



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

NECESSIDADES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE TRABALHANDO
COM O DOENTE MENTAL

LUÍSA ISABEL HENRIQUES GOUVEIA

Orientador de Dissertação:

PROF. DR. SANDRA PAULA DA SILVA SANTOS DE OLIVEIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DR. SANDRA PAULA DA SILVA SANTOS DE OLIVEIRA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Prof. Dr. Sandra Paula da Silva Santos de Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos: À minha orientadora de dissertação Prof. Dra. Sandra Paula da Silva Santos de Oliveira, cujo apoio, dedicação, disponibilidade, acessibilidade, simpatia e reflexões foram factores essenciais para atingir os objectivos propostos. Às instituições e seus representantes que possibilitaram a existência deste trabalho de investigação. Ao Luís Miguel por todo o amor, carinho e compreensão, que muito me incentiva e apoia, a essência da magia que é a razão da minha energia, persistência e luta. À minha família, por todo apoio, carinho e amor, especialmente à minha mãe, por suportar pacientemente uma filha distante da vida familiar durante cinco anos.

RESUMO: O presente estudo procura investigar as necessidades dos profissionais de saúde mental ao lidar com a doença mental grave, tendo por objectivo compreender e descrever as percepções pessoais das dificuldades que possam sentir na sua prática profissional, tendo em conta o contexto do trabalho e da população que atendem. Este estudo é de carácter exploratório, descritivo e qualitativo, constituído por 11 profissionais da área da saúde mental: 3 psicólogos, 2 psiquiatras, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2 animadores sócio-educativos/culturais, com idades entre os 29 e 62 anos. O instrumento utilizado é uma entrevista semi-estruturada, constituída pela recolha de dados sóciodemográficos e por questões de natureza fechada, semi-aberta e aberta. Os resultados obtidos sugerem que as maiores necessidades no trabalho com o doente mental grave são atinentes à formação, à supervisão, aos recursos físicos, materiais e emocionais e à melhoria de condições profissionais. Os técnicos de saúde mental consideram que a satisfação destas necessidades tem implicações directas sobre a sua actuação profissional, melhorando a eficácia da sua intervenção e motivando-os no seu desempenho. Denotou-se representações sociais sobre a dificuldade em lidar com os doentes mentais graves e manifestações de ansiedade ou desgaste físico e psicológico face a esta população específica. Constatou-se igualmente que não existem grandes diferenças entre os grupos profissionais quanto às necessidades manifestas.

Palavras-chave: Doença Mental Grave, Necessidades, Profissional de Saúde Mental, Saúde Mental.

ABSTRACT: This study investigates the needs of mental health professionals in dealing with serious mental illness, with the aim to understand and describe personal perceptions of the difficulties that they can feel in their professional practice, taking into account the context of work and the population attended. This study is exploratory, descriptive and qualitative, consisting of 11 professionals in mental health: 3 psychologists, 2 psychiatrists, 2 nurses, 2 social workers, 2 social-educational/cultural animators, aged 29 to 62 years. The instrument used is a semi-structured interview, consisting on a collection of sociodemographic data and closed, semi-open and open questions. The results suggest that the greatest necessities in working with serious mental illness are inherent in the training, supervision, physical, material and emotional resources, and with the improved employment conditions. The mental health professionals believe that these needs have a direct bearing on their professional performance, improving the effectiveness of their intervention and motivating them in their actions. There has been social representations about the difficulty in dealing with the seriously mentally ill and manifestations of anxiety or a physical and psychological wearing when facing this specific population. It was also found that there are no big differences among professional groups regarding the perceived needs.

Keywords: Severe Mental Illness, Needs, Mental Health Professional, Mental Health.

ÍNDICE

Parte I

Introdução	1
Estado da Arte / Revisão de Literatura	3
Breve Revisão da História da Loucura	3
Representações Sociais	8
Representação Social da Doença Mental	8
Atitudes	12
Atitudes dos Profissionais de Saúde Mental Face à Doença Mental	13

Parte II

Secção Empírica	22
Fundamentação do Problema	22
Formulação do objectivo de estudo	23
Método	24
Participantes	24
Instrumentos	25
Procedimentos na recolha e análise de dados	26
Análise dos resultados	28
Discussão dos resultados	42
Conclusões	53
Referências Bibliográficas	57
Anexos	60
Anexo I – Guião da Entrevista	60
Anexo II – Carta de Pedido de Autorização para recolha de dados	62
Anexo III – Carta de Consentimento Livre e Esclarecido para recolha de dados	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características Sócio-Demográficas.....	28
Quadro 2 – Variação por idade.....	29
Quadro 3 – Variação por anos de actividade profissional.....	29
Quadro 4 – Informações sobre o percurso profissional dos sujeitos.....	30
Quadro 5 – Variação por anos de trabalho com doentes mentais graves.....	31
Quadro 6 – Variação anos de trabalho no local actual de trabalho.....	31
Quadro 7 – Síntese das categorias de análise.....	31

INTRODUÇÃO

A doença mental sempre envolveu ao longo da sua história, representações sociais e atitudes comuns a um vasto leque de grupos dentro da sociedade. A loucura foi vista como algo demoníaco e sobrenatural, sendo apenas “*curada*” pela feitiçaria (Foucault, 1968; cit. por Vietta, 2001). Actualmente, esta visão ainda faz parte do imaginário colectivo, influenciando grandemente as representações de loucura entre o público leigo. Hoje procura-se compreender a doença mental na sua totalidade, não atribuindo apenas uma causa à mesma. Segundo Morant (2006), “*o doente mental deve ser visto como um ser social, cujo estado de saúde mental não pode ser avaliado de forma isolada, sendo antes avaliado, tendo em conta o mundo social, normas inerentes, expectativas de comportamento e estilo de vida*”. Mas a doença mental continua a ser representada como sendo algo temível, permanente no indivíduo que a vive, e como potencial fonte de violência, sendo vivenciada como despersonalizante pelo Eu (Foster, 2001). Os estudos realizados até o momento demonstram o peso da herança associada ao termo “*loucura*” (Belleli, 1987; De Rosa, 1987; Jodelet, 1991; Zani, 1995; cit. por Foster, 2001), sendo esta herança associada a visões estereotipadas e preconceituosas sobre a doença mental, por parte do público em geral, por profissionais de saúde mental e pelos meios de comunicação social. Apesar do crescente movimento de inserção dos doentes mentais na comunidade, abrindo portas ao contacto directo da população com os mesmos, Morant (1998, cit. por Vietta, 2001) afirma que ainda prevalecem crenças generalizadas que o doente mental é um perigo para si e para o outro próximo.

Os profissionais de saúde são elementos importantes para a desconstrução de noções de senso comum, bem como para certas representações sociais ainda presentes no público leigo, para que se criem práticas que beneficiem o doente e a sua família (Morant, 2006). Logo é importante conhecer as representações sociais do próprio profissional, estas muitas vezes expressas através das suas atitudes face à doença mental. A atitude do técnico é particularmente determinante, visto que a mesma tem um impacto significativo nas experiências, vivências e evolução do sujeito (Oliveira, 2005), podendo as mesmas atitudes “*influenciar o próprio estilo e qualidade de interacção e intervenção durante o tratamento do sujeito doente mental*” (idem, ibidem).

Alguns estudos vêm demonstrar a estreita ligação entre as atitudes e interação e intervenção junto do doente. Por exemplo, alguns estudos mostram que as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente podem contribuir para a ineficácia do tratamento psiquiátrico (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Tendo em conta os resultados de alguns estudos, relativamente a atitudes e ao efeito que a experiência do lidar com o doente mental tem no Eu do profissional, é demonstrado que em muitas situações o ambiente não é o ideal para o auxílio do doente. Por isso, concomitante ao estudo das atitudes e representações sociais dos profissionais de saúde mental, consideramos de extrema pertinência conhecer as reais necessidades do técnico, ao lidar com a doença mental aguda.

Assim sendo, no trabalho que ora se apresenta, procuramos reflectir sobre as necessidades manifestadas pelos profissionais de saúde mental ao lidar com a doença mental crónica grave. Pretendemos conhecer as necessidades apontadas pelos diversos técnicos, através da compreensão e descrição das percepções pessoais, do que é importante ou das dificuldades com que estes se deparam no contacto directo e no lidar com o portador de doença mental crónica. Estas dificuldades configurarão potenciais implicações no estilo interventivo do profissional.

Na primeira parte do estudo é revista bibliograficamente a história da loucura, com os conceitos de representação social e atitude. Pretendemos conhecer as visões que o homem teve ao longo da história sobre a loucura, de forma a registar os seus medos, atitudes e representações sociais da mesma. Quanto aos conceitos de representações sociais e atitudes procuramos compreender os seus significados e origens, como também abordar os estudos teóricos e os resultados mais relevantes encontrados na literatura. Na segunda parte da dissertação é formulado o problema e os objectivos de estudo. São também apresentados os pressupostos metodológicos que sustentam o trabalho, como a descrição da amostra, os instrumentos utilizados e a clarificação dos procedimentos adoptados. Depois segue-se a exposição de resultados que foram então codificados e analisados de acordo com as referências teóricas, o que possibilitou a discussão dos resultados e a formulação de algumas considerações finais, terminando-se assim este trabalho.

Breve Revisão da História da Loucura

Nos primórdios da história da loucura, na Antiga Grécia, a loucura era vista como algo demoníaco e sobrenatural, sendo apenas “*curada*” pela feitiçaria (Foucault, 1968; cit. por Vietta, 2001). Os “*loucos*” eram possuídos por espíritos malignos, sendo vulneráveis à cólera dos deuses (Oliveira, 2002). Neste período “*o louco*” não tinha controlo sobre os seus pensamentos e sentimentos, sendo algo que o transcendia (idem, ibidem). Na época foram vários os estudiosos que reflectiram sobre esta temática. Para Platão, a perturbação mental é a manifestação da ignorância e da discórdia humana através do domínio das funções impulsivas do homem (idem, ibidem). Mas por outro lado, Hipócrates, o chamado “*pai da medicina*”, perspectivou a doença mental de maneira contrária à até então vigente. Esta teria causas naturais, resultando do desequilíbrio dos fluidos corporais, denominados por humores (sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma). O equilíbrio destes era sinónimo de um bom funcionamento da personalidade, enquanto o seu desequilíbrio, ou seja, o excesso de algum dos humores ditava um mau funcionamento da personalidade (idem, ibidem). Logo o tratamento consistia no restabelecimento do equilíbrio de humores, através de drogas e regimes específicos, e na explicitação e clarificação dos factos do seu adoecer ao doente (idem, ibidem). Na civilização Romana o louco era visto como incompetente e incapaz de gerir a sua vida nos seus mais variados aspectos, sendo assim legalmente condicionado nas suas liberdades individuais. Neste momento histórico destacou-se Galeno que desenvolveu a farmacopeia. Mas outros estudiosos contribuíram para as inovações ao nível dos métodos de tratamento, que incluíam dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e formas diversas de actividades de grupo (Santos, 2001, cit. por Oliveira, 2002).

Na Idade Média as concepções místicas e demonológicas acerca da loucura prevaleciam. O doente mental continuava a ser considerado como uma encarnação do mal, alvo de superstição e feitiçaria (Oliveira, 2002). Hoje, esta visão ainda faz parte do imaginário colectivo, influenciando grandemente as representações de loucura entre o público leigo. Os loucos eram segregados da população em geral, da mesma forma que os leprosos.

Após o desaparecimento da lepra, os doentes mentais passaram a ser encarcerados e confinados nos antigos leprosários. Estes estavam “*longe da vista, longe do coração*” da população, resguardando a mesma da possibilidade de contágio.

No Renascimento a loucura continua ligada a representações mágico-religiosas, longe das perspectivas de natureza científica e médica (idem, ibidem). Surge o medo da loucura, substituindo o medo da morte ou do vazio da existência. A loucura é sentida como algo interior, que invade o ser humano e lhe demonstra que o mundo está perto do “*juízo final*” (idem, ibidem).

Até ao século XVII a doença mental continua impregnada de conotações místicas, sendo alvo do repúdio total pela sociedade. Mas a partir deste século inicia-se a perseguição dos desadaptados sociais, mendigos e ociosos, com internamentos em grandes estabelecimentos hospitalares, e a aplicação de castigos e punições corporais. Assim eram controlados os indesejáveis aos olhos da sociedade. São criados grandes estabelecimentos como Salpêtrière (hospício de mulheres em Paris) e Bicêtre (hospício de homens) (idem, ibidem). Dentro destes espaços convivem uma multiplicidade de pessoas (homens e mulheres de qualquer idade e estatuto social) estando doentes ou não, sendo curáveis ou incuráveis, válidos ou inválidos. Todas estas pessoas estavam sujeitas à mesma batuta. A vida dos sujeitos era decidida e julgada pelos sadios (Foucault, 1997, cit. por Oliveira, 2002). Excepcionalmente surgiam “*locais de cura*”, que recorriam a práticas curativas como os banhos, as sangrias, as purgações e vesicatórios. Apesar do seu “*título*”, na realidade, estas instituições funcionavam mais como um sistema prisional do que curativo. O encarceramento surgia como resposta a um crescente medo na sociedade em ser contaminada pela loucura. Pouco a pouco, a figura do “*médico*” foi sendo introduzida nestes meandros, já que se mostrava como o único capaz de conter a loucura naquele espaço, impedindo-a de se propagar nas cidades. É desta forma que o estatuto médico para a loucura foi conquistado: pelo medo de propagação e não pelo desenvolvimento do conhecimento (Oliveira, 2002). O medo motivou a posterior reforma dos manicômios ocorridos na segunda metade do século XVIII.

Pela primeira vez estas instituições são encaradas como meios curativos. Com o aumento da confiança na terapia, o recuo da premissa de incurabilidade, nasce a psiquiatria moderna (idem, ibidem). É dada importância à observação e experimentação, conceitos característicos da ciência, deixando de lado as crenças do senso comum, habitualmente ligadas à religião.

No conhecido “*século das luzes*”, a loucura passa a ser vista à luz da medicina, sendo finalmente considerada como uma doença mental, abrindo o caminho à confirmação da psiquiatria como ciência médica. Alguns profissionais e estudiosos da área começaram a divulgar os benefícios da institucionalização do doente mental, através da publicação de estudos, normas e fundamentos necessários para digerir um manicómio terapêutico.

Começaram a surgir novas técnicas de assistência aos enfermos, como a cura pelo isolamento defendida por William Battie, que consistia no isolamento do doente em relação ao seu mundo familiar, recebendo os cuidados dos enfermeiros do manicómio (idem, ibidem). Neste momento surge Philippe Pinel, psiquiatra parisiense, um dos nomes maiores da história da psiquiatria. Foi responsável em 1773 pela libertação dos “*loucos acorrentados*” em Bicêtre. Mas o seu maior marco foi a elaboração e publicação em 1801 da obra “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*”, considerada como o primeiro manual e texto formal da psiquiatria moderna. Pinel defendia que a instituição era o local ideal para a prática de uma terapia psicológica curativa, baseada no uso da experiência, na relação entre médico e doente e no preenchimento do tempo dos doentes com trabalhos e actividades diversas (idem, ibidem). Neste período observa-se um movimento de institucionalização, em que o doente mental passa a ficar confinando num lugar fechado, onde deixa de incomodar a sociedade, deixando de ser um factor de perigosidade para a mesma. Os conceitos utilizados no tratamento das doenças orgânicas passaram a ser utilizados relativamente às perturbações emocionais e comportamentais (Berlinguer, 1976; Jervis, 1977; cit. por Vietta, 2001).

Após este período de bonança da história da loucura, as condições começaram a se deteriorar nas instituições, que se tornam novamente em armazéns de “*insanos e doentes crónicos*” (Oliveira, 2002). A sobrelotação, a falta de meios financeiros e de pessoal especializado contribuíram para a ineficácia da reforma veiculada por Pinel. Igualmente muitas famílias começaram a enviar os seus familiares perturbados para as instituições, como forma de não perturbar a estabilidade emocional na família, poupando-os de viver esta enfermidade e demitindo-os destas responsabilidades. Foi registado um aumento das taxas de doença mental, relacionados com problemáticas do século XIX, como a neurosífilis - a psicose induzida por consumo excessivo de álcool e o substancial aumento de casos de esquizofrenia (Shorter, 2001, cit. por Oliveira, 2002). A própria psiquiatria era mal vista no seio dos profissionais de medicina por se revelar ineficaz.

Toda esta situação se deveu à tentativa de fundamentação científica da psiquiatria nas ciências biológicas. Da psiquiatria biológica surge a teoria que a doença mental era herdada, piorando com o passar de gerações (Shorter, 2001, cit. por Oliveira, 2002). Destaca-se nesta corrente o médico psiquiatra Grieninger que contribuiu com a ideia que a doença mental era uma doença do cérebro ou dos “*nervos*” (Shorter, 2001, cit. por Oliveira 2002).

Mas é com Kraepelin e a constituição das entidades nosográficas, que a “*loucura*” adquire o seu valor científico. Este psiquiatra mostrou que era o curso da doença mental que dava as melhores indicações para conhecer a natureza da patologia e estratégias de investigação e respectivo tratamento. Passou-se a dar importância à compreensão dos problemas dos doentes no contexto da sua história de vida e começa-se a falar em prognóstico, sendo então possível a previsão da evolução da doença. As entidades nosográficas (publicadas em 1893 num manual) consistiam na distinção dicotómica entre sujeitos sãos e não sãos. Em mais pormenor, foi feita a distinção entre neuróticos e psicóticos; entre psicoses endógenas (hereditárias) e psicoses não endógenas e dentro das psicoses as psicoses maníaco-depressivas e as demências precoces, dando particular relevância a estas últimas (Silva, 1981, cit. por Oliveira, 2002). Bleuler, conhecedor de Kraepelin propôs em 1908 o termo “*esquizofrenia*”, para substituir as demências precoces, porque já tinham observado que os doentes que sofriam desta doença não tinham necessariamente sintomas precoces e não se tornavam dementes com a evolução da doença (Shorter, 2001, cit. por Oliveira 2002).

No início do século XX surgem reacções contra as teorias de Kraepelin. Os críticos achavam que estas não ajudavam na compreensão da doença mental, contribuindo para uma visão limitada em que os factores biológicos seriam os únicos determinantes da patologia mental (Pereira, 1993, cit. por Oliveira, 2002).

Nos finais do século XIX dá-se o desenvolvimento da psicanálise, onde a doença mental é então considerada como resultante de traumas infantis e da acção de processos inconscientes, contribuindo assim para a posterior compreensão da doença mental na interacção com o doente, o seu meio social e o grupo familiar. Outras ideias são desenvolvidas por Freud, como a ideia de continuidade entre o normal e o patológico. A partir desse momento os psiquiatras conquistam um espaço de identidade fora das grandes instituições, com a criação de consultórios e o monopólio das terapias da mente (Oliveira, 2002). O sucesso da Psicanálise deve-se a conceitos e teorias inovadoras, como a importância dada à relação médico-doente,

utilizada como técnica de intervenção e a aplicação das teorias ao serviço do diagnóstico e tratamento da doença psicótica.

A partir dos anos 70 surge uma nova vaga da psiquiatria biológica. Os teóricos demonstram que a origem da psicopatologia (exemplo: esquizofrenia) é neural e química, através de recursos científicos próprios, como os estudos genéticos da esquizofrenia e doenças maníaco-depressivas, das terapias químicas e medicamentosas e do desenvolvimento das neurociências (idem, ibidem).

Actualmente, os profissionais da psicopatologia acreditam que a melhor maneira de lidar com estes casos específicos é a acção combinada da psicoterapia e do uso da medicação (Oliveira, 2005).

Representações Sociais

As representações sociais são o que habitualmente chamamos de “*senso comum*”. São um conjunto de crenças, práticas sociais e conhecimentos partilhados socialmente, ou seja, são conjuntos de compreensões e maneiras de organizar a informação sobre a realidade que existem, quer no sujeito, quer na sociedade (Morant, 2006). Esta realidade é socialmente partilhada e desenvolvida através da comunicação interpessoal.

Segundo Moscovici (2003) as representações sociais são uma forma de conhecimento que equivale ao senso comum dos grupos sociais. Estas constroem uma estrutura que dá significado aquilo que é novo, diferente e inquietante. Isto é, as representações sociais têm por objectivo tornar familiar, aquilo que nos é desconhecido e não familiar (idem, ibidem). Desta forma “*aproxima-se*” cognitivamente dos actores sociais, aquilo que lhes é estranho. Assim as representações sociais são compreensões, perspectivas partilhadas socialmente que visam reduzir a natureza ambígua e vaga de conceitos estranhos permitindo a ocorrência da comunicação interpessoal sobre esse conceito (Moscovici, 2003; Morant, 2006). Estas estruturam a forma como e o que pensamos. Elas são passíveis de mudança, exibindo uma dimensão dinâmica, ou seja, podem ser associadas a ideias e imagens estáticas mas alteráveis e evolutivas ao longo do tempo e dos contextos.

Concluindo, a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo próprio, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 2001).

A Representação Social da Doença Mental

A representação social de doença mental é um caso particular dentro do universo das representações. E porquê? Porque associado ao termo “*loucura*” surge habitualmente fortes sentimentos de estranheza e distância. Ou seja, a doença mental e os doentes mentais são comumente vistos como diferentes e estranhos e geradores de sentimentos de estranheza, medo, distância, desidentificação do eu, acompanhado de uma grande variedade de significados, forte ambivalência e insegurança. A loucura parece assim, constituir um desafio para a teoria das representações sociais.

Foram vários os estudos que se debruçaram sobre as representações sociais da loucura. Jodelet (1989) registou na comunidade onde os doentes mentais estavam inseridos, discriminação e crenças sobre a transmissão da doença mental através de secreções corporais, ou seja, do contacto directo (Vietta & Kodato, 2001; Morant, 2006). Esta crença tem origem na teoria dos humores corporais que remonta à idade clássica. O doente neste estudo era visto como ameaçador, sendo o próprio o responsável pelo distanciamento entre ele e os habitantes da vila. Era “*o outro*”, separado e segregado da restante comunidade. Outros autores, como Belleli (1987), De Rosa (1987) e Zani (1995), encontraram representações de doença mental associadas a sentimentos de perigo, estranheza e desidentificação (*otherness*) (Morant, 2006). No estudo de Morant (1998), os doentes mentais são considerados perigosos para eles próprios e para os outros (Vietta & Kodato, 2001). No estudo de Wagner (1999) a loucura é vista como negativa, ameaçadora, sendo um estado que exige tratamento especializado. A doença mental era concebida com base em noções psiquiátricas e em conhecimentos tradicionais sobre as causas da doença mental. Consideravam que a falta de ajustamento ao meio familiar e à sociedade eram as principais origens da loucura. O mesmo autor registou que o enfermo é percebido como uma pessoa imprevisível e associado à violência e ao perigo (idem, ibidem).

Outros investigadores estudaram as representações sociais em públicos mais específicos, como o caso dos técnicos de saúde mental. Serino (1957) observou representações sociais implícitas nos psicólogos clínicos e psiquiatras menos diferenciadas do Eu, relativamente aos enfermeiros psiquiátricos (cit. por Morant, 2006). Schroder e Ehrlich (1968) e encontrou níveis elevados de rejeição social em enfermeiros psiquiátricos relativamente aos doentes mentais (idem, ibidem). Outro investigador (Zani, 1995 cit. por Morant, 2006) encontrou diferenças significativas entre os grupos profissionais, que incluíam os psiquiatras, psicólogos enfermeiros e também os estudantes. Os psicólogos representavam os “*loucos*” como cooperantes, angustiados e isolados. Por sua vez os psiquiatras e os enfermeiros psiquiátricos caracterizaram-nos como agitados, delirantes, psicóticos e tendo alucinações. Compreende-se então que os técnicos dentro do campo da psicologia têm informações e experiências diferentes com os doentes mentais, enquanto os restantes profissionais mantêm representações sociais comuns à população em geral. Mas encontraram-se outros pormenores como a questão do tipo de tratamentos a utilizar. O autor observou que os estudantes consideravam que a formação de relações com os outros e aceitação na sociedade eram os objectivos principais.

Os profissionais de saúde salientaram a redução de sintomas e a adaptação social. Em mais detalhe, os estudantes de psicologia e os psicólogos diferiram dos outros, particularmente dos estudantes de medicina e psiquiatras, indicando que os primeiros viam a doença mental e o tratamento num contexto psicossocial. Outros grupos usaram mais o modelo médico, focado nos factores biológicos e no tratamento medicamentoso. Assim, em ambos, as características definidoras dos doentes mentais, as perspectivas de tratamento, o nível de informação e o tipo de background educacional podem ser identificados como influenciadores das representações da doença mental e dos doentes mentais (Zani, 1995 cit. por Morant, 2006). Mais recentemente Morant (1998) encontrou nos profissionais de saúde mental franceses e ingleses a incerteza e a multiplicidade como características principais da loucura. Para estes profissionais de saúde, o sentimento de diferença ou “*otherness*”, que foi semelhantemente identificado nas representações dos leigos acerca dos doentes mentais, foi reflectido nas suas descrições dos doentes mentais, como sendo qualitativamente diferentes da comunidade em geral. Esta representação é caracterizada pelo paradigma médico, expresso por designações psiquiátricas e explicada por meio do modelo funcional, privilegiando a adaptação ao meio. A autora notou também, que os profissionais fazem distinção entre os tipos de doença mental (neurose e psicose). Ou seja, os profissionais percebem uma maior distância entre a psicose e a sua esfera psicossocial, o que caracteriza uma maior diferenciação do Eu (*otherness*). Relativamente à neurose, é vista como “*um exagero da experiência normal*”, isto é, menos distante e diferenciada do seu Eu (*sameness*). A autora chegou também à conclusão que, embora existam características fundamentais nas representações sociais dos profissionais, o grau de contacto, experiência e treino destes, pode influenciar a expressão de outras representações. Esta ideia é suportada pelas respostas dos entrevistados relativamente ao termo “*distress*” (angústia) nas suas definições de doença mental. Morant (1998) notou que os conceitos de medo, depressão, isolamento e perda de controlo estão relacionados à angústia, sendo utilizados para determinar a saúde ou doença mental. Viu também que o estigma e preconceito são incluídos como parte da angústia. A confirmar iguais conclusões, Foster (2001) encontrou diferenciação entre as representações de diversos tipos de doença mental. Estas distinções caracterizam-se por questões como: se a doença requer ou não tratamento; a quantidade de tempo em que os sintomas são observados; o período de duração da doença e o dano potencial que a doença pode trazer para a sociedade e para o próprio doente.

Ou seja, as perturbações que são percebidas como menos graves, mais suaves não inspiram sentimentos de desidentificação do Eu, tão fortes como no caso da psicose (esquizofrenia e autismo).

Resumindo os achados, vemos que a doença mental é representada no universo dos profissionais de saúde como ambígua e complexa (Vietta & Kodato, 2001). As representações sociais de doença mental são caracterizadas pela diversidade e multiplicidade de perspectivas. A doença mental é habitualmente associada a sentimentos de alienação, medo, perda de controlo e depressão. Mas não há um consenso geral sobre a própria noção de doença. Mesmo no meio profissional, os conhecimentos científicos articulam-se com o senso comum, proporcionando representações várias (idem, ibidem). Os próprios profissionais expressaram dificuldades ao falar neste fenómeno dentro de uma linguagem científica. Apesar da tentativa de chegar a um consenso sobre esta temática, apercebemo-nos de representações fortemente influenciadas por estereótipos e preconceitos. Mas o doente mental deve ser avaliado no seu todo, tendo em conta a sociedade em que vive, as normas sociais, expectativas de comportamento e estilo de vida (Morant, 2006). Os estudos também revelam que os profissionais de saúde mental vêem a doença mental dividida em neurose e psicose, influenciando directamente as expectativas relativamente ao tratamento e eficácia do seu trabalho. A neurose é considerada como temporária, um exagero da normalidade, sendo mais compreensível e fácil de lidar. A psicose é percebida como permanente, incurável e incompreensível (idem, ibidem). Ou seja, nos casos mais graves os profissionais acham que o seu trabalho consiste apenas em ajudar as pessoas a viver, gerir e aceitar os seus problemas de saúde mental (idem, ibidem). Os estudos também mostraram que os profissionais de saúde desenvolvem as suas representações sociais de doença mental através do contacto e experiência directa com os doentes.

Nesta sequência compreendemos que é necessário conhecer a forma como as pessoas compreendem e conceptualizam este fenómeno, isto é, interessa-nos aqui de que maneira os profissionais os profissionais de saúde vêem a doença mental e os doentes mentais, por serem estes que trabalham directamente com esta população, tendo uma grande influência na eficácia de tratamento e nas próprias imagens que a sociedade e comunidade de técnicos têm sobre a doença mental.

Atitudes

Atitude é um termo que está associado a vários significados, quer no meio científico, quer no nosso quotidiano, tornando a sua definição uma tarefa difícil e complexa, já que não há uma definição consensual, sobretudo entre os estudiosos.

O termo atitude foi relacionado com comportamentos sociais de um indivíduo em confronto com determinadas situações. Na verificação de uma série de comportamentos de um indivíduo, de características semelhantes, estaremos diante de “*atitudes*” deste indivíduo. Pelo que as atitudes são fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais, que permitem situar a nossa posição face a outros num determinado momento no tempo (Lima, 2000)

O significado do conceito de atitude é em sentido lato um comportamento em que todas as reacções no homem podem ser abrangidas por este conceito. Em sentido estrito, a atitude é o pré-anúncio de um comportamento, um construto hipotético, a expressão duma tendência ou inclinação para agir antes mesmo do comportamento. O conceito tem origem latina (*aptitudinem*) e deriva de dois termos: *actus* (acto ou acção) que são características manifestas da atitude e *aptitudo* (aptidão) que é uma característica intrínseca do sujeito. Ou seja, existem dois significados para este termo (Oliveira, 2005). Outros significados são encontrados na literatura.

Ao longo da história verifica-se que o interesse pelas atitudes inicia-se desde muito cedo com os trabalhos de Pavlov e de Watson. Mas em 1935, Gordon Allport define atitude como “*estado mental e nervoso de disposição adquirido através da experiência, que exerce uma influência directiva ou dinâmica sobre as respostas do indivíduo a toda a classe de objectos e situações com os quais se relaciona*” (Lima, 2000). O autor refere-se nesta conceptualização aos estados emocionais dos sujeitos (estado mental) e a toda a dinâmica corporal activada pela função neurofisiológica (estado nervoso). Outro autor (Loubet del Bayle, 1978, ref. por Paixão, cit. por Oliveira, 2005) define atitude como uma “*predisposição relativamente estável que leva o sujeito a assumir determinado comportamento em relação a este ou aquele fenómeno, a este ou aquele problema e, em consequência disso exprimir uma determinada opinião*”, reportando-se a uma realidade mental e relacional, possível de ser inferida pelo estudo e análise de opiniões (Oliveira, 2005).

Segundo Rodrigues (1986), a literatura divide a atitude em três dimensões: afectiva, cognitiva e comportamental. A primeira diz respeito às emoções que a pessoa apresenta em relação ao objecto da sua atitude. Já a componente cognitiva contém os pensamentos, as informações e as crenças que uma pessoa tem a respeito do objecto da sua atitude. Por fim a parte comportamental prende-se ao que a pessoa faz em relação a este objecto. Em conclusão, as atitudes têm uma forte ligação com os comportamentos e são inferidas, ou seja, são do campo da acção e não são directamente observáveis.

Atitudes dos Profissionais de Saúde Mental Face à Doença Mental.

A atitude do técnico é determinante, visto que a mesma tem um impacto significativo nas experiências, vivências e evolução do sujeito, podendo “*influenciar o próprio estilo e qualidade de interacção e intervenção durante o tratamento do sujeito doente mental*” (Oliveira, 2005). Alguns estudos vêm demonstrar a estreita ligação entre as atitudes, interacção e intervenção junto do doente. Por exemplo, alguns estudos mostram que as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente podem contribuir para a ineficácia do tratamento psiquiátrico (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Quando se fala de atitudes negativas, podemos nos referir aos comportamentos de discriminação (distância social, preconceitos), entre outros. Determinadas atitudes do profissional podem contribuir para a perpetuação do estigma e para a criação de obstáculos para os doentes na procura de ajuda. É comum achar que não se irá encontrar estigma nos profissionais da saúde mental, visto que se espera o auxílio deles à população que sofre de doença mental. Mas a história e a revisão de literatura demonstram que até os profissionais com melhor treino e experiência na área da saúde mental, podem partilhar estereótipos sobre a doença mental com o público em geral (Corrigan, 2002, cit. por Overton, 2008). Segundo alguns estudos (Jorm et al., 1999, Lauber et al., 2004,) quanto maior o contacto profissional e pessoal com o doente mental e um quanto maior o conhecimento sobre a patologia, menor seria o registo de atitudes negativas ou estigmatizantes face a doença mental. Mas na realidade esta hipótese não se confirmou. Estas atitudes atrás descritas não se alteraram muito neste domínio. A maneira como os profissionais falam sobre os seus clientes e conceptualizam os casos é muito semelhante às ideias negativas que têm caracterizado os indivíduos que sofrem de doença mental ao longo dos últimos dois séculos.

Os doentes são habitualmente vistos como incompetentes, sendo esta atitude igual às atitudes descritas ao longo da história relativamente aos doentes psiquiátricos (Crawford & Brown, 2002, cit. por Overton, 2008). Mas estas atitudes e expectativas dos técnicos de saúde mental podem ser transmitidas aos doentes e às suas famílias, influenciando nefastamente as suas crenças sobre os resultados (Hugo, 2001). Os profissionais de saúde deverão ter a consciência que as suas atitudes e expectativas transmitidas podem influenciar em muito como a doença mental é vivida (estigma e discriminação) pelos doentes e famílias. Os doentes que percebem uma maior desvalorização ou rejeição foram aqueles que mostraram resultados mais negativos, quanto ao seu tratamento (Link et al. 1997, cit. por Overton, 2008). Por outro lado não só os doentes são “*vítimas*” do estigma, como são os próprios profissionais de saúde mental (Hinshaw, et al., 2008). As profissões de saúde mental são vistas como o “*parente pobre*” nas profissões ligadas à saúde. Todo o seu trabalho pode ser atingido pelo estigma pela sua associação com pacientes vistos como responsáveis pela própria condição, fracos e improdutivos (Goffman, 1963, cit. por Hinshaw, 2008). Além da luta diária contra as imagens depreciativas da doença mental e dos seus profissionais transmitida pelos meios de comunicação social (Gabbard & Gabbard, 1992, cit. por Hinshaw, 2008).

É também importante salientar que o profissional de saúde mental não é completamente alheio ao fenómeno da doença mental, isto é, as atitudes expressas e as formas de lidar com o doente mental está estreitamente ligada à ressonância interna que a loucura neles suscita (Oliveira, 2005). Segundo o mesmo autor “*a compreensão da doença e dos factores a ela associados não são apenas intelectuais, cognitivos, mas sim emocionais, vivenciais, decorrentes da identificação dos técnicos aos aspectos que os invadem e atingem*”. Logo é essencial a criação de espaço de suporte emocional a estes profissionais (idem, ibidem). Estar em contacto com este tipo de doentes, afecta em muito o seu cuidador. A experiência do cuidar é vivida como emocionalmente desconfortável, mobilizando defesas inconscientes. O trabalho do técnico de saúde mental pode tornar-se stressante se não tiver suficiente apoio social. O trabalho com esta população específica pode ser a manifestação de uma defesa ou esforço contra-fóbico com o objectivo de dominar o medo da doença mental (Sussman, 1992). A necessidade expressa do profissional em querer ajudar, auxiliar, curar o outro, pode também ser associada a motivações inconscientes, como o desejo de assumir o papel de “*salvador invulnerável*” (idem, ibidem).

Segundo a autora, existe uma necessidade de defesa contra o sofrimento psíquico e doença mental, levando o sujeito a procurar aquilo que tanto teme, através do desejo expresso de querer auxiliar, cuidar e ser útil aos doentes (idem, ibidem).

Relativamente à literatura sobre atitudes dos técnicos de saúde face à doença mental, esta tem sido recentemente desenvolvida nas investigações do estigma (Schulze, 2007), sendo a maior parte dos estudos realizados centrados nas atitudes do público em relação à doença mental. Mas nesta revisão de literatura encontramos vários tipos de estudos que consistem: na comparação de atitudes entre o público e os técnicos de saúde; entre grupos profissionais de saúde diferenciados, entre grupos profissionais de saúde diferenciados de países diferentes; e num grupo específico de profissionais. Encontrou-se também estudos em que se comparava as atitudes dos grupos atrás mencionados face a determinada patologia (psicose; perturbação da personalidade borderline; depressão). Na maioria dos estudos respeitantes às atitudes dos profissionais de saúde mental face à doença mental, destacam-se quatro facetas das atitudes (idem, ibidem): as crenças sobre a doença mental (e.g. expectativas sobre o seu prognóstico e resultados a longo prazo, avaliação da gravidade, recomendações de tratamento e atitudes de cuidados da comunidade); atitudes face a pessoas com doença mental (e.g. presença de estereótipos e desejos de distância social); as opiniões sobre os direitos civis das pessoas com problemas de saúde mental e suas restrições; o comportamento no contexto clínico do contacto com o paciente (e.g. o uso de rótulos diagnósticos e o conteúdo da comunicação paciente – técnico de saúde). Iremos então se seguida, fazer uma revisão de literatura de acordo com as quatro facetas atrás mencionadas.

Jorm (1999) comparou as crenças sobre a doença mental do público australiano com as crenças dos profissionais de saúde (médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos e enfermeiros de saúde mental). O autor entende por crenças: as expectativas de prognóstico e resultados a longo prazo; a probabilidade de discriminação e reconhecimento da doença através de um caso clínico. Observou-se que os profissionais de saúde são mais negativos do que a população ao nível do prognóstico, ao nível resultados de tratamento e quanto à probabilidade de discriminação das pessoas com doença mental. Mais especificamente, os técnicos de saúde acham que as pessoas que sofrem de esquizofrenia têm prognósticos e resultados mais reservados do que as que sofrem de depressão, sendo os psicólogos clínicos aqueles que detêm crenças mais optimistas e os psiquiatras as mais pessimistas.

Quanto à possibilidade de discriminação, os profissionais de saúde acreditam que as pessoas que sofrem de esquizofrenia estão mais sujeitas à estigmatização do que as que sofrem de depressão. Os técnicos têm classificações mais negativas que o público, embora os psicólogos clínicos tenham atitudes semelhantes às do público sobre a depressão. Relativamente ao reconhecimento da doença, os técnicos de saúde mental reconheceram melhor que o público os casos descritos nas vinhetas clínicas. A maioria dos profissionais de saúde conseguiu reconhecer correctamente (74-90%) o caso de depressão, de esquizofrenia ou caso sem perturbação descritos nas vinhetas clínicas. Outras curiosidades: a variável idade teve diferenças significativas no grupo de profissionais, isto é, os médicos e psiquiatras mais novos tinham atitudes mais negativas que os mais velhos.

Outro estudo (Jorm & Caldwell, 2001) revelou que os profissionais de saúde mental tinham atitudes mais negativas sobre os resultados do tratamento e prognóstico da esquizofrenia e depressão. Os psiquiatras foram os mais pessimistas e em seguida os médicos, psicólogos clínicos e enfermeiros de saúde mental. Mas todos os grupos profissionais tinham o pressuposto comum que os indivíduos com esquizofrenia e depressão seriam discriminados pelas outras pessoas.

Por sua vez, Hugo (2001) procurou obter informações sobre as atitudes dos profissionais de saúde mental face a pessoas que tenham sofrido uma doença mental. O estudo envolveu um levantamento de 266 profissionais da saúde mental empregados numa variedade de instituições de saúde mental. Aos inquiridos foi administrado um questionário, baseado na descrição de um caso expresso numa vinheta clínica, onde retratava uma pessoa com esquizofrenia e outra com depressão. As atitudes estavam expressas através das crenças sobre o prognóstico e resultados de longo prazo relativamente às duas perturbações. O autor verificou que a equipa médica foi a menos optimista e os enfermeiros de saúde mental os mais optimistas em relação ao prognóstico e resultados a longo prazo, embora acreditem na recuperação parcial ou plena destes sujeitos, com a devida ajuda profissional. A maioria dos profissionais baseia as suas atitudes sobre as suas experiências de trabalho com pessoas com problemas de saúde mental. Quanto às recomendações de tratamento, os profissionais de saúde acham que os doentes devem ter uma participação activa nas decisões sobre o tratamento. Outra conclusão foi que o contexto do trabalho não influencia as atitudes. Os funcionários do hospital e dos centros de trabalho comunitário possuem visões semelhantes sobre o prognóstico, os resultados a longo prazo e o nível do envolvimento do doente.

Lauber, et al. (2004) avaliou e comparou as atitudes do público leigo e dos psiquiatras em relação às instalações de saúde mental na comunidade e relativamente à distância social face a doentes mentais. O autor verificou que os profissionais de saúde são mais positivos que a população relativamente às comunidades de cuidados, apesar de ambas as amostras terem atitudes positivas. Não se observou nenhuma diferença entre os profissionais de saúde e população ao nível da distância social. Como curiosidade, o público é a favor de instalações de saúde mental, desde que não seja na sua vizinhança. Já os psiquiatras apoiam fortemente o serviço de comunidade em vez das tradicionais instituições hospitalares. Mas a afirmação de que estas instalações desvalorizam uma área residencial, registou acordo em ambas as amostras. Os psiquiatras exibem uma distância social igual em comparação com o público em geral. Nas duas amostras a distância social aumenta quando implica situações de proximidade social. Outras curiosidades: os profissionais de saúde detêm alguns estereótipos de natureza negativa. Estes avaliam constantemente as características negativas como sendo mais típicas de pessoas com doença mental, em detrimento das características positivas. Os psiquiatras detêm as visões estereotipadas mais negativas do que qualquer outro grupo profissional (enfermeiros, outros terapeutas e psicólogos). Relativamente às opiniões sobre os direitos civis das pessoas com problemas de saúde mental, os profissionais de saúde mental parecem partilhar preocupações públicas sobre a violência e perigosidade que passa a ser reflectida no seu apoio a internamentos compulsivos.

Üçok, et al. (2004) procurou investigar as atitudes dos psiquiatras para com os doentes com esquizofrenia. Ou seja tentou conhecer os desejos de distância social, as opiniões sobre os direitos civis das pessoas com problemas de saúde mental e o uso de rótulos diagnósticos. O autor observou que cerca de metade dos psiquiatras questionados preferiria não visitar um paciente em sua casa e manifestou desconforto quando encontra um paciente num evento social. Quanto à probabilidade de discriminação, os profissionais de saúde acreditam que as pessoas que sofrem de esquizofrenia estão mais sujeitas à estigmatização do que as que sofrem de depressão. Relativamente ao uso de rótulos diagnósticos, no caso da esquizofrenia, cerca de metade dos inquiridos (43-49%) afirmaram que não fazem a comunicação do diagnóstico. Questionados pelos motivos que os levam a evitar a informação do diagnóstico aos familiares e pacientes, os psiquiatras expressam uma preocupação de que os pacientes não conseguiam compreender o significado do termo esquizofrenia (32,6%), ou um possível abandono do tratamento (28,3%).

Em Portugal, Oliveira (2005) estudou a experiência e a vivência dos profissionais de saúde portugueses e norte-americanos em relação à doença mental grave, através da análise e descrição das atitudes e opiniões face à experiência psicótica. A autora num estudo intercultural verificou que os psicólogos portugueses e norte-americanos são quem expressam, face à doença mental grave, as atitudes de natureza mais autoritária e restritiva, comparativamente com os seus colegas de outras classes profissionais. Encontra-se atitude semelhante nos profissionais que possuem experiência clínica com patologias graves, em ambas as nacionalidades. A doença mental grave é representada por conceitos a si associáveis (seja a nível nosográfico, seja a nível das emoções e vivências potencialmente despertadas por esta doença), suscita invariavelmente, por parte dos sujeitos das duas amostras, respostas de carácter fundamentalmente afectivo. A autora registou também que os sujeitos norte-americanos demonstram níveis mais elevados no que diz respeito às atitudes autoritárias e restritivas, em relação aos seus homólogos portugueses, mas por outro lado revelam-se mais confiantes na qualidade e tipo de intervenção/tratamentos psiquiátricos disponíveis para este tipo de doentes.

Outro autor (Nordt, et al., 2006) realizou um levantamento de atitudes dos profissionais de saúde e do público face à doença mental, mas também a sua reacção específica face a uma pessoa com e sem sintomas psiquiátricos (caso descrito na vinheta clínica). Descobriu que os profissionais de saúde são mais positivos que o público em relação aos direitos civis do paciente. Observou também que os profissionais de saúde são mais negativos que a população relativamente aos estereótipos sociais e à distância social. Ou seja, o autor constatou que a grande maioria (74-90%) dos profissionais da saúde mental identificou os casos correctamente. Um em cada quatro psiquiatras e psicólogos clínicos consideravam o caso sem perturbação psiquiátrica, como doente mental. Relativamente à distância social face à depressão major e ao caso de normalidade é mais baixa do que em relação à esquizofrenia. Mas, apesar disto, não há diferenças significativas entre o público e os profissionais de saúde. Outra conclusão é que os profissionais de saúde detêm mais estereótipos de natureza negativa comparativamente com o público. Os primeiros avaliam constantemente as características negativas como sendo mais típicas de pessoas com doença mental, em detrimento das características positivas. Os psiquiatras detêm as visões estereotipadas mais negativas do que qualquer outro grupo profissional (enfermeiros, outros terapeutas e psicólogos).

Por fim o autor registou que os profissionais de saúde mental mostram-se mais positivos aos direitos civis dos pacientes, comparativamente com o público. Mas existe uma excepção: a possibilidade de admissão involuntária e tratamento é apoiada pela maioria das pessoas que trabalham no sector da saúde mental. Este estudo focou-se ainda nas potenciais consequências prejudiciais da rotulagem psiquiátrica. No caso da esquizofrenia, podia suscitar crenças que as pessoas afectadas pela doença são perigosas e imprevisíveis.

Por outro lado, Servais, et al. (2007) estudou as percepções dos psicólogos clínicos sobre a eficácia, a compreensibilidade, a segurança, o mérito, a desejabilidade e semelhança (para o avaliador) das pessoas com depressão moderada, personalidade borderline e esquizofrenia. Verificou que as pessoas com esquizofrenia são vistas como mais ineficientes e incompreensíveis que os sujeitos com outras doenças mentais. Os borderline são vistos como mais perigosos, tendo características mais indesejáveis. Os psicóticos são os que são considerados como mais diferentes e distantes da percepção que o psicólogo tem de si. Os inquiridos podem ter tentado passar uma imagem de imparcialidade e de igualdade mas, as suas atitudes mais favoráveis, podem reflectir também atitudes mais irrealistas, sendo mais favoráveis as que realmente existem. As atitudes mais negativas foram exibidas nos profissionais que trabalham com sujeitos que apresentam doenças graves e crónicas. O autor concluiu também que os psicólogos tendem a distanciar-se mais das pessoas que sofrem de esquizofrenia e perturbação da personalidade borderline. Os resultados também sugerem que a desidentificação é uma dinâmica que decorre da relação entre psicólogo e cliente. Pode-se dizer que o desejo de distinguir-se do sujeito doente mental é compreensível de certo modo. Uma explicação para a desidentificação é que ela reflecte o desejo de distanciamento emocional e intelectual das pessoas que sofrem de doença mental. Outra explicação pode ir ao encontro da motivação que os psicólogos têm em manter uma percepção de si consistente e coerente com a sua identidade social como profissionais de saúde mental e associados a altos níveis de eficácia, desejabilidade e segurança. Ou seja, se o psicólogo se percepção como eficaz e seguro, considera o doente mental grave como desejável e idêntico.

Por último, Des Courtis, et al. (2008) procurou avaliar o conhecimento teórico sobre saúde mental e as atitudes gerais em relação às pessoas com doença mental, numa amostra de profissionais de saúde mental brasileiros. O autor observou que estes profissionais demonstraram atitudes positivas face às comunidades psiquiátricas. Viu também que ambas as amostras mostram níveis iguais de aceitação social. Mas, por outro lado, os profissionais de saúde brasileiros demonstraram uma menor distância social, comparativamente com os profissionais de saúde suíços. Relativamente à estigmatização, os profissionais suíços obtiveram atitudes mais negativas que os profissionais brasileiros. Quanto às recomendações de tratamento, os profissionais de saúde suíços têm uma atitude mais positiva em relação ao tratamento farmacológico, comparativamente com os profissionais de saúde brasileiros. Os profissionais de saúde mental no Brasil foram mais medicamente conservadores relativamente às suas propostas de tratamento, enquanto os profissionais de saúde da Suíça propunham mais intervenções sociais e estratégias terapêuticas alternativas. No que diz respeito ao reconhecimento da doença (conhecimento), os técnicos de saúde mental brasileiros (94,7%) reconheceram melhor que os profissionais de saúde suíços (71%), os casos descritos nas vinhetas clínicas. A maioria dos profissionais de saúde conseguiu reconhecer correctamente (74-90%) o caso de depressão, de esquizofrenia ou caso sem perturbação descritos nas vinhetas clínicas. O autor não conseguiu constatar se o conhecimento está relacionado com a literacia sobre doença mental ou com os recursos disponíveis a partir do orçamento de saúde.

Os resultados dos estudos aqui abordados mostram uma perspectiva muito complexa das atitudes face à doença mental. Podemos observar que os técnicos de saúde mental têm atitudes mais positivas mas também semelhantes e mais negativas, relativamente ao público em geral. Estes resultados contrariam claramente o que se esperava dos profissionais de saúde mental. Pensávamos que devido à sua formação, conhecimento e contacto diário com a doença mental, iríamos encontrar atitudes mais positivas (Schulze, 2007). Mas não foi o que se verificou. Nestas atitudes ficaram explicitas alguns componentes do processo de estigma, tais como os estereótipos e distância social, que têm um grande impacto na vida dos sujeitos que padecem da doença mental. Estes estudos mostraram que apesar do conhecimento sobre a doença, existe ainda estereótipos partilhados com a população em geral, e pouca vontade em interagir com os doentes mentais, fora do contexto laboral. (Lauber, 2004, Nordt et al., 2006).

O efeito da rotulagem psiquiátrica foi também relatado nos estudos atrás explorados. Verificou-se que o rótulo em si tem conotações negativas, sendo alguns deles geradores de maior estranheza, medo, distância e de incompreensão no próprio técnico. Logo se estes rótulos evocam resultados negativos nas expectativas do profissional, poderão desencorajar o próprio, o doente e a sua família, não contribuindo para uma maior eficácia no tratamento (Schulze, 2007). Desta forma, a qualidade da prestação de cuidados e a própria saúde dos profissionais de saúde mental poderá ficar comprometida (idem, ibidem). Então como explicar estes resultados? Segundo Jorm, et al. (1999) as atitudes negativas dos profissionais de saúde têm base na realidade, ou seja, os técnicos têm muito mais contacto com as doenças mentais que o público e poderão ser mais realistas nas suas expectativas e avaliações dos resultados de longo prazo, assim como relativamente à discriminação social. A experiência pessoal de doença mental, na família ou no núcleo de amizade, também não está associada a atitudes mais positivas. Outros pontos que podem influenciar as atitudes dos profissionais são o contexto de trabalho e os níveis de satisfação/motivação. Talvez encontremos diferenças ao nível das atitudes expressas se o contexto for hospitalar ou se for numa comunidade psiquiátrica ou se a satisfação for menor ou maior. Mas a literatura é escassa nesta área, não podendo dar uma resposta. Verificou-se igualmente que, certos grupos profissionais têm atitudes mais negativas em relação a outros grupos. Provavelmente as atitudes diferem nos grupos profissionais devido à modificação das concepções sobre a natureza da doença mental (Rabkin, 1972). Pode-se também supor que alguns profissionais estão mais preocupados com as atitudes expressas face aos doentes mentais, sabendo o impacto das mesmas nas experiências dos pacientes. Rabkin (1972) constatou na sua revisão de literatura que as atitudes sobre a doença mental variam consideravelmente entre as diferentes categorias de trabalhadores de saúde mental e estão relacionados com as variáveis demográficas de idade, escolaridade, classe social, que podem influenciar a própria escolha de profissão.

Em suma, os resultados demonstram que os profissionais de saúde mental estão bem informados sobre a doença mental, mas não se espera, necessariamente, atitudes mais positivas relativamente aos doentes mentais.

SECÇÃO EMPÍRICA

Fundamentação do Problema

A história da loucura demonstra uma variedade de representações, percepções e atitudes face ao doente e à doença mental. Por outras palavras esta foi interpretada ao longo do tempo de diferentes formas, dependendo das crenças de cada cultura. É sabido que estas visões exerceram ao longo dos séculos uma grande influência no comportamento da população leiga e subsequentemente nos sujeitos que mais perto lidam com a problemática: os prestadores de cuidados ou profissionais da saúde mental. Foi observado que a doença mental acarreta uma pesada herança, que consiste num universo negativo de sentimentos como a alienação, a perda de controlo, a incurabilidade, a inevitabilidade, a perigosidade, entre outros que grassam na literatura. Associados a estes sentimentos encontram-se mecanismos de estigmatização que ditam o exílio daqueles que padecem desta “*maleita mental*”. Foi desta forma que a história da doença mental foi sendo construída, com retrocessos e avanços sequentes aos desenvolvimentos teóricos e aos contextos culturais e sociais da sociedade humana.

A literatura revela que foram muitos os estudos envolvendo a temática da doença mental, referindo-se em específico às atitudes e representações sociais da população, dos profissionais de saúde mental, dos estudantes, das famílias, entre outros. Deste universo é retratada uma perspectiva pouco animadora, atendendo às opiniões partilhadas entre os vários grupos. As ideias geradoras de ansiedade e medo face à doença mental continuam a persistir, inclusive nos profissionais de saúde mental, dos quais seria espectável que as suas atitudes fossem mais positivas em relação ao doente e à “*loucura*”. Assim, o estudo das atitudes e representações sociais dos técnicos de saúde mental tornam-se pertinentes, atendendo ao facto de ser o grupo que detém maior conhecimento e experiência profissional na área. Atendendo aos resultados de vários estudos que demonstram a existência de uma associação entre as atitudes adoptadas e a eficácia da intervenção do técnico com o doente mental, torna-se ainda mais importante compreender os motivos ou causas que podem influenciar as atitudes e representações sociais manifestadas pelo grupo profissional. Alguns autores afirmam haver uma associação entre estes objectos de estudo anteriores e as necessidades exigidas pelos profissionais (Murray & Steffen, 1999, cit. por Oliveira, 2005). Aqui é entendido por necessidades, questões como falta de formação profissional, a inexistência de formação especializada em doença mental, o setting e contexto de trabalho (idem, ibidem). É de relevar ainda que os referidos profissionais são seres únicos e não estanques aos sentimentos despertados pela “*loucura*” (Oliveira,

2005). Ou seja, é reconhecido que o técnico de saúde mental é também socialmente influenciado pela representação colectiva da loucura (idem, ibidem). Os resultados destes estudos, particularmente quando versam as atitudes e ao efeito que a experiência do “*lidar com o doente mental*”, têm no Eu do profissional, demonstram que em muitas situações o ambiente não é o ideal para o auxílio do doente.

Os estudos têm demonstrando que existem falhas que são expressas nas próprias atitudes dos técnicos de saúde mental face à doença mental. As atitudes negativas poderão então ser parte do reflexo das insuficientes condições apresentadas, incluindo pontos como a formação, os recursos materiais e estruturas de suporte ao técnico. Pelo que será importante conhecer as necessidades apontadas pelos diversos técnicos, quer atendendo aquilo que consideram de extrema importância à sua actividade, bem como as causas castradoras do seu trabalho e que colocam em risco a eficácia da sua intervenção.

Assim antes de conhecer as atitudes e representações sociais dos profissionais de saúde mental, será de extrema pertinência conhecer as reais necessidades do técnico quando lida com a doença mental aguda. É este o aspecto central sob o qual assentamos o nosso interesse de estudo.

Formulação dos Objectivos de Estudo

Apresenta-se como principal objectivo de estudo:

1. Análise exploratória e subsequente descrição das necessidades e expectativas dos técnicos de saúde mental face às condições e estruturas actuais, inerentes ao seu contexto de trabalho com sujeitos com doença mental grave.

Procurou-se proceder a uma análise das necessidades e expectativas apontadas pelos profissionais de saúde mental, através da descrição sistematizada dos seus discursos. Desta forma tentaremos conhecer quais as suas opiniões sobre as carências e limitações que possam sentir na sua prática profissional, tendo em conta o contexto do trabalho e da população que atendem. Quer-se então compreender se as necessidades sentidas interferem ou não com a eficácia do seu trabalho e se existirá diferenças ao nível das necessidades manifestas consoante o grupo profissional e natureza institucional. É espectável encontrar diferentes crenças, atitudes e representações subjacentes ao discurso sobre as necessidades que sentem enquanto profissionais.

Método

Este projecto constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, onde se pretende efectuar um levantamento de necessidades junto dos técnicos de saúde mental, para melhor compreender e descrever as percepções pessoais das dificuldades com que estes se deparam no contacto directo e no lidar com o portador de doença mental crónica. A razão para a escolha de uma metodologia qualitativa prende-se com o facto de esta ser a mais indicada para a compreensão do discurso singular dos sujeitos. Desta forma é possível perceber os significados atribuídos ao mundo envolvente e às vivências pessoais da pessoa no seu contexto de vida. Neste trabalho, as percepções e experiências subjectivas dos profissionais de saúde mental sobre as suas necessidades ao trabalhar com o doente mental, são o material mais importante a analisar. Através da metodologia qualitativa será possível apreender material mais rico e mais diversificado nas suas significações. Vamos analisar e interpretar estas entrevistas, dentro de um meio social e contexto teórico, tentando evitar a invasão de noções do senso comum que interfiram com os objectivos deste trabalho.

Participantes

O grupo de sujeitos é constituído por 11 profissionais da área da saúde mental (3 psicólogos, 2 psiquiatras, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2 animadores sócio-educativos/culturais) com nível de formação académica mínima ao nível do ensino secundário (curso médio) e com formações posteriores de natureza académica ou profissional. Entende-se por formações de natureza académica ou profissional, o grau de mestrado, cursos pós-graduados, congressos, seminários clínicos, simpósios, etc. Os participantes pertencem a duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, a uma Organização Comunitária não Governamental e a um Hospital não civil. O grupo de participantes é constituído por 7 sujeitos do sexo feminino e 4 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 29 e 62 anos.

Os participantes foram seleccionados por conveniência, de maneira a facilitar o acesso aos mesmos nas instituições, e para a posterior recolha de dados. As instituições foram escolhidas devido ao seu reconhecido trabalho na área da saúde mental. A escolha destes profissionais deve-se ao facto de serem os técnicos que de mais perto interagem com os doentes mentais e também pela sua formação académica e profissional ser semelhante nas suas bases e modelos teóricos de referência.

Instrumentos

O instrumento utilizado consiste numa entrevista semi-estruturada, sendo constituída por três partes: uma primeira parte que procura recolher dados sóciodemográficos para posterior caracterização e descrição da amostra, constituída por questões de resposta fechada; uma segunda parte com questões de natureza fechada e semi-aberta, em relação à experiência profissional, às formações realizadas e ao contacto com os doentes mentais; e uma terceira parte que consiste em perguntas menos estruturadas, isto é, uma questão fechada e quatro questões abertas sobre necessidades, expectativas, estruturas de suporte e o contexto de trabalho, com o objectivo de deixar o entrevistado dialogar livremente com o entrevistador sobre o tema em questão. A primeira e segunda parte da entrevista semi-estruturada foram baseadas e adaptadas de um questionário sócio demográfico utilizado no estudo de Oliveira (2005), sendo a terceira parte baseada em questionários utilizados em alguns estudos (Maslin, et al., 2001; Reid, et al., 1999). Fundamentamos as questões utilizadas na entrevista nos achados de um estudo (Murray & Steffen, 1999). Estes registaram na sua pesquisa bibliográfica que alguns autores têm especulado que as atitudes negativas estão associadas com a falta de profissionais e formação especializada relativamente ao trabalho com doentes mentais graves (Hromco, Lyons & Likkell, 1995; Minkoff, 1987, cit. por Murray & Steffen, 1999). Outro estudo sugere que o aumento da formação e da educação está relacionado com atitudes mais positivas em relação às pessoas com transtornos psiquiátricos (Struening e Cohen, 1962, 1963, cit. por Murray & Steffen, 1999). Logo a ideia de que existe uma associação entre as atitudes e as necessidades exigidas pelos profissionais (Murray & Steffen, 1999, cit. por Oliveira, 2005) não é despropositada. Compreendemos por necessidades, as questões ligadas à formação especializada, o setting e contexto de trabalho. A entrevista utilizada encontra-se em anexo (Anexo I).

Escolheu-se este meio de forma a explorar as diferentes visões e vivências sobre as necessidades sentidas pelos próprios ao lidar com este tipo de população específica. Assim será possível constatar crenças, atitudes e valores presentes no discurso e comportamentos do indivíduo entrevistado.

Procedimentos na Recolha e na Análise de Dados

As entrevistas foram conduzidas pelo investigador, com os técnicos de saúde mental nas instituições anteriormente referidas. Após primeiros contactos com responsáveis institucionais e autorizações necessárias, foi dado a conhecer o estudo e seus objectivos. Posteriormente agendou-se com os responsáveis de cada instituição, o dia, horário e local apropriado para o encontro, conforme a preferência e disponibilidade dos participantes e da própria instituição. Foi proposto que o primeiro contacto (entrevista) fosse no local de trabalho, por ser um ambiente familiar, podendo assim reduzir a ansiedade dos participantes. Depois os técnicos de saúde mental foram convidados pelos responsáveis institucionais para participarem voluntariamente, resultando assim na escolha dos técnicos que mostraram disponibilidade. O objectivo da entrevista consistiu no estabelecimento de uma relação com o participante e no esclarecimento verbal dos objectivos de estudo e da garantia de confidencialidade e anonimato da sua participação. Os participantes assinaram antes do início da entrevista, uma autorização por escrito (termo de consentimento livre e esclarecido), permitindo a gravação da entrevista para posterior transcrição. Só depois é que se iniciou a entrevista semi-estruturada atrás descrita. O período da realização das entrevistas decorreu desde o dia 22 de Janeiro de 2009 ao dia 28 de Maio de 2009. As entrevistas tiveram uma duração mínima de 17 minutos e máxima de 35 minutos.

A técnica de análise dos dados utilizada foi a de análise de conteúdo com recurso à análise por categorias. Escolheu-se este meio por conseguir lidar de forma eficaz com conteúdos de natureza subjectiva, ambígua e não quantificável, ao nível da sua leitura e interpretação, permitindo assim uma interpretação e investigação mais correcta e distanciada.

Para Bardin (2008) a análise de conteúdo é *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”*. Ou seja baseia-se na análise das comunicações de forma imparcial e objectiva, através da quantificação de unidades de texto claramente definidas (a frequência ou constância de certas palavras, temas, ideias), com o objectivo de gerar resultados quantificáveis ou estabelecer uma frequência estatística das unidades de significado.

A análise de conteúdo socorre-se de um conjunto de procedimentos e técnicas, de forma a extrair um sentido de um texto por meio das unidades elementares (idem, ibidem).

As entrevistas do presente trabalho foram escrutinadas a esta técnica com a finalidade de encontrar sentidos e significados (manifestos ou ocultos) na mensagem interpretada e apreendida pelo investigador, recorrendo a técnicas sistémicas adequadas. Ou seja, primeiramente foram realizadas várias leituras flutuantes das entrevistas transcritas. Depois decompôs-se o conteúdo do texto em elementos mais simples (palavras-chave; léxicos, termos específicos, categorias e temas), de forma a identificar as subtilezas contidas na entrevista. Depois identificou-se com que frequência ou constância estas unidades se repetem com a finalidade de inferir e extrair significados inscritos no texto, a partir de indicadores objectivos. Por fim procedeu-se à análise e interpretação dos conteúdos, verificando a existência ou não de correlações e associações entre as diversas temáticas, e agrupou-se as respostas semelhantes e destacou-se algumas partes das entrevistas que demonstrassem as percepções dos sujeitos entrevistados.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Características dos participantes

O número total de participantes é 11. Sete são mulheres e quatro são homens. Verificamos que a idade dos técnicos de saúde mental se situa entre os 30 e 62 anos, com uma média global 39,5 anos (desvio padrão = 10,5 anos e moda de 31 anos), sendo 2 solteiros, 6 casados, 2 divorciados e 1 com outro estado civil. Relativamente às habilitações literárias, 9 detêm uma licenciatura, 1 possui um mestrado e 1 tem um curso médio. Quanto à profissão dos participantes, 3 são Psicólogos, 2 Assistentes Sociais, 2 Médicos Psiquiatras, 2 Enfermeiros e 2 Assistentes Socioeducativos/psicossociais. Dois participantes concluíram a sua formação na década de 70, outros dois na década de 90, tendo os restantes sete concluído nos primeiros anos da década corrente. Analisando os anos de actividade profissional, verificamos uma média de 11,4 anos de actividade, com uma variação entre os 4 e 30 anos, desvio padrão de 9 anos e uma moda de 7 anos. Actualmente 7 destes sujeitos trabalham em IPSS, 3 em Organizações Comunitárias Não Governamentais e 1 num Departamento de saúde onde se englobam serviços psiquiátricos. Os quadros 1, 2 e 3, abaixo, resumem as características sócio-demográficas dos participantes na investigação, obtidas no decorrer da entrevista.

Quadro 1 – Características Sócio-Demográficas

Total de participantes (N=11)		
Idade (Média em anos \pm SD)		39,5 \pm 10,5
		N
Sexo	Masculino	4
	Feminino	7
Estado Civil	Solteiro	2
	Casado	6
	Divorciado	2
	Outro	1
Habilitações Literárias	Curso Médio	1
	Licenciatura	9
	Mestrado	1
Profissão	Assistente Socioeducativo/psicossocial	2
	Enfermagem	2
	Psicologia	3
	Medicina Psiquiátrica	2
	Serviço Social	2

Término de formação	Década de 70	2
	Década de 90	2
	Primeira Década de 2000	7
Local de trabalho actual	IPSS	7
	Organizações comunitárias não governamentais	3
	Departamento de saúde onde se englobam serviços psiquiátricos	1
Anos de actividade profissional	1 ano - ≤ 10	8
	11 anos - ≤ 20	1
	21 anos - ≤ 30	2

Quadro 2 – Variação por idade

Idade		
N	Valido	11
	Em Falta	0
Média		39,45
Moda		31(a)
Desvio Padrão		10,472
Mínimo		30
Máximo		62

Quadro 3 – Variação por anos de actividade profissional

Actividade profissional		
N	Valido	11
	Em Falta	0
Media		11,36
Moda		7
Desvio Padrão		8,992
Mínimo		4
Máximo		30

Quanto à experiência clínica com doentes mentais graves os valores variam entre os 5 a 33 anos, sendo a média de 13,5 anos, o desvio padrão de 10,1 anos e a moda de 7 anos. Sete dos participantes tiveram essa experiência clínica em IPSS, três em Organizações Comunitárias Não Governamentais e um num Departamento de saúde onde se englobam serviços psiquiátricos. Quando inquiridos sobre se estão no local actual de trabalho por opção, todos responderam Sim. No que diz respeito aos anos que exercem funções no trabalho actual, a média corresponde a 10,3 anos, com desvio padrão de 9,4 anos, moda de 7 anos, com valor mínimo de 4 anos e máximo de 30 anos. Verificamos que 10 sujeitos receberam formação

especializada e 1 não teve formação especializada. Quanto ao tipo de formação, 2 participantes frequentaram estágios, 1 realizou uma Pós-graduação, 6 participaram em formações internas da instituição, 1 não efectuou nenhuma formação e 1 participante fez outro tipo de formação (seminários, congressos, etc). Todos os participantes demonstraram haver abertura por parte da instituição para o fornecimento e procura de formação.

Relativamente à experiência noutra área da saúde mental, 2 participantes apresentam com crianças e adolescentes, 2 na área da Alcoologia, 1 na área da Toxicodpendência, 1 na área da Geriatria e 5 dizem que não têm experiência em outra área da saúde mental.

Todos os participantes, quando abordados sobre se havia resposta institucional às necessidades expressas pelos próprios, responderam positivamente.

Quadro 4 – Informações sobre o percurso profissional dos sujeitos.

		N
Tempo de trabalho com doentes mentais	1 - ≤10	7
	11 - ≤20	2
	31 - ≤40	2
Instituições	IPSS	7
	Organizações comunitárias não governamentais	3
	Departamento de saúde onde se englobam serviços psiquiátricos	1
Opção de mudança de área de saúde mental	Não	11
Tempo de exercício no trabalho actual	1 - ≤10	8
	21 - ≤30	3
Formação	Sim	10
	Não	1
Tipo de Formação	Estágios	2
	Pós-graduações	1
	Formação interna	6
	Nenhuma	1
	Outros	1
Abertura institucional	Sim	11
Experiência em outra área da saúde mental	Crianças/Adolescentes	2
	Alcoologia	2
	Toxicodpendência	1
	Geriatria	1
	Nenhuma	5

Quadro 5 – Variação por anos de trabalho com doentes mentais graves

Trabalho com doentes mentais		
N	Valido	11
	Em Falta	0
Media		13,45
Moda		7
Desvio Padrão		10,103
Mínimo		5
Máximo		33

Quadro 6 – Variação anos de trabalho no local actual de trabalho

Tempo de trabalho no local actual		
N	Valido	11
	Em Falta	0
Media		10,27
Moda		7
Desvio Padrão		9,360
Mínimo		4
Máximo		30

Apresentação e síntese das categorias de análise

Apresenta-se seguidamente as categorias principais de todos os grupos profissionais envolvidos:

Quadro 7 – Síntese das categorias de análise

Categoria Principal	Pergunta da entrevista	Categorias Secundárias	Sub-Categorias	Frequência
Motivações para escolha do trabalho	O que o levou a optar por este tipo de trabalho?	Relação com área de formação		5
		Factores de motivação pessoal		5
		Características da população alvo		2
		Condições profissionais		2
		Indicação de pessoas conhecidas		1
		Tipo de relação com os doentes		1

Proposta de Trabalho noutra área da Saúde Mental	Se tivesse uma oportunidade de mudança para outra área, aceitaria essa proposta? E porquê?	Sim	Desmotivação	1	
			Desgaste físico/psicológico	1	
			Experimentar outra realidade	1	
		Não		Acomodação	3
				Características da população	2
				Stress	1
				Ideia de ajuda aos outros	1
				Tipo de intervenção utilizado	1
				Razões de identificação e motivação	2
Necessidades e suas implicações na intervenção do técnico	Que necessidades acha que tem enquanto profissional, na intervenção directa com o doente mental?	Formação		8	
		Supervisão		6	
		Tempo		3	
		Recursos físicos, materiais e emocionais		5	
		Recursos humanos		2	
		Condições Profissionais		4	
	Que implicações têm essas necessidades na sua intervenção enquanto profissional?	Qualidade da intervenção do técnico		9	
		Motivação profissional		5	
		Não têm implicações		2	
Condições laborais e estruturas de suporte desejadas	Que condições encontra no seu local de trabalho?	Recursos físicos, materiais e humanos		6	
		Relações interpessoais		5	
		Articulação com outros técnicos e colegas		3	
		Localização		3	
		Vagas excessivas		1	
		Condições Profissionais		2	
		Que estruturas de suporte gostaria de ter	Apoio logístico		10
	Formação e Supervisão			4	

	no seu local de trabalho?	especializada		
		Staff Directivo		1
		Horário laboral		1
		Trabalho em rede com a comunidade		1

É perceptível alguma homogeneidade no discurso dos participantes, apesar destes pertencerem a diferentes grupos profissionais. Observamos que os motivos de escolha deste tipo de trabalho mais frequentes são os factores de motivação pessoal (5 frequências) a relação com a área de formação (5 frequências), as características da população alvo (2 frequências) e as condições profissionais (2 frequências). Quanto à oportunidade de mudança de área, dentro da saúde mental, destacam-se razões de identificação e motivação (2 frequências), a acomodação (3 frequências) e características da população (2 frequências), como as categorias secundárias mais frequentes. Relativamente às necessidades manifestas nos diversos grupos profissionais surge com maior destaque a necessidade de Formação (8 frequências), seguida da necessidade de Supervisão (6 frequências), a necessidade de Recursos Físicos, Materiais e Emocionais (5 frequências), a necessidade de Condições Profissionais (4 frequências), a necessidade de Tempo (3 frequências) e de Recursos Humanos (frequências). Os vários grupos profissionais quando questionados sobre as implicações das necessidades, afirmaram que estas ultimas quando respondidas beneficiam a qualidade da intervenção do técnico (9 frequências). Quando não são respondidas, podem levar à frustração profissional com a não realização de projectos na instituição e com a desmotivação pessoal (5 frequências). Surge a ideia de que as necessidades não têm implicações (2 frequências), porque os profissionais manifestam que estas acabam por ser sempre respondidas. Verifica-se que a condição mais citada nos vários grupos profissionais são os recursos físicos, materiais e humanos (6 frequências), ou seja, quer a falta ou existência de bons recursos; as boas relações interpessoais (5 frequências); a articulação satisfatória ou menos satisfatória com outros técnicos e colegas (3 frequências); as boas ou más condições profissionais (2 frequências) e a uma boa localização da instituição (3 frequências). A estrutura de suporte mais destacada nas entrevistas dos participantes foi o apoio logístico (10 frequências) e a formação e supervisão especializada (4 frequências).

Apresentação das categorias de análise por grupo profissional

Seguidamente apresenta-se as categorias e depoimentos discriminados por grupo profissional de pertença dos participantes envolvidos:

Os profissionais de animação socioeducativa/cultural quando questionados sobre as motivações que levaram à escolha deste tipo de trabalho, salientam a influência que a formação universitária teve (2 frequências): *“Escolhi este trabalho por estar mais relacionado com a minha área de formação”*. Surge também a ideia de desafio ao trabalhar com uma população com características específicas, sendo um dos motivos para escolher esta área de trabalho (1 frequência): *“Acho que torna-se num trabalho mais apelativo, mais desafiante. É um trabalho muito diferente dos outros.”*. No que respeita à oportunidade de mudança para outra área da Saúde Mental, um dos profissionais manifestou-se aberto à mudança justificando com o desgaste físico/psicológico inerente ao trabalhar com este tipo de população (1 frequência): *“porque é muito desgastante trabalhar com este tipo de população”* e a desmotivação, por considerar que é difícil ter progressos nas aprendizagens com os doentes mentais graves (1 frequência): *“É desmotivante porque são pessoas com imensas limitações.”* Outro profissional não coloca em questão uma mudança dentro da saúde mental porque quer ajudar o outro, que considera carente e debilitado (1 frequência): *“O motivo de não mudar é porque gosto muito de ajudar as pessoas.”* Quando abordados sobre as necessidades sentidas enquanto profissionais, destacam a necessidade de ter e melhorar alguns recursos materiais e emocionais (1 frequência): *“A pessoa que trabalha com doentes mentais tem que ter o seu espaço para repor energias, porque são pessoas que exigem muito da nossa atenção. Se nós não tivermos com as nossas baterias carregadas é difícil depois estar com eles. (...) Em termos de ambiente físico acho que falta uma pia nesta sala de actividades (...) Este ateliê já se torna num lugar exíguo, pequeno.”* Falam também da necessidade formativa especializada na área que trabalham (1 frequência): *“ (...) gostaria de ter mais formação nesta área se possível, na área de artes plásticas, enquanto estiver aqui nesta função (...) seria uma mais-valia para o meu trabalho”* e na necessidade de supervisão dos seus trabalhos (1 frequência): *“Mas... necessidade que sinto mesmo... é ao nível de saber que tipo de ocupação deve ter com certo tipo de doente. Nem todos os doentes são iguais e requerem trabalhos diferentes.”*

Relativamente às implicações que as necessidades expressas têm na intervenção dos técnicos, estes dizem que melhoram a qualidade da sua intervenção (2 frequências): *“Essas necessidades ao serem respondidas beneficiam a minha capacidade de resposta, melhorando a qualidade do serviço prestado ao utente, ou à doente.”* Relativamente às condições encontradas no local de trabalho, os animadores socioeducativos/culturais afirmam encontrar boas relações interpessoais (1 frequência): *“Bem... felizmente nunca tive nenhum atrito com um colega (...) somos uma família”* e bons recursos físicos e humanos (1 frequência): *As estruturas físicas e de recursos humanos têm grandes capacidades.”* Quando abordados sobre as estruturas de suporte que gostariam de ter na instituição, apontam para o apoio logístico que lhes poderia auxiliar no seu trabalho (2 frequências): *“Bem... dava jeito uma sala direccionada para os deficientes profundos. Aquelas salas de estimulação sensorial. Acho que também falta uma cantina para nós técnicos.”*

Os profissionais de enfermagem quando questionados sobre os motivos que os levaram a optar por este tipo de trabalho, destacam as características de personalidade como determinante na escolha do trabalho (1 frequência): *“Não sei... é uma questão de fragilidade, se calhar então minha ou necessidade que tenha a ver com uma característica caritativa... vontade de fazer bem ao próximo”*; os aspectos económicos oferecidos (1 frequência): *“A primeira se calhar o aspecto económico”*; a influência da formação universitária (1 frequência): *Tinha passado cá em estágio e como foi um estágio que me marcou positivamente, eu então gostaria de trabalhar nesta área* e a indicação de pessoas que já trabalhavam na área (1 frequência): *“O terceiro aspecto foi porque pessoas conhecidas minhas trabalhavam aqui. De modo que, por arrastão, acabei por cá vir parar.”* Os enfermeiros negam a oportunidade de mudança de trabalho na saúde mental, por questões ligadas à acomodação, ou seja, o estar habituado e gostar de trabalhar naquela área específica (1 frequência): *“Não sei porque... não sei se será uma acomodação, mas acho que já gosto disto. Trabalhar noutra área para quê?”*. Mas outro profissional afirma que mudaria para outra área desligada da saúde mental, porque se sente cansado e stressado (1 frequência): *“Isto aqui acaba por ser um bocado, o termo monótono não se adequa bem, mas acaba por ser um bocado maçador, um bocado stressante. Ao fim de alguns anos, nos sentimos um bocado cansados, hum... um bocado desgastados. Pelo ambiente, pelas características dos doentes, pela forma como nos abordam, por todo este envolvimento da saúde mental, é desgastante para nós.”*

Os profissionais de enfermagem falam da necessidade de supervisão nomeadamente ao nível da criação do espaço mental e físico próprio (1 frequência): “ (...) o que eu precisaria (...) de estar um bocadinho mais à vontade, sentir-me menos stressado (...) Poderia facultar alguns períodos de repouso, alguns períodos de descanso, que não o faz, ou faz pouco (...) poderia proporcionar alguns períodos de reflexão de grupo, para conversarmos, para descontraírmolos, para falarmos (...) ” e da necessidade de recursos materiais, físicos e emocionais, isto é, na melhoria da estrutura física e a criação de estruturas de apoio na comunidade de forma a desempenhar um melhor trabalho (2 frequências): *A estrutura física aqui está um bocadinho debilitada, pouco acolhedora, pouco confortável, seriam aspectos também a melhorar (...).*” Surge ainda a necessidade de formação específica (1 frequência): *“A formação (...) será preciso apostar mais afincadamente. A formação é fundamental, ainda mais porque têm sido admitidas pessoas sem formação específica na área.”* Os enfermeiros quando falam em implicações das necessidades referem-se à frustração e desmotivação (motivação profissional) quando as necessidades não conseguem ser respondidas (2 frequências): *“Que implicações... se calhar um pouco desmotivadoras.”* Surge igualmente a qualidade da intervenção do próprio técnico, como implicação directa das necessidades respondidas (2 frequências): *“Dificultam sem dúvida o meu trabalho e o dos outros.”* Ao nível das condições encontradas no local de trabalho, os enfermeiros destacam haver qualidade nos recursos humanos, mas a falta de alguns recursos físicos e materiais (1 frequência): *“Condições humanas temos boas... mas materiais, temos algum défice de materiais e principalmente a nível físico. Queríamos ter melhores condições físicas.”* Surge também a ideia de vagas excessivas para os doentes, prejudicando a intervenção (1 frequência): *“Apontaria se calhar o número de vagas que nós temos cá (...) Mas 51 doentes, é muita gente numa unidade só.”* A articulação com outros técnicos não é a mais desejável (1 frequência): *“Outras condições... seriam condições de quadro... como a celeridade dos técnicos (...) acho que os técnicos integrados na instituição deviam ser mais disponíveis, mais abertos”* mas existem boas relações interpessoais (1 frequência): *“Nos aqui dentro damos-nos muito bem com os colegas e isso é fundamental, quer seja em psiquiatria, quer seja em outras áreas.”*

Os profissionais de enfermagem afirmam que necessitam de formação e supervisão especializada para responder eficazmente aos doentes (2 frequências): *“A outros níveis, tendo equipas multidisciplinar sempre conseguimos ir discutindo alguns casos e experiencias. Isto não é fácil trabalhar horas seguidas com os doentes. É preciso desabafar, falar das dificuldades que temos, fazermos discussões de caso. Era importante haver discussão de casos, para intervirmos melhor. (...) Portanto, a formação na área.”* Surge também a necessidade de um maior apoio logístico no que diz respeito às estruturas físicas (2 frequências): *“Uma casa nova”* e a necessidade de um Staff Directivo dinâmico (1 frequência): *“ Uma direcção mais dinâmica, mais voltada para a satisfação pessoal dos colaboradores, seria importante, que tem sido um pouco.”*

Os profissionais de psicologia quando abordados sobre as motivações que levaram à escolha deste tipo de trabalho indicam factores de motivação pessoal (2 frequências), como a experiência pessoal de doença mental na família: *“Talvez por questões pessoais e familiares (...) já tive, infelizmente, uma pessoa da minha família com perturbação mental grave”* e as características da população alvo (1 frequência), por ser vista como difícil e desafiante: *“ (...) gosto muito de desafios (...) sou uma pessoa de desafios e gosto de coisas difíceis.”* Os psicólogos não demonstram interesse em mudar de área dentro da saúde mental. Destacam que se sentem atraídos pelas características da população (2 frequências): *“gosto de trabalhar com esta população”*; estão acomodados ao trabalho desempenhado (1 frequência): *“Não senti essa necessidade de mudança (...) não fazia sentido uma mudança.”* fazendo o tipo de intervenção que lhes interessam (1 frequência): *“o tipo de intervenção que é feito aqui também é aquele que me interessa.”* Os psicólogos nomearam a necessidade de formação especializada, de formação psicoterapêutica e formação noutras áreas adjacentes (3 frequências): *“ (...) a formação continuada na psicoterapia (...) são essas necessidades que eu acho, pelo menos a nível pessoal e profissional, para trabalhar, tanto com a doença mental grave como qualquer outra coisa.”*; a necessidade de supervisão, orientação e reuniões clínicas para discutir os casos (2 frequências): *“ (...) as necessidades deste trabalho passam muito por haver a oportunidade de fazermos reflexões em conjunto, em reuniões de equipa, reuniões de coordenação, onde conseguimos indo fazendo a supervisão dos trabalhos e dos serviços.”*; a necessidade de implementar algumas melhorias na condição profissional ao nível salarial, de avaliação de serviços e reconhecimento profissional (1 frequência): *“Eu penso também que a avaliação dos serviços pode ser um instrumento muito positivo, irmos avaliando o trabalho que vamos fazendo, para irmos melhorando, percebendo e fazendo um*

levantamento das necessidades.”, e a necessidade de ter mais tempo (1 frequência): “*Porque um dos trabalhos que é extremamente importante, dentro da reabilitação é o treino de competências (...) para trabalhar competências é preciso tempo.*” e mais recursos humanos (1 frequência) de forma a desempenhar as tarefas: “*A nível de necessidades humanas, acho que precisamos de mais técnicos. (...) E é assim... aqui há muita coisa para fazer, é um trabalho que não é fácil, também não é impossível, só que precisávamos de ter mais técnicos para poder fazer o óptimo*” No que diz respeito às implicações das necessidades, os psicólogos salientam a melhoria da qualidade da intervenção (2 frequências): “*Iria contribuir para a melhoria efectiva do meu trabalho e dos utentes também*” e a frustração profissional (2 frequências), quando as necessidades não conseguem ser respondidas: “*Fica muita coisa para trás. É isso que eu acho que... há muita coisa para fazer, nós queremos abarcar essas várias coisas.*” Relativamente às condições encontradas no local de trabalho, surge com maior frequência a boa localização da instituição (2 frequências): “*Portanto, a localização em si deste trabalho é óptima.*” Outras condições manifestam-se, como a articulação deficitária entre profissionais (1 frequência): “*Existe uma certa articulação entre as equipas, mas com certas lacunas.*”; recursos físicos necessitado de melhorias (1 frequência): “*As condições em termos materiais, em termos de ambiente físico, como vê, esta é uma casa muito antiga, que precisa de obras.*”; boas relações interpessoais (1 frequência): “*(...) o ambiente entre os colegas... hum... mesmo com os próprios membros, temos um bom ambiente de trabalho, entre todos*” e remuneração profissional passível de ser melhorada (1 frequência): “*Ah... falta as condições salariais que não são assim grande coisa. Não são boas, mais ou menos boas (...) portanto acho que poderiam ser um bocadinho melhores, mas não são más e não são boas, são mais ou menos.*” Os psicólogos ao nível das estruturas de suporte desejadas gostavam de ter mais apoio logístico (3 frequências): “*Nós precisamos de algumas estruturas de suporte, nomeadamente uma carrinha ou um carro (...) bem melhores computadores, melhores programas de computadores*” e mais formação e supervisão especializada (1 frequência): “*Seria também sem dúvida importante, uma equipa, uma equipa de supervisão para falarmos de casos, e de dificuldades em lidar com certos pacientes, situações mais complicadas, que temos.*”.

Os psiquiatras apontam as motivações pessoais, como as características da personalidade, a relação de ajuda ao doente e a curiosidade por certas temáticas como factor pertinente para a escolha do trabalho (3 frequências): *“Bem... tenho um colega meu que me disse uma vez: eu lembro-me perfeitamente quando tu andavas na clínica geral que querias ajudar os outros, que querias tratar os outros, mas que querias também tratar-te a ti próprio. Agora ele diz: agora já estás numa fase que estás a ajudar os outros.”* Estes profissionais respondem que não aceitariam propostas de mudança, justificando razões de identificação e motivação pessoal (1 frequência): *“porque esta é a área com a que mais me identifico”* e acomodação (1 frequência) ao trabalho que desempenham: *“Eu gosto daquilo que faço e já tenho uma idade em que... não é que seja resistente à mudança mas... se houver de facto uma motivação que justifique.”* Os psiquiatras salientam a necessidade de formação (2 frequências): *“Não há formação institucional, portanto falta muito, falha muito”*; de tempo (2 frequências): *“Tempo para estudar e tempo para mim (...) tempo para usufruir, para pegar nas coisas, para pegar na mota e na mochila, na máquina fotográfica (...) tempo para usufruir de outras coisas”*; e de recursos humanos (1 frequência) para auxiliar no trabalho: *“ (...) mas há falta de psiquiatras.”* Aparece também a necessidade de Supervisão (1 frequência): *“Eu precisava de supervisão, precisava de ter mais ligação com os colegas, precisava de por questões, discutir, falar, precisava de me sentir parte, sentir pertença de qualquer coisa (...)”* Os psiquiatras afirmam que a qualidade da sua intervenção é potenciada quando as necessidades são respondidas (1 frequência): *“ (...) a resposta poderia ser melhor, se houvesse mais recursos humanos (...) Eu procuro minimizar todas as dificuldades, e fazer com que isso não se transfira para o doente. Hum... mas obviamente que aquilo que já funciona razoavelmente ou que nós fazemos em consciência que está a ser bem feito, pode ser sempre melhorado.”* Aparece também a motivação profissional como implicação (1 frequência): *“Sinto-me mais motivado.”* Quando questionados sobre as condições encontradas no local de trabalho, afirmam existir bons recursos físicos e materiais (1 frequência): *“Olhe, acho que do ponto de vista do espaço físico temos boas condições”*, mas uma articulação menos satisfatória com outros técnicos e colegas (1 frequência): *“Em termos da relação, atendimento, em termos de trabalho com outros técnicos já começa a haver (...) Em termos de trabalho de equipa médica, é 0”* Os médicos psiquiatras destacam a necessidade de suporte logístico (2 frequências): *“Olhe, falta-nos aqui uma máquina de electroplepsia, por exemplo (...) acho que nos falta aqui uma boa biblioteca (...) temos pouco suporte a nível informático (...)”*

Aparece em menor frequência a necessidade de um suporte ao nível da formação e supervisão especializada (1 frequência): *“Hum... e porventura, o apoio por parte dos internistas, dos médicos internistas, mais presente.”*

Os assistentes sociais focam a influência da formação universitária na escolha do trabalho (1 frequência): *“ (...) o meu estágio de fim de curso foi na área da saúde, com doentes com SIDA (...) uma área que senti fascínio (...) não sei explicar porque, mas sempre gostei”*; as condições profissionais (1 frequência) que eram oferecidas: *“ (...) gostei da forma como tratavam as pessoas, da forma como tratavam os seus colaboradores o quanto incentivavam ao crescimento pessoal de todos.”* e as características específicas da população que iriam encontrar (1 frequência): *“E a mim não me choca minimamente trabalhar aqui (...) gosto mais desta loucura (...) é uma loucura mais saudável que a loucura de lá de fora (...) as pessoas aqui são como são, sem capas, sem fachadas, são... assim.”* Um dos profissionais de serviço social mostra-se aberto a uma mudança de forma a experimentar outra realidade (1 frequência): *“Se calhar para experimentar outra realidade, não sei. Mas isto ainda num plano, muito teórico, porque eu gosto muito desta... área.”* Outro profissional não aceitava a proposta porque razões de identificação e motivação pessoal (1 frequência): *“Eu própria aqui dentro tenho sentido hum... todo o incentivo para desenvolver (...) Acho que estou, não é satisfeita... mas feliz por fazer parte deste projecto, de estar envolvida numa área que é muito... que ainda é vista com uma população (...) ”* Os assistentes sociais falam na necessidade de supervisão e reuniões clínicas (1 frequência): *“ (...) uma necessidade que eu sinto, grande... é a falta de reuniões clínicas (...) acho que isto é uma lacuna muito grande (...) acho que devíamos discutir as situações dos doentes”*; na necessidade de formação especializada (1 frequência): *“ (...) sinto a necessidade de... mais formação (...) porque cada ser humano tem a sua especificidade e por vezes posso não saber exactamente naquele momento que resposta dar”*; na necessidade de melhoria de algumas condições profissionais (1 frequência): *“Aqui fazendo sempre o que faço, fico sempre no patamar onde estou (...) não pela questão monetária, mas pelo gozo que dá saber que o nosso trabalho é reconhecido (...) aqui... tudo bem faz um bom trabalho, mas depois não há esse reconhecimento... não há um feedback”*; e na necessidade de alguns recursos físicos, materiais e emocionais (1 frequência): *“Acho que faltam estruturas na comunidade.”*

Os assistentes sociais indicam uma melhoria na qualidade da sua intervenção (2 frequências): *“É um grande entrave que eu sinto na realização do meu trabalho (...) Acho que isso iria beneficiar a minha intervenção.”* Um dos técnicos manifesta que não existem implicações (1 frequência): *“Acaba por não ter grandes implicações. Porque a resposta é quase que pronta. Portanto, não temos grandes complicações nesse sentido.”* Os técnicos de serviço social relativamente às condições manifestam com maior destaque a existência de boas relações interpessoais (2 frequências): *“Há uma boa camaradagem e inter-ajuda”*. Mas surgem condições como a localização (1 frequência) da instituição: *“ (...) acho que estamos num espaço privilegiado, estamos num espaço privilegiado da cidade (...) ”*; recursos materiais bons (1 frequência): *“ (...) em termos materiais temos boas condições”* e condições profissionais (1 frequência) insatisfatórias: *“ Mas há uma coisa que acaba por ser um grande handicap. Nós aqui em termos de carreira só progredimos até um determinado nível.”* Os assistentes sociais falam em estruturas de suporte ao nível do apoio logístico (1 frequência): *“ (...) acho que precisávamos de renovar a nossa área informática, que está um desastre”* e relativamente ao horário laboral (1 frequência): *“Se calhar o que acho que fazia algum sentido era nós não trabalharmos tantas horas. Não ser um horário das 9h as 17h. Ser uma coisa mais leve... das 8.30h às 15h... e então aí descomprimir.”* Surge também a ideia que o trabalho em rede com a comunidade (1 frequência) seria um suporte importante na intervenção com os doentes: *“Deixe-me ver... hummmm... era a tal história da rede com o exterior. Gostava de ter esse feedback do exterior. Gostaria de saber que o trabalho que fazemos cá, tem continuidade no exterior.”*

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como foi descrito anteriormente, a finalidade deste trabalho prende-se com o conhecimento das necessidades do técnico que lida com a doença mental aguda, tendo em conta o contexto de trabalho e a população que atende. Neste capítulo reservamos a discussão de resultados, tendo em consideração o objectivo do trabalho, os resultados encontrados, as expectativas iniciais e ainda a revisão de literatura realizada. No imediato passamos a interpretar e discutir em maior detalhe os resultados obtidos por grupo profissional, de forma a descortinar de que maneira estes grupos convergem ou divergem das expectativas iniciais e da literatura.

No grupo profissional de animação sócio-educativa/cultural destacou-se a influência da formação académica na escolha profissional, sendo esta que permitiu o primeiro contacto com esta área específica da saúde mental. Mas ao mesmo tempo observa-se um discurso associado à dificuldade que existe em lidar com este tipo de população, pelas suas características e especificidades. Esta ideia vai de encontro às representações sociais e atitudes face à loucura. A doença mental é vista como sendo algo temível, permanente no indivíduo que a vive e potencial fonte de violência, sendo vivenciada como despersonalizante pelo Eu (Foster, 2001). Esta “*pesada herança*” está associada a visões estereotipadas e preconceituosas sobre a doença mental por parte do público em geral, por profissionais de saúde mental e pelos meios de comunicação social (idem, ibidem). Trabalhar com a doença mental é considerado um desafio que testa as capacidades pessoais e profissionais. Esta é percebida como permanente, incurável e incompreensível (Morant, 2006). Ou seja, nos casos mais graves os profissionais acham que o seu trabalho consiste apenas em ajudar as pessoas a viver, gerir e aceitar os seus problemas de saúde mental (idem, ibidem). Na revisão de literatura observamos que esta escolha profissional pode ser a expressão de uma defesa ou esforço contra-fóbico para dominar o medo da doença mental (Sussman, 1992), sendo um desafio pessoal para o participante. Quanto às oportunidades de mudança de área de saúde mental um dos técnicos demonstra existir desmotivação e desgaste físico e psicológico ao trabalhar com a doença mental, por ser algo que exige do técnico disponibilidade física e psicológica, levando-o a responder positivamente a uma mudança. Segundo Oliveira (2005), o técnico de saúde mental é influenciado pela conotação de doença mental, sendo as suas atitudes e formas de lidar e estar com o doente mental ligadas à ressonância interna que a loucura neles suscita.

A experiência de cuidar deste tipo de população pode suscitar sentimentos de angústia associados à estranheza da vivência psicótica, motivando a mobilização de defesas inconscientes (idem, ibidem). Outro técnico, pelo contrário, afirma que gosta do que faz, sentindo que os doentes precisam de ajuda por serem pessoas com determinadas características. Na literatura a necessidade de ajuda ao outro é associada a motivações inconscientes, como o desejo de assumir o papel de um “*salvador invulnerável*” (Sussman, 1992). Segundo a autora, existe uma necessidade de defesa contra o sofrimento psíquico e doença mental, levando o sujeito a procurar aquilo que tanto teme, através do desejo expresso de querer auxiliar, cuidar e ser útil aos doentes (idem, ibidem). Relativamente às necessidades, um dos participantes aponta para os recursos físicos, materiais e emocionais, como a importância de um espaço físico e psicológico, revelando o reconhecimento da dificuldade ao lidar com esta população, necessitando de uma maior disponibilidade sua para uma melhor actuação profissional, isto é, ao sentir-se bem consigo mesmo está mais aberto para trabalhar com o outro. Dentro desta categoria secundária surge igualmente a necessidade de recursos que se prendem com a falta de materiais que podem ser utilizados no trabalho com os doentes e na carência e limitação de algumas estruturas físicas. A necessidade de formação especializada demonstra que os participantes consideram a formação com uma mais-valia, no sentido de sentido de auxiliar e dotar o profissional de mais conhecimentos teóricos e práticos sobre a forma de intervir e lidar com o doente mental, potenciando assim a eficácia de todo o trabalho desempenhando. De facto encontramos na literatura que a expressão de atitudes negativas e de necessidades, como a formação profissional inadequada ou insuficiente, podem contribuir para a ineficácia do tratamento psiquiátrico (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005), interferindo directamente com a actuação do técnico de saúde mental. A falta de conhecimento, de formação profissional ou inexistência de formação especializada, pode contribuir para a exacerbação de sentimentos de estranheza e medo face à doença mental, contribuindo para a perpetuação do estigma (Foster, 2001). Outra necessidade que surge é a de supervisão, que revela a necessidade dos técnicos em dominar respostas em determinadas situações com este tipo de população. O participante enumera a necessidade de fazer mais reflexões conjuntas sobre os casos, e igualmente sobre as dificuldades que encontram ao lidar com determinadas problemáticas inerentes a este contexto.

A Supervisão é considerada como facilitadora na compreensão dos casos clínicos e na resolução de problemas que vão surgindo no contexto institucional. A necessidade de supervisão, da mesma maneira que a formação, pode contribuir para eficácia da intervenção do técnico de saúde mental (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005), tendo uma implicação directa no seu trabalho. Estes profissionais expressam claramente que estas necessidades têm implicações ao nível da qualidade da sua intervenção. Quanto às condições encontradas no local de trabalho, ambos relevaram as boas relações interpessoais existentes e a qualidade de alguns recursos físicos, materiais e humanos. A primeira surge como indicador do ambiente de trabalho, demonstrando que a equipa é um ponto de apoio. Quanto às estruturas de suporte, estas estão associadas a questões logísticas, destacando-se os bens materiais. Estes recursos são sentidos como facilitadores de uma melhor prestação de cuidados ao doente.

Os profissionais de enfermagem enumeram vários pontos como motivadores para a escolha deste trabalho, destacando-se as condições profissionais oferecidas, a indicação de pessoas conhecidas e a influência da formação académica. Mas a ideia de ajuda ao outro também surge como motivação para escolher este trabalho, o que poderá denunciar que certos traços marcados e características da personalidade do técnico influenciarão a sua forma de estar e de agir com esta população. A escolha profissional pode ser a expressão de uma defesa ou esforço contra-fóbico para dominar o medo da doença mental (Sussman, 1992). A escolha do técnico pode estar associada a motivações inconscientes de querer salvar e ajudar (idem, ibidem). De facto, ao longo da entrevista surge o desejo expresso de auxiliar, cuidar e ser útil aos doentes. Associados a estes desejos manifestos está a necessidade de defesa contra a doença mental, o sofrimento psíquico, levando a pessoa a procurar o que tanto teme (idem, ibidem). Verificamos a presença de stress associado ao ambiente e natureza dos doentes, demonstrando a ideia de dificuldade em lidar com aquilo que lhes é estranho e diferente. O contacto com esta população pode invocar, no profissional de saúde mental, sentimentos de angústia relacionados com a estranheza da vivência psicótica (Oliveira, 2005). Ou seja, a interacção com o doente mental pode causar elevados níveis de ansiedade (idem, ibidem). Toda esta estranheza associada à doença mental é influenciada pelas representações sociais do técnico.

Na literatura (Serino, 1957, Schroder & Ehrlich, 1968, cit. por Morant, 2006) encontraram representações sociais mais diferenciadas do Eu em enfermeiros psiquiátricos e elevados de rejeição social relativamente aos doentes mentais. Trabalhar estas atitudes e representações sociais é pertinente, visto que as mesmas têm um impacto significativo nas experiências, vivências e evolução do sujeito (Oliveira, 2005), podendo as mesmas atitudes “*influenciar o próprio estilo e qualidade de interação e intervenção durante o tratamento do sujeito doente mental*” (idem, ibidem). Relativamente a necessidades, apontam as limitações dos recursos físicos, materiais e emocionais, nomeadamente as limitações das estruturas físicas e necessidade de estruturas de suporte na comunidade. É igualmente destacada a necessidade de supervisão que proporcione um espaço físico e psicológico para melhor lidar com os sentimentos que os invadem. O reconhecimento da dificuldade ao lidar com esta população, exige uma maior disponibilidade do técnico para uma melhor actuação profissional. Ao sentir-se bem consigo mesmo, está mais aberto para trabalhar com o outro. A supervisão é tida como um espaço de ajuda ao técnico, para aliviar, elaborar e partilhar com outros profissionais determinados sentimentos que transtornam a sua actuação profissional. A formação é também essencial, por permitir aos técnicos uma resposta mais adequada às necessidades específicas dos doentes. Desta forma o profissional sente que o seu “*conhecimento teórico e prático*” aumenta, potenciando assim a eficácia de todo o seu trabalho. A literatura demonstra que a necessidade de formação, tal como a de supervisão, pode influenciar a eficácia da intervenção feita com o doente (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Por outro lado a falta desta pode contribuir para o crescimento do estigma, através dos sentimentos manifestos de estranheza e medo face à doença mental (Foster, 2001). Os técnicos reconhecem que estas necessidades, quando não respondidas, levam a um acréscimo na dificuldade de trabalhar com esta população, levando à ineficácia da intervenção e à desmotivação e frustração profissional. Por não ver os “*frutos*” e reconhecimento do seu trabalho, quando o tratamento não atende as expectativas do profissional, este se sente invadido por sentimentos de angústia, decepção, frustração e raiva. Nas condições encontradas, os técnicos destacam a variedade de infra-estruturas disponíveis mas o défice de alguns materiais necessários para a intervenção. Destacam as boas relações interpessoais mas, por contraste, a articulação da equipa de trabalho não é a mais desejável, dando a ideia de pouca disponibilidade dos técnicos para a troca de ideias e de vivências, confirmando a necessidade expressa anteriormente, de supervisão.

Como estruturas de suporte ao profissional, emerge o suporte de natureza logístico, centrado na melhoria e reabilitação das infra-estruturas da ‘casa’ e aumento dos recursos de suporte social na rede de atendimento, como a consulta externa, que contribuiria para uma maior eficácia no tratamento e seguimento dos doentes. Esta é uma questão que é vista como bloqueadora da actuação profissional. A estrutura de suporte de formação especializada e supervisão, onde se proporcionem momentos de reflexão sobre as dificuldades de lidar com os doentes mentais e a melhor forma de contornar esses obstáculos que aparecem na intervenção, é igualmente referida. A supervisão é vista como um suporte para a intervenção como para as relações interpessoais, garantindo a continuidade do trabalho e das dificuldades encontradas. A Supervisão é considerada como facilitadora na compreensão dos casos clínicos e na resolução de problemas que vão surgindo no contexto institucional.

Os profissionais de Psicologia apontam para a influência das motivações pessoais, como a história pessoal de vida e traços e características da personalidade, para a escolha deste trabalho. Este apontamento indica alguma vulnerabilidade relativa aos sentimentos que a loucura possa despertar. Como verificamos nos grupos anteriores, a escolha desta área de trabalho pode ser a expressão de um esforço ou defesa contra-fóbica, para controlar o medo relativo à doença mental (Sussman, 1992), denunciando a possibilidade da sua escolha profissional estar ligada a motivações inconscientes, como o querer ajudar alguém, pondo de lado as suas inquietações (idem, ibidem). Explica-se assim a aproximação do técnico àquilo que teme, como defesa contra a doença mental, através dos desejos de ajuda ao outro que sofre (idem, ibidem). A experiência pessoal de doença mental na família pode manifestar-se no desejo de protecção de si mesmo e das pessoas próximas, face ao sofrimento psíquico que foram expostos (idem, ibidem). Surge novamente a ideia de que os doentes mentais são uma população difícil de lidar, devido à sua natureza específica, sendo um desafio pessoal trabalhar nesta área. Esta ideia vai de encontro às representações sociais e atitudes face à loucura presentes na literatura (Wagner 1999a, Foster, 2001, Vietta & Kodato, 2001, Morant, 2006). A doença mental e os doentes mentais são comumente vistos como diferentes, geradores de sentimentos de estranheza, medo, distância, desidentificação do eu, acompanhado de uma grande variedade de significados, forte ambivalência e insegurança.

Logo, é um desafio pessoal e profissional trabalhar na área da saúde mental, com doentes mentais graves, como se de um teste aos seus limites se tratasse. Outro autor (Servais, 2007) sugere que ocorre um processo de desidentificação, que é uma dinâmica que decorre da relação entre psicólogo e cliente. Ou seja, o desejo de distinguir-se do sujeito doente mental. A desidentificação reflecte o desejo de distanciamento emocional e intelectual das pessoas que sofrem de doença mental (idem, ibidem). As necessidades sentidas neste grupo profissional passam pela formação específica, como a psicoterapia e a supervisão, para fortalecer e dotar o técnico do conhecimento teórico necessário para intervir junto dos doentes mentais. A formação é percebida como necessária e positiva, capacitando o profissional dos instrumentos para auxiliar e suportar a sua intervenção. A inexistência desta formação ou a desadequação da mesma pode levar a afectações negativas no que concerne à eficácia do trabalho realizado com os doentes (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). A mesma situação pode contribuir para a exacerbação de sentimentos de estranheza e medo face à doença mental e para a perpetuação do estigma (Foster, 2001). Outra necessidade referida é a de supervisão que revela a vontade dos técnicos em saber como responder e agir em determinadas situações com este tipo de população. É expressa a importância das reflexões conjuntas sobre os casos e sobre as dificuldades que encontram ao lidar com determinadas problemáticas inerentes a este contexto, que vêm facilitar a compreensão dos casos clínicos e a partilha de vivências e experiências que possam prejudicar o trabalho desempenhado. Estes profissionais expressam claramente que estas necessidades têm claras implicações ao nível da qualidade da sua intervenção, e influenciam directamente os seus níveis de motivação com o trabalho realizado. É destacado ainda a influência de certas condições profissionais na sua actividade, como o reconhecimento que a avaliação dos serviços é importante para qualificar as boas e más práticas desenvolvidas. As outras condições profissionais denunciadas são a baixa remuneração e a falta de reconhecimento exterior pelo trabalho efectuado. Estes pontos podem produzir insatisfação e desmotivação ligadas ao exercício profissional, gerando sofrimento ao lidar com a realidade em que o profissional de saúde mental está inserido no actual momento da nossa sociedade. As condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde também revelam o descrédito com o reconhecimento desses profissionais. Não podemos deixar de citar que essa realidade, por si só, desmotiva e decepciona a actuação na área da saúde. Outras necessidades, como as estruturas de suporte desejadas, prendem-se a condições logísticas, de recursos humanos e materiais.

Nos psiquiatras inquiridos, as motivações pessoais, como os traços e características da personalidade, influenciaram a escolha deste trabalho. Novamente a escolha profissional do técnico pode estar ligada a motivações inconscientes, podendo ser a manifestação de uma defesa ou esforço contra-fóbico para dominar o medo da doença mental (Sussman, 1992). Aqui exprime-se uma necessidade de defesa contra a doença mental, contra o sofrimento psíquico, levando a pessoa a procurar o que tanto teme (idem, ibidem). As necessidades sentidas e as estruturas de suporte desejadas reportam-se à formação e supervisão de auxílio à prática profissional, que é exigente, tendo em conta a população com que trabalham. Os participantes consideram a formação especializada como uma mais-valia, no sentido de dotar o profissional de novos conhecimentos teóricos e práticos sobre a forma de intervir e lidar com o doente mental, potenciando a eficácia de todo o trabalho desempenhando. A carência de formação ou a formação inadequada pode contribuir para o insucesso da actuação e intervenção do técnico de saúde mental (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Da mesma forma, a falta de conhecimento e formação pode contribuir para a exacerbação de sentimentos de estranheza e medo face à doença mental, ou seja, para a perpetuação do estigma (Foster, 2001). A par da formação a necessidade de supervisão ganha lugar, o que demonstra haver o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde mental da sua pertinência, na construção de um saber teórico e prático que auxilie e enriqueça a prática profissional, dando respostas às eventuais problemáticas que possam surgir. O espaço de supervisão é visto como dinâmico e necessário para aumentar a troca de ideias e vivências, das dificuldades ao lidar com determinados casos, facilitando a compreensão dos casos clínicos e a resolução de problemas que vão surgindo no contexto institucional. A necessidade de supervisão, da mesma maneira que a formação especializada, pode contribuir para eficácia da intervenção do técnico de saúde mental (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Estes profissionais expressam claramente que estas necessidades têm implicações, nomeadamente ao nível da qualidade da sua intervenção e da sua motivação pessoal. Necessidades ao nível de estruturas de suporte no âmbito dos recursos materiais também são uma realidade apontada. Neste grupo é apontada uma necessidade específica, nomeadamente quanto ao tempo que estes profissionais precisam para afastar-se do ambiente e da natureza institucional que caracteriza o trabalho com os doentes e doença mental.

Este afastamento, visto como a possibilidade de usufruir de outras “*realidades*” fora do contexto de trabalho, tem o condão de permitir ao técnico um desempenho mais atento, de forma a dar resposta às inúmeras situações que vão aparecendo na instituição, e de potenciar o seu desempenho profissional. Esta necessidade vai de encontro à ideia de que o trabalho com a doença mental grave é indutora de ansiedade e de outros sentimentos como a angústia, estranheza e medo, que podem invadir o mundo interno do técnico de saúde mental (Oliveira, 2005).

No grupo profissional de serviço social surge a ideia de ser um desafio trabalhar com os doentes mentais, por estes terem necessidades e limitações muito específicas, por serem uma população que aos “*olhos da sociedade*” são vistos como difíceis e diferentes de todos. Manifestam-se assim representações sociais que são comuns a outros grupos da população em geral, sendo encontrados igualmente na literatura sobre profissionais de saúde mental. A doença mental é vista como sendo algo temível, permanente no indivíduo que a vive e potencial fonte de violência, sendo vivenciada como despersonalizante pelo Eu (Foster, 2001). O profissional sente-se “*posto à prova*” ao trabalhar com a doença mental, sendo um desafio que testa os seus limites. O que leva um profissional a optar por esta área? Pode ser a expressão de uma defesa ou esforço contra-fóbico para dominar o medo da doença mental (Sussman, 1992), sendo um desafio pessoal para o participante trabalhar nesta área específica. Um dos profissionais manifesta o desejo de mudança de área de trabalho, demonstrando uma necessidade de experienciar outra realidade que não suscite tanto envolvimento e desgaste profissional. Este mesmo profissional aponta, como uma possível estrutura de suporte, o ter um “*horário de trabalho mais leve*”, que o ajude a abstrair-se do ambiente institucional. Mas, por outro lado, afirma que considera esta “*loucura mais saudável*” que a exterior, evidenciando uma contradição: apesar de achar esta loucura mais saudável, porventura menos chocante, por outro sente-se mais cansado e invadido pelos sentimentos que esta suscita. Talvez o gosto por trabalhar nesta área seja a manifestação de uma defesa inconsciente, contra o medo de “*ficar louco*”. As necessidades e estruturas de suporte que se evidenciam neste grupo profissional passam pela formação especializada e supervisão, auxiliando e dotando os técnicos de conhecimento teórico para melhorar as respostas que dão aos doentes mentais.

A falta de formação especializada demonstra que os participantes consideram a formação com uma mais-valia, no sentido de auxiliar e dotar o profissional de mais conhecimentos teóricos e práticos sobre a forma de intervir e lidar com o doente mental, potenciando assim a eficácia de todo o trabalho desempenhando. Já tivemos a oportunidade de verificar noutros grupos profissionais que a expressão de atitudes negativas e de necessidades, como a formação profissional inadequada ou insuficiente, podem contribuir para a ineficácia do tratamento psiquiátrico (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005), interferindo directamente com a actuação do técnico de saúde mental. Na falta de conhecimento e de formação profissional, ou na inexistência de formação especializada, os sentimentos de estranheza e medo face à doença mental podem aumentar, contribuindo directamente para a perpetuação do estigma (Foster, 2001). Outra necessidade que surge é a de supervisão que, como noutros grupos profissionais, expressa a importância destes técnicos em saber como responder e agir em determinadas situações com este tipo de população, necessitando da orientação de um grupo de supervisão para reflectir sobre os casos clínicos, mas também sobre as dificuldades que encontram ao lidar com determinadas problemáticas inerentes a este contexto. A Supervisão é vista como facilitadora na compreensão dos casos clínicos e na resolução de problemas que vão surgindo no contexto institucional. A necessidade de supervisão, da mesma maneira que a formação, pode contribuir para eficácia da intervenção do técnico de saúde mental (Murray e Steffen, 1999; cit. por Oliveira, 2005). Surge igualmente a necessidade de verificação de certas condições profissionais, em particular o reconhecimento profissional pelo trabalho desenvolvido pelo técnico. As condições profissionais existentes não correspondem às expectativas dos técnicos. A baixa remuneração e a falta de reconhecimento no trabalho produzem insatisfação e desmotivação, ligadas ao exercício profissional, gerando sofrimentos ao lidar com a realidade em que o profissional de saúde está inserido no actual momento de nossa sociedade

Analisando os resultados obtidos, verificamos que algumas das necessidades expressas são sentidas como obstáculos a uma maior eficácia da intervenção dos técnicos de saúde mental. Constatamos também que não existem grandes diferenças entre grupos profissionais quanto às necessidades manifestas, sendo maior a diferença consoante a natureza institucional. Pensa-se que o ambiente institucional poderá ter tido uma grande influência nesta homogeneização de respostas.

Por exemplo, em duas das instituições fomenta-se a ideia de “*família hospitaleira*”, “*irmandade*”, “*de ajuda ao outro*”, remetendo para a união entre técnicos e pacientes, sob a influência do “*culto hospitaleiro*”. Os participantes respondiam como se fossem um grupo, uma “*casa*”, não respondendo pela sua profissão e estatuto profissional individualmente. Um dos participantes chega a dizer: “*Somos uma família hospitaleira. O carisma de São João de Deus, parecendo que não, contagiou-nos e transmite aqueles valores que muitas vezes faltam na nossa casa e na sociedade lá fora. O amor, o ajudar o próximo, o ser solidário, e vendo estes valores, ajuda a relação entre os colegas. Quanto mais nos ajudarmos uns aos outros, mais ajudamos os utentes.*”

Pensamos também que o que pode influenciar as necessidades, atitudes e intervenções do profissional de saúde mental, são o contexto de trabalho e os níveis de satisfação/motivação. Provavelmente encontremos diferenças ao nível das atitudes expressas se o contexto for hospitalar ou se for numa comunidade psiquiátrica ou se a satisfação for menor ou maior. Mas a literatura é escassa nesta área, não podendo dar uma resposta, como é o caso desta presente investigação. Um recente levantamento de necessidades que houve numa das instituições referenciadas, em que os técnicos tinham conjuntamente discutido algumas questões que surgiram, poderá também ter influenciado os discursos dos participantes. O baixo número de técnicos nas instituições poderá ser um dos motivos para a aparente homogeneização de discursos. Nestas instituições todos se conheciam e trabalhavam diariamente, lado a lado, partilhando dificuldades e experiências. Quanto aos discursos dos participantes, encontramos algumas crenças, atitudes e representações sociais face à doença mental subjacentes às necessidades que sentem enquanto profissionais. Surgiram várias vezes ao longo das entrevistas, especialmente nas categorias principais: motivações para escolha de trabalho; proposta trabalho noutra área da Saúde Mental; necessidades e suas implicações na intervenção do técnico; representações sociais de que a doença mental é algo que se deve temer, sendo permanente no sujeito que a experiencia e potencial fonte de violência (Foster, 2001). A doença mental é algo que gera estranheza, medo e ansiedade, solicitando a mobilizações de defesas internas para responder ao impacto destes sentimentos no seu mundo interno (Oliveira, 2005). A interacção e contacto com estes doentes, afecta em muito o seu cuidador porque esta experiencia é vista como emocionalmente desconfortável (idem, ibidem).

No decorrer da interação, o processo de desidentificação, pode explicar o desejo do técnico em distinguir-se do sujeito doente mental (Servais, 2007). A desidentificação reflecte o desejo de distanciamento emocional e intelectual das pessoas que sofrem de doença mental (idem, ibidem).

Visto serem, os profissionais de saúde mental, elementos importantes na desconstrução de algumas representações sociais presentes no público leigo, é importante que estes não sejam influenciados nas suas práticas e atitudes, pelas representações sociais que manifestam e partilham com o restante público, porque estas têm um impacto significativo nas experiências, vivências e evolução do sujeito (Oliveira, 2005), podendo as mesmas atitudes “*influenciar o próprio estilo e qualidade de interação e intervenção durante o tratamento do sujeito doente mental*” (idem, ibidem).

CONCLUSÕES

A elaboração deste trabalho não foi um caminho percorrido sem conturbações e limitações. Primeiramente houve dificuldade em encontrar disponibilidade por parte de algumas instituições para a realização das entrevistas gravadas, sendo necessário recorrer ao tradicional bloco de notas. Apesar desta limitação, as instituições que colaboraram neste projecto, manifestaram interesse na investigação e deram os meios necessários para a realização das entrevistas. No que concerne à literatura, existem muitos estudos sobre atitudes e representações sociais da população em geral face à doença mental, mas em muito menor número no que toca aos técnicos de saúde mental. E, relativamente às necessidades sentidas pelos profissionais de saúde mental ao lidarem com o doente mental grave, esta escasseia grandemente, impossibilitando a comparação dos dados do nosso estudo com outros similares – facto que tornou ainda mais desafiante a realização deste estudo. Outra limitação observada advém do facto de que o trabalho com dados de natureza qualitativa exige rigor e remete para um elevado nível de dificuldade ao nível da sistematização, interpretação e análise, fazendo com que os dados obtidos nem sempre sejam transparentes, objectivos e replicáveis.

Os resultados obtidos sugerem que as maiores necessidades no trabalho com o doente mental grave são atinentes à formação, à supervisão, aos recursos físicos, materiais e emocionais e à melhoria de determinadas condições profissionais. Os técnicos de saúde mental consideram que a satisfação destas necessidades tem implicações directas sobre a sua actuação profissional, melhorando a eficácia da sua intervenção e motivando-os no seu desempenho. Estes profissionais costumam encontrar boas condições de trabalho ao nível das relações interpessoais, mas defrontam-se com outras condições menos satisfatórias, podendo estas interferir com a sua actuação. As estruturas que são tidas como mais desejáveis são as afectas ao apoio logístico, correspondendo à necessidade dos profissionais terem alguns recursos materiais específicos. A reclamação de acesso a uma formação contínua e, ainda, à supervisão como estrutura de suporte à sua intervenção, confirmam estas necessidades. Foi igualmente observado que algumas representações sociais sobre a dificuldade em lidar com esta população específica, são partilhadas com o público em geral, podendo influenciar as suas atitudes e intervenção com o doente mental grave. Foram denotadas representações sociais de ansiedade ou desgaste físico e psicológico face a esta população.

Em termos genéricos a necessidade formativa demonstra a importância de apostar em projectos que proporcionem aos técnicos de saúde mental, instrumentos para a actuação no campo da saúde mental. A formação permite o acesso à informação desenvolvida e actual, e acesso a novas ferramentas que resultem e promovam um maior entrosamento entre a equipa multidisciplinar e um maior desenvolvimento do trabalho efectuado. Pelo contrário, a falta destes conhecidos de formação pode gerar sentimentos de insegurança no agir com o doente e na interacção com outros profissionais. Deve-se almejar que estas formações contemplem igualmente, estudos sobre os efeitos da doença mental no técnico de saúde mental, as suas vivências e experiências que possam ou sejam vividas pelos próprios profissionais. A contribuição para uma maior solidez da actividade profissional, que lida frequentemente com a angústia e estranheza associada à loucura, é indiscutível. Desta forma há a possibilidade de desconstruir representações sociais e atitudes do profissional de saúde mental, fortemente enraizadas, expressas pela forma de pensar e de se relacionar com a doença mental. Segundo Oliveira (2005) “ *se o estado mórbido, pernicioso do paciente psiquiátrico grave parece tão facilmente conduzi-lo e induzi-lo numa espécie de solidão sem nome, marginal de si e do outro, quem o rodeia parece-nos não ter como não se defrontar e reagir a esta tão específica realidade*”. A formação poderia facilitar e adequar a forma de estar do profissional de saúde mental com esta população, mas não é, efectivamente, sinónimo de atitudes positivas face ao doente mental grave (idem, ibidem). A existência de supervisão tem um papel tão importante como a formação profissional. A criação de um momento reflexivo e de um espaço de avaliação de serviços irá proporcionar movimentos de crescimento e amadurecimento da equipa multidisciplinar. Promove-se assim uma maior integração de todos os profissionais envolvidos e uma maior clareza do trabalho desenvolvido. Este momento deve suscitar a aplicação de práticas interdisciplinares e a partilha das dificuldades quotidianas associadas à natureza específica do trabalho e da população. A supervisão contribui ainda na redução do sofrimento psíquico que os técnicos de saúde mental estão sujeitos no seu dia-a-dia laboral. Entende-se por sofrimento psíquico os medos, as angústias inconscientes, a desmotivação, a falta de reconhecimento, a decepção, a estranheza. A supervisão contribui para a elaboração e alívio destes sentimentos. Um dos participantes salienta a importância desta necessidade e da relação em grupo: “*um técnico trabalhando sozinho na instituição iria ficar frustrado ou até mesmo doente*”.

Compreende-se assim que a escuta em grupo proporciona a partilha, o acolhimento e a elaboração do sofrimento psíquico. Os técnicos aprendem a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho. As discussões possibilitam a apreensão dos sentimentos invocados nos casos atendidos. De facto, o trabalho com esta população específica pode suscitar emoções que invadem e atingem o profissional de uma maneira que condiciona a sua posterior actuação (Oliveira, 2005), sendo essencial responder à necessidade do próprio profissional de saúde mental em cuidar da sua própria mente (Cassorla, 1999, cit. por Oliveira, 2005). A supervisão promove alterações na actuação do técnico de saúde mental com a equipa, no trabalho realizado com o doente mental e consigo mesmo, e no desenvolvimento de actividades que proporcionam o equilíbrio psíquico e emocional. E um espaço de supervisão caracterizado pelos bons relacionamentos interpessoais contribui para o sentimento de apoio e realização com o trabalho. É igualmente pertinente responder às necessidades e as carências de estruturas de suporte, no que diz respeito às condições profissionais, nomeadamente na falta de alguns recursos materiais, físicos, emocionais e humanos, na falta de reconhecimento profissional, na renumeração não satisfatória, nos horários laborais carregados, entre outros pontos pertinentes. Os profissionais com necessidades não respondidas e estruturas de suporte inexistentes sofrem com estas adversidades/obstáculos, sentindo-se desmotivados, decepcionados, frustrados, por não verem as suas expectativas correspondidas, por não verem os frutos e o reconhecimento do seu trabalho. As condições laborais experienciadas pelos técnicos de saúde mental podem demonstrar descrédito com o reconhecimento destes. Assim é importante que exista um real interesse das direcções institucionais no bem-estar dos seus profissionais, palpável através da implementação de programas, formações e supervisões viradas para a saúde mental dos profissionais de saúde mental. Esta situação traduz-se num dos comentários de um dos profissionais: *“Uma direcção mais dinâmica, mais voltada para a satisfação pessoal dos colaboradores, seria importante (...).”*

Apesar dos avanços observados na história da “*loucura*”, no que diz respeito às perspectivas sobre a mesma e formas de estar e agir, resquícios das representações sociais e atitudes adoptadas de séculos passados permanecem. Estas leituras não ajudam no combate ao estigma, sendo uma luta inglória por parte daqueles que advogam pelos direitos dos doentes mentais. Findo o nosso trabalho, seria interessante a promoção de mais estudos a nível nacional, futuramente com uma maior número de participantes, sobre as necessidades reais dos técnicos de saúde mental, tendo em conta as atitudes e representações sociais que estes manifestam, não deixando de parte a sua diferenciada formação, experiência clínica e conhecimentos especializados. As necessidades do técnico de saúde mental não podem ser analisadas de forma descontextualizada porque o mesmo está inserido numa realidade institucional, social e pessoal diferente de outros que possam trabalhar na mesma área. Será também curioso observar que necessidades e estruturas de suporte desejadas são mais características em determinada natureza institucional, de forma a ver se determinadas “*filosofias*” das instituições influenciam a maneira de intervir dos profissionais de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 42-54.
- Des Courtis, N., Lauber, C., Costa, C., & Ludewig, K. (2008). Beliefs about the mentally ill: A comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 20 (6), 503-509.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 377-393.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419-425.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Herman, N. J. (1999). Attitudes toward people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423-427.
- Lima, L.P. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Maslin, J. et al. (2001). Combined severe mental health and substance use problems: What are the training and support needs of staff working with this client group? *Journal of Mental Health, 10* (2), 131-140.
- Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information, 37*, 663-685.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology, 45*, 817-838.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social.*, Petrópolis: Editora Vozes
- Murray, M. G. & Steffen, J. J. (1999) Attitudes Of Case managers Toward People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal, 35* (6), 505-514.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin, 32* (4), 709-714.
- Oliveira, S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interacções, 3*, 116-120.
- Oliveira, S. (2005). *A loucura no outro: um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental.* Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling and Development. 86* (2), 143-151.
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions About Mental Illness: a review of the literature. *Psychological Bulletin, 77* (3), 153-171.

- Reid, Y. et. al, (1999). Improving support for mental health staff: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34 (6), 309-315.
- Rodrigues, A. (1986). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 137-155.
- Servais, L., M. & Saunders, S., M. (2007). Clinical Psychologists' Perceptions of Persons With Mental Illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (2), 214-219.
- Vietta, E. & Kodato, S. (2001). Representações Sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (5), 233-242.
- Üçok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S., & Atakli C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 89-91.

ANEXOS

Anexo I – Guião da Entrevista

Primeira Parte

Sexo: M __ F__

Idade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____ Grau de Formação Académica: _____

Ano em que terminou a formação: _____

Outras formações: _____

Local de trabalho actual: _____

Há quantos anos exerce a actividade profissional _____

Segunda Parte

Há quanto tempo trabalha com sujeitos doentes mentais graves?

Em que instituição(ões)?

Está no local actual de trabalho por opção?

Sim_____ Não_____

Se sim, o que o levou a optar por este tipo de trabalho?

Há quanto tempo está no local de trabalho actual a exercer funções?

Se tivesse uma oportunidade de mudança para outra área, aceitaria essa proposta? E porquê?

Sim_____ Não_____

Recebe ou recebeu algum tipo de formação especializada nesta área?

Sim_____ Não_____

Se sim, qual formação e durante quanto tempo?

Sente abertura da instituição no fornecimento e procura de formação especializada?

Em que outras áreas da saúde mental tem experiencia?

Terceira Parte

Que necessidades acha que tem enquanto profissional, na intervenção directa com o doente mental?

Acha que essas necessidades manifestas têm resposta por parte da instituição?

Que implicações têm essas necessidades na sua intervenção enquanto profissional?

Que condições encontra no seu local de trabalho?

Que estruturas de suporte gostaria de ter no seu local de trabalho?

Anexo II – Carta de Pedido de Autorização para recolha de dados

Anexo III – Carta de Consentimento Livre e Esclarecido para recolha de dados

Exmo. Sr. Director

Lisboa, 12 de Janeiro de 2009

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

A aluna Luísa Isabel Henriques Gouveia, finalista do curso de Mestrado Integrado na área de Psicologia Clínica, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, propõe-se a desenvolver um projecto de investigação que envolve a temática da doença mental crónica, no âmbito da sua dissertação de mestrado.

Este projecto de investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, onde se pretende efectuar um levantamento de necessidades junto dos profissionais de saúde mental, para melhor compreender e descrever as percepções pessoais das dificuldades com que estes se deparam no contacto directo e no lidar com o portador de doença mental crónica.

Desta forma, dar-se-á a conhecer as necessidades apontadas pelos diversos técnicos, registando o que consideram mais importante ou aquilo que é sentido como dificultador do seu trabalho e que certamente poderá ter potenciais implicações no seu estilo interventivo.

No sentido de desenvolver e possibilitar este estudo solicita-se que V. Exa. se digne a autorizar a aluna a efectuar os contactos com os técnicos de saúde mental e recolher junto destes as suas declarações.

Os contactos serão efectuados na própria instituição de forma a facilitar a recolha dos dados. Esta consistirá numa entrevista com a duração máxima de vinte minutos. A entrevista será aplicada de forma individual a alguns sujeitos/participantes pertencentes à população dos técnicos de saúde mental da instituição. Para tal consideramos que idealmente, e se tal for possível, que a entrevista seja realizada num local tranquilo e adequado, que permita a devida recolha de informações e o bem-estar do participante/sujeito.

É intenção de proceder à gravação áudio da entrevista que posteriormente será transcrita para papel pela aluna. Para se proceder à gravação dos registos será solicitada a autorização por escrito (termo de consentimento livre e esclarecido) de todos os profissionais envolvidos. As datas e horários das entrevistas serão calendarizados de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas bem como a total disponibilidade para todos os esclarecimentos considerados necessários.

Agradecendo a atenção dispensada, envio-lhe os melhores cumprimentos.

A Orientadora da Dissertação de mestrado

(Prof. Doutora Sandra Santos de Oliveira, Prof Auxiliar do Ispa)

Carta de consentimento livre e esclarecido para recolha de dados

Fui requisitado(a) para participar num estudo nesta instituição. O investigador propõe-se a desenvolver um projecto de investigação que envolve a temática da doença mental crónica, no âmbito da sua dissertação de mestrado. Este projecto tem como objectivo geral a análise exploratória e subsequente descrição das necessidades e expectativas dos técnicos de saúde mental face às condições e estruturas actuais inerentes ao seu contexto de trabalho com sujeitos com doença mental grave.

Este projecto de investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, onde se pretende efectuar um levantamento de necessidades junto dos profissionais de saúde mental, para melhor compreender e descrever as percepções pessoais das dificuldades com que se deparam no contacto directo e no lidar com o portador de doença mental crónica.

Desta forma, dar-se-á a conhecer as necessidades apontadas pelos diversos técnicos, registando o que consideram mais importante ou aquilo que é sentido como dificultador do seu trabalho e que certamente poderá ter potenciais implicações no seu estilo interventivo.

Compreendo que não existem riscos ou desconfortos previstos e não existem procedimentos alternativos disponíveis para este estudo. Estou ciente de que os resultados da pesquisa podem ser publicados mas que o meu nome ou identificação não serão revelados. Para manter a confidencialidade dos meus dados, o pesquisador usará códigos para os sujeitos e somente este terá acesso aos nomes e respectivos códigos. Qualquer dúvida em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois do meu consentimento, serão respondidas pelo investigador responsável.

Declaro que li e compreendi todas as informações atrás indicadas. Que recebi explicações sobre a natureza, objectivos, riscos e benefícios do projecto. Assumo conscientemente os riscos envolvidos e compreendo que posso retirar o meu consentimento e interromper minha participação em qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício. Ao assinar esta carta de consentimento não estou desistindo ou abdicando de quaisquer reivindicações legais ou de direitos. Declaro ainda que recebi uma cópia desta declaração.

Assinatura do declarante

, / / .

Nome completo por extenso:

Certifico que expliquei ao declarante acima indicado a natureza, o propósito e os benefícios potenciais associados com a participação neste estudo, que respondi a todas as questões que foram levantadas e que testemunhei a assinatura do declarante. Furneci ao participante/sujeito uma cópia deste documento de consentimento assinado.

Assinatura do investigador

Lisboa, / / .

Nome completo por extenso: