pessoas. Abandonaram a sala e ficamos as três em conversa, a Terapeuta expõe que habitualmente o grupo é maior e estas sessões são sempre dinamizadas por dois técnicos, mas que tem sido difícil definir os horários. NT2.</p> <p>↯ O Serviço funciona durante 12h, das 8h às 20h. NT3.</p> <p>↯ Os utentes já cá estão, vão afluindo ao gabinete de enfermagem e tomam a sua medicação injetável, medindo o peso e esperam sentados. NT3, PÁG.1</p> <p>↯ Percebo que são raras as exceções em que o doente não é acompanhado ora pelo HD, ora nas ARA, entregue a um Técnico de referência ou em caso disso, encaminhado para uma instituição social, contando ou não com o apoio da família. NT5.</p> <p>↯ A Assistente Social como habitual faz inúmeros telefonemas, pega no seu molho de chaves e tenta abrir algumas portas e pelos vistos é bem-sucedida, acompanho-a ao piso de cima onde procura a enfermagem e a psiquiatra deste paciente e informa do encaminhamento</p>	<p>↯ <i>Eu acho que é exaustivo. Eu acho que é exaustivo para o doente, mas que nos dá muita informação, ele é submetido a uma avaliação multidisciplinar nos primeiros três dias que cá está e reconheço que para o doente é repetitivo e que são entrevistas extensas.</i> Entrevista III.</p> <p>↯ <i>Através de escalas de avaliação à entrada e à saída do doente e também às vezes, algumas durante. À entrada e saída tem a ver com s sintomas psicopatológicos e o sentir do estado de saúde geral, durante são avaliações mais específicas que podem ser pedidas como a avaliação de Q.I. ou de personalidade.</i> Entrevista III</p> <p>↯ <i>Podem vir ao ARA que apoia os doentes externos. Podem ir cá três vezes por semana e serem trabalhados.</i> Entrevista III</p> <p>↯ <i>... no dia que chega é visto pelos nossos enfermeiros, é apresentado o serviço, explicado como é que funciona, explicado os horários, é dado um folheto informativo que é para o doente ter acesso, nomeadamente as condições</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Dia – História e Objetivos. • Intervenções terapêuticas em Saúde Mental. • Plano Nacional de Saúde Mental.

			<p>que lhe deu, trabalho de equipa. NT7.</p> <p>☞ Quando fomos ao gabinete de enfermagem, enquanto a Assistente Social conversava com as enfermeiras, o meu olhar viajou e num gabinete ao lado vi numa estante, uma capa com a inscrição “Educação para a Saúde 2011”, em conversa questionei a AS e esta não me soube responder mas disse-me para questionar as enfermeiras. NT7.</p> <p>☞ O Jovem não possui dinheiro suficiente para pagar o passe e sem o mesmo a equipa acredita que deixará de vir ao hospital o que será mau para a sua recuperação, além disso pela conversa do paciente e pela sua visível magreza, desconfiam que este passe fome e, é a solução a isto que a equipa discute. NT8.</p> <p>☞ Adverte rapidamente que não vai poder estar comigo, que procure a Terapeuta Tânia e fique com ela, pois vai sair numa visita domiciliária. NT11.</p> <p>☞ ... começo a perceber que se aproxima a hora da próxima atividade, contudo percebo que ninguém se parece importar com isso, é claro que os horários aqui não são nada rígidos e andam um pouco ao sabor do vento. NT11, PÁG.3</p> <p>☞ Falamos também sobre a sobreposição dos horários das atividades e da divisão dos TO’s pelo serviço, e em relação à interação entre as diferentes valências do serviço. Percebo que não é assim tanta, funcionam como unidades fechadas com reuniões independentes e que decorrem em simultâneo. Contudo a terapeuta acrescenta que existe uma relação informal de corredor e que sempre que um doente é passado para cá, além do relatório formal, existe também um encontro entre os</p>	<p><i>que temos, um armário para guardar as suas coisas pessoais ... é explicado isso tudo, dão uma chave ... é mostrado as atividades que estão neste momento no ativo se o doente tem alguma preferência por alguma atividade ... depois, é visto pelo psiquiatra que faz a sua entrada, vê do ponto de vista médico as necessidades e depois também é visto pelo psicólogo que faz uma avaliação e a terapeuta também faz uma avaliação inicial. Entrevista IV.</i></p> <p>☞... <i>Há doentes que precisam de um intervenção mais eficaz e incisiva em que as entrevistas podem ser diárias, há outros doentes em que não é tao eficaz, por exemplo é mais necessário outro tipo de atividades e então as terapeutas ocupacionais são mais pressionadas para desenvolver certas tarefas...</i> Entrevista IV</p> <p>☞... <i>daí ser importante a opinião de todos e a necessidade de trabalhar em equipa.</i> Entrevista IV</p> <p>☞... <i>este hospital de dia estaria vocacionado só para doentes psicóticos .. ahhh .. e depois tem o numero de cama reservadas para comportamento alimentar mas não quer dizer que seja fixo, não Nós temos tido doentes com outros diagnósticos...</i> Entrevista IX.</p> <p>☞ <i>A maior potencialidade é .. apesar de tudo ser um bastião de segurança para os nossos doentes, eles sabem que podem contra conosco.</i> Entrevista IX</p> <p>☞ <i>Também um outro objetivo é com os médicos que vão aos centros de Saúde também trabalhar em colaboração com ele no sentido de eles se sentirem também apoiados na doença mental menos grave e</i></p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>profissionais. NT11.</p> <p>☞ (...) Esta Terapeuta diz-me que da parte da manhã, devido às reuniões os doentes tinham atividades livres, deveriam ocupar o seu tempo autonomamente entre jogos, visitas ao jardim, computadores e sala de jogos. Contudo, enquanto esperava pela reunião de serviço que era a seguir, percebo que como sempre os doentes ficam completamente perdidos com estes tempos “mortos”, a maior parte passa o tempo todo lá fora a queimar cigarros, a outra parte passeia os corredores freneticamente de um lado para outro e muitos desaparecem mesmo; talvez por não aguentarem este tempo parado acabam mesmo por se irem embora. NT1.</p> <p>☞ Vários doentes me vieram procurar para perguntar pelo início da atividade, o porque do atraso, se ainda havia atividade ou não, onde estava a Terapeuta... e de facto já eram 14:40h e ninguém tinha aparecido. Os doentes começam a mostrar-se ansiosos, muitos irritados e começaram mesmo a dizer que se iam embora. NT12.</p> <p>☞ Este responde a dois questionários, o 1º trata-se de uma avaliação da saúde em geral e o segundo é específico para sintomas psicopatológicos. NT15.</p> <p>☞ A mesma fica surpreendida com a minha questão e admite ainda não ter grande opinião sobre o assunto, mas que faz parte da prática profissional e defende que ao início quando ainda pouco ou nada se sabe acerca do doente, os resultados destes questionários são uma ajuda importante. NT15.</p> <p>☞ ... responde-me ela, acrescenta que vai existir uma sessão de psicomotricidade dinamizada pela estagiária sua estagiária e</p>	<p><i>que esses doentes sejam tratados, nos que for possível essa abordagem serem tratados pelos cuidados de saúde primários pelos seus médicos de família, essa é outra abordagem, outra intervenção nossa que é trabalhar com os cuidados primários de Saúde... Entrevista V</i></p> <p>☞ <i>Temos médicos psiquiatras, psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma arte terapeuta, enfermeiros naturalmente, (...) os auxiliares de ação médica que agora chamam-se técnicos operacionais e as administrativas também, porque também são pessoas muito importantes, todas estas pessoas tem que ter formação na área da Saúde mental para saber estar. Entrevista V</i></p> <p>☞ <i>... Tentamos dentro do nosso horário comunicarmos sobre o que se passa, o que não se passa, o que gostaríamos que fosse diferente, vamos tendo esses momentos de reflexão com as pessoas que trabalham nas diferentes áreas. Entrevista V</i></p> <p>☞ <i>... olhando para o mapa de intervenções que é no hospital de dia, quer na ARA eu acho que já temos muitas coisas onde as pessoas podem estar e participar... Entrevista V</i></p> <p>☞ <i>... já funciona penso que há dois anos um bom grupo de famílias de pessoas com doença mental grave que se reúnem uma vez por mês. Entrevista V</i></p> <p>☞ <i>E portanto eu acho que isto é muito importante, estar a dar voz às pessoas, fazer este trabalho com algumas pessoas que vem aqui recuperar ... elas estão-se a sentir mais pessoas e nós também sentimos que elas também nos tratam de uma forma</i></p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>que posso assistir à mesma. NT16.</p> <p>☞ ... explica que por esta hora (quase 9h) as auxiliares dão o pequeno almoço aos doentes, as enfermeiras estão sempre presentes, primeiro para dar a medicação e também para vigiarem o comportamento dos mesmos; perceber se estão estáveis ou se mostram alguma alteração. Informa que utilizam as horas matinais para preparar a medicação dos doentes e as sessões de educação para a saúde que dão às 4f de manhã durante as reuniões de serviço, fico muito contente por ouvir isto e comento que é mesmo esse o meu mestrado. NT17.</p> <p>☞ Queixava-se apenas de encontrar uma coisa diferente daquela que lhe prometeram, desejava ter mais consultas com os profissionais, acreditava que veio para aqui para de certa forma ser estudado e perceber melhor o que tem e porque. Que não tem grande interesse nestas atividades e que acha que existem muitos tempos parados. NT17.</p> <p>☞ Trata-se de um questionário de conhecimento do doente e da sua história, questiona pelo passado, pela história familiar e desenha o genograma, mostra também preocupação em saber as doenças dos progenitores e a relação que mantinha \ mantém com os mesmos. Existe indicações no questionário para que questione sobre a sua rede social, amigos, família, lazer, trabalho ... Pergunta também pela doença, sintomas e como lida com a mesma, pergunta pela sua alimentação, e capacidade de defecar e urinar... Pergunta pela capacidade de dar conta da sua higiene... NT17.</p> <p>☞ A tarde vai-se desvanecendo com a Enfermeira sentada na mesa a fazer anotações nos processos dos doentes, vou</p>	<p><i>mais cordial, eu noto a cordialidade de uma serie de doentes e provavelmente é porque eles se sentem aqui bem acolhidos.</i></p> <p>Entrevista V</p> <p>☞ <i>Só que neste serviço como não há a empresa de limpeza também temos que limpar, porque os chefes que tem passado por aqui não querem a empresa a limpar por causa do nosso tipo de doentes, porque a empresa vem hoje uns, amanhã outros e não querer por causa do nosso tipo de doentes.</i></p> <p>Entrevista IX</p> <p>☞ <i>... mas acho que no fundo acho que ate acaba por ser uma familia e por os tratarem bem .. as vezes não é melhor porque não há condições, às vezes por mais que as pessoas se esforcem não dá.</i></p> <p>Entrevista IX</p> <p>☞ Que eu fiz o programa CIR na totalidade e pronto houve mais uma aproximação...</p> <p>Entrevista VIII</p> <p>☞ <i>... fazemos aquilo que é inerente ao profissional em si, as colheitas, a preparação da medicação, monitorização dos sinais vitais, uma situações pontuais da pessoa que se sente mal na consulta, temos de estar presentes ... a consulta de grise, também estamos presentes ... ahhh ... Vigiar comportamentos, vigiar a adesão à terapêutica e depois é todo o resto que foge um bocadinho, não é fugir mas que não é inerente a todo o profissional ... aqui é a psicoeducação, a educação para a saúde que eu também faço às quartas-feiras, como lhe tinha dito já no inicio, as visitas domiciliarias também, os decanudos .</i></p> <p>Entrevista VIII</p> <p>☞ <i>É feito por todos os profissionais, nós</i></p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>questionando e percebo que isto é uma prática diária; todos os dias anota aquilo que viu nos doentes. Muito naturalmente empurra-me um montinho de processos e diz que posso ir lendo se quiser ... todos os profissionais podem e fazem anotações nestes processos, possuem folhas próprias para isso que mudam de cor, consoante a formação. NT17</p> <p>☞ A Enf. explica que se divide entre o Pólo I e o Pólo II o, pois o Pólo I é algo recente e ainda não possui alguém que faça o seu trabalho, explica que possui um gabinete onde os doentes se dirigem para tomar o injetável e que aproveita este momento para também conversar um pouco com os mesmos e saber como estão. Pregunto pelo Pólo II, se gosta de lá estar ... a Enf. apenas me diz que Valongo é muito desorganizado. NT18.</p> <p>☞ São 9h, começam a dar o pequeno-almoço aos doentes e eu assisto, é toda uma nova rotina que desconhecia, vejo a chegada dos doentes e a receção que lhes é feita. Alguns dos doentes são acompanhados pelos seus familiares, recebidos pelo carinho e interesse das enfermeiras e pelas brincadeiras desafiadoras das auxiliares, incentivados a sentarem-se e a tomar o pequeno-almoço, as enfermeiras dão a medicação da manhã e vão querendo saber como passaram a noite. Percebo que aqui as Enf. são verdadeiros falcões, com o seu olhar atento mas discreto analisam os pacientes, as suas posturas, o seu humor matinal, a sua disposição e analisam a toma da medicação e dos alimentos. NT18.</p> <p>☞ ... o pequeno almoço é servido até às 9:30h e que após esta hora é cedida aos doentes a medicação que tomam apenas com água. A Enf. tranquila como sempre,</p>	<p><i>temos um guia de acolhimento específico, onde temos incluídos vários itens desde os contactos telefónicos, regras, direitos, horários das refeições e que é dado ao doente depois de nos fazermos uma visita, digamos assim, guiado pela enfermeira ao serviço, não é? Ou para o doente ou doente e família se vier acompanhado ou o cuidador, seja quem for ... e esse panfleto entregamos no fim. Entrevista VIII</i></p> <p>☞ <i>Há médicos que preferem marcar dias para estar com o doente, mas a maioria vê os doentes todos os dias. Entrevista VIII</i></p> <p>☞ <i>Passa por um protocolo de avaliação multidisciplinar em que o doente preenche alguns questionários e faz-se algumas entrevistas no sentido de perceber um bocadinho quais os objetivos a trabalhar com aquele doente. Há também uma reunião semanal com os doentes, onde nós tentamos integrar os doentes novos, ou então se houver uma entrada fora da segunda-feira que é quando é a reunião, aproveitamos as atividades diárias para integrar esse novo elemento. Há uma visita ao espaço normalmente feita pela equipa de enfermagem, apresenta os profissionais ... Entrevista VI</i></p> <p>☞ <i>... por vezes, se houver por exemplo um consumo de tóxicos, se houver uma perturbação da personalidade muito disruptiva que possa influenciar o grupo, por isso depende ... Entrevista VI</i></p> <p>☞ <i>... o ARA também pode funcionar para essas pessoas, alias temos varias situações de perturbações de personalidade que esta documentado uma diminuição das idas á urgência devido a estarem a frequentar as atividades de ARA que são contentoras desse tipo de comportamentos mais de crise. Entrevista VI</i></p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>diz que à chegada ao HD é-lhes cedido um documento com as regras do mesmo e oferece-me simpaticamente um exemplar. É um simples folheto que se auto intitula de “<i>guia de acolhimento</i>”, apresenta aspetos práticos como a localização do serviço, responsáveis pelo mesmo, contactos, horários, medicação, valores, sigilo, entre outras informações. NT18.</p> <p>✂ Esta doente é anoréctica e faz parte do processo a sua pesagem diária para ver a sua evolução, não me recorde de quanto pesava exatamente mas recorde-me que era um pouco menos de 30kg. A magreza da mesma é assustadora e nem percebo como consegue uma pessoa assim sobreviver. NT18.</p> <p>✂ ...explica-me que por vezes os psiquiatras também pedem análises químicas, ora para ver se existe marcadores da medicação ora para ver o estado de saúde do doente. NT18.</p> <p>✂ A Enf. explica que no caso das meninas anorécticas existem cá um grupo de profissionais especialistas e que as continuam a seguir cá no HD, que é o caso da Dr.^a P. N. e o G. que pertencia á unidade do jovem e do adulto é seguido pela Dr.^a C. Alguns doentes vão chegando mais tarde, vem sempre ao gabinete de enfermagem buscar a chave do cacifo que possuem e que aqui guardam, tomam a medicação e saúdam as enfermeiras que procuram sempre saber como estes estão. A Enf. esteve a fazer a entrevista de receção a um novo doente ... encontra cá na sala a Assistente Social e cruzam informações sobre o mesmo ... NT18.</p> <p>✂ As auxiliares são as <i>aves raras</i> do serviço, falam muito alto, gritam umas para as outras de corredor em corredor,</p>	<p>✂ <i>A diversidade de técnicos que tem ... é uma potencialidade. O material, acho que temos muito material ... temos um parque também disponível que é um luxo o facto de estarmos integrados num hospital geral, isso para mim também é uma mais valia porque não é tão estigmatizante para o doente e também nos permite ter outro tipo de cuidados, nós vemos que aquele doente precisa de uma inter consulta de outra valência, a consulta é pedida, rapidamente é visto ... também é uma mais valia.</i></p> <p>Entrevista VI</p> <p>✂ <i>Depois temos o follow up. Nós temos reuniões no hospital de dia que de x em x tempo vamos tentar perceber o que aconteceu aquele doente que passou por cá e existe também uma equipa para validar isso.</i> Entrevista VI</p> <p>✂ <i>O doente quando entra em HD é feito o diagnóstico social, eu começo por fazer a avaliação sócio económica do agregado familiar... Portanto, começa por fazer essa avaliação, recursos económicos quer do doente quer do agregado familiar, o doente pode não ter e o agregado ter hipótese de resposta que até nem seja assim tão necessário o doente ter o seu próprio rendimento assim numa primeira fase. Condições habitacionais, apoio familiar, apoio dos amigos, se já é ou não apoiado por alguma instituição, se está ou não referenciado por alguma assistente social, ah ... a partir destas necessidades satisfeitas, então aí partimos para um processo de inserção sócio profissional, quando não é profissional é social, apenas a nível ocupacional, com vista ou não a formação, a emprego ...</i> Entrevista VII</p> <p>✂ <i>É sempre através de contactos</i></p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>cantam alto e dizem mesmo alguns palavras .. contudo, ninguém além de mim parece estranhar este comportamento ou apontar o mesmo. NT18.</p> <p>☞ Fico intrigada como se pode aceitar um outro doente se o quadro apresenta os 20 lugares do HD preenchidos. A Enf. muito pacientemente explica-me que há doentes que só vem alguns dias por semana e que todos esses dias livres, somados representam um lugar livre e que assim desta forma é possível acolher cá mais um paciente. NT19.</p> <p>☞ A doente espera imenso tempo pela sua consulta, a sua médica entra e sai nos seus afazeres e vai dizendo a esta que espere, mas na verdade a doente mostra uma grande ansiedade e dificuldade em aguardar. Compreendo e de facto penso mesmo ser uma falta de respeito para com a mesma. Ninguém gosta de estar à espera por uma consulta médica e honestamente a doente passou quase a tarde toda a espera, deveria haver um especial cuidado para com estes doentes que tem uma baixa tolerância à frustração e ansiedade. NT19.</p> <p>☞ Esta Enfermeira explica que este espaço supostamente serve para aplicar o injetável mas que isso é demasiado redutor para aquilo que aqui faz, que o que aqui se passa é mais uma espécie de seguimento que é feito ao doente. É aqui que o doente vem com mais periodicidade e é aqui que encontra um profissional que já conhece e em quem confia, a Enf, aproveita sempre estes momentos para saber da sua evolução, como vai a sua vida e como se tem sentido. Desabafa que os doentes partilham consigo aspetos que não se sentem à vontade para partilhar com os seus médicos, que é aqui que esclarecem as suas dúvidas acerca da doença, da</p>	<p><i>telefónicos e depois vai depender um bocadinho da necessidade de cada doente, porque eu não faço a mesma quantidade de contactos telefónicos com as instituições para todos os doentes. Há doentes que precisam de 4 contactos telefónicos semanais e há outros que precisam apenas de um ...</i> Entrevista VII</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>medicação e também dos efeitos secundários da mesma; acrescenta que muitas vezes os doentes surgem acompanhados por amigos e familiares e que também mostra disponibilidade para responder às questões dos mesmos, considera este como um espaço de acompanhamento mais do que apenas de aplicação da terapêutica. NT20.</p> <p>☞ Conta que este projeto tem permitido manter muitos doentes fora do internamento e evitar muitas recaídas. NT20.</p> <p>☞ Pergunta-me se tenho conhecimento do ciclo de cinema do serviço. Perante a minha estranheza pede-me que o acompanhe à entrada do serviço onde está afixado um grande cartaz e explica-me do que se trata. Conta que “<i>o nosso diretor de serviço é um cinófilo</i>”; trata-se de uns ciclos de cinema passados no teatro do campo alegre e cada sessão termina com a prestação de um comentador combinado... NT21.</p> <p>☞ O segurança do serviço, discretamente começou também a passear estes corredores de prevenção... NT21.</p> <p>☞ Fico um pouco desconfortada com a demora de todo este processo e com as burocracias telefónicas que empatam e falham. Fico também surpresa por ver que o segurança acompanhou-os apenas porque se voluntariou, pois o procedimento é ir apenas a auxiliar de quem o doente facilmente fugia e/ou agredia. NT21.</p> <p>☞ Conversamos um pouco, coloco a questão à qual ainda ninguém me conseguiu dar resposta “<i>Como funciona verdadeiramente o Pólo II? Qual a interação que existe entre Pólo I e o Pólo</i></p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>II?”, o Doutor explica que por lei um serviço só pode ter uma única unidade de internamento, por isso não pode existir simultaneamente o internamento do Pólo I e II, mas na prática é assim. Na realidade ambos os internamentos estão cheios e sem capacidade de resposta, quando assim é e há necessidade de internar enviam-se os doentes para um hospital apenas de doença mental que há cá na região, onde estes só podem ficar por um máximo de 7 dias. Ao fim deste período, o nosso hospital tem de dar resposta, o Doutor conta que muitas vezes são colocadas camas extras nos corredores para estes doentes ou recorre-se à opção dos “<i>serviços hospedeiros</i>”, quando o doente ocupa uma cama em outro serviço por falta de vaga no seu. Percebo que é de facto uma situação melindrosa, “<i>irá o Pólo II acabar por se tornar verdadeiramente numa unidade residencial como previsto?</i>”, com alguma tristeza o Doutor responde-me que sim, “<i>é a lei.</i>”. NT22.</p> <p>☞ Comenta que vamos ver os doentes, após ter questionado, explica-me que aqui no HD tenta ver os doentes todos os dias, para perceber a sua evolução, como estão; sublinha que o objetivo é mesmo esse. NT25.</p> <p>☞ ... <i>Estás a stressar?</i>”, “<i>Um bocado, não tenho nada para fazer, neh?!</i>”, e o doente sorri e saem ambos para o túnel. Fico a refletir um pouco nisto e volta aquela questão do que emerge mais, o positivo ou o negativo destes espaços livres \ mortos no quotidiano destes doentes em HD. NT26.</p> <p>☞ A Arte terapeuta... é super atenciosa comigo e para a meu lado para me dar uma breve explicação daquilo que se faz aqui. Explica que esta atividade existe tanto para</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>doentes de HD, como doentes externos... NT26.</p> <p>☞ A arte terapeuta vai auxiliando naquilo que é preciso e deixando sugestões. Mas na verdade, hoje concentra-se mais em mim, definimos o nosso horário para esta semana e percebo que além [do Pólo II] vou dividir o meu tempo também pelos museus da cidade; em resposta às minhas questões a arte terapeuta, explica que foi ela que criou e conseguiu estes acordos, explica que num dos museus dinamiza um atelier de cerâmica com os doentes e que no outro participam em workshops variados. Consegue a minha surpresa, quando relata que os doentes vão lá ter sozinhos e de forma independente, fomentando também desta forma a sua autonomia. NT 26.</p> <p>☞ A arte terapeuta explicou que além destes ateliers de artes e das atividades externas ao hospital, participa e desenvolve com os doentes outros projetos artísticos e que faz também arte terapia, psicoterapia individual. Fico bastante intrigada com isto e peço que me fale um pouco sobre .. <i>“é complicado você assistir a estas sessões, são relações muito intimistas, construídas durante anos, é muito mais íntimo do que uma consulta de psiquiatria.”</i>, digo que compreendo e de facto compreendo mesmo... NT26.</p> <p>☞ ... esta doente estava em HD à minha entrada e posteriormente foi institucionalizada numa instituição ... Pelo que me conta não está bem e vai ser internada, internada no Pólo II, pois segundo a sua psiquiatra <i>“é mais clamor.”</i>. A Doente aguarda que os bombeiros a venham buscar e pelo que percebo, aguarda horas e cada vez parece ficar mais nervosa... NT26.</p>		
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			<p>3 ... a Coordenadora da Unidade desabafa que esteve na tarde anterior a consultar os processos dos doentes e ficou desiludida com aquilo que encontrou, processos incompletos, dados mal inseridos, diagnósticos múltiplos, ausência de história clínica e que isto não pode acontecer; como tal, pediu à equipa que fosse rapidamente feita uma revisão dos doentes. NT28.</p> <p>3 Conta que a doente, que no dia anterior voltou a recorrer à urgência por intoxicação medicamentosa, consegue ter acesso a esta medicação, através da médica de família que receita este excesso de medicação. Mostra-se extremamente revoltada com a médica que consciente do internamento da paciente em HD e sabendo que esta é cá medicada, não deveria de forma alguma receitar esta medicação. Vou-me metendo um pouco na conversa e percebo que conseguiu esta informação através do sistema informático e que a médica de família tem o mesmo acesso, não percebendo esta sobredosagem. Discute mesmo a possibilidade de ligar à médica a alertá-la para a perigosidade das suas atitudes e diz mesmo que o vai fazer. NT29.</p> <p>3 Porque estavam todos vivendo aquele momento, concentrados em si e na sua arte. Pareciam formiguinhas obreiras, concentrados no seu trabalho, abstraídos do mundo. Outra coisa que consegui observar foi o sorriso, pela primeira hoje, consegui conhecer o sorriso de todos aqueles que estavam nesta sala, sorrindo para o seu trabalho, para os outros e sorrindo para consigo mesmos. Na verdade, estavam todos concentrados e entregues a si naquele momento, abstraindo-se de tudo aquilo de negativo e</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ciências Biomédicas VS. Ciências Sociais e Humanas; • Trabalho de equipa em rede. • Espírito de equipa
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>conflituoso que os possa noutras alturas preocupar. NT33.</p> <p>⌘ Rapidamente abandonam a sala, parece-me tudo muito mecanizado. NT2.</p>		
		<p>Dinâmicas de interação profissional</p>	<p>⌘ ... volto a ficar com a sensação de que não há aquela vontade genuína de ajudar o doente, mocam do mesmo, gozam com o mesmo, desvalorizam os seus sintomas e queixumes, descrevendo-os quase como crianças que fazem birras e asneiras para chamar a atenção. NT5.</p> <p>⌘ Decidem aumentar a medicação, apesar da Dr.^a A. ser contra pois considera isso e essa medicação “um verdadeiro colete-de-forças”, a Dr.^a M. fica de conversar com a doente a ver se esta aceita essa medicação e mais tarde informa a enfermagem que a doente aceitou. Contudo, fica no ar a ideia de trabalhar o episódio traumático... NT17.</p> <p>⌘ Automaticamente as pessoas começaram a abandonar a sala, procedem que nem um grupo de animais da selva, juntam-se aos seus! Os psiquiatras com os psiquiatras, os psicólogos com os psicólogos e consecutivamente todos se juntam aos seus e em pequenos grupos abandonam a sala em direção ao pequeno bar que ali existe. NT2.</p> <p>⌘ Apesar de leve, denoto uma espécie de hierarquia entre estes profissionais na forma como se tratam e se sentam: Diretora da valência, psiquiatras, internos de psiquiatria, enfermeira chefe e depois quase no mesmo saco: psicólogos, assistentes s. e TO's. Aqui é surpreendente a consideração que é dada às enfermeira, quando esta chegou a Doutora levantou-se e cedeu-lhe o lugar ao lado da Diretora do</p>	<p>⌘ <i>Eu acho que até estamos, a equipa em si ate funciona bem, há comunicação, há um ou outro conflitozinho que as coisas não estão tão bem resolvidas, mas acho que aqui na psiquiatria há alguns elementos defendem muito a sua área, mas eu acho que aqui na psiquiatria não devemos ser assim. Todos temos a nossa posição, não é? Mas eu acho que aqui na psiquiatria não devia haver aquele rotulo “eu sou a enfermeira”, “aquela é a assistente social”, éramos um grupo que tentávamos no fundo ajudar o doente a reabilitar para depois quando tivesse na comunidade junto dos seus e sentisse bem... Entrevista VIII</i></p>	

			<p>serviço. NT3.</p> <p>✂ Enquanto se esperava pelas restantes pessoas houve (como habitual) uma divisão simbólica mas também física de pessoas e conversas. Reparei que o profissional médico senta-se todo junto do lado direito da mesa, de facto, mesmo chegando antes destes, ninguém ocupa os seus lugares. Do outro lado da mesa? Todos os outros. Os líderes do lado direito monopolizam uma conversa em que são atores e público em que falam sobre as vinhetas que precisam de pedir para poderem passar receitas. NT7.</p> <p>✂ Fico a refletir um pouco sobre isto, sobre as relações que estes profissionais mantêm entre si. Percebo que se esforçam para que estas assentam no respeito e na hierarquia, apesar de muitas vezes se tratarem por “tu” uns aos outros, referem-se sempre uns aos outros na terceira pessoa e quando presentes outras pessoas usam sempre os atributos de “<i>senhor\ a doutor\ a</i>”, “<i>senhora enfermeira</i>”, mesmo os próprios médicos referem-se sempre uns aos outros por “<i>Dr.^a \ Dr.^o</i>”, mesmo os mais velhos aos seus estagiários e estes entre si também, percebo que é intencional, que é para reforçar este respeito e este estatuto. NT19.</p> <p>✂ Tomaram a palavra dois psiquiatras e insultaram o trabalho da arte terapeuta, apelidaram-no de inconsciente e irresponsável, no sentido de acreditarem que esta sem conhecer os doentes atribuía trabalhos exigentes e mexia em assuntos delicados. Um destes médicos, mais agressivo, acrescenta mesmo que o fazer deste filme podia provocar surtos psicóticos nos próprios doentes e que a sua construção é arriscada. Falou também das questões do estigma, que acha que estes</p>		
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>trabalhos é uma reprodução do mesmo. No meio de toda esta discussão que já se havia criado, não é dada voz à arte terapeuta nem oportunidade de responder às questões, apenas emerge a voz do Diretor do serviço, que mais consciencioso deste trabalho, bem fundamentado, discorda com as acusações destes outros profissionais e adoça um pouco mais a discussão e o trabalho da arte terapeuta. NT28.</p> <p><i>“... já estava à espera disto, é sempre assim, nunca aceitam bem a arte.”</i> e falamos um pouco sobre ainda haver a dificuldade em aceitar no seio médico tudo aquilo que não o é. NT28.</p>			
		<p>Constrangimentos ao funcionamento do H.D.</p>	<p><i>“... a prioridade é sempre perceber qual a forma mais fácil ou mais rápida de lhes dar alta, pressões hospitalares, listas de espera altas!”</i> NT3.</p> <p><i>“... E faz sentido esta jovem continuar no HD? Desculpem lá ... qual é a vossa opinião? Mas o HD tem regras e isto é mau para os outros pacientes! Fico surpreendida com esta atitude, não seria aqui a prioridade ajudar esta jovem?? Aqui o Doutor habitualmente distante e calado entrevem e surpreende-me imenso. O mesmo, defende que se trata de uma paciente insegura, desconfiada, com incapacidade de pedir ajuda, e que se o HD a tentar afastar vai ela recorrer a quem? Que lhe estamos a ensinar?”</i> NT3.</p> <p><i>“... esta troca de médicos constante não é nada saudável para os doentes.”</i> NT17.</p> <p><i>“De facto as Enf. desculpam-se e explicam que isto é resultado da escassez de recursos humanos, que apenas uma profissional a “vigiar” a toma do pequeno almoço é pouco ...”</i> NT19.</p>	<p><i>“Se calhar a necessidade de um acompanhamento mais individualizado possível. Não há nem recursos humanos nem físicos, o espaço também é limitado.”</i> Entrevista III</p> <p><i>“Eu diria que é os recursos humanos... Pode-se pensar que é muita gente, mas para aquilo que o HD oferece é pouca gente...”</i> Entrevista IV</p> <p><i>“Aqui temos mais esquizofrenia, perturbações da personalidade, mas o hospital de dia tem um limite e há pessoas que acabam por ficar de fora ...”</i> Entrevista V</p> <p><i>“... mas depois há outra coisa que aqui os médicos se queixam muito que os doentes em hospital de dia estão aí sempre em ocupação, que querem falar com os doentes e eles nunca podem. Os médicos inclusive agora até me pediram se havia hipótese de marcar uma hora fixa para eles poderem estar com os doentes ...”</i> Entrevista V</p>	<ul style="list-style-type: none"> Recursos económicos e humanos.

			<p>✂ “... estes tempos mortos, eles andam aqui ao deus de ará.”. NT23.</p> <p>✂ Aguardamos ambos cá fora e ouvimos todas as consultas, os psiquiatras e os doentes, os gabinetes são todos juntos e seguidos, apenas uma parede falsa de madeira os separa. NT25.</p> <p>✂ Aconteceram ainda outras situações que me chocaram, quando necessitei de consultar o meu email fui a um dos computadores e a jovem que estivera lá antes, deixou aberto o processo clínico de um senhor uma outra jovem veio pesquisar ansiolíticos ao Google e apresentar isso à paciente ... a mesma jovem trouxe a paciente para esta sala, sentou-se a meu lado e aplicou um questionário muito conhecido em psiquiatria. Fazia questões como “Quantas vezes lhe passam ideias suicidas pela cabeça?”, “Frequentemente sente necessidade de se isolar?”, “Sente que os causadores dos seus problemas são os outros?”, questões a que a paciente respondia com uma escala de poucas, algumas, muitas vezes. Achei esta situação completamente desadequada! A Senhora merecia no mínimo um espaço fechado, privado e ao contrário disso, estava ali com duas estranhas em lágrimas a responder a estas questões. NT2.</p> <p>✂ Estas falavam alto e pela sua conversa percebi que eram estagiárias de psicologia e estavam a desenvolver algum trabalho relacionado com a obesidade. Entravam e saíam várias vezes da sala e pediam-me que vigiasse os seus pertences ... Percebi que estavam na sala de espera da consulta externa a “caçar” pessoas para responder a um inquérito, as que conseguiam traziam para esta mesma sala. A primeira vez que</p>	<p>✂ ... acho que um bocado mal, podia funcionar melhor. Acho que as vezes podia funcionar melhor. Entrevista IX</p> <p>✂ ... não metem as pessoas. Os doentes andam por aí sentados, ainda esta semana o Doente X. fartou-se de mandar vir, que vem pra ai dormir, que não fazem nada ... e é verdade, ninguém faz nada com eles. Quer dizer, vão pegar neles ao meio dia para a meia hora irem comer? Eu se me internassem aqui, eu ia-me embora, não fazem nada .. claro, claro que fazem falta um pouco de todos, não fazem nada com eles, andam aí ao Deus de ará ... Entrevista IX</p> <p>✂ Ter mais actividades para fazerem porque os próprios terapeutas a gente não os vê parados mas se calhar não dá pra fazerem tudo o que deviam fazer, não sei ... Entrevista IX</p> <p>✂ É isso, ter poucas atividades. Poucas atividades e pouco pessoal. Entrevista IX</p> <p>✂ Temos utentes por exemplo que não conseguiram dinheiro pro passe para vir para cá, apesar de serem isentos do pagamento e portanto temos pena de também nao conseguirmos chegar um bocadinho mais longe... Entrevista III</p> <p>✂ ... acima de tudo acho que a parte humana no serviço está muito descuidada, cada vez mais se fala em números, os números são preponderantes, o numero de consultas, o numero de internamentos e não se falar no bem estar das pessoas. Quando se fala no bem-estar das pessoas, é o bem estar das pessoas de acordo com a politica do serviço, ou seja, não é o bem estar mesmo das pessoas. Entrevista IV</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>voltaram com uma pessoa, levantei-me e insisti em sair, as mesmas insistiram para que ficasse ... Admito que acabei por ficar pois não tinha outro lugar para estar, mas sinto-me desconfortável com isto, as pessoas merecem uma outra privacidade. Assisti ao inquérito que colocaram a uma senhora com 50 anos e 122kilos e a uma jovem que apenas ouvi ter 20 anos e pouco mais, falava muito baixinho mas fisicamente estava bastante magra. NT4.</p> <p>É muito habitual os profissionais refugiarem-se no gabinete de enfermagem com as enfermeiras, porque? NT5.</p> <p>... Saímos os dois do gabinete e deparome com uma situação surpreendente. Encontro o doente Sr. JM sentado numa cadeira e de pé o doente FV a tentar agredi-lo, impedido pela Psiquiatra e pela Enfermeira; imediatamente o Doutor oferece ajuda e estas dizem já não ser necessário, a situação já estava mais calma. (...) Comento, “o que será que aconteceu? depois posso perguntar às enfermeiras que tudo sabem.”, o Doutor indiferente responde-me “Não me interessa, não era um dos meus doentes, não tenho que e meter. Isto é o prato do dia em psiquiatria, já é o normal.”, fico um pouco surpresa com esta sua atitude, mas de certa forma compreendo, o hábito faz o padre... NT25.</p> <p>Entramos de novo no serviço e acompanho-a até ao seu gabinete, mostra-me a mesa onde se senta com os doentes e as folhas de desejo que usa, “não é o gabinete ideal para isto, geralmente estes gabinetes tem também uma banca e outros materiais, mas é o que há.” NT26.</p> <p>Questionei mesmo “e o que se faz agora? Isto não é perigoso para nós?” a</p>	<p><i>Os políticos não se interessam muito por esta área pois é uma área para gasta dinheiro e que não dá lucro, mais uma vez os números!</i> Entrevista IV</p> <p><i>... também já tivemos um projeto engraçado com a casa da música e as pessoas também vieram aqui voluntariamente trabalhar com a música com os nossos doentes, eu penso que nos tempos que correm e que com as limitações económicas que temos se clara temos é que arranjar parcerias, protocolos de colaboração, porque apesar de tudo acho que já temos aqui uma variedade de profissionais ... porque nas condições atuais do país não estou a ver ...</i> Entrevista V</p> <p><i>Cortaram essas coisas todas e as pessoas têm de ir por elas próprias e é um bocadinho difícil devido às dificuldades económicas...</i> Entrevista V</p> <p><i>Mas cada vez é mais difícil, quando vim para aqui éramos seis auxiliares, agora somos três e as vezes só estamos uma para consulta, pro hospital de dia, pra terapia, pros recados e pra dar o almoço ... uma auxiliar e a gente mal fala pra eles, não tenho tempo, não da.</i> Entrevista IX</p> <p><i>Enfermeiras, o que é duas enfermeiras pros doentes que há? Elas mesmo que queiram fazer, se quiserem dar um pouco de atenção elas não conseguem, eu acho o que há muito neste serviço é médicos, psicólogos... agora a nível de auxiliares e enfermagem há muito poucos.</i> Entrevista IX</p> <p><i>Dinamizava mais as coisas, em vez de sermos nós a dar mais formação ... mais psicoeducação, serem eles ... envolvia mais os doentes que neste momento</i></p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>nova enfermeira responde que sim “é por isto que precisamos de sítios amplos e com muito espaço para ser seguro!”, pergunto “Acha este espaço seguro?”, “não!”.</p> <p>NT21.</p> <p>¶ <i>A gente também tem de perceber os nosso limites, neh S.? Não fazemos milagres. A gente precisava de ter uma unidade de crónicos, mas não temos, não há dinheiro .. nós já estamos a fazer o que podemos não estou a ver o problema.”</i></p> <p>NT8.</p> <p>¶ O futuro psiquiatra pretende emigrar juntamente com a sua companheira para a Dinamarca para conseguir emprego na sua área profissional, algo que no seu país já lhe garantiram que não conseguia. Descrevia o que pareceu uma proposta aliciante, iam contractados por uma empresa ... com horário de 40h, residência garantida nos primeiros 6 meses e um curso de dinamarquês à noite. (...). O jovem futuro emigrante explicava que era a única hipótese, de outra forma ficaria desempregado ou a fazer voluntariado no hospital e recusa-se a isso. NT19.</p> <p>¶ (...) defende que seria sim, se [o Pólo II] já funcionasse como uma residência mas que isso ainda não acontece. Toda a equipa se envolve nesta conversa, e apesar de todos reconhecerem a necessidade de resolver rapidamente esta situação, ninguém parece ter a solução ideal. NT15.</p> <p>¶ Desabafa que não compreende como pode o hospital estar em 1º lugar com estas falhas, a Enf, concorda e desabafa que cada vez também tem menos medicação disponível e que isso a começa a preocupar. NT17.</p> <p>¶ ...queixa-se das condições precárias no</p>	<p><i>estejam mais compensados claro e que possam fazer parte de uma situação dessas. Porque ser eu a preparar uma apresentação e não o doente comigo? E porque não só dois? Ou os dois a apresentar? Preparávamos e apresentávamos e envolvia mais os doentes e não os deixava tanto tempo assim por ai, pelo corredor, dai eles irem para po exterior ...</i> Entrevista VIII</p> <p>¶ ... mas eles até tem razão porque não estão ocupados e se não estão ocupados, procuram outros espaços, procuram ocupação. Desocupados vão passear lá para fora para a rua ou ali no parque, não é ... Entrevista VIII</p> <p>¶ ... acho que há uma área que faz parte da equipa multidisciplinar que deveria ser mais dinâmica, que é a terapia ocupacional porque falta aí muita coisa, dai os doentes andarem aí muito perdidos por vezes. Entrevista VIII</p> <p>¶ ... isto da educação para a Saúde fui eu que comecei a fazer desde 2010. Porque? Porque eu via os doentes a dormir deitados, lá fora ou no jardim e que pensava “o que é isto?”, não é? Entrevista VIII</p> <p>¶ <i>Eu acho que é o espaço. Eu acho que é pequeno, eu acho que por exemplo... eu? Se tivesse a frente da Terapia ocupacional era capaz de investir junto do diretor de serviço e montar aqui um ginásio, mas orientado, com professor x dias da semana havia ginásio e iam rodando o grupo de doentes, eu acho que um ginásio aqui no HD fazia muita falta também ...</i> Entrevista VIII</p> <p>¶ ... não me sinto completamente satisfeita porque as condições de trabalho</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>Pólo II, conta que não tem medicação e que apenas dispões de 3 enfermeiras para 23 doentes complicados, agudos, internados. Pelos vistos estas condições são mesmo drásticas, pois as outras enfermeiras ficaram em estado de choque, revoltaram-se e disseram mesmo que é uma situação a colocar imediatamente ao Diretor de serviço. Sempre que ouço estas coisas fico sempre triste e assustada, que crise, que país... Lá se vai o meu desejo utópico de ficar a trabalhar por cá. NT17.</p> <p>☞ Questiono também pela medicação e pelas refeições, quem suporta este custo? Respondem que é o hospital. NT18.</p> <p>☞ A Enfermeira apoia aqui todos os doentes do serviço, tanto do HD como da consulta externa, tanto do Porto como de Valongo e após consultar o programa e fazer uma soma responde-me que tem atualmente 503 doentes inscritos. Desabafa que agora divide a sua semana entre o Pólo I e o Pólo II e que acredita que isso esteja a prejudicar o trabalho que é esperado deste gabinete, pois já não é ela que atende muitos dos doentes cá e que se perde esta relação que este espaço permite criar. Desabafa que espera que este seja uma situação passageira apenas. NT20.</p> <p>☞ Adverte-me que por hoje já posso ir embora, pois não tem horário de tarde, perante a minha surpresa responde-me “pois, eu só tenho horário de 30, 35h”. Fico muito surpresa. NT21.</p> <p>☞ O Doutor compreende a minha inquietude, mas responde que de 12 psiquiatras, apenas restaram 3 para servir mais de 100 mil habitantes e que isso não permite ter consultas mais próximas... NT22.</p>	<p><i>se calhar não são as melhores, no sentido em que não temos tempo para prestar a atenção devida a todos os projetos em que estamos envolvidos ... ou seja, tentamos dar várias respostas e por vezes ... sentimos alguma insatisfação porque não conseguimos dar a melhor resposta ...</i></p> <p>Entrevista VI</p> <p>☞ <i>As instalações, é uma grande fragilidade. Nós gostaríamos de dar um melhor ambiente físico aos nossos doentes, ainda não chegou a nossa vez estamos à espera.</i> Entrevista VI</p> <p>☞ <i>... e da forma que está o país hoje em dia, os recursos são cada vez mais escassez e as necessidades maiores.</i></p> <p>Entrevista VII</p> <p>☞ <i>... mas se calhar precisaríamos de mais espaço, de mais gabinetes.</i> Entrevista VII</p> <p>☞ <i>... mais recursos humanos a nível de enfermagem era importante e se calhar de outras áreas também que seriam bem-vindas e que noutras especialidades do Hospital não seria tão visível esse trabalho e em psiquiatria seria.</i></p> <p>Entrevista VII</p> <p><i>Mais respostas! Mais recursos na comunidade, mais recursos humanos, ao fim ao cabo é alargar um bocadinho mais a nossa rede.</i> Entrevista VII</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>☞ Após o Pólo II se unir ao Pólo I não necessita seguir os doentes que pertençam a um conselho vizinho, é necessário encaminhar estes doentes para que tenham mais espaço para os outros. <i>“Mas isso não é mau para os doentes ? Não serem seguidos sempre pelo mesmo profissional?”</i>, o Doutor faz grandes silêncios antes de me responder às minhas questões e quanto maior a sensibilidade da questão, maior o silêncio, aqui foi um grande. Acaba por comentar que são doentes que tem consultas esporádicas, que não é bom saltitar de profissional em profissional mas que agora tem de ser assim. NT22.</p> <p>☞ O Doutor indica que me sente na mesa, escuto as suas conversas mas não participo nas mesmas. Incrível o quanto independentemente da profissão, estatuto social ou local as conversas rondam sempre o mesmo tema: a crise e as suas consequências. Este grupo queixa-se dos cortes no ordenado que sofreu no mês passado, reparo que todos trouxeram algo para comer (bolachas, pão, bolo) e apenas compraram cá no bar o seu café \ pingo \ galão. A Dr.^a. A. conta que simplificou rápido a sua vida, deixou de comprar roupa nova, arranja o cabelo em casa e já não sai ao fêsemana. O Doutor lamenta <i>“eu apenas gostaria que me pagassem pelas funções que desempenho”</i>. Voltei a falar disso mais ainda não me aumentaram o ordenado.” e ri-se com algum descontentamento. NT22.</p> <p>☞ Volto a comentar <i>“muita coisa se passou num ano na vida desta senhora.”</i>, ao que o Doutor me responde com um ar de alguma impotência <i>“pois, verdade. Os doentes podem sempre tentar reagendar uma consulta para mais cedo ou em caso de crise recorrer à urgência ...”</i> NT22.</p>		
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			<p>⌘ Entretanto chegam umas outras colegas e começamos a falar do euro milhões e todos manifestam o desejo de receberem o prémio e o que fariam com o mesmo. Volto a perceber que as pessoas estão insatisfeitas com a vida que tem e que se queixam constantemente da atual crise económica. NT24.</p> <p><i>⌘ Tenho uma doente de 18 anos que fez uma intoxicação medicamentosa e foi parar à urgência, foi internada e deram-lhe logo alta. Fez outra intoxicação e deram-lhe alta, fez outra, esteve ligada ao ventilador e tudo e voltaram-lhe a dar alta está bonito isto, está.”. NT 30.</i></p> <p><i>⌘ ... duas auxiliares para 13 doentes? Para dar banho, fazer copa e abrir as portas? Era páscoa foi só visitas, uma confusão pegada! O serviço não ficou limpo, é impossível, não fazemos milagres.”... Continua dizendo que o mesmo acontece com as Enfermeiras “somos nós e elas coitadas, também só duas, que atenção podem elas dar aos doentes? Diga-me lá? Não podem claro, tem também de fazer tudo”, “Médicos e psicólogos é que o serviço está cheio, tem algum jeito? Há dois médicos para cada doente, até andam atrás deles e nós, isto é uma vergonha?”, “Toda a gente se queixa. Trabalho aqui há tantos anos e nunca ouvi tanta gente dizer que está descontente com isto. Isto era mudar tudo, lá de cima, até cá em baixo.”, NT34.</i></p> <p>⌘ Da parte da manhã este espaço é muito frequentado e raramente existem cá problemas, da parte da tarde é que ficam apenas 1\2 enfermeiras em cada ala e à noite apenas 3 para todo o internamento e tarefas e unicamente um segurança para TODO o hospital! Resultados dos cortes</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>económicos... NT 38.</p> <p>☞ ...diz que as alterações que considera serem necessárias fazer é em termos de aumentar o número de profissionais. Contudo compara aos números que deveriam existir e diz que o que continua a ser preciso é conseguir atingir estes números, que ainda não foi possível, mas que com o tempo se chega lá. NT 39.</p> <p>☞ ... ainda não possuir a quantidade suficiente de profissionais que o serviço deveria ter. NT 39.</p> <p>☞ Começa por reconhecer que o governo e respetivos governantes não olham para a saúde mental com olhos realistas sim, mas não faz da saúde mental um mártir nem negativamente especial, defende sim que as coisas estão de forma geral complicadas e que nem sempre existem os fundos necessários para a saúde. NT 39.</p> <p>☞... defende que é dos momentos de crise que surgem as melhores ideias e afirma mesmo que as coisas cá no hospital até tem funcionado melhor após a crise, que as coisas vão-se arranjado de forma ponderada. NT 39.</p>		
<p>RETRATOS DO DOENTE MENTAL</p>	<p>☞ Tentar perceber quem é a pessoa doente mental; de que forma a sua doença modifica e condiciona os seus trajetos de vida.</p>	<p>O Sofrimento Da Pessoa Doente Mental</p>	<p>☞ ... conta que o seu filho ouvia vozes e que continua a ouvir, apesar de toda a terapêutica que fez e faz, inclusive os 12 eletrochoques que fez. Relata que tem visitado o filho cá no internamento e que quando lhe pergunta pelas vozes, este baixinho e a medo diz que já não tanto mas que elas ainda falam consigo ... conta que como efeito secundário dos mesmos existem perdas de memória e confusão, que à semelhança do seu filho, os doentes habitualmente ficam desorientados e que não se lembram de coisas básicas como</p>	<p>☞... <i>imaginemos um utente que esteve em casa fechado durante os últimos cinco anos... Entrevista I</i></p> <p>☞ <i>Relatam muito sofrimento, principalmente quando tem consciência do que eram e do que são, quando tem esta consciência do que perderam. Muitos deles sentem que perderam a juventude, os amigos e que perderam capacidades, que perderam tudo. Ah ... e que perderam a capacidade de serem pessoas como as outras, de ter um</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento. • Cidadania. • Estatuto social. • Pertença Social. • Solidão. • Doença. • Doença Mental – manifestações.

			<p>dos sítios ou até mesmo de alguns familiares. NT14.</p> <p>☞ ...O Doente queixa-se de uma inquietude nas pernas, que lhe provoca bastante dificuldade em estar quieto e sentado e que o deixa bastante nervoso. A Doutora explica que a medicação é exatamente para eliminar isso, contudo o doente mostra-se resistente em tomar esta medicação e diz de forma desesperada que não quer e apesar das explicações e insistências da Doutora continua a negar, chegando mesmo a dizer “<i>não quero experimentar, estou farto de sofrer, tenho medo!</i>”, fico perturbada com esta frase e com o sofrimento espelhado no rosto deste senhor com quase 60 anos que procurava conter as lágrimas. NT18.</p> <p>☞ Assisti ao seu deambular pelos corredores e às tentativas dos médicos e enfermeiros de falar consigo e foi uma missão impossível, não estava ninguém dentro daquele corpo. O Doente apenas deambulava, trocava os olhos, parecia perdido e falava sozinho, falava para algo ou alguém que apenas ele ouvia. Apesar das várias tentativas da enfermagem, recusou-se a tomar a medicação e estas são contra uma tentativa forçada. Tornou-se um ambiente um pouco instável, pois devido ao passado mais violento deste senhor, criou-se ali um certo receio. NT21.</p> <p>☞ Sento-me numas cadeiras que existem ali no meio do internamento, não sei para onde devo ir, em frente a mim está um doente esticado numa fila de cadeiras a dormir, dorme e ressona de olhos abertos, nunca tinha visto algo assim. Discretamente pego no meu telemóvel e depressa sou abordada por um outro doente que se senta a meu lado, não sei bem saído de onde. Com grande</p>	<p><i>trabalho, uma família, um casamento, uma casa ...</i> . Entrevista I</p> <p>☞ <i>Já tivemos utentes que se suicidaram. Seja porque se sentiam desamparados, ahh ... seja porque não conseguiam lidar com as críticas, seja porque lhes frustraram as expectativas. Outros por desmotivação completa ...</i> Entrevista I</p> <p>☞ <i>Evitar significa que a gente prevenisse antes de acontecerem, mas quando o doente mental chega a nós já tem todo o percurso de doença por trás, já tem os danos todos feitos. E não há nada que nos faça prever quem é a pessoa que um dia vai ter doença mental.</i> Entrevista IV</p> <p>☞ <i>... por exemplo uma depressão, quem nunca teve contacto com uma pessoa com depressão, quem nunca teve empatia com uma pessoa com depressão, a depressão é uma doença esquisita, não se entende ... como é que uma pessoa que tem tudo ...pode estar triste? Pode não fazer nada e mete-se na cama? Não lhe falta nada !! Tem uma boa família, tem um bom trabalho, porque é que esta triste? Ela que se deixe de coisas e que trabalhe.</i> Entrevista IV</p> <p>☞ <i>... pode levar ao suicídio por exemplo.</i> Entrevista IV</p> <p>☞ <i>... então para as mulheres que tem ainda mais hipótese de ficar mais demênciadas pois vivem mais tempo que os homens...</i> Entrevista V</p> <p>☞ <i>Física, ausência de conforto, falta de dinheiro, viver num mundo extraordinariamente assustador que é o mundo onde ele vive, que o perseguem, que lhe querem fazer mal, deve ser .. não</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma. • Psicofarmacologia. • Doenças Crónicas. • Capacidade de Insight. • Vitimização. • Auto Exclusão. • Exclusão Social.
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>proximidade física pede-me que o deixe ligar ou enviar uma mensagem à sua família, digo que não posso, pois não tenho saldo no telemóvel. Este fica desconfiado e permanece cerca de 10min a fitar-me fixamente com os olhos sem sair da cadeira a meu lado; guardo o telemóvel e para me mostrar desinteressada da sua presença, pego no meu bloquinho e leio notas. Este acaba por perder o interesse e afasta-se. NT24.</p> <p>¶ O jovem após regressado a casa dos pais e na situação de desemprego começou a descompensar, estando agora com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide com alucinações auditivas. NT25.</p> <p>¶ “<i>agora vou estar com uma doente que é anorécticas crónica, é muito muito complicado. Sabe que a maior parte das anorécticas desenvolvem isto desde muito jovens, são questões de vinculação, de falta de vinculação à mãe. A maior parte destas doentes faz mal a si e ao seu corpo mas é tudo uma questão de projeção em si, pois a quem o queriam fazer era à sua mãe</i>”... NT26.</p> <p>¶ ... o caso de uma doente que foi abusada sexualmente pelo pai durante anos e anos, com uma adoração pela mãe também vítima de violência doméstica, a doente inconscientemente conta a arte terapeuta, nunca perdoou a mãe que sabia destes abusos e sempre os permitiu e que só ao fim de anos de terapia conseguiu chegar a este ponto, fazer a doente ver e perceber isso e perceber que o mau trato que dava a si mesmo, era raiva acumulada para com a sua mãe. NT26.</p> <p>¶ Entretanto entra a Doutora. que ouve a conversa e conta que a doente “<i>era uma mulher lindíssima, ela já me trouxe fotos</i></p>	<p><i>é?! A tranquilidade de um fim de tarde à beira mar, pode ser uma coisa que eles não consigam ter quando estão descompensados. Como é que se consegue ter tranquilidade e serenidade quando estamos sempre a ouvir uma voz que nos insulta? Eu acho que ao nível do sofrimento devem ser uma grande ... estes doentes devem preencher uma grande área em grades níveis. Entrevista V</i></p> <p>¶ ... <i>agora quando fala da recuperação do doente mental, ele sentir-se uma pessoa com poder, acho que é muito difícil ... é muito difícil, uma pessoa com esquizofrenia sentir o que eu sinto enquanto profissional, sentir o que sente a Marli enquanto profissional, penso que nós não sabemos muito bem o que ele sente ... não deve ser nada fácil ... penso que eles não sentirão nada disso. Entrevista V</i></p> <p>¶ ... <i>muita gente desempregada que não tem doença mental, mas eu também acredito que há muita gente desempregada que pode ficar doente, pois não ter dinheiro para sobreviver é na verdade muito complicado... Entrevista V</i></p> <p>¶ <i>O que está escrito é que a esquizofrenia acontece mais em pessoas com competências cognitivas menores, mas eu conheço várias pessoas do ponto de vista cognitivo, eram pessoas brilhantes que tem a doença... Entrevista V</i></p> <p>¶ <i>O mal dos doentes e que eles pensam que estão bem e deixam de tomar a medicação mas isso o mal já não é daqui, é da cabeça deles. Só que às vezes eles ficam tão bem, tão bem que pensam que já não precisam tomar a medicação e vão</i></p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>de antes, era linda e tinha um emprego muito bom na área do turismo, ficou assim quando a mãe esquizofrênica ficou doente e teve de ir tomar conta dela.”, “uma mãe doente e um irmão igual, pudera, a rapariga não pode ficar bem ...!”, acrescenta a auxiliar ... NT26.</p> <p>☞ Um doente (licenciado em gestão, conta-me posteriormente a arte terapeuta), acrescenta mesmo “há aí partes que retratam mesmo um surto psicótico, uma pessoa não saber bem onde está, nem onde nem com quem, nem consigo mesmo sabe se está não gostei muito da parte em que o boneco canta que está mal da cabeça, em que abre a cabeça e escorre sangue .. mas está bem, percebo que é humor, humor negro.” e ri. NT 27.</p> <p>☞ “...estou exatamente igual ou pior” e diz sentir “muitos enjoos, ando tão mal disposta que nem consigo comer, estou a cozinhar e só o cheiro enjoa-me.”. NT31.</p> <p>☞ Da porta vejo parte do corredor da ala dos homens, estes deambulam pelo mesmo, um pouco sujos e de pijama a maioria. NT38, PÁG. 2</p> <p>☞ A Enfermeira conta que à cerca de 2 semanas suicidou-se cá um doente, com um cinto na casa de banho, usando os apoios que existem lá para aqueles com mais dificuldades de locomoção, que foi a própria que encontrou o corpo e mostra-se um pouco perturbada com isso. NT 38.</p> <p>☞... a doença mental é algo engraçado, muito interessante”, “existe uma obsessão com a doença mental em cura-la, não. Isso só torna as pessoas mais interessantes. As pessoas normais não têm nada de interessante.”, Perante a minha reação de surpresa explica que “a doença mental às</p>	<p>a baixo. Entrevista IX</p> <p>☞... alguns que quando estão bem bebem, gastam o dinheiro, não querem saber da mulher, até nem querem saber dos filhos e depois ficam na miséria, depois são os sem abrigo, ficam sem nada ... claro, mas quando tinham não quiseram saber de ninguém, claro .. é complicado, é muito complicado isto. Entrevista IX</p> <p>☞... e ela disse que raramente tem cura, o pior é aparecer que depois quase nunca tem cura. E é verdade é muito difícil as coisas de curar ... Entrevista IX</p> <p>☞... porque não tem cura, acho que a doença mental não tem cura. Prontos, se é bipolar não tem cura, esquizofrenia não tem cura, as depressões na minha opinião se tomasse os medicamentos, mas não tem cura, os esgotamentos mais tarde ou mais cedo te uma recaída, não tem. ... pelo que eu entendo a doença mental não tem cura. Pode até andar-se bem, mas desde que eu ando aqui, pode demorara seis, sete, oito anos, mas vê-se sempre a mesma pessoa a voltar. Entrevista IX</p> <p>☞ Nós vemos pelos nossos doentes, muitos não sabem o que tem, diagnostico, sintomas não valorizam... Entrevista IX</p> <p>☞ Há o doente mental grave e o menos grave, digamos assim.. eu acho que tanto um como o outro tem sofrimento, mas o menos doente faz uma abordagem do sofrimento do muito doente, eu acho ... Enfermeira, pág. 18</p> <p>☞... a angustia que eles mostram, vê-se que estão em sofrimento, especialmente o esquizofrênico que tem aqueles delírios, seja de que teor for, é horrível. Ter ali uma voz, por exemplo de comando que diz</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>vezes é a simples diferença da pessoa, esta só deve ser tratada nas questões da violência e quando provoca sofrimento ao doente, aí sim há que intervir.” NT 39.</p> <p>☞ “...não se preocupem que os vossos filhos não vão sofrer, eles não sentem nada.”. NT14.</p> <p>☞ “Acreditam mesmo que com estas doenças é possível levar a cabo uma vida «normal»?”, apesar de uns segundos iniciais de silêncio, respondem que sim. Contam-me o caso de um doente esquizo que vem cá ao serviço tomar o injetável e que tem uma vida perfeitamente estabilizada e que é professor de 2º ciclo. Explicam que esta medicação demora muito tempo a fazer efeito, explicam que por exemplo um anti depressivo demora cerca de três semanas a começar a surtir efeito e que muitas vezes as pessoas por não verem resultados, abandonam rapidamente os mesmos e isto só atrasa a recuperação. O mesmo acontece com a esquizofrenia, especialmente quando os doentes ficam muito tempo sem diagnóstico e sem medicação ou com fraca adesão à terapêutica, permitem que a doença evolua muito e assim é mais difícil recuperar. Contudo, não é impossível, afirmam também que depende muito de pessoa para pessoa. NT19.</p> <p>☞ ... janela do consultório consigo observar um espaço que faz parte do internamento, um corredor exterior (mas vedado e fechado), onde os doentes podem fumar, comento que tem cá doentes muito jovens. O Doutor discorda e consulta mesmo os processos destes no computador, o mais jovem tinha já mais de 30 anos e a média de idades ronda os 50 anos. NT24.</p>	<p>“faz aquilo, faz aqueloutro, vai aqui, vai acolá”, ou então “tu és isto, tu és aquilo...””, aquilo, pronto, pra já não sei, nunca... neste momento, não sei se posso vir a ter qualquer problema, não é?! Mas aquilo que eu vejo dos doentes é sofrimento, uns menos do que outro, não é?! O menos doente eu acho que sofre mais porque tem mais crítica, sabe melhor o que se passa consigo, do que o mais grave, o mais grave esta em sofrimento e muitas vezes nem sequer o diz, somos nos que nos apercebemos. Entrevista VIII</p> <p>☞ Olhe uma dimensão muito subjetivo que tem a ver com um entendimento muito individual com o entendimento da doença e da reação à doença que é uma coisa muito individual imagino e um sofrimento objetivo também que tem a ver com o doente não corresponder às expectativas que a família tem para ele, porque não conseguiu acabar o curso que estava a fazer, porque não consegui agarrar aquele trabalho que estava a fazer mas não consegui agarrá-lo que não teve capacidade para isso ... isso são questões mais objetivas que até tem a ver com a falta de dinheiro que começa a haver em casa, não é?! Entrevista II</p> <p>☞ ... algo mais subjetivo que tem a ver com o próprio, a forma como eu me sinto, eu estou-me a colocar no lugar do outro, não é?! Como é que eu lido com a doença? Como é que eu a vivencio? Depois outras de carácter mais objetivo, mais concreto. Entrevista II</p> <p>☞ Acho que é a maior dificuldade que nós vamos tentando até porque temos bastantes jovens como sabe, que não conseguem trabalhar, por variadíssimas razões não conseguem trabalhar e acho que mesmo para aderir a algum tipo de</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>unidade sócio ocupacional, ou a qualquer centro de atividades ou nem que seja de formação, acho que abaixa motivação deles acaba por bloquear um bocadinho o nosso trabalho. Entrevista VII</i></p> <p><i>⌘ É ser doente crónico, essencialmente! Tal como a hipertensão é algo que nos incapacita e nos dá a necessidade de fazer um tratamento para o resto das nossas vidas. Ahhh ... não é fácil porque, os recursos não são os mesmos que são para a hipertensão, estou a falar da hipertensão, como poderia falar da diabetes. Não são os mesmos, mas, para além de que nos tira algum tipo ... nos piores períodos, tiranos alguma lucidez que nos incapacita de cuidar de nós e das nossas próprias vidas. Mas já foi muito pior do que o que é agora em pleno século XXI. Entrevista VII</i></p> <p><i>⌘ Há um doente mental que vive um grande sofrimento e há um doente mental que não vive um grande sofrimento. [que depende de] ... Apoio, retaguarda, estabilidade quer social quer emocional. Entrevista VII</i></p> <p><i>⌘ Deve ser angustiante ... deve ser angustiante. Estou a lembrar-me do caso da esquizofrenia, deve ser angustiante e quando não há a perceção da doença, não há o insigh, deve ser ainda pior. Porque, eu agora sinto-me muito bem e se tivesse alguém a chegar à minha beira e a obrigar-me a tomar a medicação, quando eu acho que estou bem é quase esta a agir contra mim, está a obrigar-me a tomar um químico que eu não quero. E isso, para além de todos os sintomas da doença, deve ser também frustrante e angustiante. Entrevista VII</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Família; • Apoio Familiar; • Retaguarda familiar; • Hipercriticismo; • Hiperenvolvimento familiar; • Paternalismo; • Vergonha; • Exclusão pela família.
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p style="text-align: center;">O Familiar do Doente Mental</p>	<p>☞ São aquilo que nós habitualmente chamamos de pessoas “normais”, mas noto atentamente em todos eles algo que os igualiza, uma expressão de rosto mais fechada, uma face magoada, cansada e sofrida. Mostram-se pessoas calmas, caladas, com um aspeto cansado de quem já foi muitas vezes vencido pela espada da dor, pelas armas do sofrimento. NT14.</p> <p>☞ Percebo rapidamente de onde vem esta força e esta garra, de anos e anos de luta, de choro, de incompreensão, o sofrimento cria a nossa melhor armadura e a Dona V. parece ter estado anos a forjar a sua. NT14.</p> <p>☞ ... Tem alguma dificuldade em perceber que a esquizofrenia da qual o filho padece é uma doença crónica para a qual não existe cura, mas sim tratamento de manutenção. NT14.</p> <p>☞ ... Entretanto toma a palavra e partilha um pouco da situação que vive com a filha e o sofrimento em que se encontra. Esta senhora mostra estar num sofrimento tremendo, de desespero e de impotência sem ver alguma solução ao fundo do túnel, aqui o pai levanta a cabeça dos braços e exalta-se, gritando mesmo que quer a filha de lá para fora ou morta se for preciso mas que não a quer mais lá. ... agride constantemente os pais que não reconhece como seus, especialmente enquanto estes dormem, daí o sentimento de insegurança que este casal experimenta dentro da sua própria casa. A mãe mostra-se completamente à beira de um esgotamento. NT14.</p> <p>☞ A situação? O pai da jovem tem uma situação complicada num pé e perna, possivelmente gangrena, pelo que percebo foi à urgência com aquela situação e o</p>	<p>☞ <i>... os pais estão mais envelhecidos ainda e precisam mesmo dessa tranquilidade de saber o que vai acontecer aos filhos.</i> Entrevista I</p> <p>☞ <i>Procuram o tratamento, querem respostas mais rápidas, mais eficazes, procuram também alguns apoios económicos e sociais, pois estes dentes geralmente estão desempregados ou reformados e precisam de respostas sociais, pois uma das grandes questões destes familiares é o que vai acontecer aos seus filhos quando eles já cá não estiverem. ...</i> Entrevista III</p> <p>☞ <i>Essencialmente do ponto de vista social.. são as reformas, os subsídios .. geralmente o primeiro contacto baseia-se muito nisso. E depois nesse seguimento, conseguimos fazer a psicoeducação no sentido como está o doente, como a família sente o doente, como a família vê o doente ...</i> Entrevista IV</p> <p>☞ <i>... ainda há muito em certas famílias o sentimento de culpa. Se eu tenho um filho doente mental, que mal terrei feito a deus para ter assim um filho? O sentimento de culpa.</i> Entrevista IV</p> <p>☞ <i>Acho que a família tem um fardo muito pesado ... acho que as famílias destes doentes ... a família, de facto devem sofrer muito, nomeadamente com a situação de que quando esta doença aparece é provável que as pessoas nunca mais recuperem, não é?! E muitas vezes são jovens, portanto eu vejo a família como um meio onde é preciso intervir, não só para ajudar o doente mas também par ajudar a família.</i> Entrevista V</p> <p>☞ <i>Olhe, há uma coisa que preocupa</i></p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>médico falou na necessidade urgente de internar para tratar, pois possivelmente teria mesmo de ser amputada a perna. O senhor também com D.M., não reconhece a gravidade da situação e assinou o termo de responsabilidade de alta e veio-se embora. A filha recorre desesperadamente ao Doutor que em tempos já foi o seu médico psiquiatra, para que tente de alguma forma obrigar o seu pai ao tratamento.... o Doutor com uma calma notável, explica a jovem que nada pode fazer, isto teria de ser feito pelo médico que o atendeu na urgência, que este se achasse que o senhor não estava nas suas capacidades mentais para assinar o consentimento, deveria ter chamado o psiquiatra de serviço para avaliar esta capacidade e que em caso disso internava-se então compulsivamente. ... A Jovem não mostra estar a compreender e insiste numa solução, insiste de forma calma, baixa e com as lágrimas a escorrerem-lhe do rosto, lembra-me o choro calado de um soldado que compreende que já perdeu a luta e apenas luta para respeitar a sua conduta. As suas lágrimas corroem-me, apesar da minha força e coragem que me faz subir qualquer montanha, uma parte de mim acredita no bem, na força que podemos dar às pessoas com um sorriso e apetece-me amparar a sua mão. O Doutor volta a repetir o mesmo discurso, aconselha que esta volte a levar o seu pai à urgência e combine mesmo esta estratégia com o seu médico, para que se de início a este internamento. A Jovem agradece e sai lentamente com as suas lágrimas. O Doutor troca um olhar silencioso comigo e dirige-se, seguido por mim para o seu gabinete. Entramos no seu gabinete e este apenas me diz “Como vê isto às vezes não é fácil, há situações assim.”, encolhe os braços e mostra-se um pouco desconfortável com a situação. NT23.</p>	<p><i>imenso as famílias. O que é que vai acontecer aos filhos quando eles morrerem?</i> Entrevista V</p> <p>3 <i>Depende das famílias ... olhe, algumas anda são mais doentes que eles.</i> Entrevista IX</p> <p>3 <i>... há famílias que também não aceitam...</i> Entrevista IX</p> <p>3 <i>É muito difícil prever isso porque depende sempre da gravidade da doença, quanto mais grave, mais danos ...</i> Entrevista III</p> <p>3 <i>... não sei se do cansaço, da exaustão de ter assim um familiar,. Está-se dependente, é uma pessoa que se tem assim em casa sem qualquer tipo de atividade, não é?! E ... acho que também apesar da família estar cansada não procura os técnicos para poderem ter mais apoio, acho que é “pronto é doente mensal, é assim.”</i> Entrevista VIII</p> <p>3 <i>... conformam-se que tem assim um filho um sobrinho ou seja o que for ... e pronto vai ser assim. Quando lhe podemos oferecer uma coisa um bocadinho diferente essa família vê esse filho, sobrinho de forma diferente.</i> Entrevista VIII</p> <p>3 <i>É fundamental, muito mais importante que o nosso papel é o papel deles que é diário, por isso mesmo eles são um dos nossos alvos, estão cansadíssimos, muitos estão em burn out, já não acreditam, faltalhes essa esperança e portanto é algo que temos de ter extrema atenção e ter intervenções específicas a esta população. Se calhar eu gostaria de ver a família mais implicada neste processo no hospital de dia, temos situações em que a família é</i></p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>¶ Quanto os apoios solicitados pelas famílias? Ri com algum descontentamento talvez, mas depressa afirma que são os subsídios, as reformas, os subsídios de invalidez, pensões e todos esses afins, mas diz até compreender, visto que muitos destes doentes não terem uma atividade profissional ou outra da qual afirmam rendimentos. NT 39.</p> <p>¶ A doente tem 79 anos e ingressou no internamento vinda da urgência, onde recorreu por ter sido agredida pela filha; a urgência entrou em contacto com esta que só não confirmou a agressão, como ameaçou voltar a fazê-lo caso a mãe regressasse a casa; além da agressão, a idosa tem uma série de complicações médicas e sofre de demência. NT 38.</p>	<p><i>chamada uma vez e depois não a vemos mais, outros não, a família vem todos os dias... Entrevista VII</i></p> <p>¶ ... <i>eles querem é ver o familiar melhor e que o relacionamento em casa também melhore, geralmente é uma das razões para o trazerem cá ... e depois o encaminhamento, a família quer ver o doente bem ou melhor, mas depois quer que tenha resposta pós hospital de dia e daí a nossa necessidade e essa nossa preocupação na reintegração porque a família também quer isso. E a preocupação da família com o depois, o futuro, como é que vai ser quando eu morrer e por aí fora, é algo que também nos esta a preocupar e daí também estarmos a unir esforços para desenvolver algo no cariz mais residencial. Entrevista VI</i></p> <p>¶ ... <i>que eles facilmente, muito facilmente ficam cansados e não é preciso muito, basta uma situação de crise e muitas das vezes desconhecimento acerca da doença, atribuem muitas das atitudes para feito e é muito mais difícil nós tolerarmos feito do que doença. No momento em que eles também acabam por ser esclarecidos do que é que é doença, e do que é que é a personalidade dos doentes ajuda-os a aceitar. Se eles sentirem que não estão sozinhos neste barco? Melhor. Melhor para eles e melhor para nós que vamos sempre podendo com eles contar. Se deixarmos chegar ao limite e não lhes ligarmos, acontece que eles vem cá deixá-los e nunca mais os vem buscar, dizem que não só querem levar mais para casa; isso nunca aconteceria se, se sentissem verdadeiramente apoiados, nunca teriam receio de chegar ao limite novamente... Entrevista VII</i></p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>☞ <i>Morre amanhã e ele ficar sozinho. Para não falar do cansaço, para não falar da exaustão, para não falar do banho que ele não toma, das horas que ele não dorme, da medicação que ele não quer tomar,... muitas famílias, essencialmente mães, pais,... eu amanhã vou morrer e ele é filho único ou até tem aquele irmão mas que vive afastado e não tem tanta relação e ele vai ficar sozinho e até tem casa própria, mas não é capaz de gerir a sua reforma, como é que ele vai comer?</i> Entrevista VII</p>	
PROCESSOS DE REINserÇÃO SOCIAL	<p>☞ Perceber quais os mecanismos de reinserção social utilizados para a pessoa doente mental; assim como, analisar os recursos disponíveis para este processo.</p>	Processos de Reinserção Sócio – Profissional	<p>☞ Percebo também que algumas profissionais do serviço são antigas doentes do mesmo. É o caso da senhora que gere o bar da Terapia Ocupacional. Começo a desconfiar que seja o caso de algumas assistentes operacionais, por algumas frases soltas, tenho de averiguar esta situação. É esta uma forma de promoção de bem-estar? Inserção profissional?! NT3.</p> <p>☞ Comentam que o paciente está muito abalado com a situação do desemprego e que agora recentemente começou a fazer pequenos objetos em barro em casa e exibe-me uma pequena mota feita por doente, que ofereceu ao Doutor. Comento tristemente “pois, o desemprego é um gerador de D.M.”, a P. responde-me “pois .. é mesmo um fator de risco.”, mas deixam cair o assunto e mostram-se mais interessados em Praga. NT25.</p> <p>☞ “... isto é para nos manter ocupados. A sociedade está doente dizia alguém, não é? Hoje em dia ninguém é saudável, toda a gente tem algum problema. Olha os jovens agora desempregados, em casa sem fazer nada, também não ficam bem. É importante</p>	<p>☞... procurar que os nossos utentes consigam sair de cá, consigam integrações em termos de estudos, em termos de trabalho mas também estamos a tentar alargar a nossa atuação. Por isso, começamos a prestar serviço de apoio domiciliário, para os nossos utentes também com o objetivo de alargar para o público em geral com estas características, com esta doença. Temos também um projeto de criar residências porque vamos verificando que cada vez mais os pais sentem essa necessidade...Entrevista I</p> <p>☞Temos também uma parceria com o instituto de emprego, um gabinete de inserção profissional que presta apoio à comunidade, mas também especificamente aos nossos utentes, nesta questão da procura de emprego, de orientação vocacional, de integração dos nossos utentes... Entrevista I</p> <p>☞.. nós somos um fórum sócio ocupacional, portanto funcionamos todos os dias das 9h às 5:30h, não funcionamos ao fim de semana nem à noite, os doentes vem mesmo só para atividades neste período. Entrevista I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reinserção social. • Reabilitação. • Integração. • Comunidade • Ergoterapia • Limitações económicas. • Estatuto social. • Inclusão • Cidadania • Responsabilidades sociais • Institucionalização • Comunidade • Formação profissional

			<p><i>haver ocupação e é isto que aqui arranjamos.”... NT 27.</i></p> <p>¶ Questiono a Enf. se o facto de o HD fechar esta 6f, feriado, não será prejudicial para os doentes que vão ter de estar mais tempo que o habitual sem supervisão, a mesma discorda “<i>não, porque eles tem de se habituar, tem de conseguir desenvolver alguma autonomia, o HD não é para sempre.</i>” NT 33.</p> <p>¶ ... o serviço possui três assistentes sociais que se ocupam destas funções, mas que depende sempre daquilo que nós entendemos por reinserção social e fala também um pouco da existência de instituições parceiras que trabalham com o hospital. NT 39.</p>	<p>¶ <i>A reabilitação é feita exatamente pelo trabalho, pelo treino de competências daquela pessoa, que possa entretanto ter perdido, que possa nunca ter adquirido, que precise de melhorar, vamos trabalhar essas questões de forma a atingir os seus objectivos... o que vamos tentando fazer é que eles tenham formação, não só como instrumento de trabalho mas também como enriquecimento pessoal e que se assim o desejarem e as suas condições permitirem, vão tendo algumas experiências mais em regime de estágios profissionais e não de trabalho.</i></p> <p>Entrevista I</p> <p>¶ <i>As principais preocupações é a falta de respostas e também a própria motivação do doente quando não existe, há doentes que vivem e gostam de permanecer isolados. ... Sobretudo mais respostas na comunidade que não existem, para tornar os nossos doentes mais proactivos na comunidade.</i> Entrevista III</p> <p>¶ <i>... ainda continua a haver algum estigma relacionado com a doença mental, além disso o momento em que vivemos também não é a melhor altura para conseguir esta integração...</i> Entrevista III</p> <p>¶ <i>Nós tivemos utentes que já vieram pra cá e depois entretanto conseguimos que eles fossem trabalhar com o nosso apoio, não através da nossa colocação mas com o nosso apoio e tivemos especificamente três, esses três casos em que nós conseguimos apoio do instituto nacional de reabilitação e não os conseguindo integrar fora, ficaram na instituição.</i></p> <p>Entrevista I</p> <p>¶ <i>Neste momento ... a comunidade em si não tem resposta nenhuma, posso-lhe dizer que é zero. Zero! A comunidade não tem</i></p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>resposta para os doentes mentais, ou pessoas com doença mental, que tenham uma idade jovem ... Entrevista IV</i></p> <p><i>☞ Eu gosto muito desta perspetiva da reabilitação ... a filosofia do plano de Saúde mental tem muito a ver com a filosofia da psiquiatria comunitária, mas o problema é que temos muito pouca historia ligada a este trabalho comunitária aqui em Portugal, então aqui no norte parece tudo um bocadinho amator, não temos residências praticamente nenhuma para os doentes, encerraram-se os hospitais psiquiátricos e de facto, pelo que eu sei não apareceram essas presidenciais ... há muitas poucas residências no norte, esta tudo concentrado no sul, dizer que me sinto realizada .. dizer que a psiquiatria comunitária esta a fazer o seu melhor? Eu acho que andamos um bocadinho perdidos.</i></p> <p>Entrevista V</p> <p><i>☞ Ah, curiosamente é não termos de facto um suporte lá fora para aqueles doentes que (...) Fechamos às 16:30h e se temos um problema o doente tem de ter um dito para ficar de noite e ate ao fim do dia porque nós não temos essa solução, é aquilo a que se chama hospitais de noite. Ou uma residência, uma coisa ... mas hospitais de noite se calhar também não era ma ideia termos, é uma grande fragilidade.</i></p> <p>Entrevista V</p> <p><i>☞... a nossa assistente social tenta-se articular com algumas instituições e alguns dos nossos doentes são inseridos em alguns trabalhos, muitos penso que não tem condições para isso mas fazemos isso sim.</i></p> <p>Entrevista V</p>	
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>Ɔ... estamos numa sociedade que se produz é valido, se não produz não é valido. Portanto, como os nossos doentes tem com certeza em termos de produção níveis muito a baixo daqueles que são exigidos e as regalias que as empresas tem por dar empregos protegidos provavelmente não são suficientes e talvez provavelmente o estigma que se tem ... é suficiente o estigma, é insuficiente as benesses que dão às empresas e no mundo atual, no mundo de capitalismo desenfreado acho que as entidades empregadoras não se sentem muito cativadas para dar emprego a estas pessoas... Entrevista V</i></p> <p><i>Ɔ ... nós temos aqui algumas pessoas que estiveram, connosco, doentes mentais graves que estão agora a trabalhar, de facto não são muitos, não ... mas temos. Entrevista V</i></p> <p><i>Ɔ É uma das coisas que faz muita muita muita falta. E daí as assistentes sociais se verem tão aflitas. Mesmo a pagar ... Cada vez há pessoas com mais problemas, cada vez a familia está mais cansada, cada vez há mais esquizofrenias e cada vez vê-se pessoas mais jovens doentes, os pais começam a ficar com uma certa idade cansados, velinhos, já não aguentam, eles tem de ir para instituições. Entrevista IX</i></p> <p><i>Ɔ...se não, eles também metem-se em casa e não saem de lá. Assim enquanto vão e vem ainda fazem qualquer coisinha, eu nunca la fui é por aquilo que eles dizem, mas aquilo até lhes faz bem. Entrevista IX</i></p> <p><i>Ɔ Naqueles casos em que o doente se encontra numa situação mais marginal? Doentes de rua, que não possuam essa</i></p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>documentação ... <i>Faz-se na mesma o processo, normalmente o que nós pedimos sempre é que para cada utente exista sempre um responsável, normalmente é um familiar que se torna associado da nossa instituição, quando são pessoas sem laços familiares, costumam vir de instituições e nessa altura geralmente é um técnico que fica como figura de referência.</i></p> <p>Entrevista I</p> <p><i>ℑ... é o facto de eles terem uma lacuna a nível de tempo; temos doentes que já trabalharam e estão há cerca de três \ quatro anos sem trabalhar e isso é que é entrave para ingressarem no mercado de trabalho .. é quando são questionados do porque de estarem esses anos parados e é aí, aí sim vamos sentindo, não por serem doentes mentais mas porque entretanto se desatualizaram.</i></p> <p>Entrevista I</p> <p><i>ℑ Não porque vemos doentes crónicos é um ciclo, passam o HD, reabilitam um bocadinho ... Depois também tem a ver com o cuidador com o apoio que dão a esse doente. Respostas na comunidade? Não, elas são muito poucas e estão quase todas lotadas. Acho que faz muita falta, que é o que há muito lá fora, nunca fui ver nenhuma ... são as tais residências protegidas ...</i> Entrevista VIII</p> <p><i>ℑ ... aquele doente crónico, a comunidade não dà resposta, os pais ou o cuidador vai envelhecendo ... o que vai acontecer estas pessoas? Que tem uma doença mas que são gente, são pessoas como nós. O que vai ser destas pessoas quando os cuidadores já cá não estiverem? ... mas vemos que</i></p>	
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>muitos doentes são nossos conhecidos, isto é: internamento, hospital de dia, comunitária ... Internamento, hospital de dia, comunitária, ... se isto acontece há aqui falhas. Se não há respostas a solução não esta a vista.</i></p> <p>Entrevista VIII</p> <p><i>☞ ... por exemplo, achamos que é um doente com potencial de recuperação para ir trabalhar, para ingressar no mercado de trabalho, então vamos trabalhando com ele aqui já algumas atividades pré laborais, algumas competências a esse nível ... ah, se é um doente que por exemplo terá que ir viver sozinho já vamos fazendo algum treino prévio cá ... essa reinserção é feita pela equipa e culminada pela nossa assistente social que faz os contactos, faz as pontes e acompanha o doente nalgumas visitas.</i></p> <p>Entrevista VII</p> <p><i>☞ ... necessário haver instituições de âmbito comunitário que dessem a continuidade a este trabalho muito no contexto hospitalar e portanto foi nesse sentido que a associação se criou, pelo que sei.</i></p> <p>Entrevista II</p> <p><i>☞ Nós temos diversas estruturas... temos unidades de vida protegidas, temos o fórum sócio ocupacional, temos empresas de inserção. Para cada um destes contextos específicos, digamos que há especificidades de acolhimento ...</i></p> <p>Entrevista II</p> <p><i>☞ A nossa associação não tem fins lucrativos e há semelhança da generalidade das associações deste país, nós estamos também a passar por dificuldades económicas e portanto não</i></p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>podemos dar-nos ao luxo de ter utentes a custo zero ...</i> Entrevista II</p> <p><i>✂ ... unidades de vida protegida temos 21 residentes, neste momento, dentro dos quais apenas 5 são mulheres, o resto é tudo homens. Em relação às empresas de inserção, eu não posso dizer neste momento com grande precisão, mas temos cerca de que? 7 na restauração total e uns 12 na empresa de limpeza, nós funcionários, funcionários temos 4 na restauração e 4 na limpeza, são mesmo funcionários nossos e depois temos formandos, vai havendo alguma oscilação consoante os formandos vão entrando ou saindo, não é?! ... nas Unidades de vida não temos vagas!</i> Entrevista II</p> <p><i>✂ É da incumbência deles fazer as próprias refeições, organizar a casa no geral, como nós fazemos na nossa casa, eles tem de fazer na deles, tratar das roupas e etc. E pra isso também existe uma escala de tarefas que eles entretanto executam; à vez, um fica responsável por lavara roupa, o outro por estender a roupa, o outro .. bem, fazer as camas eles tem de as fazer individualmente, cada um faz a sua, portanto cozinhar, eles próprios elaboram as ementas, na semana anterior eles dizem o que querem comer na semana seguinte, confeccionam as comidas.</i> Entrevista II</p> <p><i>✂ Porque as nossas Unidades de Vida são protegidas e tal como o nome indica requerem uma vigilância permanente, um acompanhamento permanente. Parece que estou a por a tônica só na vigilância mas não é só isso, quer dizer, os auxiliares estão lá também para os auxiliar a executar as tarefas no sentido de os tornar autónomos pois também é isso que se perspetiva.</i> Entrevista II</p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>... e fazer com que os nossos utentes vivam de forma o mais autónoma possível é de facto muito importante pra nós e essa autonomia passa muito pela relação deles com o trabalho, portanto, nós sabemos que o fator trabalho é um fator de inclusão social e à inexistência dele é fator de exclusão social, pobreza e exclusão social o que é mais grave. Entrevista II</i></p> <p><i>... tomáramos nós que houvessem muito mais empresas que pudessem acolher os nossos doentes. Portanto, a inclusão pelo trabalho, acho que é uma preocupação pra nós determinante. Entrevista II</i></p> <p><i>... Agora, o que nós sentimos de facto é que existe uma grande resistência em acolher utentes nossos nas empresas que não tem este cariz de proteção, percebe? Entrevista II</i></p> <p><i>... é assim, a nossa realidade é muito dura, não é?! Nós temos 1 milhão de desempregados e os nossos empregadores tem muito por onde escolher e não dão com certeza absoluta preferência aos nossos utentes com patologia psiquiátrica, essa é que é a dura realidade, não vamos estar cá a florear a realidade... Entrevista II</i></p> <p><i>... quando estão assim nesta fase de formação, os tais 2 anos e meio, durante esse período estão muito bem, corre tudo muito bem, por vezes até se apaziguam-se algumas animosidades em termos de ambiente familiar, mas depois o que é facto é que acaba os 2 anos e meio de contracto e as coisas começam a descambar, os doentes começam a ficar descompensados, as famílias começam ah, enfim a queixar-se, enfim ... portanto, não é fácil. Entrevista II</i></p>	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>⌘ <i>A nível de integração sócio profissional vão havendo instituições, não são muitas, mas vão havendo algumas instituições que vão dando apoio... Entrevista VII</i></p> <p>⌘ <i>Exatamente... se vir o volume em Lisboa e o volume no porto é uma diferença abismal, estamos mal servidos, estamos. ... Entrevista VII</i></p> <p>⌘ <i>E o facto de termos este contacto próximo com as famílias, com as comunidades que o internamento de agudos não tem e que também não faz sentido ter porque são funções diferentes, ajuda muito. Porque esta coisa de, desta acessibilidade quer da comunidade, quer das instituições, quer dos vizinhos, nos poderem contactar antes que o doente avançar gravemente numa situação de crise ajuda, porque se calhar até se faz um ajuste de medicação, ele vem à consulta do médico mais cedo e evita o internamento, isto faz parte da reabilitação também. Entrevista VII</i></p> <p>⌘ <i>Não, mesmo os cuidados continuados da saúde mental, durante um período de tempo o doente está integrado, tal como a rede de cuidados continuados, onde a reabilitação é física até o doente estar preparado para voltar a estar sozinho, nós fazíamos uma coisa do género ... poderia ser para descanso do cuidador, ou para a preparação do doente para viver sozinho ou voltar à família, avançava com isso que ainda está no papel. Depois, as residências são muito importantes, porque nós temos casos de doença mental que tem na base casos sociais, casos de precariedade e se já é tão difícil para nós vivermos com baixos recursos económicos se somos saudáveis a nível mental, fica ainda mais complicado sobreviver a uma</i></p>	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>situação económica grave se tivermos alguma incapacidade seja ela física ou mental. ... As residências, todas elas, quer de apoio moderado, quer as de apoio máximo que também é importante naquelas situações de crise, mais graves, evitava-se os internamentos aqui nos agudos e conseguíamos dar alguma supervisão às situações. Entrevista VII</i></p> <p><i>☞ Porque essencialmente a nossa cultura do povo português é muito solidário e nós temos pessoas, nós temos vizinhos sem qualquer laço familiar, sem qualquer obrigação a dar apoio a muita gente. Muitas das vezes com mais apoio que a própria família possa dar. E nós somos um povo muito solitário, somos um povo que vivemos muito a dor do outro, por isso é que eu não acredito nisso. Entrevista VII</i></p>	
		<p>Papel da Família no processo de Reinserção Social.</p>	<p><i>☞...discute-se que a melhor solução seria colocar esta jovem numa unidade residencial, onde esta podia tornar autónoma dos pais; contudo, o Pólo II que surge com este propósito ainda não está funcional; atualmente é apenas mais um espaço de internamento fechado e a jovem recusa-se a isso e do ponto de vista clínico não há razões para a intimar a tal. NT8.</i></p> <p><i>☞ A Dona V. partilha que o seu maior medo é o futuro, um dia que não esteja cá ou que já não consiga cuidar do seu filho ... Esta discussão alarga-se ao grande grupo, quase todos partilham deste receio, um dia que faleçam quem tomará conta dos seus filhos? “com quem ficaram?”, uma das senhoras presentes fala que existem assim algumas instituições e até diz conhecer uma próxima, contudo como as técnicas acrescentam estas instituições são poucas e muito caras, dificilmente acessíveis a maior parte daqueles que</i></p>	<p><i>☞E portanto juntaram-se e criaram esta associação como forma de integrarem os filhos, de os manter ocupados, de procurar uma... no início era mais como ocupação, mas depois foi evoluindo como preocupação de integração socioprofissional na comunidade. (...) Exatamente. Foi essa necessidade de ter onde colocar os filhos num projeto de reabilitação e não haver. Entrevista I</i></p> <p><i>☞.. eu acho que há famílias à beira da rutura mas que mesmo assim se empenham no bem-estar do doente e outras que abandonam. O papel é muitíssimo importante, porque são os principais cuidadores e tem um papel muito ativo no percurso do doente. Entrevista III</i></p> <p><i>☞Ah .. a família é o primeiro suporte do doente mental, havendo uma família que realmente contribua para o desenvolvimento das capacidades do</i></p>	

			<p>necessitam delas. NT14.</p> <p>✂ Questiono “qual é o objetivo com os débeis? O que fazem eles aqui?”, o Doutor de forma muito simples responde-me “esperamos que a família os venha buscar.”, encolho os braços. NT24.</p> <p>✂ ... esta “importância dada a família” não lhe faz sentido, visto que a família na maior parte dos casos até é o pior dos problemas. a família tem um papel importante junto do sujeito em suporte afetivo e social, claro. Mas que muitas das vezes esta ainda vem complicar mais a situação, ora não aceitando a doença do indivíduo, ora intensificando-a com contextos familiares desestruturantes; acaba mesmo por concluir que as famílias podem ser a melhor e o pior da vida do doente. O que me lembra algumas frases que os terapeutas familiares costumam usar muito como “<i>todos os problemas começam, na família</i>”... NT 39.</p>	<p><i>doente, estamos no bom caminho e para nós fica muito mais facilitada a nossa intervenção. Agora famílias disfuncionais as coisas complicam-se ou a não existência de família, estamos mesmo num beco sem saída. Entrevista IV</i></p> <p>✂ <i>Coitadinhos deles. Coitadinhos deles, Aqueles que não tem ninguém coitadinho deles, a gente bem os vê aqui ... quem esta numa instituição e não tem ninguém, coitadinho dele ... eu corta-me o coração. Tivemos aqui um mocinho que a mãe o abandonou, veio-o aqui trazer e nunca mais o veio buscar, nem vinha vê-lo nem nada ... Assistente Operacional, pág. 10</i></p> <p>✂ <i>Informar as famílias sobre o conhecimento da doença daquela pessoa, pois muitas vezes não é entendida ... Entrevista IV</i></p> <p>✂ <i>Se não tiver um bom suporte social ou familiar, sai daqui e a situação vai-se manter se não houver vigilância ... já fizeste a medicação? Olha que tens de tomar ao almoço ... não havendo isso? Vai voltar à mesma coisa, não é?! Entrevista VIII</i></p> <p>✂ <i>Depois a família também tem que trabalhar neste processo, há doentes que não têm famílias sequer, não tem apoio social nenhum, portanto logo aí o processo encrava ... e depois se calhar a nossa vocação enquanto serviço, hospital de dia, unidade de psiquiatria comunitária ... antigamente não era quase nada virado para aí, progressivamente tem-se virado para essa reinserção, por isso a própria equipa está-se a ajustar a esse nível, para colmatar essa falha que antes só a assistente social trabalhava nisto, agora é um trabalho de equipa ... agora com os</i></p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p><i>terapeutas de referencia, existem pessoas que podem trabalhar essa questão mais de perto, eu penso que os resultados se vão começar a ver também mais a partir de agora, que nós temos terapeutas de referencia à relativamente pouco tempo ... Entrevista VI</i></p> <p><i>☞ ... um grupo de familiares, alguns utentes e amigos da associação, que depois se tornaram amigos da associação ... que entretanto se juntaram e ma convicção de que realmente era necessário dar continuidade ao trabalho que era desenvolvido em contexto hospitalar ... Entrevista II</i></p> <p><i>☞ ... apoiar as famílias nesse sentido, fazer com que as famílias se sintam seguras, pois tem uma equipa técnica junto dos filhos, que faz com que eles evoluam, com a qual essas famílias também podem falar, tem contacto permanente, etc. Entrevista II.</i></p> <p><i>☞ Porque são eles o suporte. Muitas das vezes são eles que ajudam na toma da medicação, são eles que vão mantendo a estabilidade, são eles que vão mantendo as regras, são eles que vão supervisionando a alimentação, o sono dos doentes ... Entrevista VII</i></p> <p><i>☞ Se a família agir em sintonia conosco tem meio trabalho feito da reabilitação. Entrevista VII</i></p> <p><i>☞ Enquanto acompanhar e incentivar, basta de manhã acorda-lo e dizer «tens de ir», se o doente não tiver essa motivação e a família ajudar já é bom. Muitas das vezes custa-lhes sair da cama e depois chegam às atividades e a coisa até corre bem, a família basta dar estes rituais todos os dias e as coisas até acabam por correr bem. Entrevista VII</i></p>	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

☞ Dei por mim a sentir-me mal por tanta espionagem, senti-me uma espécie de agente infiltrada, mas rapidamente deixei a fantasia e percebi que se calhar estou a ser cada vez mais investigadora e cada vez menos observadora passiva. Então seja... e nesse caso, a investigação continuou, discreta. Olhando para o meu caderninho, mas com os ouvidos bem atentos, ouvia as conversas das pessoas que por ali passavam ou que paravam mesmo junto a mim, ignorando a minha presença ou lidando com a mesma com muita naturalidade (...) **NT1.**

☞ O Diretor começa a falar da investigação, da importância da mesma, da dificuldade de investigar nesta realidade (...) **NT1.**

☞ Senti-me desconfortável no seio desta reunião, a sala completa por cerca de 35 profissionais parecia-me que cada vez mais pequena, estes colegas não conseguiam evitar o olhar que constantemente descaia em mim, naturalmente! Eu era o elemento estranho que ainda por cima chegava atrasada e dava nas vistas (...) **NT2.**

☞ Vivencio uma sensação terrível, a de estranheza, de ausência de grupo de pertença e fico constrangedoramente no meio do corredor a desejar um buraco onde me esconda. **NT2.**

☞ ... sentia-me tão desconfortável, ali separada, sem identidade. **NT2.**

☞ Mais uma situação constrangedora a deambular pelos corredores. **NT2.**

☞ A coragem desta abriu portas a uma verdadeira torre de babel, falávamos todos a mesma língua, mas parecia que não. Todos os presentes colocavam questões, discutiam entre si as respostas, atacavam-me e contrapunham... foi completamente terrível! Aqui senti-me atacada e percebi que me tinha de defender, justificando as minhas opções, esclarecendo os meus métodos. Aqui o meu coração deixou de bater a mil, restitui a calma e fui dando resposta a tudo e creio que fui minimamente bem sucedida. Mas para estes foi e continuou a ser insuficiente. **NT3.**

☞ *“Não sei como vai fazer isso!”*, *“Isso vai ser difícil, mas você é que sabe.”*, *“Desta forma não vejo como isso vai ser possível, mas é a sua escolha.”* ...**NT3.**

☞ Respondo que tem sido muito complicado à equipa perceber o meu papel aqui no meio, mas que até compreendo esta estranheza, ao que ela prontamente me responde *“é, eles são um bocadinho difíceis!”*. **NT8.**

☞ Abandono a sala vou buscar as minhas bolachinhas e desco para

☞ (...) *Desculpe, mas por favor pode-me indicar onde fica o serviço de psiquiatria?* ... Automaticamente após esta questão, a expressão do segurança muda completamente e de olhos arregalados, quase com um ar de sacudido, após os segundos de um olhar fixo e de silêncio, responde *“Mas pra quê ? Para consulta ? Para si?”*. Senti-me automaticamente ofendida com esta questão!! Só me lembro de pensar, *“olha a tela do estigma, completamente pintada!”*. Lembra-me de pensar que apetecia-me *“pegar”* neste senhor, convidá-lo para a mesa do bar e ter logo ali uma conversa com ele (...) **NT1.**

☞ (...) ainda questiono outro segurança pelas coordenadas para o serviço de psiquiatria. Este segurança, de aspeto mais jovem tenta não espelhar facilmente a sua reação, mas percebo no seu rosto um olhar *“de cima a baixo”* (...) **NT 1.**

☞ Fiquei assustada com algumas frases que ouvira. Chocou-me (não tenho outra palavra) algumas situações de sátira que estes faziam aos doentes, ouvi discursos como *“este, este está mas é louco! Dou-lhe mas é Hadol pra ele apagar (risos)”* ... *“Olha, ele diz que a mãe está-se sempre a magoar e acredita que a mulher até partiu o próprio braço? Nem tenho paciência, são mesmo loucos...”* *“Estive agora com o Senhor J. do internamento, disseram que ele estava melhor mas continua um farrapo, o que é que se faz com aquilo? Eu não vou lá mais o homem é muito estranho...”* **NT2.**

☞ Esta compreende e volta a dizer que ficou muito alegre por me ter visto e por eu não ter tido problemas em cumprimentá-la e falar com ela ali, volta a elogiar-me, dizendo que sou um *“arco-íris no meio do serviço, sempre bem-disposta, vestida com cores alegres e sempre de sorriso pronto. Sabe que no meio de tanto mau estar e cinzento é tão valioso esse seu sorriso.”*. **NT 7.**

☞ Hoje de manhã entrei na camioneta que leva ao Hospital e encontrei lá uma outra paciente do serviço, fiquei admiradíssima, nunca a tinha visto ali; saudei-a e esta respondeu timidamente e muito discreta, como se não desejasse ser reconhecida por mim. A surpresa da D. C. por eu a cumprimentar no Shopping e a timidez desta jovem na camioneta fazem-me pensar nas questões do estigma**NT7.**

☞ Hoje, dia 13 de Fevereiro, quarta-feira ... levantei cedo como habitual ... também como habitual, partilho a camioneta com a utente habitual, mas desta vez só a vejo quando saímos da camioneta e esta não cruza o olhar com o meu, por isso não a cumprimento. **NT8.**

☞ ... os familiares automaticamente vão formando opiniões, depressa percebo que é um grupo que já se conhece e que está

☞ *Tem a ver com acharem que estes são doentes agressivos com alterações de comportamento e as pessoas defendem-se, afastando-se. (...) Isso tem muito a ver com a nossa história, com os hospitais que foram construídos e separavam estes doentes da comunidade..* **Entrevista III**

☞ *... eu penso que muitos ainda vão imaginando o utente incapaz, violento, alienado da realidade que deve ser fechado em qualquer sítio para tratamento ... Depende, se a pessoa disser “tenho uma depressãozinha”, são bem recebidos, mas se disserem que tem assim uma esquizofrenia, isso já assusta mais um bocadinho!* **Entrevista I**

☞ *Ahh ... para a construção deste estigma muito ajudou se calhar a comunicação e o que vai sendo passado às pessoas do que é o doente mental, quando nós ouvimos falar do doente... Entrevista mental nunca é por boas razões. É o doente mental que comete crimes, os filmes que retratam manicómios antigos em que as pessoas estavam lá fechadas, se babavam e pouco mais, por isso acho que tudo isso ajudou a construir essa imagem e ainda hoje acho que estamos muito longe do processo de desconstrução.* **Ints. I, Pág. 17**

☞ *Mas nós vemos isso entre aspas a nível social, nos nossos contactos sociais, aquela pessoa que foi ao psiquiatra tem logo um estigma e esse estigma antes de ser social é familiar. Nota-se por exemplo numa família que tem pais erodentes, que alguém vai ao psiquiatra que há uma disfunção qualquer, um sarilho qualquer, a pessoa que vai ao psiquiatra é logo rotulado pela família ...* **Psiquiatra, pág. 9**

☞ *A sociedade matem a atitude de defesa, o que vem aí ... quando se diz que o indivíduo foi ao psiquiatra ou tem uma doença mental, é preciso ter cuidado.* **Psiquiatra, pág. 9**

☞ *Fecha os olhos!*

XI. Anexos

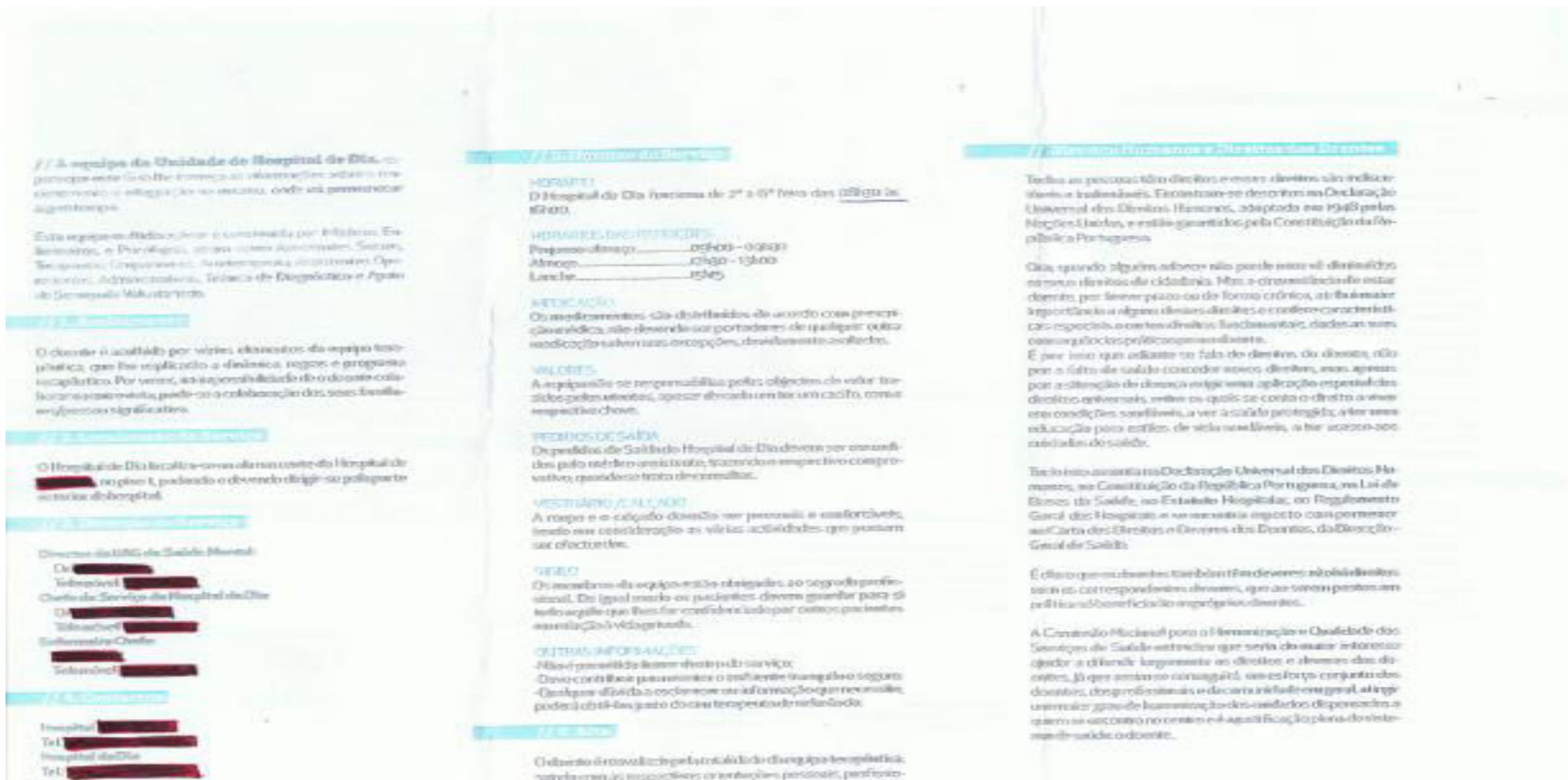
Anexo I – Folheto de atividades em regime ambulatorio da unidade de psiquiatria comunitária:

Horário de Atividades – Atividades de Reabilitação em Ambulatório					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Cinedrama 10.30H – 11.30H TO/Psicologia	Grupo Psicoeducativo Famílias 11.00H – 12.00H Equipa (1×mês) Atelier 10.00H – 12.00H TO/Voluntariado		Relaxamento 09.00H-10.00H TO Jardinagem 10.20H – 11.30H 1ª Semana do mês TO/Voluntariado	Grupo Psicoeducativo 11.00H – 12.00H Equipa Grupo de Teatro ■■■■■ 11.00H – 12.00H TO
Tarde	Atelier de Artes 14.00H – 15.00H Arteterapia Relaxamento 16.30H – 17.30H TO	Estimulação Cognitiva 15.30H – 16.30H TO	Rádio 15.00H – 16.30H Equipa Sessão de Movimento 16.30H – 17.30H TO	Informática 15.00H – 16.00H TO	

Anexo II – Horário de atividades do hospital de dia:

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	
9.30	Convívio no Bar da T.O.					
10.00	Culinária (Terapia Ocupacional)	Atelier Trabalhos Manuais (Serviço Voluntariado e Terapia Ocupacional)	Aula de Informática (Terapia Ocupacional)	Culinária (Terapia Ocupacional)	Dinâmica de Grupo (Terapia Ocupacional)	Sessão de Relaxamento (Terapia Ocupacional)
	Reunião Semanal (Terapia Ocupacional)					Culinária (Terapia Ocupacional)
11.00	Atividades livres	Sessão de Relaxamento (Terapia Ocupacional)	Atividades livres	Sessão de Movimento (Terapia Ocupacional)	Ler com... (Psicologia)	
12.30	Almoço					
13.30	Convívio no Bar da T.O.					
14.00	Atelier de Artes (Arteterapia) 13.45h	Sessão de Movimento (Terapia Ocupacional)	Estimulação Cognitiva (Terapia Ocupacional)	Atividade de Grupo (Psicologia)	Jogos Sócio- recreativos (Terapia Ocupacional)	
15.15	Lanche					

Anexo III - Guia de acolhimento do hospital de dia:



// Direitos dos Doentes

1. O doente tem direito a ser tratado em respeito pela dignidade humana.
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
3. O doente tem direito a receber as cuidados apropriados, no seu estado de saúde, no âmbito das condições económicas, culturais, de mobilidade, etc. territoriais.
4. O doente tem direito à informação e à consulta constantes.
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e custos de cuidados.
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
7. O doente tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.
8. O doente tem direito a dar ou retirar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação científica.
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e assuntos identificativos que lhe são dados.
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados, no seu processo clínico.
11. O doente tem direito à privacidade e ao respeito do seu espaço académico.
12. O doente tem direito, por si ou por quem o representa, a apresentar queixas e reclamações.

// Deveres dos Doentes

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde.
2. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, dando as informações necessárias.
3. O doente tem o dever de seguir e cumprir os tratamentos.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde.
5. O doente tem o dever de respeitar os regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar bem os serviços de saúde e de evitar gastos desnecessários.