

Índice

Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO - EXCLUSÃO SOCIAL E DOENÇA MENTAL.....	5
I Capítulo - Em Torno do Conceito de Exclusão Social	5
1. Preceitos Teóricos da Sociologia no Combate à Exclusão Social	5
2. O Estado perante, a Pobreza, a Exclusão e o Risco Social	7
3. A Razão do Conceito de Exclusão Social	8
3.1 A Delimitação e Operacionalização do Conceito de Exclusão Social	10
II Capítulo - A Doença Mental e as suas Vulnerabilidades à Exclusão Social	13
1. A História da Loucura - Da Loucura à Doença Mental	13
1.1 O Nascimento da Clínica e a Dominação das Mentes.....	14
2. Políticas de Saúde Mental.....	16
3. A Doença Mental - do Rótulo ao Estigma e à Exclusão Social.....	21
III Capítulo - A Doença Mental no Modelo Biomédico e Crítica Sociológica	29
1. O Modelo Biomédico na Doença Mental	29
1.1 Tecnologia e Biotecnologia nas Neurociências	32
2. Crítica Sociológica ao Modelo Biomédico	33
2.1 O Processo de Medicalização na Doença Mental	37
2.2 A Doença Mental - Factores e Causas Sociais.....	38
PARTE 2 - ANÁLISE EMPÍRICA DO OBJECTO DE ESTUDO	41
I Capítulo - Modelo de Análise	41
1. Construção de um Modelo de Análise	41
1.1 Construção das Dimensões e Indicadores de Análise	43
1.2 Metodologia e Técnicas de Investigação	45
1.3 Campo Empírico - Unidades de Análise.....	50
II Capítulo - Análise do Objecto de Estudo	53
1. Análise dos Dados Estatísticos Nacionais das Doenças Mentais.....	55
2. Análise Compreensiva dos Dados Recolhidos	61
2.1 As Doenças Mentais - Esquizofrenia e Depressão: o que representam para os profissionais entrevistados?.....	62
2.2 A Função da Política de Saúde Mental na Reinserção/Inclusão Social	66
2.2.1 A Adequação dos Discursos dos Profissionais à Política de Saúde Mental	70
2.3 O Processo de Rotulagem dos Indivíduos com Diagnóstico de Doença Mental	71
2.2.1 A Vulnerabilidade à Exclusão Social de Indivíduos com Uma Doença Mental .	73
2.2.1.1. Privação.....	75
2.2.1.2. Desqualificação.....	76
2.2.1.3. Desafiliação	77
3. Análise Interpretativa - Construção de Perfis	79
Notas Conclusivas.....	85
Referências Bibliográficas.....	91
Legislação Consultada	98
Anexos	99

Introdução

No âmbito do mestrado de Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, na Universidade da Beira Interior, expõem-se no presente documento, a elaboração da dissertação curricular subordinada ao tema: «Exclusões Sociais na Doença Mental: O Caso da Esquizofrenia e a Depressão». Este estudo incide sobre as dinâmicas e vulnerabilidades à exclusão social, reportadas aos indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental, nomeadamente, a esquizofrenia e a depressão. Estas duas patologias foram seleccionadas pelo facto de serem as duas mais representativas, nos censos psiquiátricos de 2004 (DGS, 2004), no que se refere às consultas, aos diagnósticos e internamentos. Porém, convém deixar claro que, em termos gerais, a esquizofrenia tem uma incidência mínima na sociedade, em termos teóricos ronda o 1%, não se equiparando à incidência da depressão, cuja sua prevalência ronda os 10% da do total da população portuguesa, embora este valor não seja, também ele, exacto.

Nas últimas décadas, muitos cientistas sociais defendem a tese de estarmos numa sociedade diferente da de outros tempos, numa nova ordem social. Existem, por isso, várias designações (pós-capitalista, pós-industrial, etc.), sustentadas em diversos argumentos para definir o tipo de sociedade em que vivemos hoje. Todavia, assume-se, neste trabalho, a designação de capitalismo como base social. Um capitalismo de contornos divergentes da sua origem é certo, já não se trata de um capitalismo industrial (centrado no segundo sector económico), mas antes um capitalismo assente no comércio e nos serviços (centrado no terceiro sector económico), com uma especial expansão dos mercados financeiros, caracterizado por um progressivo aumento da urbanização, etc. As suas características pautam-se pela sua fase «madura», pelo risco e pela incerteza da vida social (Beck, 2000) e com uma ciência e tecnologia de ponta, que acelera a informação (Castells, 1998) e a reflexividade (Giddens, 1992), com uma volatilidade como nunca antes visto. Não obstante, a sua base capitalista permanece. No entanto, este novo enquadramento será essencial para percebermos a dimensão deste trabalho, fundamentalmente no que se refere à globalização e, conseqüentemente, aos efeitos que este processo recente provoca, nomeadamente no que se refere à exclusão social e às doenças mentais. Alguns dos efeitos mais referenciados, sobre estas matérias, são, por exemplo, a intensidade dos fluxos migratórios que se constituem e as suas conseqüências devastadoras em termos sociais, como o desemprego, a emergência dos novos pobres, as alterações das instituições tradicionais, como por exemplo a família, entre outras. Estes são apenas alguns exemplos da nova conjuntura social em que vivemos e as suas conseqüências directas. Todavia, têm sido recorrentemente citados grupos vulneráveis à exclusão social e à doença mental que advêm desta nova «ordem» social, mais propriamente das conseqüências directas. Por exemplo, apenas nas que se referiram, podemos expor: os imigrantes; os pobres; os cidadãos; os desempregados, etc.

A exclusão social, de uma forma genérica, é um processo social, acelerado pelas condições sociais acima enumeradas, contínuo e nunca absoluto, isto é, ninguém está totalmente excluído, como também, ninguém está totalmente incluído. Neste sentido,

pretende-se compreender a situação social e perceber as vulnerabilidades sociais de um conjunto de pessoas, onde a sua «homogeneidade» é resultante de um diagnóstico de uma doença mental. De forma sintética, a doença mental consiste num fenómeno social, que transcende o indivíduo, isto é, a explicação biológica e/ou psicológica não é suficiente. A doença mental é proveniente de diversas causas e acontece com a correlação de factores biológicos, psicológicos e sociais. Porém, este estudo não recai sobre as causas deste fenómeno enquanto «doença», remete-nos, antes, para uma abordagem compreensiva das percepções, dos discursos e vivências deste fenómeno, entendido enquanto factor de risco e vulnerabilidade à exclusão social. Portanto, a análise será realizada sobre a subjectividade dos sujeitos, sobre as vivências dos doentes e sobre a percepção e experiência dos profissionais que actuam junto dos indivíduos diagnosticados.

O conhecimento leigo leva, muitas vezes, a confundir a deficiência com doença mental, mas convém deixar claro, que a doença mental não é uma deficiência mental. A doença mental não pressupõe uma insuficiência das capacidades cognitivas, mas antes, uma alteração com diversos graus de gravidade, podendo ser aguda ou crónica e, ao contrário da deficiência, pode ser tratada e curada. Ainda que estas definições não sejam, de todo claras, deixam bem patente a distinção entre a doença e a deficiência (Fazenda, 2006). Do mesmo modo, o estudo sobre a doença mental, não diz respeito somente à ciência da medicina, nomeadamente à psiquiatria, é também um objecto de estudo das ciências sociais, embora a medicina seja mais consensual face às interpretações concorrentes, tal como as próprias instituições onde os profissionais operam. Mas ao sociólogo não cabe contestar a legitimidades desta categoria e as perspectivas dominantes, deve antes, ser capaz de se libertar delas e compreender o modo como elas se construíram (Campenhoudt, 2003). Neste sentido, podemos afirmar, que o paradigma que se torna imperativo nos dias de hoje deve assentar na defesa de uma abordagem multidimensional, ou seja, uma a abordagem biopsicossocial. Desta forma, este trabalho ambiciona atingir um contributo para este imperativo, através de uma análise sociológica, na medida em que se confronta com o modelo unidimensional ou multidimensional, mas com desigualdades internas. Uma abordagem multidimensional implica o igual reconhecimento da validade explicativa de factores de diversas naturezas e uma abordagem integrada sobre um mesmo assunto, sendo que aquilo a que se tem assistido é o domínio mais ou menos legitimado de uma ciência e à predominância do seu modelo explicativo perante as outras.

Em síntese, o que se pretende, neste trabalho, é uma abordagem multidimensional, mas dando ênfase à perspectiva sociológica, de forma a ilustrar os modos como a sociologia poderá dar um contributo importante neste âmbito. De referir também que existem várias perspectivas de tudo o que é abordado neste trabalho, esta não é a única nem necessariamente a mais correcta, é simplesmente fruto das opções que se tomaram. Ambiciona-se construir uma ideia alicerçada na compreensão dos fenómenos em evidência, de forma coerente, argumentada e consistente. Assim, parte-se da análise das relações sociais, da compreensão da experiência que determinados indivíduos, enquanto informadores

privilegiados, obtiveram a respeito de um dado fenómeno, num determinado contexto histórico e cultural. Deste modo, este trabalho pretende contribuir para um caminho que se deve percorrer, o da avaliação e da consolidação de uma política socialmente mais justa. O caminho não se esgota aqui, pelo contrário, tenta-se sim iniciar um exercício, um percurso a que se deve dar continuidade e que se deve desenvolver de forma reflexiva.

A contextualização política nacional, em termos específicos da saúde mental, em que ocorre este estudo designa-se por período «pós-desinstitucionalização» da doença mental, isto é, acontece após algumas décadas do início de uma das maiores mudanças sociais e históricas, ao nível da «doença mental» e, por isso, este trabalho pretende ser uma análise sobre a implementação destas novas práticas (mais comunitárias, mais humanitárias, etc.), que representam este processo e esta nova realidade política e social.

Posto isto, as questões que agora se colocam são:

- a) Em que medida a política actual de saúde mental promove a reinserção/inclusão social de indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental?
- b) Que contornos de vulnerabilidade à exclusão social assumem os indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental?

Os principais objectivos que se propõem para este estudo são:

- i. Analisar o enquadramento político de saúde mental existente e perceber o seu contributo no combate à exclusão social dos indivíduos em causa;
- ii. Averiguar se os discursos dos profissionais de saúde mental se adequam à orientação filosófica e política vigente;
- iii. Perceber os mecanismos de rotulagem a que estão sujeitos os indivíduos diagnosticados com uma doença mental;
- iv. Compreender, juntos dos indivíduos diagnosticados, a forma como eles percebem a sua condição social e os significados que lhe atribuem.

Tendo como referência o primeiro objectivo, proceder-se-á à análise da política nacional de saúde mental, de forma a compreender, mediante o enquadramento teórico e a investigação empírica, em que medida a mesma é realmente contributiva para o processo de reinserção/inclusão social. O segundo remete para a análise dos discursos dos profissionais de saúde mental, procurando perceber o seu grau de coerência com as políticas e as orientações filosóficas no combate à exclusão social. O terceiro aponta para a necessidade de analisar o processo de rotulagem dos indivíduos diagnosticados, a forma como os indivíduos se percebem perante o rótulo e perante o processo de rotulagem. O último objectivo enunciado implica a compreensão dos modos como os indivíduos se situam, em termos de vulnerabilidades, face ao processo de exclusão social, recorrendo a dimensões de análise posteriormente apresentadas.

De forma sintética, a primeira parte divide-se em duas secções principais. A primeira consiste no enquadramento teórico ou posicionamento teórico perante o que se pretende analisar e compreender. A segunda parte baseia-se na análise empírica do objecto em causa. Focando a primeira parte, esta divide-se em três capítulos. O primeiro incide sobre uma análise, necessariamente breve, das principais transformações sociais, bem como das suas consequências, que ocorreram desde a origem da sociologia enquanto ciência, dando particular ênfase à exclusão social e à operacionalização deste conceito. O segundo capítulo versa sobre a construção social do conceito de doença mental e as suas conotações, sobre o enquadramento político e a emergência da clínica, enquanto instituição dominante, no que diz respeito tanto ao entendimento como ao tratamento da doença mental. O terceiro e último capítulo, concentra-se no processo biomédico, ou seja, numa caracterização dos seus princípios dominantes, fundamentalmente biológicos, e numa análise sociologicamente crítica do modelo biomédico. A segunda parte é composta por dois momentos centrais, a construção de um modelo de análise (definição da metodologia e técnicas de investigação a utilizar) e a análise dos dados empíricos. A análise dos dados empíricos é realizada através de três momentos principais: uma análise estatística de dados secundários, fundamentalmente em termos nacionais, mas fazendo uma contextualização ao nível global; uma análise compreensiva aprofundada exposta realizada através das dimensões; e, por último, a construção de perfis de indivíduos com uma doença mental numa situação de vulnerabilidade à exclusão social.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO - EXCLUSÃO SOCIAL E DOENÇA MENTAL

I Capítulo - Em Torno do Conceito de Exclusão Social

1. Preceitos Teóricos da Sociologia no Combate à Exclusão Social

A pobreza sempre existiu em todas as sociedades, como também, todas as sociedades foram e são desiguais. Com a emergência da sociologia, enquanto ciência social, estes fenómenos ganharam uma outra dimensão. A Sociologia surgiu, no século XVIII, no seio de acontecimentos profundos como a Revolução Francesa e a Revolução Industrial. A primeira hasteou a pretensão de ideias e valores sociais como, a Liberdade, a Igualdade e a Fraternidade. A segunda despontou-se, particularmente, através da separação espacial entre a família, o local de produção e da comercialização, que se tornaram vitais na mudança da vida económica das sociedades desenvolvidas, nomeadamente as sociedades ocidentais (Weber, 1996). Mas, também, com as migrações dos camponeses para as cidades industriais, estimulando o processo de urbanização, com a produção industrial mais racionalizada e em grande escala, com um novo modo de divisão interna do trabalho e com uma elevada concentração de operários no local de trabalho (Aron, 1969). Estas mudanças culminaram numa reconstrução explosiva da vida social, dos hábitos pessoais e colectivos, sobre a ordem social tradicional. Esta nova ordem social adquiriu várias denominações, ao longo do tempo, tendo em conta as diversas perspectivas teóricas. Todavia, não será importante discutir aqui esse conflito, por isso, adopta-se o conceito - capitalismo - como designação desta fase social histórica. Entenderemos aqui, por acção económica capitalista, “aquela que se baseia na expectativa de lucro através da utilização das possibilidades de troca, isto é, das possibilidades (formalmente) pacíficas de lucro” (Weber, 1996: 14). Capitalismo porque, de uma forma genérica, o seu fim consiste na transformação do capital, o capital é tanto o meio como o fim da produção capitalista. A verdadeira função específica do capital consiste na produção de um valor excedentário, ou seja, aumentar o capital ou acumulação de capital (Marx, 1975).

Portanto, é nesta nova disposição social que a sociologia se debruça sobre as consequências e os efeitos sociais provocados pelo modelo capitalista. No entanto existiram, ao longo dos tempos, divergências na análise destes efeitos sociais. As discrepâncias mais visíveis foram, por um lado, uma linha sociológica que assentava numa perspectiva sobre a ordem e o equilíbrio social, isto é, para Émile Durkheim, as crises industriais e financeiras contribuem para o amento do suicídio, mas não pelo facto de gerar pobreza, pelo contrário, o problema reside no desequilíbrio social, no desregramento ou do estado de anomia - ausência de regras e valores sociais - que provém da actividade desregulada da sociedade. Aliás, a pobreza continha um valor moral, consistia num travão para o suicídio e é “de facto a melhor

escola para ensinar o homem a dominar-se” (1987: 248). Por outro lado, Karl Marx, através de uma visão mais centrada no conflito social, defende que a população aumenta conforme aumenta a pobreza, inclusive, à medida que aumenta a acumulação de capital, aumenta, no pólo oposto, a pobreza. Para o autor, “a população produtiva cresce sempre numa proporção mais rápida do que a necessidade que o capital possa ter dela” (1967: 412).

Não obstante, as abordagens clássicas, embora reconhecessem a pobreza, as desigualdades e a exclusão social, não se centravam de forma exclusiva nestes problemas, ou seja, foram abordados de forma indirecta. Concentravam, sobretudo, a sua atenção em conceitos como: integração, laço social, coesão social, etc. Deste modo, a sociedade podia-se estruturar em torno de quatro pilares fundamentais: “a sociedade é moderna; a sociedade é um sistema; a sociedade é trabalho; a sociedade é o Estado-nação” (Monteiro, 2004: 31). Logo, a visão projectada pelos autores clássicos continha, quase sempre, “a representação sistémica de um todo social dotado de coerência funcional e suportado por forças morais que garantiam a coesão social, a centralidade do trabalho enquanto mecanismo integrador, e ainda a definição do Estado como garantia da identidade comum e da coesão social” (Monteiro, 2004: 36). Através desta matriz estabeleceram abordagens alicerçadas em dimensões e problemas particulares. Durkheim centrou-se nos laços sociais horizontais, “que ligam os indivíduos entre si e as relações de solidariedade assim constituídas; em Georg Simmel a atenção recai sobre a dimensão mais privada das interações”; Max Weber interessa-se pelos “aspectos «verticais» que configuram a ligação dos indivíduos às representações colectivas, a partilha de valores comuns” (in Monteiro, 2004: 31).

Perante este breve enquadramento, percebe-se as dicotomias existentes ao longo do tempo e a subsistência de várias perspectivas e teorias em torno das desigualdades sociais. No cerne, destas divergências, estiveram as causas destes fenómenos sociais, já que as perspectivas sociológicas assumiram e assumem, posições e oposições sobre os diversos problemas sociais. Assim, a sociologia, desde a sua origem, esteve sempre perante dualidades, acção/estrutura, consenso/conflito, etc. No que diz respeito à pobreza e à exclusão social, a dualidade mais visível, é a da sua possível origem, isto é, a origem estará na estrutura ou na acção, na sociedade ou no indivíduo? Para uns, a pobreza e a exclusão social resulta dos constrangimentos dos sistemas sociais, da rigidez das estruturas sociais, do Estado, da sociedade, etc. Para outros, a causa está subjacente nos indivíduos, pois são eles os responsáveis pela sua situação e pela posição social em que se encontram. Em suma, alguns cientistas centraram-se na análise dos sistemas e das estruturas sociais, enquanto outros, concentraram-se nos aspectos mais ligados aos indivíduos e na forma como eles aproveitam ou não, os recursos disponíveis para a ascensão social. Todavia, na actualidade temos assistido à síntese entre estas duas grandes oposições, ou seja, defendem que tanto a sociedade como o indivíduo, são responsáveis pelas situações de pobreza e de exclusão social, por isso, devem ser analisados simultaneamente.

2. O Estado perante, a Pobreza, a Exclusão e o Risco Social

O sistema capitalista produz desigualdades e vulnerabilidades sociais, como a pobreza e exclusão social. Face a estas situações e com a emergência da formação dos novos Estados¹, assistiu-se à criação dos primeiros seguros públicos e obrigatórios, nos finais do século XIX, na Alemanha de Bismark. Contudo, a protecção social generalizou-se, apenas, após a II Guerra Mundial, mais concretamente na Europa Ocidental e na Escandinávia (Capucha, 2005). O objectivo de melhorar a vida da humanidade e de acabar ou atenuar, com as desigualdades sociais, culminou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, que estabeleceu, em termos legislativos, a igualdade de direitos para todos os indivíduos independentemente da sua posição social², ou seja, a igualdade de oportunidade. O Artigo 1º refere que «todos os seres humanos nascem livres e iguais em direitos e dignidade³», porém, como se sabe e a sociologia enquanto ciência o tenta demonstrar, apesar destes avanços políticos e legislativos, na prática, por vezes, não passam de objectivos ideológicos ou filosóficos. Sabe-se, também, que nem todas as culturas assentam nestas bases, nem todos os países têm um regime político que permita alcançar estes objectivos, nem todas as religiões vão ao encontro destes ideais, entre outras razões. Por isso, partindo do princípio, que estas concepções fundamentais dos direitos humanos são, praticamente, exclusivas das sociedades ocidentais e, nomeadamente, dos países mais desenvolvidos, também se pode aferir que a igualdade de oportunidade, que rege os princípios dos direitos de cidadania, é de alguma forma, também, desigual. Verifica-se que a igualdade de oportunidade apenas visa a igualdade de acesso e não a igualdade de «partida» (Beck, 2000). Portanto, nem todos os indivíduos se encontram na mesma posição social, logo, partem de uma situação desigual e, logicamente, será desigual o acesso aos direitos universais gerais de igualdade. Esta ambiguidade advém do facto de os países ocidentais, na sua maioria, serem defensores de ideologias liberais ou neoliberais, o que se reflectiu na elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, isto é, assentam no princípio da cidadania em que os indivíduos devem ter uma participação activa na aquisição dos seus direitos e devem ser responsáveis pelas suas acções.

Não obstante, estávamos perante um novo período, “em que o modelo Keynesiano do chamado Estado do Bem-estar cobre as principais necessidades e riscos da população dos Estados centrais da Europa” (Estivill, 2003: 6). Foi durante aproximadamente três décadas que este modelo vigorou nos países industrializados da Europa, as décadas do pleno emprego, do direito ao trabalho e do direito à “protecção que abrange a doença, os acidentes de trabalho, a velhice, o desemprego, a escola, alguns aspectos da residência”, etc. (Estivill, 2003: 7). O Estado-Providência surgiu, então, para dar resposta às desigualdades sociais e

¹ Por Estado entende-se como uma instituição, principalmente política, assente numa «Constituição» “escrita e um direito racionalmente estabelecido, com uma administração orientada por regras racionais (as «leis»)” (Weber, 1996: 13).

² Económica, política, género, etc

³ Consultado no Diário da República, na data de 30/10/2010, <http://www.dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>

redistribuir, de uma forma mais justa, os recursos gerados pelo sistema económico capitalista, ou seja, redistribuir através de políticas sociais, de forma atenuar as desigualdades. Todavia, será importante ter consciência “que a intervenção do Estado no problema da pobreza nunca teve a intenção de aboli-la. Raramente teve o alívio da pobreza como objectivo principal” (in Capucha, 2005: 18). Embora seja legítimo e simbólico, “reconhecer que as sociedades europeias desenvolvidas foram as primeiras que alguma vez se propuseram a si próprias a finalidade de acabarem com a pobreza e a exclusão social” (Capucha, 2005: 20).

A crise das últimas décadas no mercado de trabalho, o aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento dos velhos dependentes de pensões sociais, puseram em causa a legitimidade e viabilidade do Estado de Bem-estar. Para Esping-Andersen (1998), as dificuldades actuais dos Estados-Providência assentam em três impactos fundamentais: o impacto da internacionalização económica⁴; as alterações demográficas⁵; a mudança na família⁶. Neste sentido, surgiram então, a partir da década de 70 do século XX, os movimentos neoliberais solicitando o afastamento do Estado da economia e uma maior abertura na relação entre o sector público e o privado, como forma de responder à crise do Estado de Bem-estar, mas também, construindo “novos caminhos de legitimação entre os cidadãos e os Estados. Em resumo, procurando uma articulação mais diversificada entre o Estado e a sociedade” civil (Estivill, 2003: 8). O Estado deixa de actuar de forma assistencialista e passa a incluir a condição da acção dos indivíduos na aquisição dos seus direitos sociais. Cabe aos indivíduos uma quota-parte de responsabilidade, isto é, a passagem de um Estado passivo para um Estado activo, em que a responsabilidade da aplicação das políticas é partilhada entre o Estado e a sociedade civil (Monteiro, 2004). As políticas sociais, “são levadas a cabo pelo sector da assistência social (ou da acção social como a nossa legislação o designa)” (Sousa, et al, 2007: 85). Esta designação deixa bem vincada a mudança que ocorreu, em que o sector da assistência social, caracterizado pela total responsabilidade do Estado na aplicação das políticas, passa a ser designado actualmente por acção social, onde as responsabilidades sociais são repartidas “entre o estado, o mercado e a família (e, um «terceiro sector» de instituições residuais não-lucrativas)” (Esping-Andersen, 1998: 15).

3. A Razão do Conceito de Exclusão Social

O conceito de pobreza foi utilizado, principalmente, durante o apogeu industrial, onde se considerava os pobres como indivíduos socialmente marginalizados e, por vezes, criminosos, delinquentes, que enveredavam por condutas desviantes, etc. Estes indivíduos eram vistos como inadaptados e culpabilizados pela sua própria marginalização, pelo facto de não beneficiarem do progresso (Capucha, 2005: 81). Não obstante, Bruto da Costa define a

⁴ A mobilidade do capital, o aumento do desemprego, a mudança tecnológica, etc.

⁵ O aumento da população idosa dependente do Estado, etc.

⁶ A entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento das famílias monoparentais, etc.

“pobreza como uma situação de privação por falta de recursos” (2008: 62) e que inclusive, em Portugal devemos falar de privação, porque os recursos existentes são capazes de satisfazer a totalidade das necessidades da população, o problema está na distribuição desigual. Para o autor, a pobreza coloca-nos perante dois problemas distintos, mas inter-relacionados: a falta de recursos e a privação. A falta de recursos, para satisfazer as necessidades básicas, significa que não existe uma relação sólida com os sistemas sociais geradores de rendimento. Por isso, a pobreza, por falta de recursos, representa a exclusão social dos sistemas geradores de rendimentos. Contudo, a pobreza também significa privação: a pessoa que não satisfaz as suas necessidades humanas básicas⁷. Logo, a pessoa está em ruptura com diversos sistemas sociais, sistema de saúde, educativo, mercado de bens e serviços, etc. “Quanto mais profunda for a privação, tanto maior será o número de sistemas sociais envolvidos e mais profundo o estado de exclusão social” (Costa, 2008: 63). Assim, “é possível resolver a privação sem resolver o problema da falta de recursos, e, nesse caso, não se resolve o problema de pobreza” (Costa in P. PR 2000: 38), ou seja, apenas se resolve a pobreza quando se torna um indivíduo auto-suficiente em matéria de recursos.

O conceito de pobreza centra-se, particularmente, nos “aspectos distributivos da organização social, originando situações de escassez de recursos materiais”, assente numa lógica distributiva de cima para baixo, isto é, “um modelo vertical, em que os que têm mais são «colocados» no topo e os que têm menos progressivamente mais abaixo” (Capucha, 2005: 77-78). Já o conceito de exclusão social assume uma lógica de dentro-para-fora, dando ênfase sobretudo aos laços sociais entre a pessoa e os grupos ou a sociedade (Costa, 2008: 60), atribui maior ênfase “aos aspectos relacionais e aos mecanismos da integração/desinserção social” (Capucha, 2005: 77-78). O êxito da utilização do conceito de exclusão social reside no facto de se atribuir uma importância, pelo menos implicitamente, à crise dos laços sociais (*in* Capucha, 2005). Segundo Serge Paugam “o pauperismo da sociedade industrial entrou em crise com os fundamentos dessa mesma sociedade. Cada período, de mutações, é marcado pelo nascimento e difusão de um paradigma societal (...). A exclusão é o paradigma a partir do qual a nossa sociedade toma consciência de si própria e dos seus disfuncionamentos” (Capucha, 2005: 79-80). Peter Townsend, refere a privação como um “aspecto de escassez de recursos que afecta indivíduos e/ou famílias privando-os do acesso a bens fundamentais, com a intervenção a centrar-se sobre a dimensão redistributiva do fenómeno” (*in* Monteiro, 2004: 18). Enquanto a exclusão social é concebida “como a negação, ou não respeito, do acesso por determinados grupos a direitos sociais fundamentais e consagrados pelo princípio da cidadania, acentuando a dimensão relacional do fenómeno” (Monteiro, 2004: 18). Porém, muitas abordagens centram-se nos aspectos mais ligados aos direitos e deveres, assentes numa lógica de cidadania, assumindo, por isso, uma tendência mais liberal. Assim, a exclusão social define-se como: o não acesso a uma cidadania plena (Monteiro, 2004: 18).

⁷ Necessidades como a alimentação, vestuário, transportes, água, energia, habitação, etc.

No entanto, existem algumas dúvidas sobre o abandono do conceito de pobreza e a necessidade da utilização do conceito de exclusão social, já que ambos abordam praticamente as mesmas questões, apenas se diferenciam em alguns aspectos e na sua origem geopolítica, ou seja, para Bruto da Costa o conceito de pobreza deriva da “tradição anglo-saxónica (...)”, ao passo que o conceito de «exclusão social» surgiu, nos anos 1960, no âmbito da tradição Francesa” (2008: 59). Ainda que, em termos conceptuais, se possa afirmar que ser pobre não é o mesmo que ser excluído, porque pode-se ser pobre, mas não estar em situação de exclusão e pode-se estar excluído e não ser pobre. Mas a verdade é, que se deve ter em conta, que nenhuma noção da exclusão social é totalmente nova face aos debates sobre a pobreza (Capucha, 2005). Hilary Silver defende que o discurso da exclusão social assenta em três paradigmas: a solidariedade (Republicanismo), a especialização (Liberalismo) e o monopólio (Social-democracia). O discurso republicano acontece “quando os laços sociais entre o indivíduo e a sociedade, conhecidos como solidariedade social, se quebram. Cabe ao Estado a obrigação, em primeira instância, de promover a coesão social por via de processos de «inserção» dos excluídos”. Na perspectiva liberal, a exclusão social resulta da especialização, ou seja, “uma forma de «discriminação» que resulta de uma inadequada separação entre esferas sociais, da aplicação de regras inadequadas a uma dada esfera, ou ainda de fronteiras impostas pelos grupos impedindo a liberdade individual de participação nas trocas sociais”. Finalmente, o paradigma do monopólio defende que a exclusão social surge devido à “formação de monopólios de grupos sociais, deixando outros de fora contra sua vontade e perpetuando desigualdades. A exclusão é combatida pelo acesso destes à condição de cidadania e a uma plena participação na comunidade” (*in* Monteiro, 2004: 20). Em suma, a centralidade nas razões da igualdade de direitos, igualdade de oportunidade ou plena cidadania, estimula a necessidade de privilegiar o trabalho e o incentivo à empregabilidade como medida de combate à exclusão social, de forma a promover a integração social, por isso, faz todo o sentido imputar importância à situação material dos indivíduos/famílias, reforçando a “ideia assumida de que os direitos sociais são largamente fundados sobre o exercício de uma actividade profissional” (Monteiro, 2004: 20).

3.1 A Delimitação e Operacionalização do Conceito de Exclusão Social

Para Monteiro, as dinâmicas de integração nas sociedades modernas resultam de quatro grandes dispositivos: o trabalho, o Estado, a família e a comunidade. Da interacção destes dispositivos resultam os laços sociais, que sustentam a vida, de cada um, na sociedade. Os laços sociais são um “conjunto de relações e interacções de carácter duradouro que permite uma vida em conjunto para além das forças de dissociação e desagregação” (2004: 30), logo, a exclusão social é o contrário de «não-laço alienante». Para Serge Paugam, os processos que conduzem à exclusão social “são o resultado de uma acumulação de desvantagens e de uma ruptura progressiva dos laços sociais” (*in* Monteiro, 2004: 28).

Segundo Amélia Augusto e Maria Simões (2007), a luta contra a exclusão social é condicionada em três níveis: por factores estruturantes, de ordem macro, ou seja, políticas e medidas; por factores de ordem meso, mais de cariz local; e por factores de ordem micro, de cariz individual e familiar. No mesmo sentido, a integração social implica a ocorrência de dois processos: o de inclusão social⁸; e o de inserção social⁹. No âmbito da exclusão social deve-se ter em conta, também, três dimensões de análise: a privação; a desqualificação; a desafiliação. A privação remete-nos para o não acesso aos recursos materiais, consiste numa dimensão que se aproxima com “tradição de estudo da pobreza entendida como insuficiência de recursos para manter condições de vida socialmente aceitáveis” (Augusto e Simões, 2007: 10) e dotar os indivíduos de autonomia (Fernandes *in* P. PR, 1998). A desqualificação, segundo Serge Paugam, designa-se através de um processo com três fases: a fragilidade¹⁰; a situação de dependência¹¹; e a marginalidade¹² (*in* Monteiro, 2004), ou seja, a desqualificação consiste no “descrédito a que são sujeitos aqueles que não participam na vida económica e social” (Augusto e Simões, 2007: 10). Finalmente, a desafiliação remete-nos para “o cúmulo de processos de fragilização dos laços face a dois vectores fundamentais, um eixo de integração/não integração no mercado de trabalho e um eixo de inserção/não inserção numa sociabilidade sócio-familiar” (*in* Monteiro, 2004: 41). Hoje, “a zona de integração parece estar fracturada e a vulnerabilidade expande-se alimentando continuamente a zona de desafiliação” (Monteiro, 2004: 41). Assim, através de uma perspectiva multidimensional, por exemplo no caso da doença mental, se associarmos à situação de doença a falta de recursos financeiros, a vulnerabilidade à exclusão social aumenta de forma significativa. Da mesma forma, independentemente das condições financeiras, se os laços familiares ou institucionais forem fracos aumentam o desencorajamento e os sentimentos de frustração (Augusto e Simões, 2007).

Tendo em conta as três dimensões de análise aqui apresentadas, a sua utilidade consiste na sua utilização para um determinado grupo-alvo, em que este seja analisado mediante cada uma das dimensões, com o intuito de medir, através de indicadores¹³ posteriormente construídos, a intensidade e a vulnerabilidade a que o grupo em causa está exposto. Os indicadores são instrumentos utilizados para medir um determinado fenómeno. A acção científica deve proceder à transformação dos conceitos e a relação entre conceitos, em categorias e proposições, isto é, a passagem de conceitos para indicadores, sejam eles variáveis ou índices, porque só assim se poderá efectuar análises de situações concretas (Almeida e Pinto, 2009). No estudo em causa, pretende-se efectuar uma análise sobre a relação, fundamentalmente, entre dois conceitos: a exclusão social e a doença mental. Desta

⁸ Maior ênfase nas medidas e nas políticas sociais.

⁹ Mais centrada nos indivíduos, na forma como eles mobilizam os recursos para usarem as oportunidades geradas pela sociedade.

¹⁰ Indivíduos afectados com o sentimento de inferioridade e tentam evitar o recurso à assistência social.

¹¹ Indivíduos que recebem apoios regulares e estão conformados com a situação.

¹² Indivíduos estigmatizados, situados nas margens da sociedade e beneficiários de acções de caridade.

¹³ Indicadores como a distribuição de rendimento, emprego, etc.

forma, deve-se procurar construir indicadores que sejam capazes de estabelecer ligações importantes entre estes dois fenómenos.

Para além da construção de indicadores, devemos ter em consideração a existência de categorias mais vulneráveis à situação de pobreza e exclusão social¹⁴, por isso, será necessário ter em conta as tipologias de vida e condições de existência das diferentes categorias sociais vulneráveis. Esta noção identifica-se por modos de vida, que consiste numa “dimensão social - pertença de classe, relação com redes sociais, estruturas familiares -, uma dimensão cultural - símbolos e orientações de vida -, uma dimensão espacial - localizações dos contextos de integração - e uma dimensão temporal - trajectos passados ou virtuais” (Capucha, 2005: 214). Existem também alguns “factores que determinam a extensão, a intensidade e as dinâmicas processuais da pobreza e da exclusão social, bem como a morfologia e as trajectórias das categorias sociais mais vulneráveis” (Capucha, 2005: 101). Podemos organizar o conjunto de factores mais importantes através de dois eixos. No primeiro eixo situam-se “as estruturas e os processos de nível societal, (...) e no pólo simétrico, as práticas e os quadros de interacção. O segundo eixo distingue os factores objectivamente exteriores aos agentes dos que se encontram incorporados nas representações e disposições das pessoas e das comunidades” (Capucha, 2005: 101-102). Para Luís Capucha, uma porção dos factores são, por um lado, de natureza objectiva - são resultado de mutações tecnológicas, da “articulação com o sistema económico e o sistema de emprego, organização do trabalho e as estruturas de distribuição dos rendimentos primários” (2005:102). Por outro lado, devem-se a factores de ordem subjectiva, isto é, se “por um lado, imagens e representações sociais preconceituosas acerca de certas categorias da população impedem muitas vezes o acesso às instituições e ao emprego gerando segregação social (...). Por outro lado, essas representações, muitas vezes, também se incorporam nas pessoas na forma de acomodação, «realismo político», vitimização, passividade, auto-estima negativa, representações negativas de si e do mundo” (Capucha, 2005: 104).

Em suma, devemos ter consciência que é quase impossível medir o grau de exclusão ou inclusão, pelo facto de existir um continuum entre estas duas situações. “O único estado que pode ser definido é o da forma extrema de exclusão, por vezes exemplificada nas formas extremas de sem-abrigo, entendidas como situações em que todos os laços da pessoa com os outros e com a sociedade se encontram em estado de ruptura. O extremo oposto, de total e completa inclusão, é um estado ideal, praticamente impossível de ser definido ou atingido” (Costa, 2008: 75).

¹⁴ Imigrantes; idosos; famílias monoparentais; sem-abrigo; toxicodependentes, etc.

II Capítulo - A Doença Mental e as suas Vulnerabilidades à Exclusão Social

1. A História da Loucura - Da Loucura à Doença Mental

A queda do Império Romano marca, de certa forma, o desinteresse pelas actividades culturais e científicas. Neste sentido, as doenças psíquicas voltaram, durante este período, a ser consideradas como resultado de causas mágicas ou sobrenaturais, tal como havia acontecido no período anterior à civilização greco-romana. Do ponto de vista das práticas e processos terapêuticos, estes eram exercidos “por sacerdotes e feiticeiros e justificados pela concepção essencialmente demoníaca da doença psíquica” (Fonseca, 1995: 13).

Durante a Idade Média os leprosos multiplicaram-se por toda a Europa e foram segregados durante séculos em locais específicos longe da sociedade. Com o fim das cruzadas e o desaparecimento (ou quase) da lepra, as estruturas permaneceram e rapidamente foram retomadas por outros tipos de pessoas excluídas da sociedade, pobres, vagabundos, entre outros. Porém, o que viria a substituir a lepra seria o fenómeno da loucura (Foucault, 2008). Podemos enumerar (Fonseca, 1995) três grandes acontecimentos que ocorreram durante a Idade Média, embora seja considerado um período negativo no que diz respeito ao desenvolvimento da ciência psiquiátrica. O primeiro ocorre com a criação dos asilos. Os asilos albergavam, então os loucos, os pobres, os delinquentes, entre outros. A assistência que se praticava pautava-se pela repressão e pelo castigo. Apesar disso verifica-se a influência árabe na transmissão da cultura grega, já que a cultura muçulmana se tinha tornado, “desde o século VIII, muito sensível aos problemas da perda da razão e da doença psíquica, criando hospitais para albergar e tratar «moralmente» esses doentes” (Fonseca, 1995: 16). O segundo acontece por volta do século XIII, na Europa, sobre a influência do espírito de criatividade que permitiu “que as escolas das grandes catedrais se convertessem em instituições culturais autónomas do mais alto nível” (Fonseca, 1995: 16). Nessa época, Alberto Magno defendia a necessidade de não deixar a alma adoecer e atribuía a toda a doença causas de natureza orgânica. Já Pedro Hispano, afirmava que “as doenças psíquicas eram de etiologia muito variada e deviam ser tratadas por médicos especialistas em psicologia e psiquiatria” (*in* Fonseca, 1995: 16). O terceiro acontecimento sucede, já em plena época «renascentista», nos finais do século XV e durante o século XVI. Esta época ficou marcada pela revolta contra a inquisição das bruxas e por um apelo à solidariedade humana. Neste período destacou-se Paracelso, que sustentava “o uso da quimioterapia e defendia o princípio, de extraordinária intuição científica, de que a doença mental era uma perturbação da substância interna do corpo, o qual se encontrava intimamente ligado à alma (árqueo ou essência da vida)” (*in* Fonseca, 1995: 17). De referir também, que surgiram, por toda a Europa, instituições vocacionadas para o tratamento da loucura, em grande parte pela influência da medicina árabe (Foucault, 2008).

No século XVII a loucura tornou-se o mundo da exclusão, construíram-se casas ou asilos para internamento, onde se encontravam¹⁵ “todos aqueles que, relativamente à ordem da razão, da moral e da sociedade, apresentam sinais de «desrazão»” (Foucault, 2008: 80). Os asilos tinham como finalidade, proteger a sociedade dos «loucos», estes eram isolados da vida social e mantidos nas margens da sociedade (Estébanez, et al, 2002). Durante o século XVII e XVIII, a cura da loucura baseava-se nos medicamentos naturais, “cujo princípio está oculto na natureza, mas cujos resultados são visíveis para uma filosofia da natureza: ar, água, éter e electricidade” (Foucault, 1991B: 300). O tratamento era feito com base no duche, um banho frio para refrescar os seus espíritos ou as suas fibras, o que consistia mais numa punição. Este método foi utilizado como remédio nos asilos até ao século XIX. A medicina clássica não incluiu o dualismo cartesiano, “apenas as práticas da sanção separou, no louco, os medicamentos do corpo dos da alma”. O tratamento psicológico ainda não estava no pensamento médico e por isso, o tratamento baseava-se apenas em medicamentos físicos e morais (Foucault, 1991B: 326). No entanto, é durante o século XVIII que se estabelece a noção da cura. A cura deve “articular-se sobre os elementos constituintes da doença. É que a partir dessa época, começa-se a perceber a doença numa unidade natural que prescreve à medicação sua ordem e a determina com seu próprio movimento” (Foucault, 1991B: 306). Iniciava-se, aqui, os últimos três grandes momentos da História da psiquiatria: o primeiro deu-se em 1789, quando Pinel abriu as portas dos velhos manicómios de Becêtre e de Salpêtrière libertando alguns indivíduos e o louco adquire o estatuto de doente e carente de cuidados especiais; o segundo sucede com a emergência dos Psicotropos em 1958; e o terceiro advém do impulso das correntes francesas e americanas e culminou, por assim dizer, com a introdução de higiene mental na da OMS criada em 1948 (Vidigal et. al. 1999).

1.1 O Nascimento da Clínica e a Dominação das Mentes

O louco foi considerado até à emergência da medicina positiva como «possesso». A possessão não dependia da história da loucura, “mas de uma história das ideias religiosas”. Esta “depende dos poderes fantásticos da neurose, e que aqueles que a religião condenou eram vítimas ao mesmo tempo, da sua religião e da sua neurose” (Foucault, 2008: 77-78). Para Foucault, “o entendimento da loucura ao longo dos tempos é resultado das concepções dominantes sobre o mundo” (Alves e Silva, 2004: 56). Portanto, somente o olhar médico, que se denomina como objectivo, pôs fim às perversões sobrenaturais e, somente no século XIX, a medicina viria a controlar a loucura e “the pathology of insanity was investigated, its clinical forms described and classified, its kinship with physical disease and the psychoneuroses recognized. Treatment was undertaken in university hospitals, out-patient clinics multiplied, social aspects were given increasing attention. By the end of the century the way had been

¹⁵ Pobres, inválidos, velhos na miséria, mendigos, desempregados, etc.

opened for the ideas of such men as Kraepelin, Freud, Charcot and Janet, following in the paths of Kahlbaum and Griesinger, Conolly and Maudsley” (Porter, 2002: 5).

Se no período Clássico a loucura conferia uma espécie de manifestação interior e que nunca se espalhava para o exterior, no século XIX, aconteceu o contrário, passou para fora de si mesmo. “A psicologia «objectiva» ou «positiva» ou «científica» encontrou a sua origem histórica e o seu fundamento numa experiência patológica” (Foucault, 2008: 87). O ser humano só se tornou psicologizável após a sua relação com a loucura, isto permitiu uma psicologia, isto é, “a partir do momento em que a sua relação com a loucura foi defendida pela dimensão exterior da exclusão e do castigo e pela dimensão interior da atribuição moral e da culpa(bilidade)” (Foucault, 2008: 87). Segundo Foucault, a psicologia não tratará o todo da loucura, “a própria noção de «doença mental» (...) está condenada à partida. O que se denomina como «doença mental» é tão-só a loucura alienada, alienada nesta psicologia que ela própria tornou possível” (2008: 89).

De acordo com Foucault (1991A), os médicos, durante muito tempo, basearam-se na observação dos doentes. Estes eram, através das suas doenças, experiências para as práticas médicas e para o desenvolvimento do conhecimento. A medicina encontrava-se numa relação imediata com o sofrimento e com aquilo que o aliviava. Esta observação não tinha por base o conhecimento futuro, realizava-se apenas de forma instantânea e cegamente. O ensino da medicina era realizado na presença do seu objecto e dos seus alunos, ou seja, aprendia-se a ciência médica na presença do doente. “La clínica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada. Há habido sin duda, de Descartes a Monge, y anteriormente entre los pintores y los arquitectos, una reflexión sobre el espacio visible”. A clínica não constitui uma forma de apreender a verdade, mas antes, para apresentá-la e que ela se revele de forma sistemática através da observação directa do doente (1991A: 130). Desta forma, o conhecimento médico tem, como qualquer outro conhecimento, uma base cultural, como também as suas próprias práticas (Augusto, 2004).

Não obstante, a medicina, no século XVIII e XIX, baseava-se no modelo positivista, que partiu de Descartes e mais tarde a partir de Comte, (Paúl e Fonseca 2001). Durante o século XIX, com a abolição das estruturas obsoletas hospitalares e com a universidade, a medicina tornou-se mais organizada e adquiriu novos métodos (Foucault, 1991A). A doença passou a ser definida de forma objectiva através de sintomas identificáveis, baseando-se no modelo biomédico que assenta em três pressupostos fundamentais: a doença consiste numa ruptura do funcionamento normal do corpo; o corpo pode ser separado do espírito; os profissionais médicos são os únicos capazes de tratar a doença. Assim, a biomedicina tornou-se na “expressão máxima do dualismo cartesiano, em que a mente surge separada do corpo e em que este é visto como objecto de conhecimento, sujeito a leis universais e cujas disfunções têm causas que, quando removidas, permitem que se restabeleça o bom funcionamento da «máquina»” (Paúl e Fonseca, 2001: 19).

A medicina tornou-se uma ciência dominante, não apenas pelo seu método científico, mas também, pelas descobertas feitas ou pelos conceitos elaborados, pela construção de um discurso médico, sustentado e reforçado por uma instituição, pelo princípio do autor, do comentário e disciplina e “como se exerceu, em pleno século XIX, a prática do aforismo e do comentário, como aos poucos ela foi sendo substituída pela prática do caso, da colectânea de casos, da aprendizagem clínica a partir de um caso concreto; segundo um modelo, afinal a medicina procurou constituir-se como disciplina, apoiando-se primeiramente na história natural e depois na anatomia e na biologia” (Foucault, 1997: 47). O poder médico consiste num poder-saber, mas sobretudo, num “poder técnico-científico, a indeterminação do saber é a barreira que separa as diferentes qualidades científicas e técnicas do saber médico, que separa os saberes médicos dos saberes periféricos e dos saberes profanos e é, simultaneamente, a cláusula que assegura a não ingerência de quaisquer formas de regulação externas à profissão” (Carapinheiro in Augusto, 2004: 133). Mas o discurso profissional evita o uso de referências ao seu poder, utiliza um discurso alicerçado na objectividade e na neutralidade científica e emprega uma orientação altruísta, de forma a ocultar o facto de a sua profissão se constituir como uma fonte de autoridade (Augusto, 2004).

Na perspectiva funcionalista, que será abordada de forma mais peculiar no fim deste capítulo, o poder baseia-se numa autoridade legítima e não coerciva, é aceite e partilhado pelos membros de uma sociedade. Nesta perspectiva, o poder diferencial é necessário, por um lado, o médico precisa de ter autoridade e, por outro lado, o paciente deve estar em conformidade com o tratamento. Portanto, esta relação é paternalista, cabe ao médico a decisão do melhor para o paciente. Noutra perspectiva, para Freidson, o poder médico baseia-se na sua pericialidade, mas a relação entre o médico e paciente caracteriza-se por um conflito de interesses e a não-aceitação, por isso, os benefícios são mútuos. A divisão entre as duas classes, médico e paciente, funciona de forma a preservar o poder médico, mas não podemos entender este processo de forma passiva, deve ser analisado de uma forma activa (Augusto, 2004).

2. Políticas de Saúde Mental

No que concerne ao enquadramento político, este à semelhança do que acontece nas outras áreas da saúde, a orientação e a forma de actuar seguida, neste momento em Portugal, é a da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde. A OMS estabeleceu algumas linhas gerais e orientadoras, de um plano de acção, que comporta um compromisso político com vista à promoção da saúde mental. As políticas de saúde mental têm revelado, sobretudo a nível europeu, duas tendências: primeiro no Hospital; depois na comunidade. Em Portugal, a psiquiatria nos grandes hospitais, desenvolveu-se sobretudo no século XIX, mas alargou-se até aos anos 60 do século XX. Durante este período foram construídos alguns

Hospitais¹⁶ que funcionavam numa lógica asilar (os hospitais psiquiátricos), idênticos a outros países europeus, exclusivos para receber alienados. Assentavam numa “concepção dualista da doença mental: por um lado atribuía-a a causas orgânicas¹⁷ e por outro a causas morais¹⁸” (Alves e Silva, 2004: 57). Com a reforma da legislação da «assistência aos alienados», em 1911, tentou-se a implementação de colónias agrícolas, no entanto, na prática só viria acontecer em 1959.

Não obstante, em 1945, é legislada e proposta, pela primeira vez, “uma abordagem profiláctica e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos. Para o efeito, o país é dividido em três zonas de assistência psiquiátrica - Norte, Centro e Sul” (Alves e Silva, 2004: 58). Nessa altura, tornou-se oficial o ensino de psiquiatria em Lisboa, Porto e Coimbra e Portugal passa, também, a ser reconhecido ao nível internacional, pelo trabalho do neurologista Egas Moniz¹⁹. “The social psychiatry movement beginning after World War II in the UK with its commitment to the «open hospital» and «community psychiatry» began to halt the chronicity produced by the «total institution» well before psychotropic drugs were in wide use (...), although effective drugs accelerated the rate of change” (Eisenberg, 2002: 6). Para uns, esta mudança efectuou-se devido ao facto de estarmos num período de grande crescimento económico, devido aos movimentos civis na época e uma maior sensibilização em relação à diferença, às minorias, chegando “à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. Surgiu então a proposta da reforma psiquiátrica” (Maciel, et al, 2008: 116). Para outros, assistiu-se ao movimento “de reforma das instituições psiquiátricas, no entanto balizado por princípios relativamente coincidentes com as necessidades de melhorar a infra-estrutura material dos hospitais” (Freitas, 1972: 213).

Neste sentido e no que diz respeito à desinstitucionalização, esta teve duas lógicas de pensamento que se contrariam filosoficamente. “Por um lado, as novas possibilidades da indústria farmacêutica que permitem a «libertação» dos doentes, controlados, na comunidade; por outro, a contestação da psiquiatrização que esses mesmos avanços produzem ao estenderem os seus efeitos para além do hospital” (Alves e Silva, 2004: 57). De referir que no tipo de “relação institucional, o poder do doente diminui na proporção em que aumenta o poder médico” (Freitas, 1972: 213). Para Eduardo Freitas, “a instituição hospitalar funciona mais dentro de uma lógica exclusivamente técnico-terapêutica e que o doente patenteia mais os traços de excluído que o de doente propriamente dito” (1972: 215). Deste modo, a desinstitucionalização surge “para questionar a instituição asilar e a prática médica e para humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação” (Maciel, et al, 2008: 116). Posto isto, o processo de desinstitucionalização dos doentes e a sua inserção nas estruturas comunitárias

¹⁶ Hospital de Rilhafoles em 1848, Hospital Conde Ferreira no Porto em 1883, etc.

¹⁷ Lesões cerebrais, hereditariedade, etc.

¹⁸ Prostituição, ociosidade, vagabundagem, etc.

¹⁹ Faz a descoberta no campo da angiografia cerebral e realiza a primeira lobotomia pré-frontal (1936) com que angaria o Premio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949 (Alves e Silva, 2004: 58).

descentralizadas, decorre em quatro fases principais das alterações da legislação: “a sectorização (décadas de 60 e 70), a integração nos cuidados primários (década de 80), a integração hospitalar (década de 90) e a reforma (1998)” (Alves e Silva, 2004: 57). Na primeira, a sectorização, tentou-se implementar políticas de saúde mental de base comunitária, à semelhança daquilo que a França e os EUA haviam feito na década anterior. Esta possibilidade resultou, sobretudo, do progresso psicofarmacêutico, que proporcionou o tratamento dos doentes sem a necessidade da permanência deles no Hospital. A doença mental passa a ser controlável logo que o «indivíduo» dê entrada na urgência do Hospital. Paralelamente, foram desenvolvidas as técnicas psicoterapêuticas, com o objectivo de atenuar e libertar os pacientes do «colecte químico» e conseguir a reabilitação/integração do doente. Porém, para Robert Castel, a intenção da política de sectorização visa responder às verdadeiras necessidades da população e tornar a psiquiatria uma ciência com vocação humanista e comunitária. Por isso, verificou-se um reforço progressivo de tendências tecnocráticas e burocráticas que, de alguma forma, estavam encobertas nos objectivos generosos iniciais. A tendência passa por ligar os novos sectores a um hospital geral e não a um hospital psiquiátrico, como também se assistiu a uma reforma da profissão psiquiátrica, ao nível da formação, recrutando os responsáveis médicos dos sectores. Para o autor, os doentes estão a ser categorizados em dois grupos. Por um lado, os que estão numa posição digna da medicina, ou seja, terão direito a receber tratamento e serão encaminhados para instituições para tal. Por outro lado, os incuráveis que serão encaminhados para instituições do tipo hoteleiro, mais numa lógica do asilo. O problema da “doença mental não é só um problema técnico ou um problema médico, isto é, os que pensam que o problema da doença mental faz intervir outras dimensões sociais e políticas, que a psiquiatria, enquanto instituição histórica, tem, frequentemente, escondido”. O sector não será solução para resolver os problemas da “repressão da loucura, mas marca uma deslocação muito importante da posição social e política do problema” (in Cooper et. al., 1977: 59). Portanto, as lutas travam-se noutras instituições, diferentes e mais diversificadas, mais funcionais e mais racionais, todavia, mas não se pode dizer que o sector não é um progresso. Mas, as alterações nas instituições provocaram a emergência de novas forma de exercício de poder psiquiátrico, que futuramente será mais subtil, mais insinuante e sem duvida mais manipulador.

Não obstante, as leis de saúde mental implementadas em 1963, contribuíram para a criação de “Centros de Saúde Mental ao nível distrital, facto que permitiu oferecer pela primeira vez cuidados de saúde mental ao nível local a população que até então apenas podiam recorrer aos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra” (CNRSSM 2007: 31). Rompeu-se então com as orientações anteriores e passa-se a falar “em promoção de saúde mental o que torna necessária uma «acção profiláctica» (tónica na prevenção) de carácter individual ou colectivo, uma «acção terapêutica» (tratamento) e uma «acção recuperadora» (tónica na reabilitação e integração social através da adopção de medidas psicopedagógicas e sociais)” (Alves e Silva, 2004: 59). Um ano mais tarde é decretada uma nova lei com vista à

criação de instituições extra-hospitalares, mas na prática nunca aconteceu, continuando a responder à saúde mental através da lógica hospitalar.

Em 1971 foi decretada nova lei que aproximou, novamente, “do ponto de vista legislativo, a política de saúde mental das correntes europeias na medida em que definiu a articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços de saúde - psiquiatria de ligação - e integrou a então definida Direcção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção Geral de Saúde” (Alves Silva, 2004: 59). A psiquiatria de ligação consiste num “modelo organizativo que implica colaboração de psiquiatras com médicos não psiquiatras e outros profissionais de saúde nos hospitais gerais” (Billings *in* Mota, 2000: 240).

Contudo, a integração da saúde mental no Serviço Nacional de Saúde SNS, após várias tentativas²⁰, apenas nos anos 90 se efectivou. “Isto foi legitimado oficialmente chamando «cuidados primários» aos serviços de saúde mental especializados e separados; ambulatório às consultas nos hospitais; e «centros de saúde mental» às divisões artificiais dos hospitais” (Alves e Silva, 2004: 59). Um dado importante recai sobre o facto de a doença mental e a doença física estarem relacionadas. Desta forma, “a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados gerais prestados em meio hospitalar pode reduzir significativamente os períodos de internamento e assim, reduzir os custos” (CCE, 2005: 4). Nesta segunda fase, a integração nos cuidados primários, apesar de a legislação visar a desinstitucionalização e integração dos cuidados, “na realidade continuou a traduzir-se num sistema de cuidados ambulatoriais assente, em grande parte, nos grandes hospitais” (Alves e Silva, 2004: 60). De acordo com o PNS²¹, será fundamental articular a saúde mental, devido à sua transversalidade a todos os problemas de saúde humana, “com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o envolvimento com outros sectores e áreas, nomeadamente, a Educação, a Segurança Social, o Trabalho, a Justiça, a Defesa, o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, as Autarquias, as ONG e a comunicação social” (DGS, 2004: 86).

Na terceira fase, a integração hospitalar da saúde mental nos serviços de saúde geral é, finalmente, posta em prática. Assiste-se à extinção dos centros de saúde mental e dos centros de saúde mental infanto-juvenis. Estes, foram integrados nos hospitais gerais, centrais e distritais e “desde então, quase todos os hospitais têm departamentos e urgências psiquiátricas” (Alves e Silva, 2004: 60). No entanto, como as políticas de saúde mental resultam “de processos de negociações complexas entre o pessoal administrativo, político e médico” (Freitas, 1972: 217), a medida, atrás referida, impulsionou manifestações dos profissionais médico-psiquiátricos, defendendo que estávamos perante uma regressão e que, de alguma forma, reforçava-se a institucionalização. Terá sido o período da história psiquiátrica, em Portugal, onde se assistiu à confrontação entre o poder político e o poder médico-psiquiátrico, já que isto significava uma perda de autonomia e de poder para a psiquiatria como profissão. Estas manifestações terminaram quando se decidiu que os hospitais psiquiátricos prosseguiam “como hospitais especializados com uma maior

²⁰ Desde 1971, 1984, 1987 e 1989.

²¹ Plano Nacional de Saúde.

diversificação de serviços²²”, ou seja, foram mantidos os hospitais centrais especializados. “Esta medida que, parcialmente, integrou os cuidados de saúde mental no sistema geral dos cuidados de saúde, fê-lo pela via da integração hospitalar e não nos cuidados primários como a legislação anterior definia. As urgências psiquiátricas passaram a integrar as dos hospitais gerais” (Alves e Silva, 2004: 60-61). Para os profissionais de medicina “a investigação científica viria a mostrar a elevada prevalência dos problemas psicossociais e de saúde mental a nível dos cuidados primários de saúde e a necessidade de formação dos clínicos gerais nessa área” (Mota, 2000: 240).

Finalmente, a quarta fase consistiu na reforma da saúde mental, no final da década de 90, que visou a “criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si pela via da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias”. Os princípios orientadores basearam-se na “reestruturação da hospitalização psiquiátrica, no sentido da hospitalização dos doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada; envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental” (Alves e Silva, 2004: 61), ou seja, assentaram na ideia dos cuidados continuados e no alargamento e desenvolvimento dos cuidados ao nível da comunidade²³. A partir deste enquadramento foram implementadas várias medidas: a “criação de dispositivos sócio-ocupacionais e residenciais que” operassem “no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária” (Alves e Silva, 2004: 62), como famílias de acolhimento, centros de formação, inserção laboral, etc. Mais recentemente²⁴, promoveram-se algumas “melhorias de relevo nas instalações de alguns departamentos de psiquiatria e saúde mental”. As estruturas de saúde mental pertencem, na sua maioria, ao sector público ou ao sector social. A actuação dos serviços públicos centra-se, sobretudo, nas consultas, internamento e também, em alguns casos, hospitalizações de dia (CNRSSM, 2007: 32). No que diz respeito aos métodos do sector privado, além destas acções, utilizam com mais frequência “os métodos psicoterapêuticos²⁵ que, apesar de existirem nos hospitais públicos e de muitas vezes a sua formação ser financiada por eles, aí não representam mais do que experiências pontuais, isto é, o sistema público não está organizado de forma a poder generalizar este tipo de abordagens dada a sua rigidez estrutural” (Alves, 2008: 60). Por últimos, foi recentemente publicada nova lei²⁶, que visa a “criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental em

²² Unidades de psicogeriatría, consultas de toxicoddependência, etc.

²³ O despacho conjunto n.º 407/98 regulamentava a articulação do sector social e da saúde “na prestação de cuidados continuados a pessoas com problemas de dependência por doença mental e a Portaria n.º 348-A/98, que permitiu a criação de empresas sociais, tiveram um impacto significativo no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com problemas de saúde mental” (CNRSSM, 2007: 32).

²⁴ Através dos Fundos Estruturais da União Europeia ao abrigo do Programa Operacional Saúde XXI, que vigorou entre 2000 e 2006.

²⁵ Psicanálise, psicoterapia, terapia familiar, psicodrama, grupanálise, etc.

²⁶ Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental”²⁷. Estas estruturas serão multidisciplinares e constituídas por três valências: equipas de apoio domiciliário; unidades sócio-ocupacionais; e unidades residenciais.

3. A Doença Mental - do Rótulo ao Estigma e à Exclusão Social

Os conceitos de exclusão social e de doença mental são relativamente «novos». O primeiro mais do que o segundo, mas são de facto recentes, são conceitos da sociedade moderna, sendo que o da exclusão social se enquadra mais na era, defendida por alguns autores, pós-moderna. Portanto, a doença mental, genericamente, substituiu a loucura no século XIX e a exclusão social começa a ser utilizada nos anos 60 do século XX pelas razões já referidas. A relação entre estes dois conceitos é complexa, pois, a doença mental tanto pode ser compreendida como causa para a exclusão social, como enquanto consequência da própria situação de exclusão, a que um determinado indivíduo esteve ou não sujeito. Por isso, a situação de doença mental não implica, necessariamente, estar socialmente excluído.

Não obstante, para Robert Castel, nas dinâmicas de exclusão - inclusão social os dois eixos principais para a inclusão social são: o trabalho e a inserção relacional. Partindo da perspectiva do indivíduo, para que este se sinta parte da sociedade, são necessários suportes importantes: físicos²⁸; psicológicos²⁹; e culturais³⁰ (*in* Estébanez, et. al. 2002). Se o trabalho é um dos principais eixos da exclusão/inclusão social, a doença apresenta-se sobre o sofrimento físico e psíquico, como também implica a perda de capacidade produtiva e económica. Por isso, a doença aumenta, também, “a vulnerabilidade social, tendo profundas consequências económicas, sociais e familiares” (Soares e Serpa, 2000: 5). Segundo Talcott Parsons, a saúde consiste num pré-requisito funcional do sistema social, ou seja, circunscreve-se como uma necessidade funcional, não só para os indivíduos, como também para a própria sociedade. Logo, a doença impossibilita os indivíduos de desempenharem os seus papéis sociais de forma efectiva e, por isso, a doença, consiste em “un estado de perturbación en el funcionamiento «normal» del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social” (1988: 402).

Neste sentido, para o autor, a medicina apresenta-se como um mecanismo de controlo do sistema social e tem como objectivo o de enfrentar as doenças dos seus pacientes, de forma a superar as alterações de saúde dos indivíduos e de decidir o que é ou não é doença. A medicina funda-se numa instituição de controlo social mediante uma acção racional, em que a sua finalidade passa por reduzir, ao mínimo, o número de doenças e, fundamentalmente, as mortes prematuras. Dito isto, o médico é, então, um agente social que opera neste mecanismo de controlo e tem como função o desempenho de um papel

²⁷ Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010, consultado em 30/10/2010, <http://www.dre.pt>.

²⁸ Aspectos materiais.

²⁹ Papéis afectivos que ligam os indivíduos uns aos outros.

³⁰ Os que accionam o sentimento de pertença ao grupo.

profissional, que se baseia num subtipo do grupo mais amplo dos papéis ocupacionais. Estes papéis ocupacionais, “generalmente, en la sociedad occidental, (...) en consecuencia, además de su incorporación de valores adquiridos, es universalistas, funcionalmente específico y afectivamente neutral”, isto é, segundo este ponto de vista, são papéis orientados colectivamente e não auto-orientados (Parsons, 1988: 404). Dentro das expectativas institucionais, espera-se, portanto, que os médicos se ocupem dos problemas de saúde de forma objectiva, imparcial e cientificamente justificada, através dos meios técnicos e humanos disponíveis. A sua obrigação consiste, por isso, em promover o bem-estar dos pacientes, acima dos seus interesses pessoais, especialmente, acima de interesses financeiros. A situação de doença assume, para Parsons, uma situação de desvio à normalidade e, por isso, estar doente implica desempenhar um papel específico, «sick role» (o papel de doente). O sick role não significa uma sanção, mas antes uma conduta para o retorno à normalidade. Deste modo, os pacientes encontram-se perante expectativas institucionais de sentimentos e sanções ou de direitos e deveres/obrigações: (1) os indivíduos, em estado de doença, estão desresponsabilizados das suas responsabilidades sociais, mediante a gravidade da sua doença; (2) não se espera que a pessoa recupere da sua doença, simplesmente pela sua vontade e desejo; (3) o estado de doença é indesejável e o indivíduo deve ter a obrigação de querer curar-se; (4) o doente tem a obrigação, dependendo da gravidade dos casos, de procurar ajuda tecnicamente competente, geralmente ajuda de um médico e cooperar com ele para a sua cura (Parsons, 1988).

Freidson identificou três tipos de papéis de doente correspondentes aos vários graus da doença: condicional³¹; legitimado condicionalmente³²; e o papel ilegítimo³³. No entanto, o papel de doente, apesar da sua importância para a compreensão de um contexto social mais abrangente, carece de limitações no que concerne à experiência da doença por parte dos indivíduos. De referir também que nem todos os indivíduos aceitam o seu diagnóstico, o indivíduo pode sofrer de um situação de saúde em que não exista diagnóstico e, por isso, o papel do doente não é universal, varia conforme os factores sociais. Desta forma, será necessário perceber a forma como os indivíduos experienciam a doença e como a concebem aos outros (Giddens, 2004).

Não obstante, Parsons considera, portanto, o estado de doença como uma conduta desviante e, por isso, negativa e indesejável. A pessoa doente, em proporção da sua gravidade constitui uma frustração para as expectativas sociais da sua vida, sentindo-se, frequentemente, “humillado por su incapacidad para funcionar normalmente; sus relaciones sociales quedan interrumpidas en un grado mayor o menos” (1988: 412). Para o autor, as doenças não são simplesmente um fenómeno «natural», porque a etiologia de muitas doenças está nas motivações sociais, especialmente, “el campo de la «enfermedad mental», cuyos

³¹ Indivíduos que sofram de uma situação de doença de forma temporária e que pode ser recuperada e o papel de doente varia conforme a gravidade da doença.

³² Indivíduos que sofram de doenças crónicas e tem, por isso, direito ao papel de doente.

³³ Acontece quando alguém sofre de uma ou algum problema de saúde estigmatizado pelos outros, podendo mesmo ser responsabilizado pela própria situação de doença.

sintomas aparecem principalmente en el nivel de la conducta” (Parsons, 1988: 401). Portanto, a psicoterapia constitui-se, também, como um mecanismo de controlo social, já que a doença mental pode ser percebida como forma de resposta às pressões sociais e como pretexto de se desresponsabilizar perante as responsabilidades sociais. Deste modo, o *sick role* referido por Talcott Parsons (1988), na doença mental não tem necessariamente esse efeito e pode mesmo agravar o processo de rotulagem, pela conotação estigmatizante que este tipo de doenças transporta. Por isso, ao contrário de outras condutas desviantes, no caso da doença mental, o indivíduo não está desresponsabilizado pela sua condição. Deste modo, as doenças mentais, em geral, assumem contornos de carácter indesejado, negativo, assentes em acções de conduta desviante, etc. Entende-se por condutas desviantes, as acções ou atributos pessoais referentes a qualquer membro de um grupo, comunidade ou sociedade, que desrespeita um conjunto de normas e valores que são compartilhadas (Goffman, 2008).

As teorias da rotulagem, fundamentalmente, através de Howard Becker, interpretaram a desviância como “um comportamento que se afasta das normas geralmente admitidas num dado grupo. Uma norma é um preceito de conduta que corresponde a uma situação social determinada” (*in* Campenhoudt, 2003: 79). Se a norma for legal o transgressor está a cometer um delito e constitui-se, então, como um delinquent e se o delito for grave ele será um criminoso. Mas nem todas as condutas desviantes são sancionadas pela lei, como também há certos comportamentos sancionados pela lei que são valorizados por um grupo, por exemplo, a fuga fiscal. Não obstante, quando um indivíduo transgredir uma norma acordada por um grupo, torna-se estranho ao grupo, torna-se um *outsider*. Porém, não podemos dirigir a atenção somente para desviância a uma norma, devemos analisar, também, a forma como ela é produzida, a forma como os grupos sociais criam as normas, cuja sua transgressão constitui uma desviância. Uma Desviância não é apenas “uma qualidade do acto cometido por uma pessoa, mas antes uma consequência da aplicação, pelos outros, de normas e de sanções a um «transgressor». O desviante é aquele ao qual este rótulo foi aplicado com sucesso e o comportamento desviante é aquele ao qual a colectividade atribui esse rótulo” (*in* Campenhoudt, 2003: 81).

Segundo Becker, o investigador não pode ter como certo que se trata de uma categoria homogénea, porque o processo é falível, pode haver uma pessoa que não tenha transgredido as normas e ser designada como desviante. A categoria de desviantes apenas partilha o facto de estar abrangidos pelo rótulo e por estarem rotulados como estranhos ao grupo. Portanto, “a desviância é uma propriedade, não do próprio comportamento, mas da interacção entre a pessoa que comete o acto e as que reagem a esse acto” (*in* Campenhoudt, 2003: 82). A perspectiva não pode ser somente aplicada aos actores rotulados, deve incidir também sobre os fazedores das normas, políticos, médicos, pais, entre outros, aqueles que asseguram o controlo e a eficácia (Campenhoudt, 2003). Por isso, os principais agentes da

rotulagem são os representantes das forças das leis e da ordem³⁷, ou seja, o processo acontece sempre entre os que detêm mais poder para os que têm pouco ou nenhum poder (Giddens, 2004). Devemos considerar a desviância e os desviantes, pois fazem parte do processo em que uns procuram satisfazer os “seus próprios interesses, elaboram e fazem aplicar as normas sob a alçada das quais caem os outros” (Campenhoudt, 2003: 88). O importante é perceber a razão da colocação do rótulo, de desvio, a certos indivíduos (*in* Giddens, 2004). É preciso analisar o processo de criação das normas, ou os fazedores de moral como Becker lhes chama. Estes são paternalistas, intransigentes, entre outras características. Quando atingem o seu sucesso é promulgada uma nova lei e “a partir deste momento, os seus comportamentos, desviantes ou não, serão sistematicamente interpretados em função dessa rotulagem” (*in* Campenhoudt, 2003: 86). Uma vez colocado o rótulo, os indivíduos passam a estar estigmatizados, no caso deste estudo, como doentes mentais. Para Edwin Lemert o rótulo não só perturba a forma como a sociedade vê o indivíduo, como também afecta a noção do próprio indivíduo da sua identidade. Para este autor, existem desvios que não afectam a identidade, por exemplo: não cumprir os sinais de trânsito. Isto consiste num desvio primário, um acto inicial de transgressão e não constituiu qualquer ameaça para a sua identidade. Noutros casos como: um assalto à mão armada, o rótulo acaba por ser aceite pelo indivíduo, passando a ver-se a si próprio como desviante (*in* Giddens, 2004). Contudo, as diferenças dos grupos sociais reflecte-se no processo de rotulagem, será interpretada em função da posição social do autor, varia segundo a classe, género idade, etnia, etc. No caso da doença mental podemos pôr a questão: um escritor ou um pintor com uma doença mental está sujeito ao rótulo do mesmo modo que um indivíduo com menos visão social?

Uma condição necessária para a manutenção “da vida social é que todos os participantes compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas. Quando a regra é quebrada, surgem as medidas restauradoras; o dano termina e o prejuízo é reparado, quer por agências de controlo, quer pelo próprio culpado” (Goffman, 2008: 138). Assim, o sucesso ou o insucesso da manutenção destas normas têm consequências imediatas sobre a integridade psicológica do indivíduo. Porém, não é suficiente o indivíduo manter-se fiel às normas e, na maior parte das possibilidades, os indivíduos não possui qualquer controlo sobre os mecanismos normativos. As normas de identidade comportam tanto os desvios como as conformidades. Por um lado, um conjunto de pessoas que sustentam as normas, que eles próprios definem e os outros que as põem em prática. Por outro, um conjunto de indivíduos que não podem manter a norma nem modifica-la, vêm-se obrigados a não desenvolver o vínculo com a comunidade ou mesmo a quebrá-lo. Deste modo, sempre que há normas, existe sempre a manipulação do estigma numa sociedade. As pessoas tendem a esconder o «eu» precário, não se sujeitam ao insulto e ao descrédito, mas não podemos ter uma visão unilateral sobre esta matéria, tanto o estigmatizado como o normativo (não estigmatizado) são partes um do outro, se um pode ser

³⁷ No caso das doenças mentais, os principais agentes de rotulagem são os médicos, porque são eles que detêm o poder de decidir se está ou não doente.

vulnerável o outro também o pode (Goffman, 2008). Logo, a sociedade estabelece meios para categorizar os seus membros, então quando alguém é apresentado a outrem, tende-se a perceber a sua categoria, os seus atributos, a sua identidade social ou status social, isto é, transformam-se estas percepções em expectativas normativas, exigências apresentadas de forma rigorosa. Assim, um carácter imputado a um indivíduo consiste numa identidade social virtual, enquanto, os atributos e a categoria que tal indivíduo possa possuir constituem a identidade social real (Goffman, 2008).

Segundo Erving Goffman, o conceito de estigma remete-nos para atributos negativos da identidade, atributos que, em quase todas as sociedades, levam ao descrédito. O estigma consiste numa relação entre o atributo e o estereótipo. Podemos referir uma dupla perspectiva do estigma: descreditado - quando o indivíduo estigmatizado tem a sua característica conhecida e evidente e já não a pode ocultar; e desacreditável - quando o indivíduo não tem a sua ou suas características estigmatizadas evidentes e nem imediatamente perceptível, pode ocultá-las. Podemos evidenciar, ainda, três tipos de estigmas: o primeiro diz respeito aos atributos físicos; a segunda tem a ver com as “culpas de carácter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício”; finalmente, na terceira, existem “estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família” (2008: 14). Desta forma, a doença mental encontra-se no segundo tipo de estigmas, segundo a definição de Goffman, ou seja, não se apresenta de forma muito diferente da anunciada por Parsons, atendendo ao facto de esta enfatizar, também, o desvio das condutas normativas.

De acordo com Susana Ferreira, o estigma atribuído a um indivíduo diagnosticado com uma doença mental, acontece de forma mais precisa, após um internamento, já que é a partir do internamento que se institui, nos indivíduos, a impossibilidade de pensarem como não-doentes, o que faz com que passem a ser tratados como doentes psiquiátricos e, sobretudo, ex-internados. Nestes casos, estes indivíduos já não poderão manipular o seu estigma, isto é, passam de indivíduos estigmatizáveis para indivíduos estigmatizados. Para a autora “a estigmatização dos doentes psiquiátricos deriva de três factores que se encontram interligados entre si: (i) a doença de que são portadores, (ii) o estarem ou terem estado internados e (iii) o facto de frequentarem diariamente o Serviço de Reabilitação³⁸ (2004: 128). Um indivíduo com uma doença mental, nesta situação, passa a estar com a sua identidade deteriorada, já que interioriza o seu rótulo e passa a agir de acordo com ele, isto é, aceita o seu estigma.

³⁸ Este último factor prende-se com o facto de o Hospital funcionar como espaço que desacredita todos aqueles que o frequentam, pois o seu carácter estigmatizante espalha-se em ondas de intensidade decrescente, desde os doentes internados até aos doentes externos” (Ferreira, 2004: 128).

De acordo com Goffman, um indivíduo residente numa instituição totalitária³⁹ assume um processo, que se designa por carreira do doente mental, dividindo-se em três fases: na primeira fase - a pré-hospitalização - o indivíduo afasta-se dos mais próximos e está dependente da decisão de terceiros sobre o seu internamento; a segunda - a hospitalização - o indivíduo ajusta-se a esta decisão de forma progressiva e, deste modo, o «eu», do sujeito, está posto em causa e torna-se maleável perante a perda de privacidade, devido ao controlo social exercido na instituição e, assim, a instituição impõem-lhe uma nova identidade; a terceira fase - pós-hospitalização - o antigo recluso está perante “as dificuldades de reinserção no mundo exterior, com o qual o asilo lhe ensinara a cortar quase todas as pontes” (Goffman *in* Campenhoudt, 2003: 58). O internamento de um indivíduo, pelo facto de se considerar que, este esteja com atitudes «anormais», poderá levar-nos a factores, no mínimo, interessantes, porque o mesmo indivíduo pode assumir um papel diferente na instituição de internamento. Goffman demonstrou que os comportamentos não são anormais nem inaceitáveis, se os captarmos a partir do interior, a partir do seu contexto. Goffman apelida esta atitude de adaptação secundária, isto é, o indivíduo procura uma espécie de equilíbrio, uma ligação mínima com a instituição, porque o custo da rigidez e da não-aceitação torna-se dispendioso para ele, paga-se com isolamento, com punições, tratamentos mais musculados, etc. Todavia, o indivíduo tenta manter uma distância do papel que está a desempenhar. Para Goffman, a personalidade dos indivíduos não se limita aos papéis prescritos, as adaptações secundárias podem tornar-se funcionais ou adaptações «integradas», quando servem, apenas, para tornar a vida menos insuportável, atenuar as tensões, etc. Mas podem tornar-se conflituosas e acentuar as tensões, por exemplo através de um protesto colectivo e, neste caso, as adaptações são «desintegradoras» (*in* Campenhoudt, 2003).

A experiência da doença pode acarretar consequências na identidade pessoal e social da pessoa. Para os indivíduos com doenças crónicas “ou em estado de invalidez, as interacções sociais que muita gente considera banais tornam-se algo repleto de riscos e de incertezas”. Corbin e Strauss trabalharam sobre os regimes de saúde, ou seja, sobre a forma como as pessoas, com doenças crónicas, organizam as suas vidas quotidianas e identificaram três tipos de «trabalhos»: o trabalho de doença⁴⁰; o trabalho do quotidiano⁴¹; e o trabalho biográfico⁴² (Giddens, 2004: 163). O controlo do corpo é determinante nas relações sociais. Goffman e Garfinkel demonstraram o quanto se espera que os indivíduos tenham um controlo rigoroso “sobre o seu corpo em todas as situações de interacção social. Além do mais, ser um agente competente significa não só manter um tal controlo contínuo, mas também ser visto pelos outros como fazendo-o”. Os indivíduos devem evitar lapsos do corpo, o controlo exercido de forma rotinizada contribui “para a manutenção do casulo protector do indivíduo

³⁹ A instituição totalitária define-se “como um lugar de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos, colocados na mesma situação, cortados do mundo exterior por um período relativamente longo, levam em conjunto uma vida reclusa cujas modalidades são explícitas e minuciosamente reguladas” (Campenhoudt, 2003: 50).

⁴⁰ Actividades respeitantes a forma como as pessoas lidam com o seu estado de saúde.

⁴¹ Corresponde à forma como as pessoas realizam a gestão dos relacionamentos com os outros.

⁴² Significa o processo de incorporação da doença na vida do indivíduo.

em situações de interacção do dia-a-dia”. A manutenção do controlo do corpo é desenvolvida com a experiência de longo prazo e com a confrontação de ameaças e oportunidades que esta acarreta. No entanto, a auto-gestão do corpo deverá ser o mais completa e constante quanto possível, porque “todos os indivíduos são vulneráveis a momentos de stress quando a competência falha” (Giddens, 1994: 50).

Michel Foucault centrou-se na análise do corpo em relação aos mecanismos de poder, particularmente, no «poder da disciplina» na modernidade. No entanto, de acordo com Giddens, Foucault tornou o corpo equivalente a agência. Goffman desenvolve melhor esta ideia e define que “a disciplina corporal é intrínseca ao agente social competente; é transcultural mais do que especificamente ligada à modernidade; e é uma característica continua do fluxo de conduta na *durée* da vida diária. (...) O controlo rotineiro do corpo é parte integrante da própria natureza tanto da agência como do ser-se objecto da confiança dos outros em verem-se como competentes” (Giddens, 1994: 51). O controlo regular do corpo é indispensável para a sustentação de uma biografia de auto-identidade. Todavia, o *self* fica mais ou menos exposto aos outros, de forma constante, e encarnado num corpo. O sentimento de integridade corporal está associado, segundo Goffman, aos elogios regulares dos outros, aquilo a que Goffman chama de “aparências normais» é parte de contextos rotineiros de interacção”. Todos os indivíduos, independentemente da cultura, preservam uma divisão entre a sua auto-identidade e o seu desempenho, assim, o fluxo da sua actividade pode ser representado ou falso. As rotinas normais podem tornar-se em falsos desempenhos, tal situação poderá levar a um *self* desencarnado, se a diferença for demasiado radical, entre as rotinas aceites e a narrativa biográfica do indivíduo, isto é, o que se designa por falso *self*. A desencarnação consiste numa forma de superiorizar os perigos e encontrar segurança, ou seja, um “indivíduo entra num estado esquizóide temporário e desliga-se daquilo que o corpo está a fazer ou do que lhe estão a fazer ao corpo” (Giddens, 1994: 53). Para os indivíduos ditos «normais» estas noções passam praticamente despercebidas, ao nível do controlo corporal e expressão facial, mas para um indivíduo com uma patologia esquizofrénica, o facto de não poder “aguentar uma aceitação tão taxativa da integridade corporal, o esforço de manter aparências normais pode tornar-se num peso terrível - ele ou ela pode por fim ser literalmente incapaz de «ir andando» (no duplo sentido que a frase tem) e retirar-se mais ou menos totalmente numa vida interior de fantasia” (Giddens, 1994: 53). Todas as rotinas sociais necessitam de um controlo continuo do corpo, no entanto, o corpo não é simplesmente um meio onde as acções se localizam, consiste num organismo físico e carece de cuidado por parte do possuidor.

III Capítulo - A Doença Mental no Modelo Biomédico e Crítica Sociológica

1. O Modelo Biomédico na Doença Mental

Na biologia e nas ciências que derivam desta, dá-se ênfase à adaptação, isto é, será necessário ou não, um conjunto de modificações para que, através das quais, o ser humano se ajuste ao meio ambiente. A adaptação não será simplesmente física, mas também, simultaneamente, mental. Os seres vivos devem ajustar-se continuamente ao meio ambiente para sobreviverem. Deste modo, o sistema nervoso tem, como função principal, relacionar o animal com o meio ambiente (Machado, 2006). Para que isto aconteça são importantes três propriedades do protoplasma⁴³: irritabilidade, condutibilidade e contratilidade⁴⁴. O sistema nervoso contém uma actividade reflexa e para funcionar necessita de estímulos internos e externos. Portanto, desde as células germinais, das quais somos formados, do espermatozóide e o óvulo, que funcionam de acordo com programas genéticos, o desenvolvimento interno, como também o embrião recebe, desde o início, influências do mundo exterior (Garcia e Coelho, 2009). De uma forma simplista podemos dividir as funções mentais em três grandes categorias: as funções afectivas ou emocionais⁴⁵; funções cognitivas ou intelectuais⁴⁶; funções de controlo ou executivas⁴⁷ (Machado, 2006). Dito isto e de acordo com esta perspectiva de ênfase biológica, as perturbações mentais demonstram-se no plano subjectivo: no modo das pessoas sentirem e encararem a vida e na forma como se comportam. No plano objectivo: são identificados comportamentos que não estão dentro dos padrões sociais correntes (Garcia e Coelho, 2009).

Todavia, o processo de desenvolvimento do ser humano efectua-se de forma correlacionada com o ambiente natural e, simultaneamente, com o ambiente humano (social). O desenvolvimento orgânico e biológico do ser humano, em grande parte, “está submetido a uma contínua interferência socialmente determinada” (Berger e Luckmann, 1973: 71). Por isso, o ser humano, enquanto tal, não se desenvolve se estiver isolado e também não conseguirá produzir um ambiente humano. “O organismo humano não possui os meios biológicos necessários para dar estabilidade à conduta humana”. A ordem social é construída e produzida por conjuntos de indivíduos e não é dada biologicamente (Berger e Luckmann, 1973: 75). A adaptação ao meio consiste numa necessidade de sobrevivência, mas não podemos fazer do normal a simples adaptação às normas do meio, caso contrário só seria uma pessoa normal aquela que fosse «equilibrada» e devidamente adaptada ao meio. Outra

⁴³ Parte viva da célula.

⁴⁴ A propriedade de irritabilidade permite a sensibilidade a um estímulo e que uma célula detecte modificações do meio ambiente. “Sabendo que uma célula é sensível a um estímulo quando ela reage a este estímulo, por exemplo, dando origem a um impulso que é conduzido através do protoplasma (condutibilidade), determinando uma resposta em outra parte da célula. Esta resposta pode se manifestar por um encurtamento da célula (contratilidade), visando fugir de um estímulo nocivo” (Machado, 2006: 1).

⁴⁵ Amor, ódio, etc.);

⁴⁶ Ligadas ao raciocínio puro, etc.

⁴⁷ Mais centradas no pensamento abstracto, planeamento e execução de comportamentos complexos

problemática será “o risco de tudo relativizar, ao postular que não existe fronteira entre o normal e o patológico. A saúde e a doença inscrever-se-iam numa continuidade em que ninguém se encontra verdadeiramente de boa saúde nem totalmente doente” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 45). De pessoa para pessoa, “teremos tantas formas de «normalidade» como «formas patológicas», com outras tantas formas de transição entre umas e outras” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 45).

A psiquiatria tem um lugar de destaque na medicina por diversas razões, mas sobretudo, pelo facto de o seu estudo incidir no órgão fundamental do corpo humano: o cérebro. O cérebro é fundamental, porque controla quase todas as funções do resto do corpo (Andreasen e Black, 2009). De uma forma simplista, o modelo biomédico assenta em três etapas: diagnóstico, isolamento e tratamento. Este modelo, quando aplicado à psiquiatria, rege-se, fundamentalmente, pelo «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM). O DSM tem como finalidade organizar as desordens mentais através de grupos de sintomas manifestados pelos utentes, isto é, um grupo de sintomas caracteriza-se por uma doença mental e o tratamento eficaz deve orientar-se pela avaliação objectiva dos sintomas (Whooley, 2010). Deste modo, a psiquiatria consiste numa secção da medicina que se dedica ao diagnóstico e ao tratamento das doenças mentais. O diagnóstico e a classificação tem como objectivo principal “isolar um grupo de entidades patológicas distintas, cada qual caracterizada por uma fisiopatologia e/ou etiologia diferente” (Andreasen e Black, 2009: 17). Esta classificação é feita através de sintomas que são a unidade mais pequena de observação da psiquiatria. “Os sintomas psicopatológicos são modos de vivência e de comportamento, reconhecíveis como iguais ou similares, e que se destacam do habitual e quotidiano próprio das pessoas de uma determinada esfera cultural” (Scharfetter, 2005: 45). Portanto, existem quadros clínicos tipificados que se repetem na prática clínica, devido a uma constelação de sintomas que surgem, frequentemente, e através dos quais se formam grupos. Este conjunto de sintomas é o que chamamos de síndromes. Contudo, as síndromes são utilizadas de várias formas, na maioria delas “não existe qualquer correlação estreita com uma determinada causa constante: são inespecíficos no que respeita a noxas⁴⁸” (Scharfetter, 2005: 46). Por fim, o que distingue a psiquiatria da psicologia é a “sua orientação médica: seu foco primário é a doença ou a anormalidade, em oposição ao funcionamento psicológico normal. (...) Os objectivos primários da psiquiatria como disciplina da medicina são definir e reconhecer doenças, identificar meios para trata-las e fundamentalmente desenvolver métodos para descobrir suas causas e implementar medidas preventivas” (Andreasen e Black, 2009: 5).

No que concerne à etapa do tratamento, podemos afirmar que, de uma forma geral até à década de 50 do século XX, o tratamento exercido para as perturbações mentais era a psicoterapia e, mais tarde, a lobotomia pré-frontal e a electroconvulsoterapia. A falta de tratamento farmacológico e a inexistência de uma psicoterapia estruturada, na época, fez com que a psicocirurgia fosse uma alternativa científica válida para o tratamento de doentes

⁴⁸ Elementos do meio ambiente que afectam a saúde.

psiquiátricos graves. Contudo, já no tempo dos Incas e outras civilizações pré-colombianas, era comum a utilização de práticas de trepanação craniana para expulsar os maus espíritos, embora ainda se estivesse longe do conhecimento das bases orgânicas da vida psíquica (Ferreira 2006). Durante o século XIX ocorreram várias tentativas de localização cerebral das funções mentais, mas somente com o português, António Egas Moniz, a psicocirurgia obteve avanços significativos. Egas Moniz esteve na base da psicocirurgia, que consistia “na proposição de que algumas afecções psiquiátricas teriam como substrato o funcionamento anômalo do cérebro, envolvendo os lobos frontais, cuja modificação poderia proporcionar uma forma de tratamento daquelas” (Ferreira, 2006: 148). Egas Moniz assegurava que certos doentes psiquiátricos, em particular os que apresentam “sintomas obsessivos, têm a sua vida mental circunscrita a um círculo limitado de pensamentos e assim, pela interrupção cirúrgica desses circuitos, os sintomas podem ser aliviados” (*in* Ferreira, 2006: 149). A cirurgia desta natureza começou por se efectuar através da injeção de álcool na substância branca da profundidade dos lobos frontais e, mais tarde, através de um fio metálico que provocava uma lesão cerebral circunscrita, mais regular e previsível. Estes avanços científicos provocaram uma generalização, nas décadas de 40 e 50 do século XX, da prática psicocirúrgica em vários países desenvolvidos. Porém, os efeitos adversos destas cirurgias despertaram a atenção e a importância da psicocirurgia decaiu na segunda metade do século XX, devido aos efeitos secundários provocados pelas cirurgias como o aumento de peso, incontinência urinária, perturbações emocionais, entre outras, ao abuso das práticas em alguns países, pelo desenvolvimento da psicoterapia, mas, sobretudo, devido ao desenvolvimento da farmacologia. (Ferreira, 2006).

Actualmente, especialmente devido aos avanços da psicofarmacêutica, mas também devido à mudança política ocorrida nas últimas décadas que foram referidos anteriormente, o tratamento passou a incutir a ideia comunitária, através do uso de medicação mais eficaz, atribuindo-lhe maior eficiência na reabilitação social. Neste sentido, nas últimas décadas a psiquiatria introduziu os medicamentos psicotrópicos, demonstrando as limitações dos antigos tratamentos perante os novos métodos, os medicamentos: antipsicóticos e antidepressivos (Andreasen e Black, 2009). Os psiquiatras franceses, Jean Delay e Pierre Deniker, introduziram a clorpromazina em 1952 e foram reconhecidos os seus efeitos calmantes eficazes, que tais substâncias tinham no tratamento dos indivíduos psicóticos agitados, não só os acalmava como diminuía as suas alucinações (Andreasen e Black, 2009). Porém, apesar de ter sido administrada durante décadas, estas drogas não tinham os mesmos efeitos em todos os pacientes, 10 a 40% dos pacientes tinham uma reacção inadequada a estes antipsicóticos. Posteriormente introduziu-se uma nova geração de antipsicóticos, que se iniciou com a clozapina, mais tarde acompanhada pela risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e aripirazol. Esta segunda geração apresentou menos danos colaterais e logo adquiriu popularidade. Estes são usados, sobretudo, para o tratamento de transtornos psicóticos, para tratar comportamentos agressivos, a mania, entre outras perturbações. Todavia, os efeitos variam de indivíduo para indivíduo, por exemplo o efeito bloqueio dos receptores

mencionados pode demorar mais tempo nuns e menos noutros, como também um indivíduo pode responder melhor a uma droga do que outra e os efeitos colaterais são sentidos por um perfil único, ou seja, unicamente por cada agente.

No que diz respeito aos antidepressivos, estes surgiram no final da década de 50, ou seja, logo após o aparecimento da clorpromazina, sendo sintetizado o antidepressivo imipramina que consistiu numa tentativa dos pesquisadores de encontrar compostos adicionais para o tratamento da esquizofrenia. A imipramina aliviava a depressão em pacientes psicóticos e deprimidos e contribuiu para o desenvolvimento de antidepressivos triciclos (ADTs). Nos anos 80 surgiu uma nova geração e foram comercializados compostos tetracíclicos. No final da década de 80 e no início da década de 90 surgiram os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRs), entre outros. Estes medicamentos são usados no tratamento agudo e na manutenção da depressão maior, sendo o sucesso de tratamento bastante eficaz, conforme o índice de resposta do placebo de paciente para paciente e com forme a sua patologia, variando de indivíduo para indivíduo os efeitos secundários.

1.1 Tecnologia e Biotecnologia nas Neurociências

Na visão pós-moderna, a medicina assenta em explicações gerais da doença, alicerçando-se na biologia molecular e genética. A ciência moderna provou que a maioria das doenças, em geral e, em particular, no que concerne à doença mental, resultam de uma interacção complexa entre vários factores, biológicos, psicológicos e sociais (Paúl e Fonseca, 2001). As neurociências fornecem-nos um mapa detalhado do sistema nervoso e têm-se desenvolvido, cada vez mais, devido aos avanços tecnológicos. Desta forma, a psiquiatria desenvolveu-se, nos últimos anos, devido à contribuição das neurociências, através do suporte de ferramentas que forneceram aos psiquiatras para a compreensão da anatomia, da química e da fisiologia do cérebro. Segundo este ponto de vista, o desenvolvimento científico permitirá uma compreensão mais eficaz do comportamento humano, bem como o desenvolvimento de novos métodos de tratamento das anormalidades. A psiquiatria vai dos factos mais detalhados da biologia molecular aos conceitos mais abstractos da mente. Esta disciplina pode tornar-se bastante científica e técnica, devido às inovações actuais no desenvolvimento da genética molecular e das neuroimagens, como também poderá ser muito mais humana se os clínicos ouvirem as histórias de vida dos pacientes (Andreasen e Black, 2009).

Dito isto, para David Labreton, com o desenvolvimento da tecnologia médica, criou-se a ideia da infalibilidade dos diagnósticos, “mas o reforço das técnicas não acarreta forçosamente maior eficácia no tratamento dos doentes” (*in* Abdelmalek e Gérard, 1995: 47). Devidos às novas tecnologias médicas deixamos de ver o médico com o papel de padre, confidente, etc. O médico está mais distante do doente e objectiva mais a doença, “o tratamento das informações substitui o tratamento do doente, em vez de constituir uma das etapas deste: medicina dos órgãos e não medicina do homem” (Abdelmalek e Gérard, 1995:

47). Neste sentido, a preferência recai sobre as imagens e a doença deixa de ser vista de forma imaginária, quer pelo médico quer pelo paciente. A medicina torna-se cada vez mais tecnológica, daí a “solidariedade entre as investigações clínicas, laboratórios farmacêuticos, as indústrias de equipamentos médico, (...) o modelo «corpo-máquina/tratamento-máquina» tende a impor-se como ideal de eficácia” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 49). Os custos, devido ao recurso destas novas técnicas, têm aumentado cada vez mais, “a saúde não tem preço, mas tem um custo” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 49). Porém, o recurso à tecnologia não é reforçado apenas pela vontade médica, os próprios pacientes procuram isso, querem saber todas as informações, formas de tratamento acompanhadas de imagens e esperam uma medicina mais racional, com respostas racionais.

Durante o século XX, os diagnósticos baseavam-se, sobretudo, em síndromes, centrando-se numa “observação clínica de sinais e sintomas que ocorrem em grupos de pacientes com curso e resposta ao tratamento característico. O século XXI será a «era do genoma»”, ou seja, com o desenvolvimento da biologia molecular e da genética no futuro poderemos “definir doenças em termos de suas etiologias em vez de seus sinais e sintomas” (Andreasen e Black, 2009: 17). Na actualidade, a psiquiatria moderna vai desde da mente à molécula, “e da neurobiologia clínica à neurobiologia molecular na tentativa de compreender como os transtornos do comportamento têm origem em mecanismos biológicos subjacentes” (Andreasen e Black, 2009: 76), o que poderá acentuar, ainda mais, a distância entre o médico e o paciente. Por fim, nas últimas décadas, devido aos avanços da neurocirurgia e neurofisiologia, como também das técnicas utilizadas como: neuronavegação, imagiologia, estereotaxia, entre outras, assistiu-se ao ressurgimento da psicocirurgia, que apesar de estas cirurgias terem que respeitar critérios rigorosos⁴⁹, este progresso científico poderá fazer ressurgir a psicocirurgia no século XXI como prática constante (Ferreira, 2006).

2. Crítica Sociológica ao Modelo Biomédico

No tempo da psiquiatria asilar, o termo doença mental era imputado “àquelas pessoas cujo comportamento se revela particularmente estranho ou incompreensível” (Quartilho, 2006: 18). No século XIX, Freud e a psicanálise, imputaram ao conceito de doença mental, para além do espectro psicótico, um amplo espectro de condições neuróticas. Mais tarde, através de Foucault, podemos entender as perturbações psíquicas entre duas grandes categorias: as neuroses e as psicoses. As psicoses consistem em perturbações globais da personalidade, distúrbios do pensamento, em geral, a paranóia e todo o grupo esquizofrénico. As neuroses afectam apenas um sector, conservando a lucidez crítica e a personalidade é o elemento onde se desenvolve a doença (Foucault, 2008). Foucault questiona o facto de se dar

⁴⁹ Devem ser feitas por equipas multidisciplinares, por neurocirurgiões e psiquiatras experientes, executadas com técnicas estereotáxicas, devem conter, também, critérios de inclusão (doença crónica e intratável após medicação e psicoterapia, escolha apropriada do alvo cirúrgico) e exclusão (idade inferior a 20 anos e superior a 65 ou 70 anos, comportamento dependente, entre outros) (Ferreira, 2006).

o mesmo sentido às noções de doença, ou seja, sintomas e etiologia em patologia mental e em patologia orgânica. Para o autor existe uma patologia acima destas, a patologia geral e abstracta que domina ambas. Esta patologia desenvolve-se em duas etapas, através da sintomatologia⁵⁰ e da nosografia⁵¹. Sabe-se também, que Leriche insistiu “na necessidade de substituir uma patologia celular por uma patológica dos tecidos orgânicos”. Todavia, para Selye, devia-se procurar “a essência do fenómeno patológico no conjunto das reacções nervosas e vegetativas que são como que a resposta global do organismo ao ataque e ao stress provindo do mundo exterior” (*in Foucault, 2008: 13*). Não obstante, para Wakefield, a doença mental ocorre quando o sistema psicológico interno não funciona “tal como está preparado para funcionar e, ao mesmo tempo, quando esta disfunção é definida como inapropriada, num determinado contexto social” (*in Quartilho, 2006: 21*).

Todavia, não se pode definir a doença mental apenas tendo em conta o funcionamento psicológico, “porque estes padrões requerem, obrigatoriamente, o recurso a termos como «inapropriados», ou «anormal», cujos significados derivam de normas culturais e não de processos naturais, biológicos” (Quartilho, 2006: 21). Portanto, devemos ter em conta os aspectos universais e os aspectos culturais específicos. As perturbações mentais estão, no domínio da medicina, profundamente comprometidas com a categoria cultural e social, tanto ao nível da expressão de sintomas, como na avaliação diagnóstica. “A antropologia demonstrou e explicou como um síndrome é ou não é doença mental consoante as culturas e as sociedades” (Silva e Alves, 2002: 133). A adaptação ao meio social é fundamental para a saúde, mas não existe uma fronteira entre o normal e o patológico, porque o que é normal aqui poderá não ser noutra sociedade, como foi já dito anteriormente. “Não podemos dizer que o conceito de «patológico» seja a contradição lógica do conceito de «normal», pois a vida no estado patológico não corresponde a uma ausência de normas, mas sim, de presença de outras normas” (*in Abdelmalek e Gérard, 1995: 43*). Em suma, a psicologia, embora tenha conseguido situar o facto patológico e “revelado as formas de aparecimento da doença, não” conseguiu “demonstrar as condições do seu surgimento” (Foucault, 2008: 73). Para Émile Boutroux, as leis da psicologia são relativas a uma «fase da humanidade», ou seja, “a doença tem a sua realidade e o seu valor de doença apenas no seio de uma cultura que a reconhece como tal” (*in Foucault, 2008: 73*).

Ainda neste sentido, a consistência dos diagnósticos é posta em causa quando se confronta a normalidade com a anormalidade, onde a saúde mental e a doença mental não são de todo evidentes. Para Abdelmalek e Gérard, o termo normal não é absoluto ou essencial, o que existe são singularidades e não as podemos confundir com o tipo ideal, caso contrário, deixávamos de ter indivíduos e todos se assemelhavam. A tendência tem sido assimilar o normal a uma média estatística, ou seja, o normal seria o mais frequente, o mais habitual, o tal tipo ideal. O comportamento é considerado como normal se estiver no

⁵⁰ Correlações constantes de sintomas (Foucault, 2008).

⁵¹ Analisa as próprias formas da doença, a evolução: aguda ou crónica e a alternância de sintomas, etc. (Foucault, 2008).

intervalo definido pelas normas sociais, trata-se, então, de uma pressão normativa da cultura. Logo, “decidir se alguém é «normal» ou «anormal» torna-se um juízo de valor” (1995: 43). Os critérios estatísticos não são suficientes, pois fica-se apenas pelas normas quantitativas, colocando de lado as normas individuais, as normas qualitativas. De acordo com Georges Canguilhem, “nem o ser vivo nem o meio podem dizer-se normais, se os considerarmos separadamente, mas apenas na sua interligação” (*in* Abdelmalek e Gérard, 1995: 43). Para Émile Durkheim a relatividade não era uma evidência integralmente clara, e por isso, elucidou uma “concepção simultaneamente evolucionista e estatística: considerar-se-iam como patológicos numa sociedade os fenómenos que, ao desviar-se da média, assinalam as etapas ultrapassadas de uma evolução anterior ou anunciam as próximas fases de um desenvolvimento ainda no início”. Para o autor, “um facto social só pode dizer-se normal para uma sociedade determinada em relação a uma fase igualmente determinada do seu desenvolvimento” (*in* Foucault, 2008: 74). Foucault profere que a psicologia americana não se afasta muito desta concepção durkheimiana. Outro aspecto semelhante consiste no facto de se encarar a doença sob a forma negativa e simultaneamente virtual. Nas ideias de Durkheim, a doença era vista como virtual, porque o seu conteúdo é definido pelas possibilidades, ou seja, é “a virtualidade estatística de um desvio à média” e negativo, porque era analisada em relação à média (ao padrão) e o desvio constitui uma patologia. Portanto, segundo esta perspectiva, a doença será marginal relativamente a uma cultura e por isso, era vista como indesejada (Foucault, 2008: 75).

Para além do entrave cultural e social, a psiquiatria desenvolveu um processo linguístico, no mínimo, interessante. Vejamos, primeiramente, que medicina desenvolveu uma terminologia tripla, na língua inglesa esta percepção é mais visível, isto é, a doença é definida como: “disease (a doença tal como o saber médico a apreende), illness (a doença tal como o doente a sente) e sickness (um estado bem menos grave e mais incerto do que o procedente, como o enjoo)” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 34). Em termos práticos temos a doença na forma subjectiva (illness) e na forma cientificamente objectiva diagnosticada (disease), ou seja, o médico só faz triagem do que o doente diz se fizer sentido para o discurso médico, ou seja, o médico capta as informações preciosas do doente para, posteriormente, traduzir os sintomas em quadros clínicos conhecidos (Abdelmalek e Gérard, 1995). Os psiquiatras trabalham de uma forma duplamente interpretativa, executam uma interpretação da interpretação do que o doente faz dos seus sintomas, usando “recursos linguísticos e repertórios interpretativos para construir as suas versões dos acontecimentos (...). Na prática clínica da psiquiatria (...), não sobra muito espaço para o raciocínio objectivo, científico, positivista” (Quartilho, 2006: 5). Foucault considera uma arte a transformação dos sintomas em sinais e chama atenção para esta acção. Ferdinand Saussure considera o sinal linguístico como uma entidade com dupla face, isto é, contém um significante e um significado. Deste modo, “o sinal é, então, o acto de unificação que estabelece uma ligação entre o significante e um significado” (*in* Abdelmalek e Gérard, 1995: 30). Assim, no que diz respeito ao discurso sobre a doença, podemos dizer “que o significante é o sintoma ao qual

convém encontrar um significado, para que se torne um sinal clínico” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 30). Por exemplo, deitar sangue pela boca - significante - mas pode ter vários significados clínicos, como tuberculose, cancro no pulmão, etc. Contudo, segundo os autores, não podemos verificar o sintoma apenas em relação a causas biológicas, devemos, também, ter em conta as causas culturais e sociais. Segundo Foucault, trata-se apenas da intervenção de uma consciência (médico) para transformar o sintoma num sinal clínico. Logo, “o médico não espera que o doente raciocine, pois o que disser não será tido em conta senão em função do raciocínio médico” (*in* Abdelmalek e Gérard, 1995: 34).

A «semiologia» teve a sua origem em 1952 e consiste, na área de medicina, no estudo dos sintomas da doença, mas somente em 1910, segundo Ferdinand e Saussure, esta se tornou na ciência que estuda os sistemas de sinais, embora, para Abdelmalek e Gérard, este último se adequasse mais a etimologia. Não pode existir «sinal sem sintoma», “o sinal identifica-se com o próprio sintoma; este é o suporte morfológico indispensável do sinal” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 29). Portanto, a semiologia deve ser alargada ao estudo de todos os sistemas teóricos que analisam os sinais: semiologia do código verbal; semiologia do código não verbal; a semiologia do código do inconsciente.

A maior parte das doenças mentais diagnosticadas “são síndromes: conjunto de sintomas que tendem a ocorrer juntos e que parecem ter curso e desfecho característicos” (Andreasen e Black, 2009: 18). Na concepção psicanalítica, “os sintomas surgem a partir dos mecanismos de defesa da regressão, da projecção e da negação, tratando-se, em parte, de tentativas de cura e de reconstrução” (Scharfetter, 2005: 51). Para Abdelmalek e Gérard, a interpretação de manifestações patológicas, no domínio somático da psiquiatria, torna-se ainda mais difícil. As perturbações psíquicas são agrupadas por sintomas, tal como na semiologia das perturbações orgânicas, para posteriormente os “converter em sinais clínicos e depois em síndromas (grupos de sinais), e em seguida em doenças com contornos fixos que formam «quadros clínicos»” (1995: 34). A organização dos sinais clínicos nas doenças mentais, levam muitos psiquiatras a duvidarem das suas «ferramentas de diagnóstico». O mesmo indivíduo com doença mental, observado por vários psiquiatras, “poderá, por vezes, receber tantas etiquetas de diagnóstico quantos especialistas consultar, cada psiquiatra dando a impressão de deter um sistema próprio de referências pessoais” (Abdelmalek e Gérard, 1995: 38). Em suma, de acordo com os autores, ainda persistem conflitos entre os representantes das várias perspectivas, psiquiatria biológica, psiquiatria psicológica e a psiquiatria social, como também, David Cooper, refere, ainda, que a diferença de comportamento profissional assenta em posições políticas, direita ou esquerda (Cooper, 1977). A psiquiatria foi capaz de resistir ao movimento anti-psiquiátrico da segunda metade do século XX, “but it still lacks the cognitive and professional unity enjoyed by general medicine and remains torn between biopsychosocial and medical models both of its object and of its therapeutic strategies” (Porter, 2002: 217).

2.1 O Processo de Medicalização na Doença Mental

De acordo com Manuel Quartilho, o uso sistemático de diagnósticos de doença mental resulta da utilização de metodologias de investigação, que promovem a extensão da doença mental na comunidade. Hoje, tornou-se imperativo que qualquer tragédia seja motivo de ter acompanhamento de profissionais de saúde mental. “Este imperativo terapêutico fragiliza as pessoas, ao convencê-las de que os problemas da vida, mais ou menos graves, requerem necessariamente a intervenção de especialistas”. O número de categorias de doença aumentaram e expandiu-se no campo de actuação, ou seja, o tratamento das doenças mentais já não se delimita ao número restrito de doentes gravemente perturbados, como também está posta em causa a autonomia dos psiquiatras devido ao risco de se submeter ao marketing das empresas farmacêuticas (2006: 30).

Não obstante, a Associação de Psiquiatria Americana tem desenvolvido pressões no sentido de reconhecerem certas patologias mentais, como o caso «Post traumatic Stress Disorder». A classificação internacional das doenças mentais é realizada, quase exclusivamente, pelo DSM (Bottéro, 2002). O DSM tem sido actualizado constantemente desde a sua origem, na década de 50 do século passado, e a sua difusão tem facilitado a proliferação dos produtos farmacêuticos no tratamento das doenças mentais, como também tem aumentado a sua influência internacional (*in* Whooley, 2010: 453). Perante este cenário, a doença mental possibilita o alargamento da esfera médica, não só através da expansão das actividades profissionais, mas também pela reivindicação da sociedade, quer pelos lesados ou pelos interessados, que legitimam a cultura da biomedicina num esforço para conferirem significado ao seu sofrimento. Este procedimento consiste no processo de medicalização, em que “os problemas do quotidiano são tratados como se pertencessem à jurisdição da medicina, como se fossem doenças, perturbações ou síndromas clínicos” (Quartilho, 2006: 3-4).

De acordo com Amélia Augusto, a medicalização acarreta dois processos. Por um lado, atribui-se significados médicos a certos comportamentos ou condições. Por outro lado, a prática médica destaca-se no processo de eliminação e controlo das problemáticas sociais desviantes, isto é, actua de forma a manter um equilíbrio entre as normas sociais. A medicalização ocorre, também, através de três níveis: ao nível “conceptual, quando um processo ou condição é definido como um problema médico; ao nível institucional, quando os profissionais de saúde legitimam o problema como uma questão médica; ao nível da interacção médico-paciente, quando ocorre a codificação clínica desse problema em termos de produção de um diagnóstico e da determinação de uma terapêutica” (Augusto, 2004: 47). Podemos ainda referir algumas causas para este processo. Para alguns autores, este resulta da expansão da jurisdição médica proveniente do seu elevado estatuto e da pretensão de aumentar o seu poder. Para outros, devido à crescente complexidade da sociedade, em termos técnicos e burocráticos, que fez com que se depositasse confiança nos peritos científicos. Outros, defendem que o desenvolvimento da profissionalização médica organizou-

se para, numa primeira fase criar e depois controlar os mercados. Segundo Druhle e Clément, podemos, ainda, referir três aspectos fundamentais da composição da medicalização: a classificação de realidades problemáticas; a definição do tipo de intervenção mais adequada no seio médico; [e] a condução de operações e o estabelecimento de alianças com outros especialistas não-médicos (*in* Augusto, 2004: 48). Em suma, este processo dinâmico marca a sociedade de uma forma profunda, porque “orienta o desenvolvimento económico, as práticas sociais e as satisfações/insatisfações a partir de objectivos e de finalidades em torno da saúde como um valor supremo” (Pierre Aïach *in* Augusto, 2004: 48). Mas não podemos analisar o processo de medicalização como um fenómeno monolítico, como já foi referido anteriormente, deve, por isso, ser analisado através de um carácter multidimensional.

2.2 A Doença Mental - Factores e Causas Sociais

Embora este estudo não pretenda analisar as causas da doença mental, mas sim compreender a doença mental enquanto mecanismo de vulnerabilidade à exclusão social, no entanto, convém perceber um pouco mais deste panorama em termos sociais. Foram já referidos que os aspectos biológicos e psicológicos não são suficientes para uma explicação causal do fenómeno, deve pois, ser abordado de forma multidimensional. Por isso, debruçemo-nos, neste momento, nos factores sociais, económicos e culturais que condicionam e determinam o estado de saúde mental da população. De acordo com um estudo realizado nos EUA, verifica-se a necessidade de analisar a estratificação social, pelo facto de o acesso aos recursos de saúde serem basilares no estado de saúde mental. O nível económico deve, por isso, ser analisado, pelo facto de se constituir como um indicador determinante na questão da desigualdade na saúde. Este estudo demonstra que os Hispânicos e os negros apresentam níveis, significativamente, mais elevados de perturbações mentais, do que os caucasianos numa faixa etária entre os 27 e os 35 anos. Acrescenta-se, ainda, que para além deste dado, constata-se, também, que são, na sua maioria, oriundos de famílias economicamente carenciadas. Portanto, o estudo conclui que a saúde mental varia, substancialmente, quando temos em conta a origens étnicas, o nível de pobreza, estar numa situação de desempregado, estar numa condição de imigrante, etc. (Mckenzie, 2008).

A pobreza é um factor determinante no estado de saúde mental, como também, a doença mental significa estar vulnerável a «cair» numa situação de pobreza. De acordo com inquérito Eurobarómetro sobre pobreza e exclusão social realizado em 2009, verifica-se que os problemas de saúde mental são dos principais factores de pobreza (CE, 2009). Num estudo publicado pela Comissão Europeia em 2004, verifica-se que Portugal é um dos países com mais problemas de saúde mental, num grupo de dez países da EU⁵². Está, ainda, entre os países que apresentam maior quantidade de população em risco de pobreza⁵³. Os dados nacionais não se afastam muito da realidade de outros países europeus, com a excepção de

⁵² Ver em anexo os gráficos 1 e 2.

⁵³ Ver em anexo o gráfico 3.

alguns grupos de risco mais elevado, como o caso das mulheres, os pobres e os idosos. Desta forma, no âmbito europeu, a doença mental atinge um em cada quatro indivíduos, podendo em alguns casos conduzir a situações de suicídio (CCE, 2005: 3).

Noutro estudo, realizado em cinco países nórdicos⁵⁴, sobre a experiência dos jovens no desemprego, concluiu-se que não é possível estabelecer uma relação directa entre o desemprego⁵⁵ e problemas de saúde mental, como também estar mais integrado socialmente⁵⁶ não significa ter menos perturbações mentais. Um dado importante recai na situação financeira, já que na Dinamarca, por exemplo, os jovens demonstraram ter menos problemas mentais devido ao facto de usufruírem de uma melhor situação financeira e, por isso, lidam melhor com a situação de desempregado, enquanto na Islândia a fraca situação financeira dos jovens, levou-os a mencionarem maiores problemas mentais. Deste modo, o desemprego pode ou não provocar aos indivíduos uma situação de pobreza e/ou de privação, mas não pode, necessariamente, provocar a exclusão social (Hammer, 2000).

Na actualidade, o fenómeno da globalização estimulou várias consequências sociais, uma das quais, a aceleração do processo de urbanização que vários estudos têm atribuído, a este processo, significados de constrangimentos ao nível mental dos indivíduos. Faris e Dunham defendem que a doença mental é “higher in lower-class than in middle-class and upper-class neighbourhoods. They reported that high rates of psychosis «cluster in the deteriorated regions in and surrounding the center of city, no matter what race or nationality inhabits that region»” (in Eisenberg, 2002: 11). A Globalização reflecte-se, também, pelo aumento de fluxos migratórios e os imigrantes estão mais expostos a riscos de desenvolvimento de patologias mentais, devido às dificuldades no acesso aos serviços de saúde, mas, principalmente, pelo facto de estarem mais sujeitos à discriminação e exclusão social. As suas fragilidades resumem-se na situação socioeconómica precária, na sua marginalização social, muitas vezes a existência de uma situação ilegal e pela falta de apoio social adequado (Pussetti, 2009). Os imigrantes constituem, por isso, um dos «focus» sociais mais vulneráveis às perturbações mentais (Mossakowski, 2008). “Migration is traumatic but work on refugee groups has demonstrated that its impact on mental health can be decreased by access to work and stable, good quality accommodation” (Mckenzie, 2008: 373). A globalização não só trouxe, “increased trade but international migration and capital flows, has contributed modestly to increased inequality by increasing wage differentials between skilled and unskilled workers” (Bhavsar and Bhugra, 2008: 380). B. Kelly afirma que a globalização proporcionou a desigualdade na maior parte da população do mundo (in Bhavsar and Bhugra, 2008). Todas estas alterações devem ser interpretadas tendo em conta o fenómeno multidimensional que a globalização representa. Devemos centrar as atenções nos aspectos económicos, culturais e sociais, isto é, a vulnerabilidade de um indivíduo, em

⁵⁴ Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e Dinamarca.

⁵⁵ Por exemplo, os jovens desempregados na Dinamarca demonstraram ter boas condições financeiras, estarem menos tempo no desemprego e lidam melhor com os problemas mentais.

⁵⁶ Por exemplo, ter uma rede de amigos que consumam drogas está associado ao aumento de problemas mentais.

relação às perturbações mentais, dependerá da sua posição e sustentação nas redes sociais e no seu equilíbrio entre a sua identidade com a orientação da comunidade Local (Bhavsar and Bhugra, 2008).

Por último, Kwame Mckenzie realizou um estudo onde relacionou o capital social com a doença mental. Segundo o autor, as zonas de maior capital social estão associadas a ambientes com menores riscos de doença mental. O autor (2008: 368) estabelece as seguintes relações:

- a) Areas with higher levels of social capital are associated with social environments with fewer risks for mental health;
- b) Social capital reflects facilitative behavior of residents that produces social supports and safety nets which buffer the effects of life events on mental health;
- c) Neighborhoods with high levels of certain types of social capital - for instance collective efficacy - are better able to acquire and hold on to educational, health and housing resources that are linked to mental health.

PARTE 2 - ANÁLISE EMPÍRICA DO OBJECTO DE ESTUDO

I Capítulo - Modelo de Análise

1. Construção de um Modelo de Análise

De acordo com Pierre Bourdieu, um objecto científico deve ser construído, fundamentalmente, para romper com o senso comum. Entendamos o senso comum, não como bom senso, mas “tratando-se tão-só do sentido que é comum a um grupo ou conjunto de agentes”. Todavia, “o pré-construído está em toda a parte. O sociólogo está literalmente cercado por ele, como está qualquer pessoa” (1989: 34). Deste modo, para não se ser objecto do problema, é necessário fazer a história social da emergência desses problemas, ou seja, o problema foi socialmente produzido, através de um trabalho colectivo na construção da realidade social. Foi necessário accionar uma serie de mecanismos⁵⁷, para que, aquilo que poderia continuar “a ser um problema privado, particular, singular, se torna-se num problema social, num problema público” (1989: 37). Assim, é necessário objectivar os esquemas do senso prático para evitar que tratássemos “como instrumentos de conhecimento aquilo que deveria ser objecto de conhecimento, quer dizer, tudo o que é o sentido prático do mundo social, os pressupostos, os esquemas de percepção e de compreensão” (1989: 43).

Tomar o senso comum e a experiência inicial do mundo social como objecto, é uma forma de evitar ser apanhado no objecto. O senso comum nem sempre foi visto como um conhecimento errado e ilusório. No entanto, a ciência construiu uma oposição defendendo a ideia de que se trata de um conhecimento superficial. Contudo, as ciências sociais têm uma relação com o senso comum “muito complexa e ambígua. Em primeiro lugar, nem todas as correntes teóricas propõem ou acham possível (ou desejável) a ruptura com o senso comum (...) ainda que as correntes dominantes o façam. Em segundo lugar, as correntes que propõem a ruptura têm várias concepções do senso comum, umas salientando a sua positividade, outras a sua negatividade” (Santos, 1993: 40). Por isso, nos dias de hoje, não faz sentido opor o senso comum à ciência por diversas razões:

“Em primeiro lugar, porque, se é certo que o senso comum é o modo como os grupos ou classes subordinadas vivem a sua subordinação, não é menos verdade que, como indicam os estudos sobre as subculturas, essa vivência (...) contém sentidos de resistência que, dadas as condições, podem desenvolver-se e transformar-se em armas de luta (...). Em segundo lugar, mesmo aceitando que a função principal do senso comum é reconciliar a consciência social com o que existe, o mesmo viés conservador tem sido assinalado em muitas teorias científicas e a sua eficácia social, porque caucionada pelo paradigma e pelo poder institucional, tem sido muito superior. (...) Em terceiro lugar, não é

⁵⁷ Mecanismos como reuniões, comissões, movimentos, manifestações, etc.

correcto ter do senso comum (...) uma concepção fixista. O seu carácter ilusório, superficial ou preconceituoso pode ser mais ou menos acentuado, tudo dependendo do conjunto das relações sociais cujo sentido ele procura restituir. (...) Em quarto lugar, a oposição ciência/ senso comum não pode equivaler a uma oposição luz/ trevas, não só porque, se os preconceitos são as trevas, a ciência, como hoje se reconhece (...), nunca se livra totalmente deles, como, por outro lado, a própria ciência vem reconhecendo que há preconceitos e preconceitos e que, por isso, é simplista avaliá-los negativamente” (Santos, 1993: 40-41).

Os preconceitos são considerados importantes na medida em que “são constitutivos do nosso ser e da nossa historicidade” e, por isso, não podemos considerá-los como algo inexistente e sem importância, porque é através deles que os indivíduos agem e experienciam a realidade social e interpretam o mundo que os rodeia (Santos, 1993: 42). Desta forma, pode dizer-se que existe, cada vez mais, uma relação entre o senso comum e a ciência, isto é, um faz o outro e os dois em conjunto fazem algo de novo. Logo, torna-se impróprio achar que, tanto as visões do mundo, a partir do senso comum, como as ideologias, são anti-científicas. A “ruptura não significa superação absoluta” (Silva, 1987: 51). Uma melhor caracterização do que é o senso comum é o facto, deste fazer “coincidir causa e intenção (...). O senso comum é prático e pragmático (...). É transparente e evidente (...). É superficial (...). É indisciplinar e imetódico (...). Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade” (Santos, cit in Santos 1993: 44). Portanto, a ciência não é superior nem inferior ao senso comum é apenas uma forma diferente de interpretar a realidade social, por isso, o senso comum sobre o social é necessário, universal e explícito (Almeida, 2007). Segundo Boaventura, só desta forma é possível propor uma dupla ruptura epistemológica, não como uma segunda ruptura que corte completamente com a primeira, voltando ao ponto inicial, mas sim, como uma forma de transformar o senso comum e a ciência. A primeira ruptura é necessária para construir ciência, deixando o senso comum como estava. A segunda ruptura transforma o senso comum com base no conhecimento científico, modificando a ciência, da mesma forma (Santos, 1993). A interpretação da epistemologia é a melhor forma, segundo o autor, de promover a transição para uma epistemologia pragmática, para “uma hermenêutica crítica e sociológica porque privilegia, por contrapeso, a reflexão sobre a verdade social da ciência moderna como meio de questionar um conceito de verdade científica demasiado estreito, obcecado pela sua organização metódica e pela sua certeza” (Santos, 1993: 49).

Posto, isto, de acordo com Isabel Guerra, numa metodologia compreensiva, o objecto de estudo vai-se construindo conforme se avança na investigação. O objecto não está formado à partida, mas sim, constrói-se progressivamente através do contacto com o terreno e a partir da interacção com a recolha dos dados e análise, como também o modelo de análise vai sendo construído em simultâneo. Assim, “as leituras e a sua arrumação num modelo conceptual e analítico correspondem no seu todo a um quadro hipotético explicativo das

dinâmicas sociais com o qual se pretende interrogar a realidade, reformulando-o e acrescentando-o ao mesmo tempo que se procuram novas pistas empíricas” (2006: 38). Para Isabel Guerra, a interacção entre a teoria e a empiria é realizada de forma distinta de uma metodologia dedutiva. Enquanto esta assume uma interacção vertical, a metodologia qualitativa assenta numa horizontal. Portanto, “a incidência do foco da pesquisa define-se progressivamente; o investigador vai focalizando a sua atenção no objecto e definindo os contornos da questão por meio de uma clarificação do objecto produzida à medida que a colheita de dados e a análise se realizam” (2006: 38).

1.1 Construção das Dimensões e Indicadores de Análise

A construção de dimensões de análise é parte importante na orientação do processo científico em causa. Por isso, as dimensões de análise construídas tiveram em consideração os objectivos já apresentados. Deste modo, foram construídos quatro grupos de dimensões e, conseqüentemente, para cada um destes, um conjunto de indicadores, que foram construídos com base no enquadramento teórico e que possibilitarão a medição da amplitude e da intensidade de cada dimensão.

Tabela 1 - Dimensões e Indicadores de Análise

Principais Objectivos	Dimensões de Análise	Principais indicadores
i. Analisar o enquadramento político de saúde mental existente e perceber o seu contributo no combate à exclusão social dos indivíduos em causa;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Políticas de saúde mental; ➤ Estatísticas de saúde mental; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de Internamentos; ▪ Dias de internamento; ▪ N.º de Consultas; ▪ Encargos do SNS;
ii. Averiguar se os discursos dos profissionais de saúde mental se adequam à orientação filosófica e política vigente;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação das políticas; ➤ Discurso da psiquiatria; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico; ▪ Internamento; ▪ Psicofármacos; ▪ Tratamento na comunidade;
iii. Perceber os mecanismos de rotulagem a que estão sujeitos os indivíduos diagnosticados com uma doença mental;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepção dos utentes; ➤ Percepção dos profissionais de saúde mental; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estigma; ▪ Preconceito; ▪ Estereótipos;
iv. Compreender, juntos dos indivíduos diagnosticados, a forma como eles percebem a sua condição social e os significados que lhe atribuem.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Privação ➤ Desqualificação ➤ Desafiliação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição Perante o emprego; ▪ Pensões ou rendimentos sociais; ▪ Condição do agregado familiar; ▪ Habilitações pessoais; ▪ Condição perante a doença (internado/ domiciliário, etc.); ▪ Consumo de álcool ou drogas;

No primeiro grupo, a primeira dimensão de análise consiste na elaboração de um mapeamento detalhado, de um modo geral, da situação nacional em relação às doenças mentais. Os principais indicadores a ter em conta incidem, principalmente, sobre: o número de internamentos; o número de dias de internamento; o número de consultas; e os encargos do SNS. Na segunda dimensão torna-se importante perceber de que forma o enquadramento político actual, para a doença mental, contribui para o combate à exclusão social. Esta dimensão está intimamente ligada com a anterior, já que através dos resultados dela poderemos tirar algumas ideias elucidativas para esta dimensão. Portanto, os indicadores passam, sensivelmente, pelos mesmos, ainda que seja complementado com os dados empíricos, posteriormente recolhidos. No segundo grupo, procura-se perceber a eficácia da implementação das políticas de saúde mental através dos discursos dos médicos psiquiatras, bem como outros profissionais que operam nas instituições de saúde mental e outras, que mais à frente serão identificados. Os indicadores utilizados passarão pelas opções e estratégias de tratamento mais utilizadas pelos profissionais, e comparação dos discursos com o enquadramento e orientação filosófica e política. O terceiro grupo recai sobre a análise das percepções, quer dos profissionais de saúde mental e outros, quer dos indivíduos com doença mental. Esta análise incide sobre os discursos de ambas as experiências em relação ao estigma, preconceito, estereótipos, etc. Desta forma, tendo em consideração o enquadramento teórico, referiu-se que a abordagem da exclusão social deveria incidir sobre dois factores distintos, o factor objectivo e o subjectivo. Os factores objectivos são exteriores aos indivíduos em situação de vulnerabilidade à exclusão social, encontram-se incorporadas na sociedade na comunidade⁵⁸ e os factores subjectivos encontram-se incorporados nos utentes⁵⁹. No último grupo, tendo também, em atenção o enquadramento teórico, foi decidido que a análise da exclusão social iria incidir sobre relações sociais dos indivíduos com doença mental, na articulação com os quatro principais dispositivos de acção e na constituição dos laços social: o Estado, o Trabalho, a comunidade e a família. Neste sentido, será feita, também, uma análise incidente nos três níveis já referidos: macro, meso e micro. A nível macro aspira-se analisar os efeitos das políticas e medidas no processo de exclusão social, a análise recai sobre os agentes de intervenção. No nível meso, pretende-se apurar as dinâmicas comunitárias no combate à exclusão e no seu contributo na reinserção social. Finalmente, ao nível micro, ambiciona-se perceber a forma como os indivíduos, com doença mental, se relacionam com as suas famílias/amigos e de que forma estas, contribuem para a sua inclusão.

No que concerne às dimensões de análise, na privação, pretende-se apurar as condições sociais, em termos materiais, dos indivíduos em comparação com um padrão de vida socialmente aceitável. Relativamente à desqualificação, pretende-se examinar se a situação perante a doença, se se encontram numa situação desqualificante, como por exemplo o internamento, se recebem pensões, a sua situação perante o nível de habilitação

⁵⁸ Segregação social, preconceitos, colocação de rótulos, etc.

⁵⁹ Vitimização, auto-estima negativo, representações negativas de si e do que lhe rodeia, etc.

escolar, tentar detectar o seu estado de marginalização e estigmatização, etc. Na desafiliação iremos, fundamentalmente, analisar a condição do indivíduo face ao mercado de trabalho e face à sua situação familiar e comunitária, etc. Por último, a análise da exclusão deverá ser realizada através de dois factores determinantes. Por um lado, o factor objectivo e aí convirá ter em conta os principais agentes de rotulagem, os agentes de poder, neste caso os profissionais de saúde mental. Por outro lado, o factor subjectivo, ou seja, a percepção da exclusão a partir do indivíduo.

1.2 Metodologia e Técnicas de Investigação

A investigação empírica realiza-se através de instrumentos de pesquisa e de análise. Para Greenwood Ernest, o método define-se como um “dispositivo ordenado, um procedimento sistemático, um plano geral. A técnica é a aplicação específica do plano metodológico e a forma especial de o executar. Utilizando uma analogia, o método é, em relação à técnica, o mesmo que a estratégia perante a tática; a técnica encontra-se assim subordinada ao método e é-lhe auxiliar” (1965: 314). Deste modo, atendendo ao que se pretende estudar, conclui-se que a metodologia a utilizar passa por uma metodologia qualitativa ou lógico-indutiva. De acordo com Isabel Guerra (2006), as metodologias compreensivas/qualitativas assentam em pressupostos como, a interpretação do social, perceber o papel do actor, estabelecer uma representatividade social e visar uma articulação entre o «objectivo» e o «subjectivo».

Neste sentido, Touraine defende a passagem do uso do «conceito de sociedade» para o conceito de «vida social» e a concentração numa análise das estratégias dos actores, ou seja, o sociólogo deverá centrar-se no estudo das respostas sociais e na análise dos mecanismos de autoprodução da vida social (*in* Guerra, 2006). O objecto de análise de uma metodologia compreensiva é o mundo humano, tal como Michelle Léssard-Herbert afirmou, devemos “considerar que «os factos sociais não são coisas e a sociedade não é um organismo natural, mas sim um artefacto humano. Do que se precisa é de compreender o significado dos símbolos sociais, artefactuais e não explicar as realidades sociais externas»” (*in* Guerra, 2006: 15). Segundo Isabel Guerra, uma análise compreensiva conduz-nos do particular ao geral, partindo da “descoberta de ocorrências operando a construção de conceitos e modelos explicativos dos fenómenos sociais que se confronta novamente com essas recorrências. Assim, não se trata de verificar hipóteses, mas sim de ajudar à construção de um corpo de hipóteses que mais não é do que esse modelo explicativo potencial” (2006: 39). Logo, se uma metodologia lógico-dedutiva estaria mais adequada ao estudo das causas de um dado fenómeno social, centrando a sua análise nas instituições sociais, contrariamente, uma metodologia lógico-indutiva concentra-se na compreensão da acção social, visa procurar sentido para essa acção e o centro de atenção é o actor. Pode-se afirmar ainda, que uma perspectiva sistémica estaria mais adequada a um estudo de longo período, enquanto, uma

perspectiva compreensiva tende a analisar as práticas sociais, de uma forma mais profunda e torna-se mais adequada em períodos de crise.

De acordo com Poupart, as metodologias compreensivas têm vantagens “de várias ordens: de ordem epistemológica, na medida em que os actores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais; de ordem ética e política, pois permitem aprofundar as contradições e os dilemas que atravessam a sociedade concreta; e de ordem metodológica, como instrumento privilegiado de análise das experiências e do sentido da acção” (in Guerra, 2006: 10). Para Uwe Flick, a metodologia qualitativa torna-se importante no estudo das relações sociais devido à pluralidade dos universos de vida. As suas principais orientações consistem na correcta selecção dos métodos e teorias apropriadas; “o reconhecimento e análise de diferentes perspectivas; a reflexão do investigador sobre a investigação, como parte do processo de produção do saber, a variedade dos métodos e perspectivas” (2005: 4). Por exemplo, no caso dos estudos realizados sobre a esquizofrenia, através de metodologias quantitativas, nos anos 50 do século passado, confirmou-se a relação deste distúrbio mental com as classes sociais mais desfavorecidas, relação que permanece intacta até aos dias de hoje. Todavia, este facto não clarifica totalmente esta correlação, ou seja, “são as condições das classes sociais que favorecem a ocorrência e a irrupção das doenças mentais ou são as pessoas com problemas mentais que se deixam resvalar para as classes sociais mais baixas?”. Dito isto, constata-se que não só não se captaram significados sobre o que significa viver com uma doença mental, como também, não se captou a diversidade de perspectivas da doença no seu contexto. Em questões de doença mental, a metodologia qualitativa concentra-se nos “significados individuais e sociais do objecto, e evidencia a diversidade das perspectivas sobre ele (do paciente, dos familiares e dos técnicos); estuda as práticas e o saber dos participantes; analisa as interacções sobre a doença mental e os modos de a enfrentar num determinado espaço” (Flick, 2005: 6). Para o autor, podemos falar de três posições teóricas nos estudos qualitativos e que, por isso, mudam o seu foco de estudo, que são: o interacionismo simbólico, a etnometodologia e o enquadramento cultural da realidade social e subjectiva: modelos estruturalistas.

Segundo Amélia Augusto, a pesquisa qualitativa visa a compreensão aprofundada “de uma dada situação e dos significados e definições que os informantes produzem sobre essa situação, ao invés da produção” (2004: 179). Para uma boa interpretação será necessário pensar e repensar. Este exercício remete-nos para a reflexividade, para uma abordagem multidimensional e interactiva, um trabalho reflexivo na tentativa de evitar empirismos e o teorismo. Portanto, “a boa pesquisa qualitativa não é um procedimento técnico, é um projecto intelectual” (Augusto, 2004: 181). A teoria vai permitir atribuir significados ao material empírico, como também o material empírico pode inspirar ideias e teorias, pode argumentar a favor ou contra a teoria, etc. De acordo com Boaventura, “a ciência torna-se reflexiva sempre que a relação «normal» sujeito-objecto é suspensa e, em seu lugar, o sujeito epistémico analisa a relação consigo próprio, enquanto sujeito empírico, com os instrumentos científicos de que se serve, com a comunidade científica em que se integra e, em última

instância, com a sociedade nacional de que é membro” (1993: 87). No entanto, a reflexividade também tem as suas limitações e será necessário ter noção delas, isto é, não existe uma consciência pura por mais reflexão que façamos.

Dito isto, tendo em conta o que se pretende compreender e a metodologia apresentada, cabe agora, descrever as técnicas adequadas para a elaboração do estudo. Desta forma, pretende-se elaborar uma análise documental e aplicar entrevistas semi-estruturadas quer aos profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras e clínicos gerais) e outros (técnicos de serviço social) quer aos indivíduos diagnosticados com uma doença mental, nomeadamente, com as patologias de esquizofrenia e depressão. A análise documental ou análise de dados estatísticos é basilar para a comparação com o passado, em relação ao objecto de estudo em causa, não sendo porém determinante, já que muitas vezes as fontes são enganosas, pelo que não podemos tomar todos os dados como válidos, tal como as fontes, porque se os dados não forem seguros a pesquisa que se debruçar sobre eles terá, obviamente, pouco valor. Porém, a comparação não é a única forma de utilizar os dados, podemos tanto recolher os dados como tentar compreendê-los (Moreira, 1994). O objectivo desta análise estatística consiste na elaboração de um mapeamento detalhado da situação nacional em relação às doenças mentais. Esta será utilizada para a exploração inicial do campo de estudo e caracteriza-se pela colecta de dados, “escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (Lakatos e Marconi, 1996: 174). Contudo, de forma a complementar o estudo, ao longo do processo da recolha de dados, procurou-se informações documentais que sejam válidas para futuras conclusões e não se limitarão, simplesmente, ao trabalho com dados primários mas também com dados secundários. As fontes primárias passam pela correspondência oficial dos hospitais e as fontes secundárias através de estudos publicados por entidades especializadas na recolha estatística de dados nacionais.

As ciências sociais centraram-se, durante muito tempo, nos estudos dos factos externos. No entanto, ao longo do tempo, as investigações têm incidido, cada vez mais, no estudo do indivíduo, “pela sua forma de ver o mundo, pelas suas intenções, pelas suas crenças. Para esta abordagem em profundidade do ser humano, a entrevista tornou-se um instrumento primordial” (Ruquoy, 1997: 84). Porém, vários autores abordam a entrevista, mas ainda tendo em conta o estudo dos factos externos, já que referem a entrevista como técnica de exploração e atribuem-lhe uma característica, essencialmente exploratória, usando-a como auxílio na construção da problemática de investigação. Esta é apenas uma das utilidades da entrevista, mas não a única nem a mais valorizada neste trabalho, já que foi seleccionado como técnica principal. Para Isabel Guerra, existem três funções na análise compreensiva: a função exploratória, já designada, ou seja, a sua principal missão consiste na obtenção de hipóteses explicativas; a função analítica, “quando se pretende estabelecer uma teoria interpretativa geral, isto é, que ultrapasse o contexto particular em que se realiza, o que exige garantir, simultaneamente, diversidade e a saturação” (2006: 33); e a função expressiva que tem como objectivo a comunicação e não a pesquisa, pretende fazer passar a mensagem. Segundo Amélia Augusto, os dados qualitativos não devem ser usados, apenas,

como uma mera pesquisa de exploração e demonstração de uma realidade reificada, cabe-lhe também, “uma importante função analítica, que exige uma certa desfamiliarização e criticismo cultural que permite ir além das «verdades» aparentes” (2004: 179). Desta forma, a técnica de entrevista, que será utilizada, consiste numa técnica intensiva de recolha de informação, ou seja, a entrevista como técnica de um estudo qualitativo, aplicada de forma analítica.

Posto isto, a entrevista define-se como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto”, consiste, de uma forma geral, num procedimento de colecta de dados. O objectivo principal da entrevista é, portanto, a “obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema” (Marconi e Lakatos, 1988: 70). A preferência pela entrevista remete-nos para optar por determinadas condições metodológicas, no caso da perspectiva intensiva, deve procurar, fundamentalmente, conhecer em profundidade as reacções das pessoas e detectar os processos. A entrevista consiste no “instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo” (Ruquoy, 1997: 89). Através desta técnica torna-se possível recolher “informações sobre dados de facto, que só dificilmente serão conhecidos de outro modo”, centra as atenções em grupos restritos e procura-os conhecer com o maior pormenor (Barata, 1974: 167).

De acordo com Marina Marconi e Eva Lakatos, o objectivo do conteúdo das entrevistas assenta em seis tipos: averiguação de «factos»; determinação das opiniões sobre os «factos»; determinação de sentimentos; descoberta de planos de acção; conduta actual ou do passado; e motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas (1988: 70). Para Diogo Moreira, a entrevista pode ser definida em três grandes tipos, tendo em conta a sua estruturação, isto é, a entrevista pode ser estruturada⁶⁰, semi-estruturada ou não estruturada⁶¹. Para além destas tipologias podemos, ainda, realçar outra grande distinção, que tem que ver com a realização, esta pode ser individualmente ou em grupo⁶². Nas entrevistas semi-estruturadas, sendo este o tipo de entrevista a utilizar, elabora-se um guião de questões, mas o entrevistador “é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões em busca de mais informação. O entrevistador tem, assim, possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e de receptibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994: 133).

Para Flick, as entrevistas semi-estruturadas devem conter quatro momentos: no primeiro colocam-se questões gerais; no segundo, questões sobre os papéis nucleares, como idade, família, profissional e político; a terceira recai sobre o passado do indivíduo; e a última, centra-se nos aspectos de futuro próximo, objectivos de vida. A vantagem deste tipo de entrevistas “reside na melhoria da comparatividade e da estruturação dos dados, pelo uso coerente do guião da entrevista. Quando o objectivo da colecta de dados são as afirmações

⁶⁰ As questões são invariáveis.

⁶¹ Aqui o entrevistador apenas possui uma lista de tópicos e tem por isso maior liberdade.

⁶² Através de ‘grupos de enfoque’ ou ‘focus groups’.

concretas sobre um assunto, o meio mais eficiente é a entrevista semi-estruturada” (2005: 95). Segundo Flick (2005), existem várias modalidades de entrevistas semi-estruturadas: focalizada, semi-padronizada, centrada no problema; de especialistas; e a etnográfica.

As entrevistas, neste caso, devem ser em profundidade ou compreensivas, porque deve abordar, de forma privilegiada, o universo subjectivo do actor e essa subjectividade não consiste apenas num “mero reflexo da individualidade desse actor, mas de um processo de socialização e de partilha de valores e práticas com outros, ou seja, resulta de uma intersubjectividade” (Lalanda, 1998: 875). A utilização deste tipo de entrevista visa atingir um entendimento sobre o modo como os indivíduos em causa, vivem “o seu quotidiano, em particular determinados acontecimentos ou mudanças, durante a sua vida” (Lalanda, 1998: 877), nomeadamente, no que diz respeito à «realidade» que pretendemos estudar. A recolha de dados nas entrevistas em profundidade assenta em “dois aspectos: a sua dimensão narrativa e a enunciação ou emergência de um eu social” (*in* Lalanda, 1998: 876). Narrativa pelo facto do indivíduo entrevistado contar a sua história, centrando-se num determinado momento ou situação, embora o entrevistador não pretenda centrar-se em particularismos, ou seja, no «eu» individual já que este tipo de metodologia requer uma “recolha de diferentes narrativas, de diferentes actores que viveram experiencias similares” (Lalanda, 1998: 876).

A técnica de entrevista centra-se nos relatos verbais dos sujeitos, sobre estímulos ou experiências, entre outros, e tem-se questionado muito, nas ciências sociais a validade de tais relatos verbais recolhidos. Porém, a ideia de que a acção social tem mais validade ou comprovar as palavras pela acção social, não é mais válida do que as palavras e pode não ser de todo concreta, uma vez que tanto numa como noutra, existe a possibilidade de mentir ou enganar, “o que uma pessoa diz (num determinado contexto social) não precisa ter relação com o que ela faz (num outro contexto social)”, ambos são importantes mas, “exigir consistência entre eles é impor uma simplicidade que viola a complexidade das relações sociais” (Selltitz, 1987: 15). Para P. Bourdieu, aquilo “que as pessoas afirmam sobre as suas práticas não é suficiente para revelar as lógicas que as submetem. (...) O objectivo é compreender práticas, importa delimitar o modo como os actores as organizam subjectivamente e as valorizam, mas importa igualmente considerar relações sociais que tenham efeitos independentes da consciência dos actores” (*in* Ruquoy, 1997: 88). B. Wynants refere uma abordagem sobre os níveis manifestos e os níveis latentes do discurso. Assim, “o sentido manifesto designa o sentido captado por uma simples leitura, ao passo que o sentido latente remete para uma compreensão obtida após um trabalho sistemático sobre o texto. (...) o conteúdo consciente é o que o locutor conhece; o conteúdo inconsciente designa os conteúdos que lhe escapam” (Ruquoy, 1997: 88). A entrevista não se limita a detectar nos discursos as opiniões, mas, fundamentalmente, os “traços de personalidade de que os detentores não estão necessariamente conscientes” (Allbarelo, 1997: 91). Em geral, a entrevista diferencia-se do questionário, porque ultrapassa as opiniões que o questionário capta. Todavia, a utilização desta técnica não traz somente vantagens, traz, também,

desvantagens. Se por um lado, esta técnica pode ser utilizada em toda a população, mesmo a analfabeta, contrariamente ao inquérito, proporciona uma amostragem melhor da população geral, permite uma maior flexibilidade, fornece uma oportunidade de avaliar atitudes e obter dados que não se encontram em fontes documentais e possibilita a obtenção de informações mais precisas. Por outro lado, despende-se de muito tempo para a sua realização, pode haver dificuldades de comunicação de ambas as partes, incompreensão por parte do informante, o entrevistado pode ser influenciado e pode haver retenção de dados importante por parte do mesmo (Marconi e Lakatos, 1988).

1.3 Campo Empírico - Unidades de Análise

O objecto de estudo é desenhado, tendo em consideração os objectivos que se propõe a atingir. Para Isabel Guerra, na pesquisa qualitativa é importante procurar obter uma diversidade e não uma homogeneidade, é necessário “assegurar a presença da diversidade dos sujeitos ou das situações em estudo” (2006: 41). Neste sentido, os objectivos delineados encaminham-nos para uma abordagem sobre duas unidades de análise: os profissionais de saúde mental e outros profissionais que trabalham directamente com estas questões de saúde mental, mas profissionais com maior vocação para os aspectos sociais, pelo facto de serem parte importante no enquadramento legal da saúde mental, no que diz respeito à actuação com um sentido mais comunitário e mais ligado e às inserção social dos utentes; e os indivíduos diagnosticados com uma doença mental, que se encontrem num estado psíquico estável e que estejam dispostos a colaborar nesta investigação. Assim, no que concerne aos profissionais, optou-se pela selecção de psiquiatras, por serem os agentes de controlo das instituições de saúde mental e por representarem o sistema biomédico, clínicos gerais, pelo facto de representarem os cuidados primários onde se inicia, geralmente, o processo de tratamento e os técnicos de serviço social, pelo facto de serem informadores privilegiados no que diz respeito à inserção social dos indivíduos em causa. Quanto aos utentes, a opção recaiu sobre os indivíduos com diagnósticos de esquizofrenia e de depressão.

Por questões de selectividade e tendo em conta os aspectos acima referidos, os profissionais seleccionados estão distribuídos geograficamente pelo Norte, Centro (litoral e interior) e Vale do Tejo. Estas regiões seleccionadas justificam-se pela maior presença e representatividade estatística ao nível nacional, quer de instituições, quer de indivíduos com patologias mentais. Os profissionais foram entrevistados nos Hospitais centrais ou em centros hospitalares. Relativamente aos indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental, a selecção incidiu em duas patologias, as mais representativas tendo em conta os censos psiquiátricos, a esquizofrenia e a depressão, e ainda por serem duas patologias bastante distintas em termos biopsicossociais. A escolha dos indivíduos foi deixada ao critério das instituições, já que o investigador, além de não conhecer o universo dos indivíduos que poderiam ser entrevistados, também não tinha condições de ajuizar em que medida a sua condição de saúde lhes permitia responder às questões em causa.

As instituições seleccionadas, para a realização das entrevistas, estão distribuídas de forma geográfica do seguinte modo: três na zona Norte Litoral, duas no Centro Interior, uma no Centro Litoral e uma no Vale do Tejo. As instituições caracterizam-se do seguinte modo: quatro hospitais centrais, uma instituição religiosa com maior vocação para os internamentos de longa duração e duas associações com cariz mais comunitário. De referir, também, o facto de se ter incluído um Hospital em cada área metropolitana do país: Porto e Lisboa. Deste modo, realizou-se nos hospitais centrais entrevistas a médicos psiquiatras e a assistentes sociais e nas restantes instituições foram entrevistados utentes com as patologias de esquizofrenia e depressão, bem como alguns profissionais de forma a perceber o funcionamento da resposta institucional para este tipo de situações.

De entre várias tentativas de contacto, a grande maioria respondeu positivamente ao estudo, tendo sido poucas as que se recusaram a participar. De certa forma, este facto vem desmistificar a ideia de que há campos empíricos em que é praticamente impossível penetrar, estando as instituições ligadas à saúde, e muito particularmente à saúde mental, entre aquelas que contribuem para esta ideia de inacessibilidade. É um campo possível, sociologicamente relevante e onde a compreensão sociológica é urgente, em Portugal. Os Hospitais que fizeram parte deste estudo foram: o Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) em Guimarães, o Hospital São João (HSJ) no Porto; o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) na Covilhã; e o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Hospital Santa Maria em Lisboa. Como já foi referido, nestas instituições, os entrevistados foram psiquiatras (6 indivíduos) e técnicos de serviço social (4 indivíduos). No que concerne às instituições de saúde mental, estas foram: a Associação de Apoio à Saúde Mental “O Salto”, em Braga, Irmãs Hospitaleiras Casa de Saúde Bento Benni (IHSCJ), na Guarda, e o (CEERDL) Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor, nas Caldas da Rainha. Na primeira foram entrevistados quatro utentes com diagnóstico de esquizofrenia (3 homens e uma mulher), na segunda foram entrevistadas três utentes do sexo feminino, pelo facto de ser uma instituição de internamento para o sexo feminino, tratando-se de duas utentes com diagnóstico de depressão e uma com esquizofrenia. Na terceira, foram entrevistados seis utentes: três homens e três mulheres, três com patologia de esquizofrenia e três com patologia de depressão e um técnico social. No decorrer da investigação achou-se necessário incluir um profissional em cada uma das instituições de saúde mental, de forma a complementar a informação, neste caso foram entrevistadas uma psicóloga e uma assistente social. De referir, também, a inclusão de um clínico geral, de forma a representar os cuidados de saúde primários (de um Centro de Saúde da Guarda e de um Centro de Saúde de Queluz) e perceber melhor este processo e até mesmo, em alguns casos, alguns dos trajectos. Portanto, foram realizadas 27 entrevistas nas quais incluíram: 6 psiquiatras, 5 assistentes sociais, 1 psicóloga, 2 clínicos gerais e 13 utentes, dos quais se contou com 8 utentes com diagnóstico do grupo patológico da esquizofrenia e 5 utentes com diagnóstico do grupo patológico da depressão.

Em suma, tendo em conta o principal critério de selecção, o critério da diversidade, podemos referir, que as unidades de análise não foram seleccionadas tendo em conta todas as

características possíveis e esta selecção foi, também, condicionada pelo facto de ter estado dependente de terceiros. Neste sentido, por exemplo, apenas foi pedido às instituições que os entrevistados fossem homens e mulheres, quer no caso dos profissionais, como no caso dos utentes (neste caso foi, apenas, pedido que fossem entre as duas patologias já referidas). Todavia, apesar disso, podemos observar, na Tabela 3, que a diversidade foi atingida (em termos sociais, ao nível dos principais indicadores ou principais variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações escolares, condição perante o emprego e zona de residência), mas somente no que se refere aos indivíduos entrevistados e não podemos, por isso, tomar como diversidade em termos gerais.

Tabela 2 - Distribuição Geográfica das Instituições e dos Entrevistados

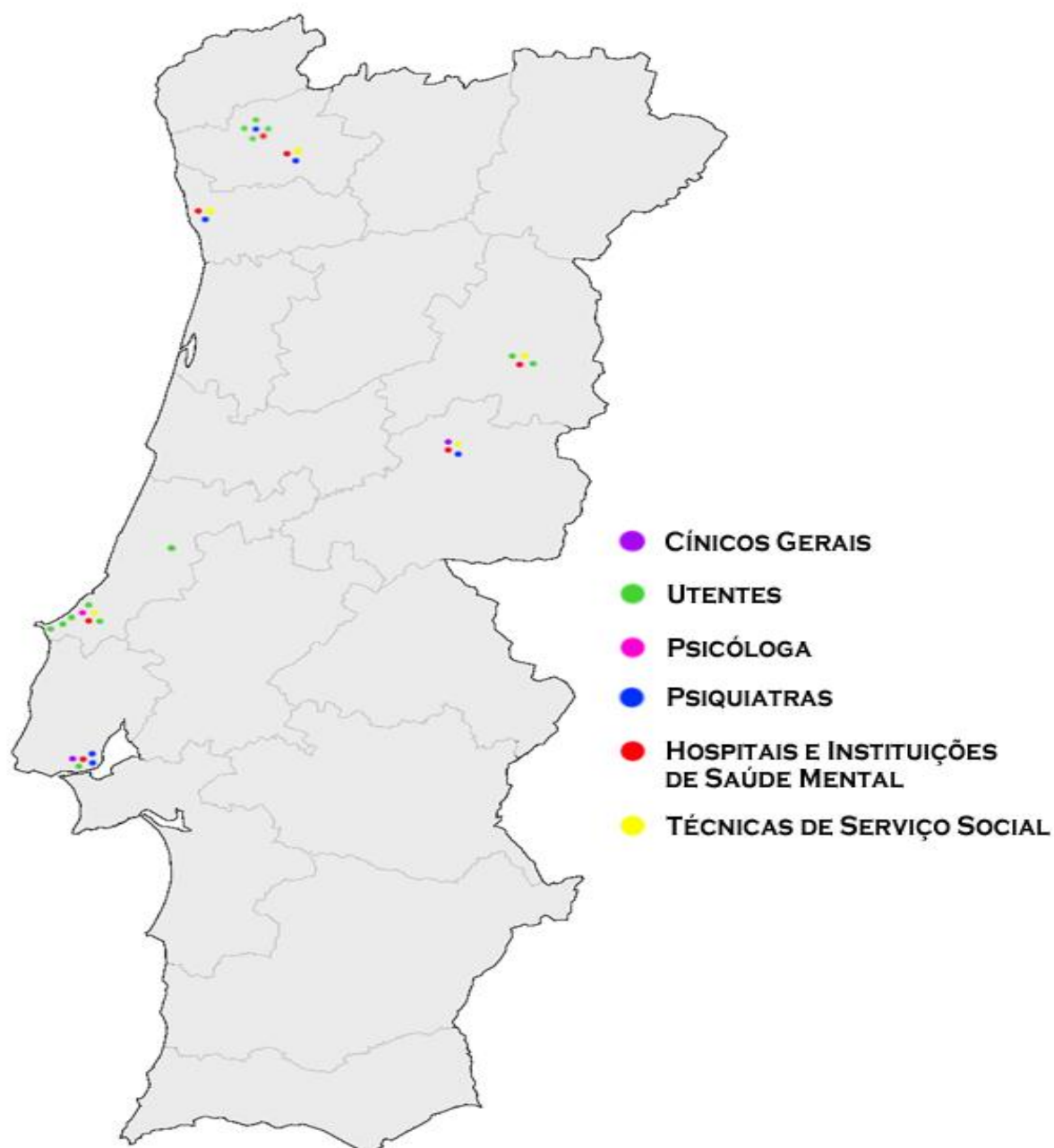


Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados

		P. ⁶³	Psiquiatras					A.S. ⁶⁴					Utentes										C. G. ⁶⁵					
Sexo	F	1			1	1	1		1	1	1	1	1			1		1	1	1	1	1	1	1				
	M		1	1				1						1	1		1	1			1				1	1	1	1
Idade	15 aos 20																											
	21 aos 30			1								1	1										1			1		
	31 aos 40	1					1		1	1						1												
	41 aos 50										1	1						1	1		1					1		
	51 aos 60				1	1		1							1		1	1		1	1							1
	61 e mais anos		1																			1						
Estado Civil	Solteiro(a)			1				1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	União de facto								1																			
	Casado(a)	1	1		1	1	1				1				1							1						1
	Divorciado(a)					1												1	1									
	Viúvo(a)																											
Habilitações Escolares	Sem habilitações																											
	1.º Ciclo														1	1						1						
	2.º Ciclo																1		1					1				
	3.º Ciclo												1									1	1					
	Secundário																									1		
	Superior	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1								1	1
Condição perante o Emprego	Empregado(a)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													1	1
	Desempregado(a)													1	1											1		
	Doméstico(a)																											
	Reformado(a)													1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Estudante																										1	
	Outro																											
Condição profissional	Por conta de outrem	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1				1										1	1
	Por conta Própria				1	1																						
	Empregador(a)							1																				
	Outro																											
	Profissão																											
Zona de Residência		5	7	16	12	12	3	10	16	13	9	10	7	11	15	13	3	3	12	9	9	5	2	3	5	3	7	12
Naturalidade		1	7	16	14	12	3	8	16	5	9	10	7	4	15	13	3	3	6	9	9	5	2	3	5	3	4	12

Tabela 4 - Códigos das Zonas de Residência e Naturalidade

1 - Angola	4 - Brasil	7 - Covilhã	10 - Guimarães	13 - Óbidos	16 - Porto
2 - Bombarral	5 - Caldas da Rainha	8 - Itália	11 - Leiria	14 - Olhão	
3 - Braga	6 - Chaves	9 - Guarda	12 - Lisboa	15 - Peniche	

⁶³ Psicóloga.

⁶⁴ Assistentes Sociais.

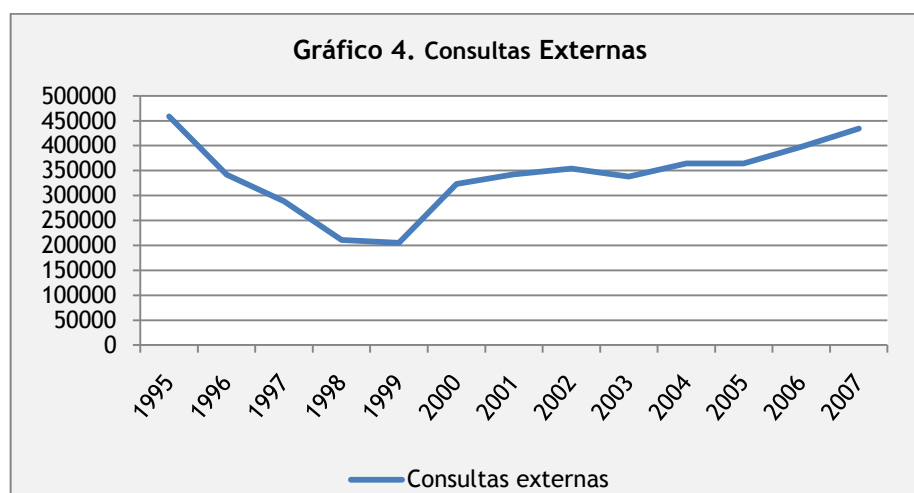
⁶⁵ Clínicos Gerais.

II Capítulo - Análise do Objecto de Estudo

1. Análise dos Dados Estatísticos Nacionais das Doenças Mentais

No que concerne à análise estatística dos dados nacionais, estes foram seleccionados com base em critérios associados ao estudo do estado de saúde mental da população portuguesa. Assim, foram escolhidos alguns indicadores, que se consideraram importantes, para dar seguimento às questões e objectivos aqui levantados. De forma sintetizada os indicadores analisados foram: consultas externas; internamentos - dias de internamentos e doentes saídos; urgências; óbitos relacionados com as perturbações mentais; tipos de doenças mentais; encargos financeiros no SNS com os psicofármacos; e a percepção do estado da saúde mental da população portuguesa.

Relativamente às consultas externas (gráfico 4), realizadas ao longo dos anos em Portugal continental, estas diminuíram de 1995 até 1999, mas desde então têm crescido praticamente de forma constante ao longo dos anos, estando já aproximar-se dos números de 1995 que eram de 459029 e em 2007 de 434536.

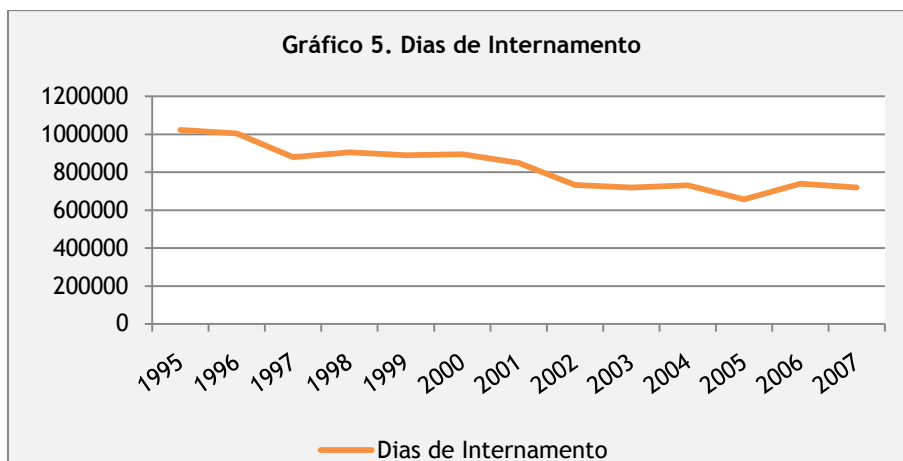


Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde

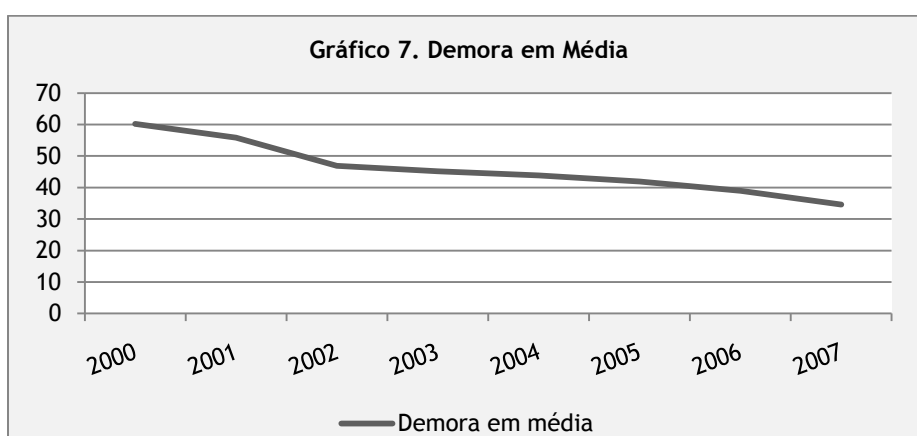
No que concerne aos dias de internamento (gráfico 5), estes têm vindo a diminuir, de forma significativa, pode dizer-se que em 1995 eram 1 023 499 e em 2007 registam-se 719 989. Quanto aos doentes saídos⁶⁶, verifica-se um aumento oscilante ao longo dos anos, em 1995 era de 15 361 e em 2007 de 20 805. A demora média em dias (gráfico 7) tem, também, descido bastante, quase para metade, em 2000 era de 60,2 e 34,6 em 2007⁶⁷.

⁶⁶ Ver em anexo gráfico 6.

⁶⁷ A análise incidiu, somente, nos dados no intervalo de 2000-2007, porque de 1995-1999 tinham sido contabilizados também os Centros Regionais de alcoologia.

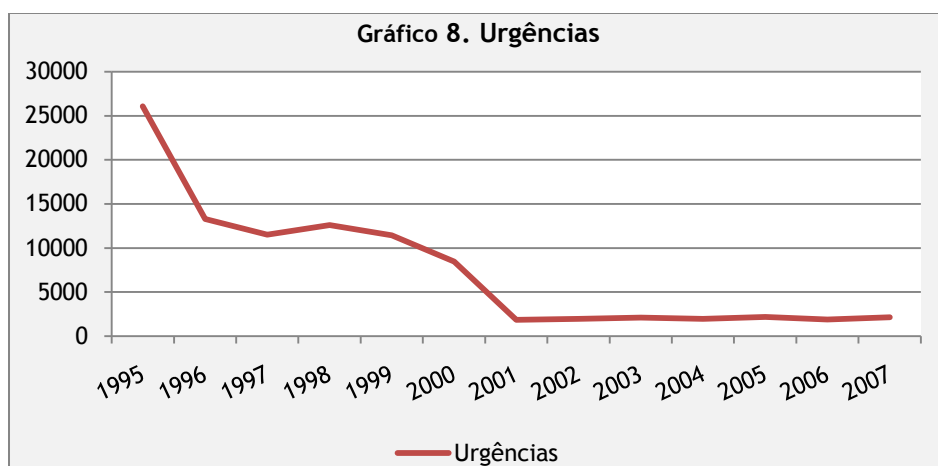


Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde



Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde

Um dos indicadores onde se regista um efeito recessivo intenso foi no sector das urgências (gráfico 8), desde 2001 que se têm mantido perto das 2000 urgências por ano como se pode verificar no Gráfico n.º 7, o que revela uma diminuição, bastante significativa, em relação aos anos 1995, em que ultrapassou as 25 000 urgências num ano.



Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde

No que respeita ao registo de óbitos⁶⁸, contabilizados através do indicador de transtornos mentais, verifica-se um crescimento entre 2001 e 2005, tendo atingido quase os 700 óbitos em 2002. Porém, em 1995 houve perto de 400 óbitos, em 2006 manteve os 400. Em termos da distribuição por género, observa-se quase sempre uma superioridade nas mulheres, apenas com uma excepção, no ano de 2002, em que se verificou o mesmo número de óbitos, tanto para as mulheres como para os homens, abrangendo perto de 340 cada um. Pode-se afirmar que se têm mantido constantes os valores⁶⁹. Ainda em relação ao número de óbitos, agora no que toca aos grupos etários, as diferenças não deixam dúvidas, é maioritariamente constituído por pessoas com 75 ou mais anos de idade, remetendo, naturalmente, para a faixa etária onde o número de óbitos é maior, não sendo, por isso, registo de grande importância de observação. Os restantes grupos etários têm mantido uns valores constantes no tempo não chegando a ¼ dos óbitos por ano e inclusive são raros os óbitos com menos de 20 anos⁷⁰.

Relativamente aos encargos financeiros no SNS com os psicofármacos, a análise incidiu num intervalo de tempo entre 1995 e 2007. De 1995 a 1997 os psicofármacos caracterizavam-se por dois grupos: antidepressivos e psicotónicos; sedativos, hipnóticos e tranquilizantes. De 1998 a 2001 apenas se considerou o primeiro grupo, antidepressivos e psicotónicos. A partir de 2002 até 2007 a designação utilizada passou a ser a de psicofármacos englobando uma série de fármacos. Dito isto, se retirarmos aquele período em que apenas se contabilizou um grupo, a evolução que se verifica é de um crescimento significativo, representado em 2007 12,2%, o dobro de 1995, da despesa total no SNS com medicamentos⁷¹. Todavia, analisando os dados do Infarmed, verifica-se um crescimento significativo na ordem dos 5% entre 2003 e 2009⁷², isto é, tendo em conta os grupos de farmacoterapêuticos, nomeadamente os psicofármacos, os encargos financeiros do SNS passou de 15,9% em 2003, para 21,5% em 2009, em relação ao total dos encargos com os farmacoterapêuticos. Podemos, ainda, observar que nos 10 medicamentos com mais encargos para o SNS quatro são psicofármacos, sendo que o mais vendido está em segundo⁷³ na tabela em relação ao total. Nos 100 medicamentos que representam maior encargo para o SNS, os psicofármacos estão bastante representados. Por fim, embora o número de embalagens se tenha mantido mais ou menos constante, os preços (PVP e encargos do SNS) têm vindo a aumentar gradualmente e de referir, também, que foi no ano de 2007 que registou um pico bastante elevado nas vendas de psicofármacos⁷⁴.

Os dados estatísticos atrás expostos são mais direccionados para a utilização, por parte da população nacional dos serviços e das instituições de saúde mental. Desta forma, será pertinente expor agora alguns dados estatísticos relativos à percepção da população da

⁶⁸ Ver em anexo o gráfico 9.

⁶⁹ Ver em anexo o gráfico 10.

⁷⁰ Ver em anexo o gráfico 11.

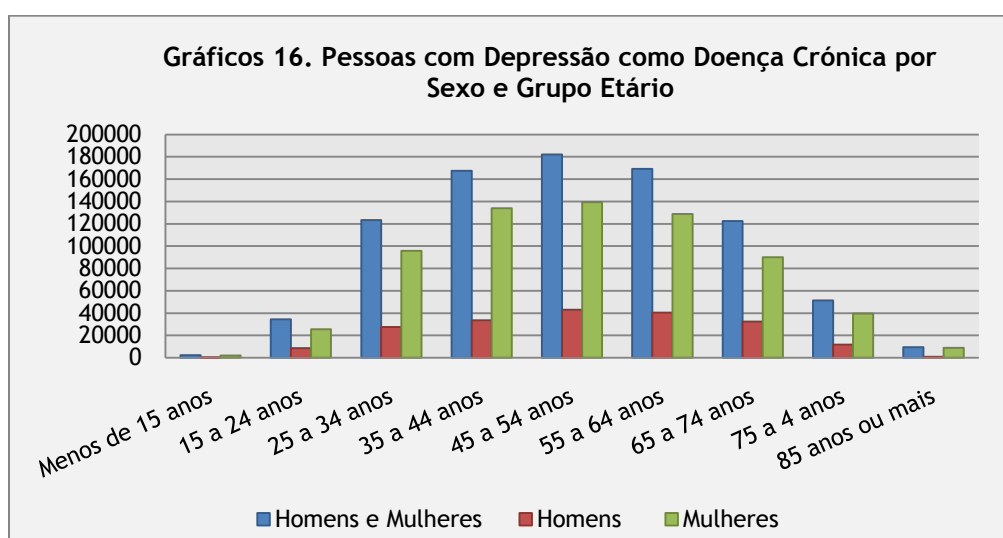
⁷¹ Ver em anexo o gráfico 12.

⁷² Ver em anexo o gráfico 13.

⁷³ A marca - Zyprexa, cuja substancia activa - Olanzapina - pertence ao subgrupo farmacoterapêutico - Psicofármacos.

⁷⁴ Ver em anexo o gráfico 14.

sua própria saúde, através do Inquérito Nacional de Saúde, que constitui um instrumento de recolha de informação e produz estimativas do estado de saúde da população. Analisados três Inquéritos Nacionais, dos quatro realizados, verifica-se que as perturbações mentais representam 2%, em 1995/1996, do total das doenças, e 3,5, em 1998/1999. Sendo que a percentagem dos indivíduos com menos de 45 anos era superior à dos que tinham 45 anos ou mais. No Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, dá-se importância ao indicador “depressão” e constata-se que passou de 2%, em 1995/96, para 3% em 1998/99⁷⁵. Verifica-se que as mulheres estão em superioridade, em quase todos os grupos etários, atingindo maiores números entre os 25 e os 74 anos, ao afirmarem terem depressão como doença crónica (Gráfico 17) Mediante os dados, constata-se que as mulheres atingem, sensivelmente, o dobro das pessoas que afirmam sofrer de depressão em relação aos homens.



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde

As mulheres também aparecem destacadas, claramente com o mesmo desequilíbrio, no que concerne às pessoas que revelaram ter tomado medicação nas duas semanas anteriores às entrevistas⁷⁶. De referir, ainda, que não menos importante é o número total atingido, de 862 301 de pessoas com depressão, correspondendo a cerca de 8% da população nacional, em 2006⁷⁷. Os dados revelam que nos últimos doze meses 862 301 pessoas afirmam estar ou já ter estado com depressão, sendo que a maioria consultou o médico para o diagnóstico⁷⁸. Nos últimos doze meses, no ano de 2006, apenas uma pequena proporção de pessoas afirmou ter tido, pela primeira vez, depressão, enquanto a maioria afirmou já ter tido anteriormente⁷⁹.

⁷⁵ Ver em anexo o gráfico 15.

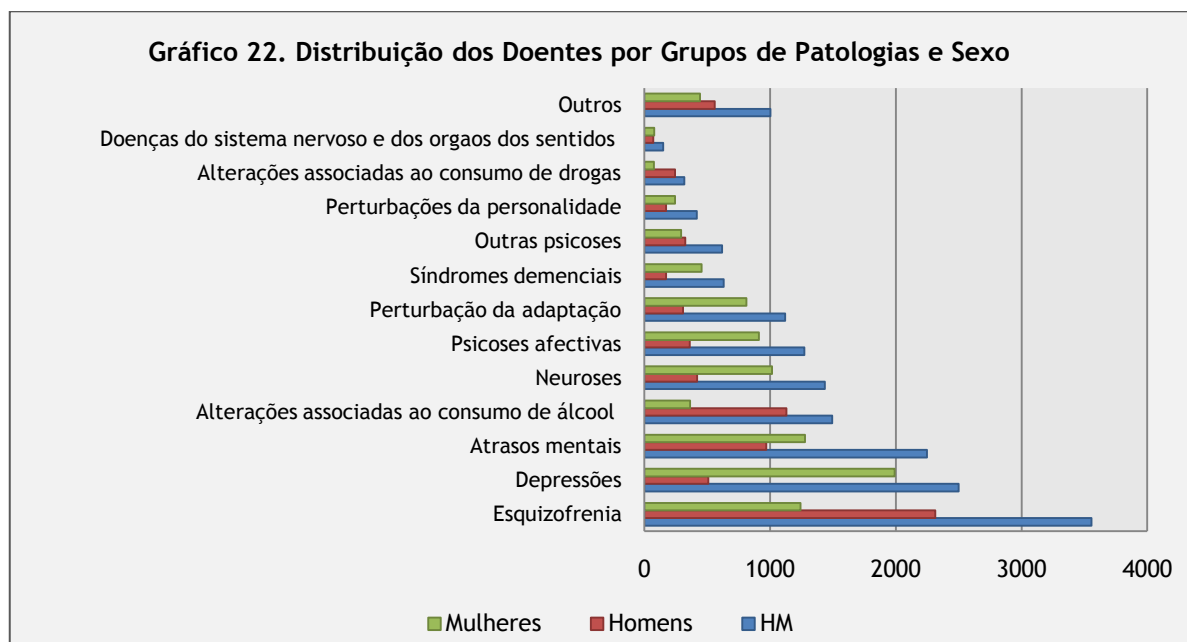
⁷⁶ Ver em anexo o gráfico 17.

⁷⁷ Ver em anexo o gráfico 18.

⁷⁸ Ver em anexo o gráfico 19.

⁷⁹ Ver em anexo o gráfico 20.

Numa análise aos censos psiquiátricos⁸⁰, realizados pela Direcção-Geral da Saúde através da Rede de Referência de Saúde Mental, no ano de 2004, onde incidiram as consultas, os diagnósticos e os internamentos, destacou-se o conjunto das esquizofrenias, como patologia que mais cresceu, em termos de saúde mental, seguindo-se as depressões e os atrasos mentais⁸¹. No que diz respeito à distribuição das patologias pelo género, constata-se que as mulheres estão mais representadas em quase todos os grupos, com a excepção das seguintes patologias: alterações associadas ao consumo de drogas; outras psicoses; alterações associadas ao consumo de álcool; e a esquizofrenia (Gráfico 23).



Outro dado importante recai sobre o facto de o grupo etário entre os 35-64 anos se revelar, em quase todas as patologias, como grupo mais representativo, com a excepção da patologia associada ao consumo de drogas (dos 15 aos 34 anos) e as Síndromes demenciais⁸² (mais de 65 anos) em que aí o grupo mais representativo, embora a diferença não seja muita, situa-se entre os 15-34 anos⁸³. Quanto à caracterização dos grupos de patologias em relação às consultas, apura-se uma maior incidência por parte das mulheres, novamente com as excepções: alterações associadas ao consumo de drogas; alterações associadas ao consumo de álcool; e a esquizofrenia⁸⁴. Curiosamente, verifica-se o mesmo cenário comparativamente com as urgências, com excepção para o facto de as mulheres igualarem os homens, nas urgências relacionadas com alterações associadas ao consumo de álcool⁸⁵.

⁸⁰ Efectuados através de uma amostra de 17 902 indivíduos.

⁸¹ Ver em anexo o gráfico 21.

⁸² Trata-se de uma patologia com maior frequência na velhice daí os dados existentes.

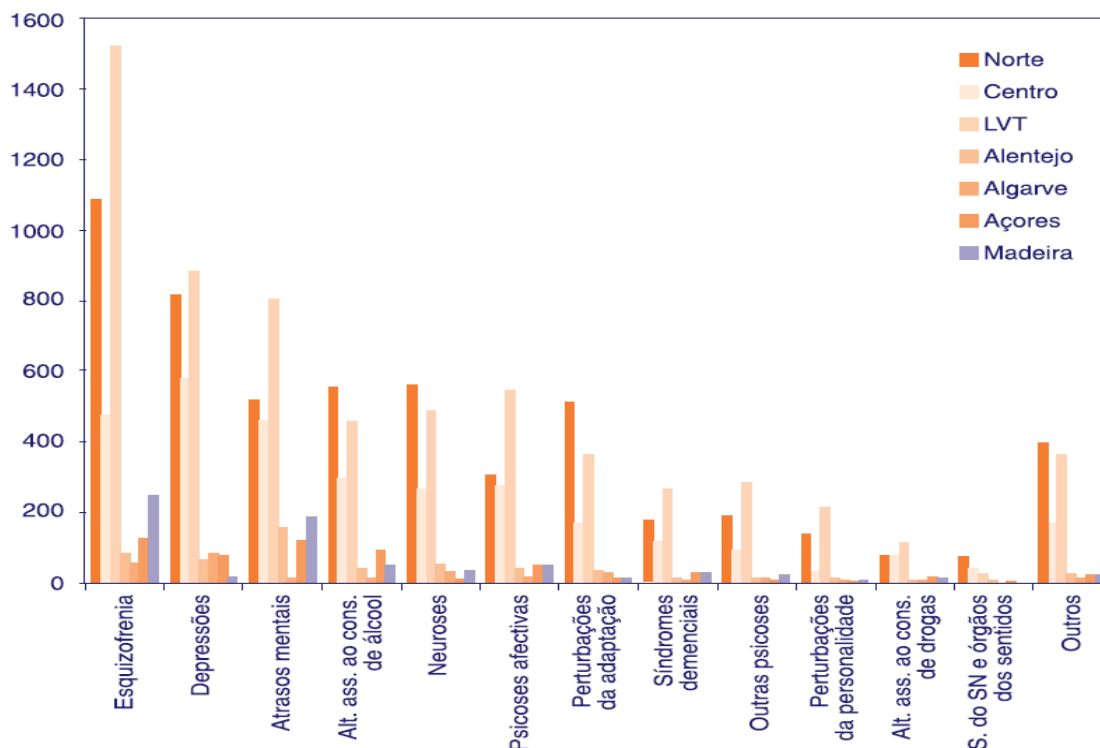
⁸³ Ver em anexo o gráfico 23.

⁸⁴ Ver em anexo o gráfico 24.

⁸⁵ Ver em anexo o gráfico 25.

Relativamente à distribuição dos grupos de patologias no internamento, as mulheres estão novamente mais representadas, com a excepção das patologias: alterações associadas ao consumo de álcool e a esquizofrenia⁸⁶. Finalmente, no que concerne à distribuição das patologias pelas regiões nacionais, os dados revelam que são os maiores centros urbanos que apresentam um maior número de pessoas associadas a patologias do foro mental (Gráfico 22).

Gráfico 27. Distribuição das Patologias por Regiões Nacionais



Fonte: DGS 2004

Os dados aqui apresentados têm como principal finalidade exibir uma pequena ideia da situação nacional, em relação ao estado de saúde mental da população portuguesa. Todavia, não podemos tirar grandes conclusões através destes dados, são apenas uma complementaridade ao estudo, são uma representação da realidade e, por isso, não podem ser concebidos como a própria realidade. Ao nível nacional os dados existentes, referentes às doenças mentais, são escassos e pouco claros. Porém, elaborou-se a pesquisa com o material existente, tendo consciência das suas limitações. Em síntese, podemos dizer que em Portugal a incidência de perturbações mentais efectua-se com maior intensidade nos grandes centros urbanos, aliás à semelhança de outros estudos internacionais já referenciados. Em geral, são as mulheres as mais afectadas e o grupo etários que representa maior risco situa-se entre os 35 e 64 anos. Todavia, a mulher revelou números elevados em relação ao homem, mas isso

⁸⁶ Ver em anexo o gráfico 26.

poderá ter a ver com o facto de a mulher estar mais propensa a procurar o médico e admitir certos problemas de saúde, tal como vários estudos o demonstram.

2. Análise Compreensiva dos Dados Recolhidos

Para Isabel Guerra, “a passagem do sujeito individual à generalização para o contexto social implica a clarificação de duas noções básicas: a diversificação e a de saturação”. Por isso, “garantindo a diversidade dos perfis a entrevistar e a saturação do material recolhido, é possível substituir totalmente - e com vantagens - as metodologias hipotético-dedutivas por metodologias indutivas” (2006: 20). Estas duas noções básicas são duas linhas orientadoras neste momento da investigação, apesar das limitações já referidas. Deste modo, pretende-se que as entrevistas realizadas tenham uma função analítica, ou seja, ambiciona-se “uma teoria interpretativa geral, isto é, que ultrapasse o contexto particular em que se realiza, o que exige garantir, simultaneamente, a diversidade e a saturação” (Guerra, 2006: 33). Todavia, a diversidade será um fio condutor mas dificilmente atingível, pelos motivos já referidos. Não obstante, para a autora, este tipo de análise não pode cair no exagero de substituir a soma dos sujeitos como se fossem a sociedade, nem uma interpretação totalmente subjectiva sem nenhum controlo das variáveis. Por isso, optou-se por realizar uma análise documental estatística de forma a enquadrar este estudo qualitativo. Segundo a autora, em relação à diversidade, é necessário ter uma heterogeneidade de sujeitos, assegurar a diversidade das situações de estudo, isto é, deve proporcionar um retrato global de uma questão. Esta posição sobre a diversidade remete-nos para a diversidade externa e não diversidade interna, por isso, a diversidade externa é vertical não pode analisar a diversidade interna, pelo facto de esta ser realizada num conjunto homogéneo, o que não é o caso. Portanto, os resultados são imputados aos entrevistados e analisados na sua totalidade, isto é, embora as entrevistas tenham sido analisados por grupos (grupos de profissionais e grupos patológicos) os resultados da análise resultam da interligação de todas as entrevistas, por exemplo, não foram analisadas as entrevistas dos psiquiatras separadamente das outras entrevistas, foi a sua totalidade que esteve sujeita a análise. Esta decisão teve por base o facto de não se tratar de um estudo representativo em termos estatísticos, portanto, analisar os grupos sem efectuar uma «relação» entre eles não faziam muito sentido, porque o que se pretende é uma representatividade social (e não estatística), é o retrato global da temática, neste caso, relacionada com a vulnerabilidade à exclusão social de indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental. Relativamente à saturação, esta significa, como o próprio nome indica a saturação das provas, das informações, isto é, reflecte o momento em que o investigador, na sua pesquisa empírica durante a recolha de dados, não obtenha informações novas, nenhuma propriedade nova ou diferente, que justifique a continuação de recolha de material empírico. Indica, portanto, quando o investigador deve cessar a recolha de dados e evitar o desperdício inútil de provas. Em suma, para Isabel Guerra, do ponto de vista metodológico este critério “permite generalizar os resultados ao universo de trabalho (população) a que o grupo

analisado pertence (generalização empírico-analítica)”, e se, estes dois critérios forem atingidos, os riscos de generalização são os mesmos que uma metodologia quantitativa. (in Guerra, 2006: 42).

Estabelecidos estes dois princípios de cientificidade compete, agora, referir o modo como foram analisados os dados recolhidos. A quantificação é, de facto, importante mas não podemos, por isso, desvalorizar as investigações qualitativas, “o rigor não é exclusivo da quantificação, nem tão pouco a quantificação garante por si a validade e a fidedignidade do que se procura” (Vala, 2009: 103). Pegando num exemplo concreto deste estudo, verificou-se que a esquizofrenia era a patologia mais representativa⁸⁷ em termos estatísticos (nos censos psiquiátricos de 2004), tendo em conta o número de consultas, diagnósticos e internamentos, mas na verdade não se compara com a prevalência com muitas outras patologias, ou seja, as suas características patológicas fizeram com que os dados não representassem uma realidade visível e, por isso, torpada.

Não obstante, a análise do conteúdo das entrevistas visa confrontar o quadro de referência com o “material empírico recolhido. Neste sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face ao objecto de estudo” (Guerra, 2006: 62). Para Christian Maroy, cada investigador é livre de desenvolver “o seu próprio método em função do seu objecto de investigação, dos seus objectivos, dos seus pressupostos teóricos ou de factores contingentes” (1997: 117). Para o autor, a análise qualitativa de entrevistas tem como finalidade descobrir categorias. Deste modo, pretende-se esquematizar uma abordagem analítica das entrevistas segmentadas de acordo com os objectivos da investigação e através das dimensões de análise elaboradas, definir categorias. As categorias têm, aqui, um carácter auxiliar, serve apenas para estruturar os aspectos principais referentes a cada dimensão. Portanto, tendo em conta que se trata de uma pesquisa analítica, procura-se construir um modelo de interpretação dos resultados da pesquisa (Guerra, 2006).

2.1 As Doenças Mentais - Esquizofrenia e Depressão: o que representam para os profissionais entrevistados?

De acordo com os discursos dos médicos psiquiatras, as grandes diferenças entre um diagnóstico de uma doença mental, em comparação com uma outra doença orgânica, consistem, em geral, no facto de as pessoas numa outra doença orgânica procurarem de imediato o médico, em quanto que na doença mental não é tanto assim, ou seja, não o procuram de imediato. Apesar de os médicos entrevistados referirem que os indivíduos não o fazem porque a doença não se manifesta da mesma forma como noutra doença orgânica, isto é, não requer por vezes uma procura imediata. Pode haver questões sociais associadas a isso, como o estigma, etc. No entanto, não existe informação suficiente para elaborar uma

⁸⁷ De acordo com os censos psiquiátricos realizados em 2004.

interpretação sobre este acontecimento. Outra situação prende-se com o facto de a aceitação da doença encontrar resistência, quer por parte do indivíduo diagnosticado, como também pela família e pela sociedade. Este facto remete-nos para a questão que Parsons refere em relação à doença mental, pelo facto desta assumir, muitas vezes, uma conduta desviante o que faz com que os indivíduos não sejam desresponsabilizados das suas responsabilidades sociais (Parsons 1988). Em termos técnicos o diagnóstico de uma doença mental é, fundamentalmente, mais clínico, isto é, não existem análises específicas, tem mais a ver com a história clínica do doente e a sua vivência. Tal como havia sido referido no enquadramento teórico, o diagnóstico de uma doença mental está fortemente ligado ao comportamento e à interpretação que o clínico faz desse comportamento. Por um lado, as situações do comportamento pode colocar-nos numa situação entre o normal e o patológico e como vimos o termo normal não é absoluto nem essencial. Por outro lado, o raciocínio clínico, que Foucault faz referência, na transformação dos sintomas apresentados pelo utente em sinais clínicos, leva muitas vezes os próprios profissionais a entrarem em desacordo na elaboração do diagnóstico (Abdelmalek e Gérard 1995). Por fim, as repercussões são diferentes, ou seja, a forma como o indivíduo se passa a ver a si próprio e o modo como os outros o passam a ver assumem, de facto, contornos diferentes dos de outras situações de doença. Apesar disso, os médicos entrevistados expuseram um discurso assente na equiparação da doença mental a outras situações de doença.

Para os profissionais de saúde, as doenças mentais têm causas multifactoriais, em que o modelo de compreensão mais referido é o modelo biopsicossocial. Basicamente, a causalidade é multifactorial com aspectos biológicos e aspectos do meio, da história de vida do indivíduo e do seu desenvolvimento. Contudo, os profissionais de saúde, apesar de reconhecerem a importância psicológica e social das questões de doença, atribuem-lhe sempre um papel secundário, uma doença é quase sempre uma situação biológica no discurso médico ou impõem sempre uma base biológica e as questões psicológicas e sociais são adjuvantes. Por isso, as questões psicossociais são vistas como «pano de fundo» e a composição orgânica e biológica é dominante perante essas. Desta forma, tal como defendem Berger e Luckmann (1973), o modelo biomédico não tem em conta que o desenvolvimento orgânico e biológico está correlacionado com ambiente humano e social. Por exemplo, no caso da depressão, os psiquiatras entrevistados, proferiram que se trata de uma patologia mais relacionada com factores psicossociais, mas estes são factores de desencadeamento de uma situação biológica como: o divórcio, o desemprego, as questões familiares, conflitos conjugais, etc. Mas, principalmente, as perdas. No entanto, estes factores apenas desencadeiam uma situação biológica, porque a depressão tem uma base biológica importante. Deste modo, referem que a depressão está, por isso, sujeita a oscilações devido às circunstâncias sociais. O caso das mulheres, pelo facto de as mulheres estarem mais representadas estatisticamente nesta patologia, deve-se, no entender dos médicos, a questões psicossociais: sobrecarga laboral, isto é, trabalharem fora de casa e terem a maioria das responsabilidades domésticas, aquilo que designamos como dupla jornada; maior

vulnerabilidade ao desemprego e, conseqüentemente, menos suporte económico; e pelo facto de terem maior facilidade em procurar ajuda médica e expor a sua situação de saúde em comparação com os homens sendo estes mais retraídos. Mas existem, também, questões biológicas: questões hormonais; os ciclos de vida - o período menstrual; o ciclo reprodutivo e as suas vulnerabilidades, como por exemplo, a depressão pós parto; e a menopausa.

Tendo em conta as duas patologias que este estudo aborda, verifica-se que no caso da esquizofrenia, a base biológica (questões genéticas e hereditárias) é importante na interpretação das causas. Foram referidos, também, factores como o uso frequente de tóxicos, que podem estar, muitas vezes, na origem do desencadeamento de uma doença biológica, isto é, a doença pode ser precipitada após um stressor. Outro factor de desencadeamento referido, por exemplo, é a morte de alguém próximo, a morte dos pais. A sua prevalência é constante e segundo os profissionais, em termos teóricos, a sua prevalência ronda os 1% da população em geral. Do mesmo modo, não há estudos que indiquem uma maior prevalência da patologia nos homens. Alguns profissionais revelaram que talvez existissem factores biológicos na mulher, que podem protegê-la, até a uma fase mais adulta, da esquizofrenia, ou seja, acontece, mas numa fase posterior, em termos etários, em relação aos homens. Inclusive, foi referenciado que quando a esquizofrenia acontece mais cedo, as conseqüências são muito mais devastadoras. Para outro profissional, pode ter a ver com o facto de a mulher ser mais vulnerável à exclusão social, tal como havia sido referido através dos estudos referenciados pela Comissão das Comunidades Europeias (CCE, 2005) e, talvez por isso (alguns médicos referiram), não lhe seja diagnosticado com maior frequência uma esquizofrenia, devido às maiores conseqüências que esta patologia acarreta.

A leitura dos profissionais de saúde, em relação ao aparente aumento das patologias mentais não é clara. Para uns não aumentou, a prevalência já existia, o que está a acontecer é que as equipas estão mais preparadas para fazer os diagnósticos. Afirmam que a procura aumentou, muitas vezes, com a intenção de se obterem ganhos secundários, isto é, por referência aos direitos inerentes ao sick role, tal como foi definido por Parsons (1988). Deste modo, alguns profissionais remetem para a questão do desvio e vêem o aumento da procura como forma de as pessoas poderem beneficiar dessa condição (ganhos secundários), ou seja, referem que a procura aumentou, porque as pessoas estão mais conscientes dos seus direitos e procuram obtê-los. Não obstante, foi referido várias vezes o factor da informação, ou seja, a população está mais informada, não só dos seus direitos, mas também sobre as questões de saúde e o facto de terem um acesso mais facilitado aos serviços, faz com que aumentem os diagnósticos. Uma das razões que apontam como demonstração de maior facilidade de acesso aos cuidados de saúde mental, foi o facto de se ter incluído a psiquiatria no hospital central, o que fez com que o estigma diminuísse e, também, pelo facto de haver uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e com a psiquiatria em ambulatório, o que facilitou esse encaminhamento. Ainda no mesmo sentido, alguns médicos referiram que o aumento da predisposição na procura de ajuda médica fez com que aumentassem o número de diagnósticos, fundamentalmente, a depressão devido a factores socioeconómicos e

familiares, isto é, houve oscilações de carácter psicossocial, mas doenças de cariz mais biológico mantiveram-se, o que evidencia, mais uma vez, a dominação biológica na explicação dos fenómenos. Outro factor importante, referido por um(a) psiquiatra, tem a ver com os diagnósticos realizados a crianças, que antes não eram diagnosticadas tão cedo e na actualidade as situações estão diferentes. Nestes dois exemplos relatados, tanto no primeiro como no segundo, é visível o processo de medicalização, ou seja, quer pelo aumento do número de categorias de doença (Quartilho, 2006), como também pela inclusão de «problemas da vida» como situações que carecem de necessidade de recorrer à intervenção médica (Augusto, 2004).

Observado o processo do diagnóstico de uma doença mental, caberá, agora, perceber alguns dos contornos do tratamento médico a que estão sujeitos estes indivíduos diagnosticados. Segundo os discursos dos profissionais de saúde entrevistados, a decisão de prescrição de medicação acontece pelo facto de a considerarem importante no processo de tratamento, pode haver uma fase em que seja mais intensa e outra menos, mas referem que a medicação deve ser acompanhada pela psicoterapia. Se, por exemplo, for uma reacção depressiva, algo mais leve, a psicoterapia pode ser suficiente, mas quando as coisas se tornam mais graves é necessário recorrer aos psicofármacos. Desta forma, os factores que consideram mais importantes na prescrição de medicação são: a segurança do fármaco, a eficácia e o preço. Portanto, dependendo da sintomatologia e da gravidade dos sintomas, o tratamento das doenças mentais é realizado, fundamentalmente, através da medicação de psicofármacos, a psicoterapia, segundo o que se apurou, é mínima e pouco articulada com a meio social, muito devido à falta de suporte social comunitário, mas também pela valorização do tratamento farmacológico, não só pelos profissionais, médicos e não-médicos, como também pelos próprios utentes. Nas entrevistas realizadas aos utentes verificou-se que, praticamente, o único tratamento que procuraram ou que se submeteram foi o tratamento médico e farmacológico, ou seja, remete-nos para a questão da dominação do modelo biomédico, e pelo facto de a doença ser classificada e tratada apenas por este modelo, como também o reconhecimento da doença e, por isso, os direitos a ela associados, serem da exclusividade da medicina, cabe à medicina o papel de controlo social dos indivíduos em situação de doença (Parsons, 1988).

A decisão de internamento pelos profissionais de saúde mental acontece em último recurso, isto é, quando existe uma ruptura do equilíbrio entre a pessoa e o seu meio sociofamiliar ou social. Na linguagem médica, acontece em situações como: descompensações agudas e muito disfuncionantes; situações em que ponham em risco a segurança do próprio (risco de suicídio, etc.) e de terceiro (agressividade, etc.); e o facto de não existir um suporte familiar para o tratamento em ambulatório. Sob o ponto de vista técnico e social, estes indivíduos, muitas vezes, deixam de realizar as tarefas «normais» do dia-a-dia, como levantar-se a horas, realizar as refeições «normais», tratar das questões de higiene pessoal, isto é, os indivíduos deixam de ter estas tarefas sistematizadas e o internamento acaba por «obrigar» a esta recomposição. Este facto, já referido por Giddens (1994), demonstra a

necessidade de controlar todas as rotinas sociais e de um controlo contínuo do corpo. Basicamente, tendo em conta os discursos dos profissionais, o indivíduo internado está sujeito a três dimensões de acção: o tratamento e vigilância médica diária; um acompanhamento de 24h diárias por uma equipa de enfermagem; e as actividades psicoterapêuticas realizadas ao longo da semana. Para além desse enquadramento profissional sobre o indivíduo internado, existem as tarefas coordenadoras da instituição, como a higiene individual, as refeições estabelecidas em horários e os horários das visitas. Tal como referimos no enquadramento teórico, o «eu» do sujeito, segundo Goffman (2008), passa a estar em causa, devido à perda de privacidade e ao controlo social exercido na instituição e torna-se, por isso, mais maleável e a própria instituição impõe-lhe uma nova identidade. Não obstante, alguns profissionais disseram que existem utentes que se sentem bem no internamento, opinião corroborada por alguns desses utentes, pelo facto de encontrarem compreensão sobre a sua situação, sobre o que sentem e o que sofrem. Sendo que alguns profissionais revelaram, mesmo, que consideram que os indivíduos, de uma forma geral, reagem bem ao internamento, porque se sentem, de certa forma, protegidos na instituição e compreendidos. Todavia, o internamento é também um momento de sofrimento, isolamento, por vezes de revolta e de «choque», por parte dos indivíduos e encarado, por muitos, quando a situação já é repetida, como um acontecimento de recessão na doença. Por fim, foi interessante, também, ouvir uma técnica de serviço social referir o facto de os internamentos, de longa duração, acarretar situações prejudiciais em termos de capacidades intelectuais e sociais, isto é, muitas vezes os indivíduos vêm com uma capacidade de autonomia aceitável, para cozinhar, gerir a sua vida em termos económicos, fazer compras, entre outras actividades quotidianas e acabam por deteriorar essa capacidade, pelo facto de a instituição lhes retirar essa autonomia, lhes fornecer todas essas actividades quotidianas, tornando-os passivos e provocando uma maior dificuldade, posteriormente, na reinserção social.

2.2 A Função da Política de Saúde Mental na Reinserção/Inclusão Social

Neste momento pretende-se perceber, ao nível macro, em que medida as políticas de saúde mental têm produzido efeitos ao nível do combate à exclusão social que, potencialmente, estes indivíduos estão expostos e ao nível meso, de que forma é que as dinâmicas comunitárias contribuíram no combate à exclusão e na reinserção social dos indivíduos em causa. Esta análise realizou-se através dos dados estatísticos e fontes documentais, dos discursos dos profissionais e através de uma análise sobre o tecido comunitário existente para dar respostas sociais ao problema social em causa.

Em Portugal, podemos referir que, existem três formas, básicas, institucionais de apoio e tratamento de indivíduos com diagnóstico de uma doença mental. Existem os hospitais centrais com a integração, ainda recente, do departamento de psiquiatria, existem duas instituições históricas internacionais, são elas as IPSS Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e os Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus e, mais recentemente, as

associações comunitárias (Oliveira e Filipe, 2009). No entanto, podemos referir ainda mais serviços: as consultas em hospitais privados, os cuidados primários nos Centros de Saúde e, ainda, a existência, embora, com tendência a se extinguirem, dos hospitais psiquiátricos.

No que diz respeito à análise sobre política de saúde mental e sobre a sua contribuição para reinserção/inclusão social, foi possível chegar a duas categorias que se consideraram importantes na organização dos cuidados de saúde mental. A primeira categoria diz respeito ao processo de desinstitucionalização da doença mental. Este processo tem vindo a progredir de forma visível e os dados demonstram-no. Tendo em consideração os dados estatísticos nacionais analisados, verificou-se que a institucionalização tem vindo a diminuir ao longo dos anos, tendo em conta que: os dias de internamento (têm vindo a baixar), os doentes saídos (têm vindo a aumentar), a demora em média em dias (tem vindo a diminuir), as urgências (desceram de forma bastante significativa) e as consultas externas (têm vindo a aumentar nos últimos anos). Deste modo, atendendo ao facto de, muitas vezes, referirem a desinstitucionalização como forma do Estado emagrecer as suas despesas, devido à crise dos Estados-Providência, e como resposta, o Estado passa partilhar as responsabilidades sociais, com o mercado, com a família e um «terceiro sector» de instituições residuais não lucrativas (Esping-Andersen, 1998). No entanto, as despesas diminuíram por um lado, através da diminuição os internamentos, mas aumentaram por outro lado, em contrapartida, tal como havia sido referido no enquadramento teórico, o número de vendas de psicofármacos, que tem vindo a aumentar, o que evidencia, por sua vez, uma das consequências da desinstitucionalização (Cooper, 1977). Portanto, a tendência tem sido para o encerramento dos hospitais psiquiátricos, diminuindo as lotações de forma progressivamente e reconverter as respostas para outras áreas de saúde e sociais, à semelhança dos países da EU e da América do Norte (DGS 2004). Todavia, este processo tem sido algo lento, fundamentalmente, devido à resistência dos hospitais psiquiátricos e aos internamentos que ainda se vão fazendo, ou seja, nem sempre acontecem nos hospitais centrais e nem sempre são internamentos curtos. Outra razão, não menos importante, prende-se com a segunda categoria, isto é, não existem respostas suficientes, na comunidade, para as necessidades existentes. Neste sentido, a segunda categoria recai na disseminação dos cuidados de saúde mental na comunidade, ou seja, este processo, a que podemos chamar de reestruturação dos cuidados de saúde mental, funda-se numa categoria que se desdobra em quatro principais subcategorias: a introdução da psiquiatria nos cuidados primários/nos centros de saúde; a introdução da psiquiatria nos centros hospitalares e psiquiatria de ligação; os cuidados comunitários; e os cuidados continuados integrados. Podemos dizer que as orientações da Organização Mundial de Saúde, através do relatório mundial de saúde mental, são referenciais únicos nas políticas, aliás, como já havíamos referido no enquadramento teórico, não existem orientações políticas e práticas que não estejam nesse relatório (OMS, 2002). Por isso, sendo a política de saúde mental baseada na OMS, podemos dizer que a orientação corresponde à filosofia e à política vigente. No que diz respeito à primeira subcategoria, podemos observar a sua eficácia através dos dados de um inquérito realizado pelo eurobarómetro, onde se verifica a implementação

significativa dos cuidados primários, tendo em conta a enorme percentagem de consultas e diagnósticos de doenças mentais realizados nos centros de saúde (CE, 2010). A opinião dos entrevistados, nomeadamente dos profissionais, demonstra, também, a concordância e importância desta medida, no sentido de fazer uma triagem necessária da procura dos utentes. Na segunda subcategoria, a introdução da psiquiatria nos centros hospitalares e, também, a psiquiatria de ligação, observa-se que este processo ainda se encontra em curso, não estando, por isso, estendido a todos os hospitais centrais. Mas a rede está praticamente concluída e é defendida por muito profissionais, pelo facto de ter contribuído, manifestamente, para a diminuição do estigma. No que diz respeito aos cuidados comunitários (Ver Tabela 5) ou o suporte social existente, à terceira subcategoria, estes são, ainda, demasiado escassos.

Tabela 5 - Serviços de Reabilitação Psicossocial em Portugal



Fonte: Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental (Oliveira e Filipe, 2009).

A maior parte das instituições comunitárias que oferecem resposta às necessidades das pessoas com patologias mentais, concentram-se na área metropolitana de Lisboa, sendo ainda incipientes no resto do país. Podemos dizer que as zonas onde existem respostas comunitárias, nomeadamente, associações, são: Braga (1), Coimbra (2), Faro (2), Lisboa (14), Porto, (2), Santarém (1), Setúbal (3) e Viseu (2) (Oliveira e Filipe, 2009). Nas restantes do país, as necessidades são cobertas, especialmente, através das duas ordens religiosas. Desta forma, estas instituições têm, ainda, uma forte presença na prestação dos serviços de saúde mental, apesar de serem, tradicionalmente mais vocacionadas para o internamento. De qualquer modo, convém referir, que estas instituições estão, visivelmente, a adaptar-se à nova realidade, procurando caminhar no sentido de dar respostas comunitárias de acordo com as exigências dos cuidados continuados, estando mesmo em vantagem, pelo facto de deterem equipamentos e uma equipa especializada, representando já um papel importante nas respostas comunitárias, devido à escassez da imergência de novas instituições.

Por último, no que concerne aos cuidados continuados integrados em saúde mental, a quarta subcategoria, tal com já foi exposto no ponto anterior, a falta de instituições e valências estão identificadas. Por isso, cabe agora perceber a percepção dos profissionais acerca desta matéria. Os discursos dos profissionais referem que a comunidade não está, ainda, preparada para receber estes indivíduos, não existem praticamente estruturas sociais para dar resposta às necessidades existentes. As opiniões são unânimes em relação aos benefícios que poderão trazer, futuramente, os cuidados continuados integrados. Todos os profissionais revelaram que será uma mais-valia e que são importantes na reinserção/inclusão social dos indivíduos, mas que são, ainda, muito incipientes e que, praticamente, não estão em funcionamento. Os profissionais relatam que, muitas vezes, têm dificuldades em colocar os indivíduos em instituições de retaguarda, na comunidade, principalmente nas zonas onde não existem muitas instituições de resposta. O que acontece é que as instituições existentes não dão uma resposta adequada às necessidades. Por exemplo, um indivíduo jovem com um diagnóstico de uma doença mental e que teve um internamento e precisa de ser acompanhado. Acontece, frequentemente, não haver resposta comunitária, porque as respostas existentes passam pelos centros de dia, lares e apoios domiciliários. Mesmo em situações em que a pessoa está já mais próxima da idade de entrada num centro de dia (57 anos por exemplo), essa pessoa corre o risco de ficar numa situação de quebra dos laços sociais, porque não está a ter uma resposta adequada. De acordo com os princípios gerais da lei de saúde mental adequados à sua faixa etária, verifica-se que os cuidados de saúde mental não são realizados, prioritariamente, pelos serviços na comunidade devido à carência dos mesmos. Finalmente, não se pode apurar os resultados destes serviços existentes na área metropolitana de Lisboa, pelo facto de não haver informação suficiente para tal.

Em suma, este duplo processo - desinstitucionalizar e reestruturar - está, ainda, em execução lenta, devido à incapacidade das comunidades em se organizarem de forma a dar resposta às necessidades dos indivíduos e de acompanharem o processo de desinstitucionalização. As principais razões apontadas pelos entrevistados, nomeadamente os

profissionais, são de cariz económico e financeiro. Em termos teóricos, podemos elaborar claramente uma dialéctica sobre este processo histórico, isto é, primeiramente deu-se a institucionalização, tal como a descrevemos na primeira parte deste trabalho, em que se estendeu até ao fim do século XX. A segunda inicia-se com o movimento de anti-psiquiatria e com o desenvolvimento dos psicofármacos na segunda metade do século XX, ou seja, começa aí o processo oposto - a desinstitucionalização. Finalmente a terceira, que acontece praticamente em simultâneo com a segunda, que é a recomposição ou reestruturação dos cuidados de saúde mental.

No que diz respeito à sua contribuição para a reinserção/inclusão social, podemos verificar que, de facto, a aproximação comunitária tem grandes vantagens em termos de recuperação social destes indivíduos, pela diminuição do estigma e pela maior possibilidade de reinserção social. Trata-se de uma rede muito mais articulada, mais disponível, mais preparada e alargada em termos de multidisciplinariedade. Podemos entender que este processo permite a tentativa de reinserção, ao passo que o anterior rompia quase ou completamente com a possibilidade de reinserção social. Este dá, pelo menos, a oportunidade de «voltar». Todavia, não estamos em condições de precisar as taxas de sucesso, até porque não são casos possíveis de contabilizar, mas a julgar pelos discursos dos profissionais, as taxas são baixas. No entanto, não podemos observar o processo de reinserção apenas pelo lado do indivíduo, é necessário observar a comunidade ou sociedade, isto é, a inclusão social, e aí parece que os resultados positivos são ainda menos perceptíveis. O estigma, teoricamente, diminui, não sendo sempre os profissionais a relatarem esse facto, também os investigadores e os políticos o afirmam. Mas os utentes continuam a ter problemas relacionados com o estigma, com o rótulo e a sofrer consequências sociais derivadas desses atributos sociais ainda bastante enraizados, basta ver as questões relacionadas com o emprego, o acesso à habitação, etc.

2.1.1 A Adequação dos Discursos dos Profissionais à Política de Saúde Mental

De uma forma geral podemos dizer que os discursos dos profissionais entrevistados se apontam no sentido da orientação política de saúde mental actual, já que são pautados pela multidisciplinaridade, fazem referência à doença mental de forma equiparada a outras situações de doença, etc. Embora considerem que a política está correcta ao promover a passagem da psiquiatria para o hospital central, pelo facto de contribuir para a diminuição do estigma e, também, pelo encerramento progressivos dos hospitais psiquiátricos, no entanto, alertam para o facto desta medida ter sido tomada sem que se tivesse devidamente preparado a comunidade. Em relação aos cuidados primários, alguns dos profissionais mostraram-se satisfeitos e referem que se trata de uma forma eficaz de realizar uma triagem dos indivíduos com perturbações mentais. Estão de acordo que os internamentos devem ser realizados no hospital central, à semelhança de outras áreas da medicina, que estes devem ser curtos, mas devem fazer parte do processo de tratamento nos casos em que houver essa

necessidade. Portanto, estão em consonância com as orientações políticas anteriormente estabelecidas (Alves e Silva, 2004).

Em relação às medidas tomadas, recentemente, não estão a ser bem recebidas pelos profissionais, porque lhes retiram margem de manobra, ou seja, referem-se, concretamente, aos cortes das participações nos medicamentos psicofármacos que vieram acarretar novas preocupações aos profissionais de medicina, pelo facto de, muitas vezes, não poderem prescrever os medicamentos mais recentes, devido ao preço, o que os leva a prescrever os mais antigos e com mais consequências indesejadas em termos de efeitos secundários.

Denota-se que os profissionais têm uma formação e um discurso centrado nas orientações estabelecidas pela OMS, fundamentalmente as que são referentes ao «Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental» (DGS, 2004) e consequentemente, na lei de saúde mental e no Plano Nacional para a Saúde Mental, pelo facto de terem sido inspiradas na OMS. Por exemplo, a forma de encarar as causas das doenças mentais (centrado nas três dimensões, biológico, psicológico e social), apesar de atribuírem importância primordial aos factores biológicos, e no modo como o diagnóstico deve incluir a família, quer no diagnóstico quer ao nível da reabilitação (OMS, 2002). A família é, geralmente, quem encaminha os indivíduos aos serviços de saúde e são os principais informadores dos seus comportamentos e contribuem, de forma decisiva, para a elaboração do diagnóstico. Após a realização do diagnóstico, a família continua a ter um papel central para os serviços de saúde, têm um papel de agentes de controlo, ao nível do tratamento e da medicação e em situações de «descompensação» ou crises, como os profissionais referem, são os familiares, em geral, que dão o alerta ou conduzem o indivíduo aos serviços em situações de doença. Deste modo, a família promove a extensão do modelo biomédico para fora das paredes institucionais. Não obstante, se a política de saúde mental se baseia nos princípios estabelecidos pela OMS e se os profissionais têm um discurso assente nesses princípios, não podemos dizer que não está adequado. Contudo, existem várias ambiguidades nestes princípios estabelecidos pela OMS, aliás como já foi exposto no enquadramento teórico, começando, desde logo, pela definição de saúde e de doença mental pelo facto de elaborar uma definição que não assente em princípios absolutos e essenciais, isto é, varia de cultura para cultura e no tempo (Silva e Alves 2002).

2.3 O Processo de Rotulagem dos Indivíduos com Diagnóstico de Doença Mental

Tendo em conta o que foi abordado no enquadramento teórico (Giddens, 2004), os principais agentes da rotulagem são os representantes das forças das leis e da ordem, neste caso, trata-se dos profissionais de saúde, já que são eles que definem legitimamente o que é normalidade e desvio, sendo a eles a quem cabe restituir os “desviantes” à normalidade. Desta forma, percebe-se que os indivíduos com diagnóstico de uma doença mental, nomeadamente, esquizofrenias e depressões, passam a ser designados como «doentes». Foi uma constante em todas as entrevistas, em todos os locais. No caso da esquizofrenia, inclusive será é definido como doente permanente, já que não tem cura, e no caso da

depressão, será doente sujeito a recaídas ao longo da vida. Os profissionais referem, insistentemente, o facto dos utentes se auto-excluírem e de terem um estigma interiorizado, de pensarem como doentes. Mas, por outro lado, eles próprios falam, quase sempre, referindo-se ao doente, do esquizofrénico e não da pessoa que tem este problema de saúde, que tem uma doença. Deste modo, tal como Goffman (2008) referiu, o conceito de estigma remete-nos para atributos negativos da identidade, atributos que, em quase todas as sociedades, levam ao descrédito. O estigma está nesta relação entre o atributo e o estereótipo.

No que se refere às esquizofrenias, o diagnóstico deste grupo patológico é realizado, geralmente, numa idade precoce, sensivelmente, na passagem para a idade adulta. A partir desse momento é-lhe colocado o rótulo, de forma definitiva, de esquizofrénico, de doente crónico, incurável e com uma evolução de doença, por vezes, muito veloz. A depressão já é mais «normal», pelo facto de haver uma maior experiência da mesma, por parte das pessoas, pelo que se torna mais familiar em todas as nuances em relação a essa doença. A normalidade depende, por isso, da estatística, logo, tal como Foucault (2008) havia criticado Durkheim, pelo facto de abordar a patologia pelo desvio, pela anormalidade estatística (desvio padrão), aqui é bem visível esse exercício, isto é, o que torna “normal” ou “anormal”, neste caso entre a depressão e a esquizofrenia, são os comportamentos diferenciados. Enquanto na depressão os comportamentos, em geral, ainda que sendo vistos como não normais, se aproximam mais da normalidade, na esquizofrenia o caso é bem diferente, quase sempre, os profissionais fazem referência a tais comportamentos como anormais, bizarros, etc. Outra das razões é o facto de a sintomatologia ser diferente, nomeadamente, em termos de consequências para terceiros, ou seja, em geral os comportamentos de um indivíduo com depressão não põem em causa terceiros e, por isso, já não é tão receada pela comunidade. No caso da esquizofrenia acontece, vulgarmente, o contrário, a esquizofrenia está associada à loucura, segundo os discursos dos profissionais. Deste modo, podemos pensar que a loucura só é assim entendida quando põe em causa a estabilidade e segurança da sociedade. Estar deprimido, já não é loucura, talvez porque não afecta a sociedade, afecta apenas o indivíduo ou os seus próximos de forma indirecta. A depressão está definida como uma doença que pode incidir em qualquer pessoa e foi referido - «qualquer pessoa normal», ou seja, a esquizofrenia é vista como uma «anormalidade», inclusive, na sua prevalência, alguns referem: «já nasceu esquizofrénico». Isto porque em termos estatísticos a depressão tem uma prevalência considerável e varia substancialmente pelo meio social e pela personalidade (referida pelos profissionais de saúde). Portanto, a esquizofrenia tem uma causa, fundamentalmente, biológica e uma constância equilibrada, isto é, não existem oscilações, ao longo do tempo, como na depressão.

Ora, se um indivíduo tem um diagnóstico de uma depressão, os profissionais, geralmente, referem: «o indivíduo com uma depressão...» Se um indivíduo tem um diagnóstico de uma esquizofrenia, os profissionais já dizem: «o doente esquizofrénico...», ou seja, na depressão o rótulo não é colocado do mesmo modo, em geral, o estigma da depressão poderá

ser ocultado, quando apenas existe o diagnóstico, isto é, o estigma é ainda desacreditado (Goffman, 2008). Ou seja, mesmo tendo em conta a existência de internamentos, ao longo da vida, e tendo medicação constante, um indivíduo com uma patologia de depressão tem mais probabilidades de conseguir esconder o seu estigma, pelo facto de ser mais aceite e pelo facto de não estar tão ligado à doença como na esquizofrenia. Na depressão, a medicação poderá não ser para toda a vida, os comportamentos não são considerados tão desviantes como nos de indivíduos com um diagnóstico de esquizofrenia e os profissionais referem que a própria sintomatologia da depressão, pode levar mais à auto-exclusão do que a exclusão social, enquanto na esquizofrenia poderá acontecer muito mais o contrário.

2.2.1 A Vulnerabilidade à Exclusão Social de Indivíduos com Uma Doença Mental

Direccionando, agora, as atenções para os aspectos mais micro, ou seja, a forma como os indivíduos, as suas famílias e a comunidade se relacionam neste processo e de que forma essa relação é importante para a sua reinserção social. No que concerne à percepção dos profissionais entrevistados relativamente à vulnerabilidade social dos indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental a comunidades é por eles avançada como tendo um papel muito importante na integração social do indivíduo, até pelos aspectos institucionais e políticos que já foram referidos. Não obstante, é a família a instituição mais referenciada, como fundamental, neste processo. Podemos sintetizar algumas das vulnerabilidades sociais, expostas pelos profissionais e utentes, da seguinte forma:

- a) A vulnerabilidade surge primeiramente pela própria sintomatologia da doença;
- b) Os comportamentos sociais de um indivíduo, principalmente com uma psicose, por vezes são bizarros, difíceis de entender, podem tornar-se agressivos para com os outros, podem causar medo às pessoas e acabam por ser conhecidos como os «loucos»;
- c) A falta de cuidados dos serviços de saúde em controlar o aspecto do utente, o cuidado físico, a negligência, a vadiagem e o comportamento desorganizado;
- d) A sociedade tenta-se proteger do desconhecido e discrimina o paciente;
- e) Os indivíduos podem ter tendência para se fechar em casa como forma de defesa;
- f) O facto de a família manter o indivíduo em casa com a intenção de o proteger;
- g) O estigma associado ao rótulo e o facto de as pessoas percebem estes indivíduos como fragilizados;
- h) A perda da sua capacidade de rendimento profissional devido à doença pode provocar carências socioeconómicas, derivadas dessa perda.
- i) O facto de não terem apoio, quer social, quer familiar (e/ou terem pais idosos ou não terem pais);

Relativamente ao papel da família, através dos dados recolhidos percebe-se que os profissionais atribuem-lhe um papel importantíssimo em todo este processo, por algumas razões já referidas, mas, especialmente, como suporte de apoio para o indivíduo e como elo de ligação com os cuidados de saúde mental. Os profissionais relatam a importância de ter uma família presente e que perceba a doença, não só para que os utentes andem mais «controlados», em termos de «equilíbrio mental», como também para detectarem as alterações de «comportamentos», detectar alguns sinais que dêem indícios de que algo possa estar a mudar e que seja necessário consultar o serviço de saúde. Afirmam que se torna muito mais difícil manter um “indivíduo compensado” quando tem o apoio familiar, se não houver esse suporte, segundo os profissionais, é muito difícil mantê-los no «meio». Para os profissionais, os utentes que não têm apoio familiar têm crises sistemáticas, recorrem aos serviços pelas coisas mínimas, ao contrário dos que têm esse apoio. Por outro lado, o apoio familiar é fundamental no processo de reabilitação, de adaptação, aceitação e cumprimento.

Centrando a perspectiva no discurso dos médicos(as) psiquiatras, percebe-se que a família tem, também, outras funções no processo, são eles que na maior parte das vezes que acompanham a pessoa, principalmente, se for um caso de esquizofrenia. Para além de ser o elo de ligação e de «controlo», é também um meio importante no diagnóstico, já que ajuda a reconstruir a história clínica do paciente. Muitas vezes, o processo passa pela actuação na família, devido à sua importância para restabelecer o equilíbrio na saúde do indivíduo. Por fim, na adesão ao tratamento a família tem um papel crucial, fundamentalmente, nos casos psicóticos, onde os indivíduos recusam a doença, recusam ir às consultas e continuar o tratamento. Deste modo, verifica-se que a família, nestas situações, é fundamental no cumprimento do sick role (Parsons, 1988), já que o facto de terem uma doença mental, de certa forma, iliba-os dos deveres que estão associados a este papel, nomeadamente os de procurar ajuda médica e tentar melhorar, para retomarem a normalidade, ou seja, tal como foi referido no enquadramento teórico, na doença mental o sick role assume contornos diferentes de outras situações de doença. Podemos dizer que o facto de se ter uma doença mental, em proporção da sua gravidade, não só os desresponsabiliza das suas responsabilidades sociais, como também desresponsabiliza do seu papel de doente, passando esta responsabilidade, muitas vezes, para a família. Este facto, sob ponto de vista desta perspectiva, evidencia o carácter negativo e incapacitante que reveste um indivíduo com um diagnóstico de uma doença mental. Ainda neste sentido, alguns profissionais proferem que a própria família, muitas vezes, é alvo de estigma o que faz com que se sinta envergonhada e sinta dificuldades em lidar com os sintomas da pessoa, reportando ao estigma de cortesia referenciado por Goffman (2008), ou seja, neste caso a família sofre, também, da maior parte das privações ou situações de estigma típicas do seu membro.

2.2.1.1. Privação

A informação recolhida, através das entrevistas realizadas aos utentes com as patologias de depressão e esquizofrenia, revelaram, quase de uma forma total, a existência de problemas ao nível profissional. As situações analisadas caracterizavam-se por reformados precocemente, baixas médicas, desempregados ou a receberem o Rendimento Social de Inserção. Um diagnóstico de uma doença mental pode vulnerabilizar a manutenção de um posto de trabalho e/ou pode agravar a reinserção no mercado, quer pelo estigma que acarreta o diagnóstico, quer pelos efeitos secundários que a medicação provoca (causa sonolência, prejudica no cumprimento do horário, etc.). Por vezes, dependendo da intensidade da doença, pode haver necessidade de internamentos demorados e, por isso, exige uma ruptura, maior ou menor, com o mercado laboral. Portanto, os indivíduos com um diagnóstico de uma doença mental poderão ter a necessidade de recorrer ao mecanismo legal de baixa médica, caso estejam numa situação activa. Os efeitos secundários da medicação, usada nestes tratamentos, são dolorosos e acarretam vários sintomas impeditivos na execução desejável das tarefas da vida quotidiana e de uma profissão. Quando se trata da reinserção no mercado de trabalho, estes factores pesam de sobremaneira na admissão de indivíduos nestas circunstâncias. Os indivíduos podem «esconder» estas situações se a sua situação de doença o permitir, caso contrário terão mais dificuldades no acesso ao mercado de trabalho. Foi referido, diversas vezes, quer pelos profissionais quer pelos utentes, que o cumprimento de um horário de trabalho rígido e pouco flexível torna-se complicado, devido aos efeitos secundários provocados pela medicação, a necessidade, por vezes, de terem que ir a consultas e, ainda, poderão ocorrer situações de internamento. Portanto, ocultar a sua situação nem sempre é possível, por isso, a reinserção no mercado de trabalho é condicionada por estes factores.

No caso da esquizofrenia, as circunstâncias agravam-se, ainda mais, não só pelos aspectos já referidos, mas também pelo facto da medicação ser permanente e pelas constantes recaídas previsíveis e que podem levar aos internamentos regulares. Outro aspecto é facto de o surto da doença acontecer bastante cedo, no início da idade adulta, o que se torna nefasto ao nível da inserção no mercado de trabalho, da formação profissional, das redes de sociabilidade, etc. A privação, nestes casos, é uma realidade presente, devido à falta de possibilidades de se inserirem no mercado de trabalho ou de manterem uma profissão são reduzidas de forma brutal. Sendo o trabalho a principal fonte de rendimento, estes indivíduos ficam numa situação vulnerável no que diz respeito à satisfação das necessidades básicas, ou seja, situações de insuficiência de recursos de forma a manter as condições de vida socialmente aceitáveis (Augusto e Simões, 2007). A sua autonomia é limitada, quando estão reformados ou a receberem apoios estatais, estes apoios são, quase sempre, com valores de sobrevivência. Os que revelaram não ter tido problemas económicos, apesar de terem problemas profissionais, são aqueles que têm uma relação familiar estável ou encontram na família o seu apoio financeiro. Todavia, a privação poder-se-á dizer, mantém-

se, porque o indivíduo não está numa situação de autonomia económica tal como defende António Teixeira Fernandes (*in* P. PR, 1998). Deste modo, um indivíduo com um diagnóstico de uma doença mental pode ficar numa situação vulnerável à manutenção ou reinserção profissional, variando conforme a intensidade da doença e o tipo de patologia. Portanto, sendo a privação o não acesso aos recursos materiais (Augusto e Simões, 2007) e o trabalho o principal eixo de rendimentos, estas situações, principalmente as mais profundas, as que levam à exclusão do mercado de trabalho, poderão aumentar a sua dependência, face às famílias e face ao Estado, em termos de sobrevivência e autonomia económica. Por fim, tendo em conta as entrevistas realizadas, podemos referir que, face à carência económica que a maior parte destes indivíduos possui, a prescrição de medicamentos fica condicionada devido aos cortes recentes nas participações na medicação por parte do Estado. Desta forma, as consequências mais relatadas foram a impossibilidade, muitas vezes, de ter acesso aos medicamentos e o facto de os médicos terem que recorrer, muitas vezes, a medicamentos mais em conta, ou seja, medicamentos mais antigos o que transporta maiores efeitos secundários aos indivíduos e isso trará maiores dificuldades na sua vida quotidiana.

2.2.1.2. Desqualificação

Segundo a informação recolhida através das entrevistas, os utentes revelam ter necessidades de esconder a sua doença, sobretudo, ao nível profissional, já que lhes diminui, significativamente, as possibilidades de manutenção/reinserção profissional, mas também ao nível das relações sociais, pelo facto de se sentirem estigmatizados e, por vezes, excluídos. Em casos mais graves, como o diagnóstico de uma esquizofrenia, por exemplo, um indivíduo revelou que para procurar trabalho no centro de emprego necessitaria de um aval da instituição onde se encontrava que confirmasse que era capacitado para exercer uma profissão. Esta situação leva ao descrédito e ao estigma (Augusto e Simões, 2007) e torna-se numa densa barreira pessoal e social e reduz, claramente, as possibilidades de reinserção no mercado de trabalho. Referiram, por exemplo, que se soubessem que esteve ou está numa instituição de saúde mental seria logo colocada(o) de «lado», excluída (o) ou até mesmo considerada(o) como «maluca/maluco» e, por isso, afastam-se. Portanto, não só existe a necessidade de esconder a própria doença, como também os acontecimentos consequentes, ou seja, se esteve internado, se está institucionalizado, se frequenta os serviços de reabilitação psicossocial. Assim, e à semelhança do que foi referido por Susana Ferreira (2004) também aqui foram identificados três factores de estigmatização nos indivíduos nestas situações, ou seja, “(i) a doença de que são portadores, (ii) o estarem ou terem estado internados e (iii) o facto de frequentarem diariamente o Serviço de Reabilitação” (2004: 128). Os dados recolhidos demonstram que os seus internamentos se devem a comportamentos estranhos, crises, estarem descontrolados, desleixados (questões de higiene), agressivos, entre outros. Normalmente, estas caracterizações são feitas por terceiros, pela comunidade, mas decisivamente pela família. Nos utentes entrevistados verificou-se que a família é, em

geral, o veículo para procurar ajuda médica e para o internamento, muitas vezes recorrem mesmo a estratégias tanto para a levar à consulta ou mesmo para ser internado, sobretudo, quando se trata da patologia de esquizofrenia, pelo facto da não-aceitação da doença e pelo facto de não se reconhecerem como tendo uma doença.

A percepção dos utentes entrevistados, face à sua doença e face à sua condição social, é uma percepção, em geral, de fragilidade, sentem que os outros olham para eles de forma diferente, julgam que as pessoas falam pelas costas, sentem-se excluídos, sentem vergonha da sua situação, isto remete-nos para a questão referida por Edwin Lemert em relação à interiorização do rótulo, ou seja, não só perturba a forma como a sociedade o vê como também afecta a noção da sua própria identidade (in Giddens, 2004). Isto consiste, na internalização do estigma e o modo como tal afecta o processo identitário. O estigma torna-se desacreditado, já não conseguem esconder nem lidar com o seu estigma, inclusive, a sua identidade está deteriorada, o indivíduo passa a ver-se a si próprio como desviante, a sua identidade está afectada, porque no centro desse processo de construção identitária colocam o estigma de doente mental (Ferreira, 2004).

Porém, não podemos dizer que todos se comportam assim, o que significa que indivíduos similarmente situados não respondem às situações necessariamente do mesmo modo. O facto de ter estado ou não internado muda substancialmente a forma de o indivíduo pensar sobre si, mas também a forma como a sociedade o vê. Foi visível um factor de combate ao estigma e ao rótulo, por exemplo, alguns entrevistados falaram que, actualmente, até brincam com a situação da doença, esta é uma forma positiva de encarar a doença, mas fundamentalmente, o estigma. No entanto, geralmente, os que revelaram falar sobre a doença, fazem-no com pessoas com quem tenham intimidade, mas preferencialmente, com técnicos(as), médicos(as), por considerarem que estes os entendem melhor e não terem a mesma atitude de medo que, em geral, que encontram na sociedade. Em suma, estão presentes as três fases do processo de desqualificação, a fragilidade (sentimentos de inferioridade), a situação de dependência (conformados com a situação de dependência) e a marginalidade (indivíduos estigmatizado, etc.).

2.2.1.3. Desafiliação

Tendo em conta os quatro pilares fundamentais: a família, o trabalho, o Estado e a comunidade (Monteiro, 2004), torna-se evidente a relação próxima com o Estado, pelas razões referidas nos pontos anteriores. Por sua vez, os laços sociais com o trabalho estão enfraquecidos, e à medida que aumenta esta fragilidade, aumenta a dependência face ao Estado. Tal como refere Robert Castel, o trabalho e a inserção relacional são dois eixos importantes na inclusão social e sendo o mercado de trabalho, também, um factor essencial nas relações de sociabilidade, estes indivíduos estão, por isso, reduzidos em termos de possibilidades (Estébanez, et. al. 2002). Já não é tão evidente em termos de relações comunitárias, embora a tendência demonstrada, pelas entrevistas, seja a existência de

vulnerabilidades, por vezes grandes, mas nem sempre são perceptíveis. Em relação à família, acontece a mesma situação, embora possamos referir algumas situações mais visíveis. Por exemplo, o caso da esquizofrenia acarreta uma maior vulnerabilidade nas relações com a família, por várias razões: a dificuldade de construir família; terem pais idosos; ser uma patologia desgastante para a família; serem incompreendidos pela família; o facto de as famílias actuais serem constituídas, maioritariamente, pela família nuclear o que reduz os laços familiares; etc. Deste modo, os utentes com a patologia de esquizofrenia revelam ser mais vulneráveis em relação aos laços sociais, quer com a comunidade, quer com a família. A família torna-se, frequentemente, o único suporte existente, mas apresenta-se com grandes vulnerabilidades levando muitas vezes à ruptura, ficando numa situação de dependência dos serviços comunitários ou estatais para este tipo de situações.

Foram referenciados casos, especialmente relacionados com a esquizofrenia, em que o diagnóstico precoce obrigou ao abandono escolar, também, precocemente. A partir do diagnóstico de uma doença como a esquizofrenia, o rumo de vida sofre grandes alterações, neste caso, faz com que se perca o contacto com os amigos e colegas, o que conduz, de forma gradual, a uma situação de escassez, em termos de relações de amizade o que leva os indivíduos a concentrarem-se na família. No mesmo sentido, e ainda em relação aos utentes entrevistados com a patologia de esquizofrenia, estes revelaram ter grandes dificuldades nos relacionamentos amorosos, isto é, têm grandes dificuldades em construir família. Além da questão afectiva que uma tal situação coloca, esta agrava ainda mais a vulnerabilidade a que estão expostos, já que o inevitável envelhecimento dos pais, além de colocar em risco o apoio mais estável que experimentam, antevê o seu falecimento e, com ele, o agravamento da sua situação e da dependência do Estado e das instituições de saúde mental. Por exemplo, alguns utentes quando se colocava a questão sobre as suas perspectivas de futuro revelaram que, tencionavam ir para um lar ou serem internados numa instituição de saúde mental de forma definitiva. Este aspecto pode ser importante, o facto de terem em mente a possibilidade de virem a ser internados numa instituição de saúde mental, pode revelar não só a perda do suporte familiar, como também a recusa das restantes instituições na aceitação de indivíduos com estas patologias. Foi referido por uma técnica de serviço social, que na região onde trabalhava, eram recusados, muitas vezes, estes serviços, prestados (por lares, apoio domiciliário e centros de dia), aos indivíduos da psiquiatria por terem medo ou não se sentirem à vontade com estes utentes, etc. Ora, se na maior parte das zonas do país as respostas de saúde mental comunitárias são deficitárias e estas instituições são, por vezes, as únicas capazes de colaborar e de dar resposta comunitária, quando essa colaboração não acontece, os indivíduos ficam dependentes dos internamentos longos ou definitivos em instituições de saúde mental.

3. Análise Interpretativa - Construção de Perfis

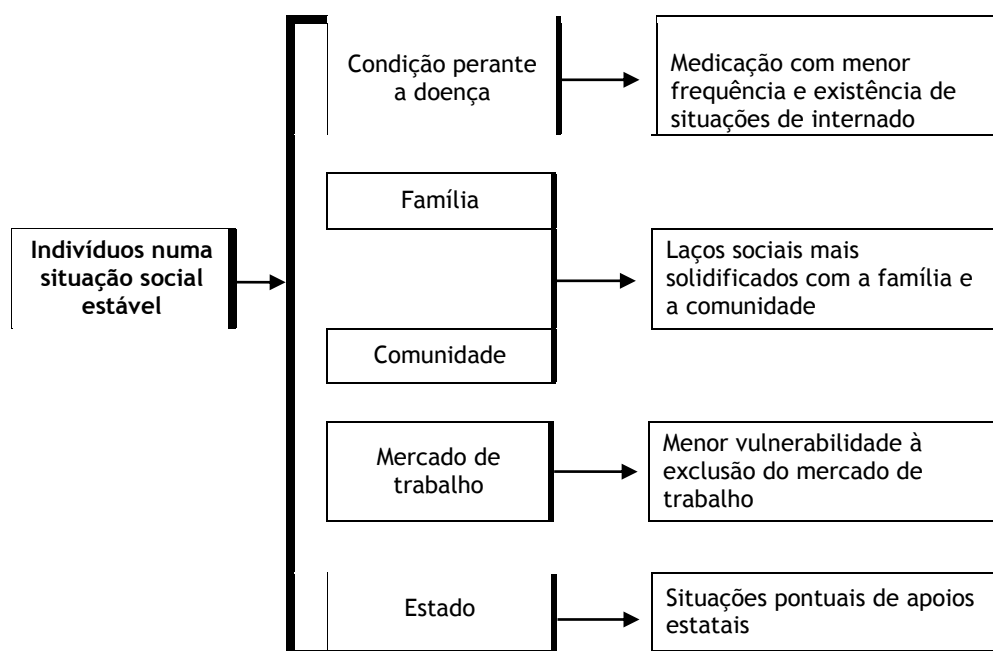
A construção de perfis justifica-se na medida em que concede um contributo para a compreensão das situações de doença mental, em que estas se apresentem como situações vulneráveis à exclusão social. Portanto, os perfis constituem uma forma de compreender os contornos sociais, de forma a podermos compreender melhor alguns dos processos e dinâmicas a que estão sujeitos os indivíduos portadores de uma doença mental. A construção dos perfis realizou-se através de categorias de condição detectadas na recolha empírica de informação (de todas as entrevistas realizadas), mas também tendo em conta o enquadramento teórico. Basicamente, as categorias de condição foram: condição perante a doença; condição perante o emprego; condição perante a família e a comunidade; e a condição perante o Estado. Através da relação destas categorias podemos construir perfis que ajudam a perceber o processo e os contornos de vulnerabilidade à exclusão social que um indivíduo com uma doença mental pode ou não estar sujeito. Os perfis que se avançam são: iniciados; intermitentes; (des)vinculados; e excluídos. Estes quatro perfis podem ser testados, futuramente, noutras investigações e podem ser vistos, também, como um processo contínuo, isto é, um indivíduo pode percorrer os quatro perfis, tendo em conta as implicações que se podem acumular ao longo do tempo.

Estes perfis assumem um carácter «abstracto» na medida em que nenhum indivíduo se enquadra de forma total em qualquer um dos perfis, apenas vão se aproximando de um em detrimento de um afastamento dos outros. Deste modo, podemos observar semelhanças entre os perfis e os tipos-ideais, muitas vezes utilizados na sociologia, cuja sua origem remonta a Max Weber. No entanto, é comparável, apenas, na medida em que se trata de uma modelo conceptual, em que se utilizam como um instrumento para compreender a acção social e pode ser aperfeiçoado através de novas investigações empíricas. Na concepção de Weber, “um tipo ideal é elaborado através da abstracção e da combinação de um número indefinido de elementos que, se bem que sejam todos eles extraídos da realidade, raramente ou nunca nos surgem sob essa forma específica” (Giddens, 2005: 201). Todavia, ao contrário dos tipos-ideais de Weber, estes resultam do trabalho empírico, ou seja, não foram construído em termos conceptuais e testado empiricamente, mas sim o movimento contrário, apesar de, como já foi referido, poderem ser testados futuramente noutras investigações.

O primeiro perfil, designado possivelmente por «iniciados», remete-nos para situações em que os indivíduos, apesar de terem um diagnóstico de doença mental e apresentarem algumas vulnerabilidades, mais concretamente com o mercado de trabalho, estão numa situação mais estável face à exclusão social. Tendo em conta o que foi dito anteriormente, a exclusão social é um processo contínuo e dinâmico entre inclusão-exclusão, sendo que não é possível estar totalmente incluído, apenas idealmente. Ainda assim, não podemos dizer que pelo facto de um indivíduo ter um diagnóstico de uma doença mental esteja numa situação de exclusão social, tal situação, pode sim acarretar algumas vulnerabilidades. Não obstante, o facto de estar com alguma frequência submetido a um tratamento médico, não implica a

sujeição, expressiva, ao rótulo e ao estigma, ou seja, o seu estigma é, ainda, desacreditável - as suas características estigmatizáveis, face à doença mental podem, ainda, ser ocultadas e controladas pelos indivíduos, muito pelo facto de não terem estado sujeito ao internamento. Deste modo, os laços sociais com a família e com a comunidade mantêm-se, porque uma situação de saúde desde género não traz grandes modificações, ou são modificações momentâneas. O mesmo se aplica em relação ao desenvolvimento de uma carreira profissional ou à relação com o mercado de trabalho.

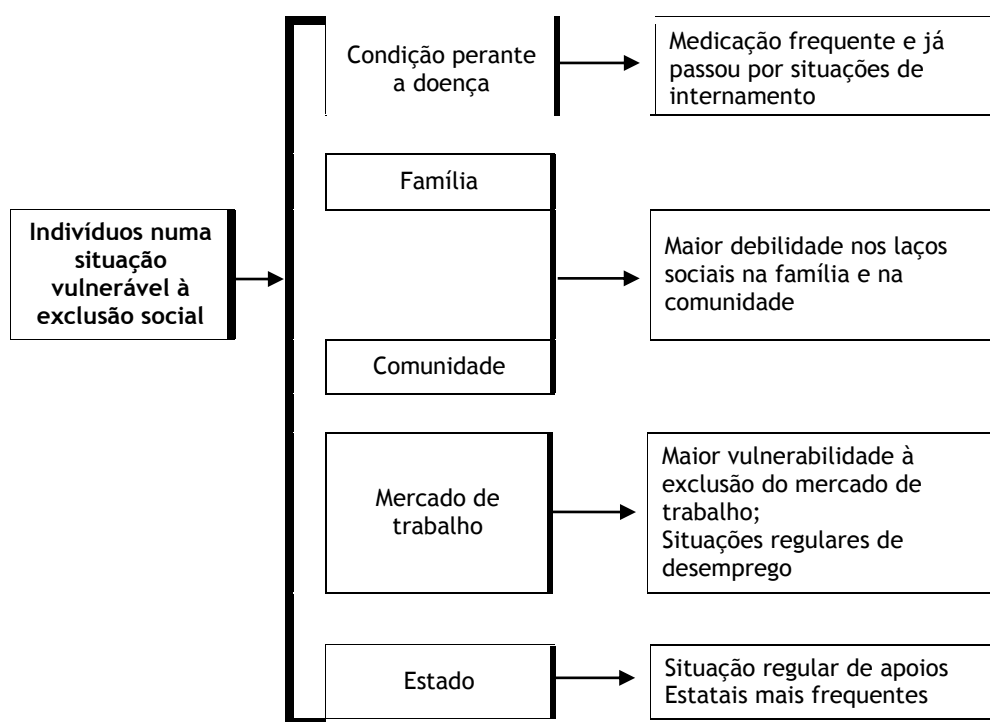
Tabela 6 - Perfil 1 Iniciados



No segundo, o perfil ou situação «intermitente» remete para uma posição mais frágil do que a anterior. Tal como o próprio nome indica, esta situação intermitente resulta do impasse que os indivíduos numa situação destas podem assumir no processo, isto é, estão numa situação em que a estabilidade poderá já não ser a regra, os internamentos podem acontecer, embora não estejam tão previstos, existe a ocorrência de situações de ruptura temporárias com o mercado de trabalho (baixa médica e desemprego de curta duração) e as consequências pessoais e sociais que poderão advir destas situações. Neste caso, os indivíduos estão submetidos a tratamentos médicos com frequência e já tiveram, pelo menos, um episódio de internamento. A situação vulnerável ao emprego ou ao mercado de trabalho, deve-se às situações regulares de desemprego e de baixas médicas, pelo facto de o tratamento constante transportar implicações devido aos efeitos secundários, o que se traduz em dificuldades acrescidas na manutenção de uma profissão ou de reinserção no mercado de trabalho. A situação de internamento pode abrir aqui, também, um processo de construção

do estigma e de interiorização do rótulo. Desta forma, a sua situação social pode ficar vulnerável com a comunidade pelas implicações que o internamento transporta, quer para a visão da sociedade sobre o indivíduo, quer pela forma como o indivíduo passa a ver-se a si próprio, devido ao estigma associado ao internamento e devido à interiorização do rótulo por parte do indivíduo (Ferreira, 2004). Assim, dependendo da sua situação social, o indivíduo poderá ou não desenvolver um processo mais vulnerável, principalmente ao nível do mercado de trabalho e, por isso, como já foi referido, sendo o trabalho, um dos pilares mais importantes para a reinserção/inclusão social, esta situação poderá conduzir à quebra de rotinas de sociabilidade. Por isso, a situação intermitente poderá ser uma situação fronteira, isto é, uma situação que poderá definir a passagem para uma situação mais vulnerável ou um sucesso na reabilitação e na reinserção social.

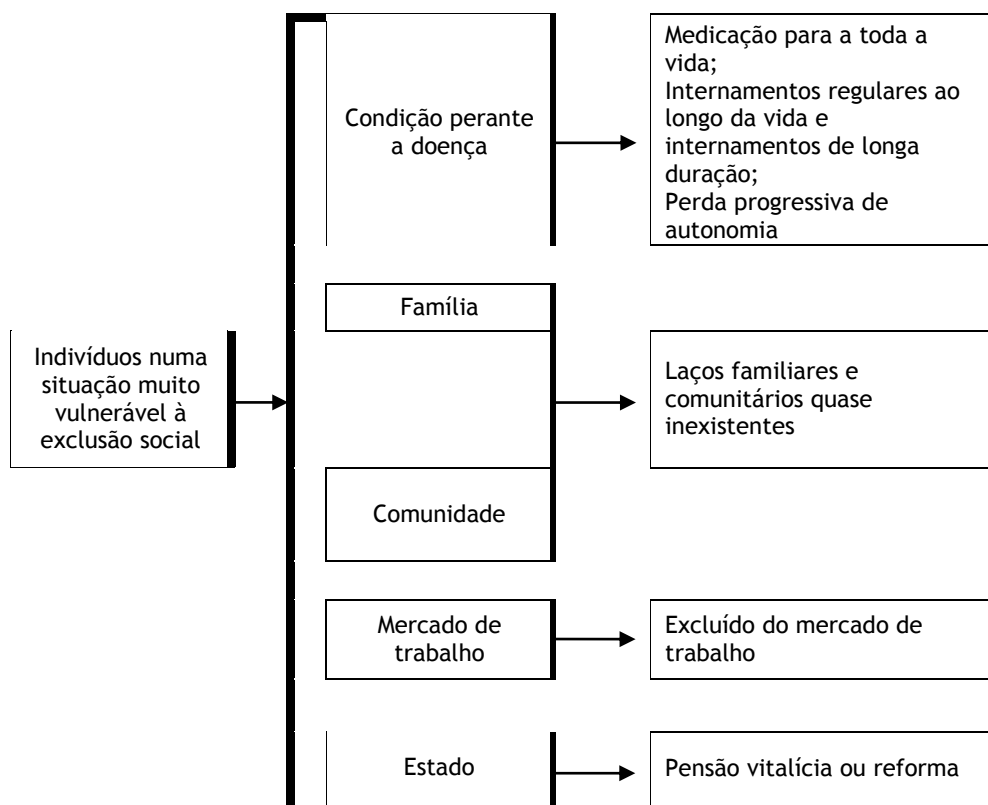
Tabela 7 - Perfil 2 Intermitentes



O perfil os «(des)vinculados», apresenta-se como uma situação mais vulnerável à exclusão social. O primeiro argumento centra-se no facto dos indivíduos possuírem uma doença crónica e, por isso, acarretam todas as implicações que podem advir de uma doença crónica. O facto de ter uma doença crónica provoca mudanças na identidade pessoal e social (Giddens, 2004). Deste modo, a perda progressiva de autonomia e o facto de estarem submetidos a um tratamento permanente, ou seja, medicação para toda a vida, traz grandes implicações para a identidade pessoal e social do indivíduo, tal como Corbin e Strauss referiram, a organização das suas vidas quotidianas passam por três tipos de «trabalhos»: o trabalho de doença; o trabalho do quotidiano; e o trabalho biográfico (*in* Giddens, 2004: 163).

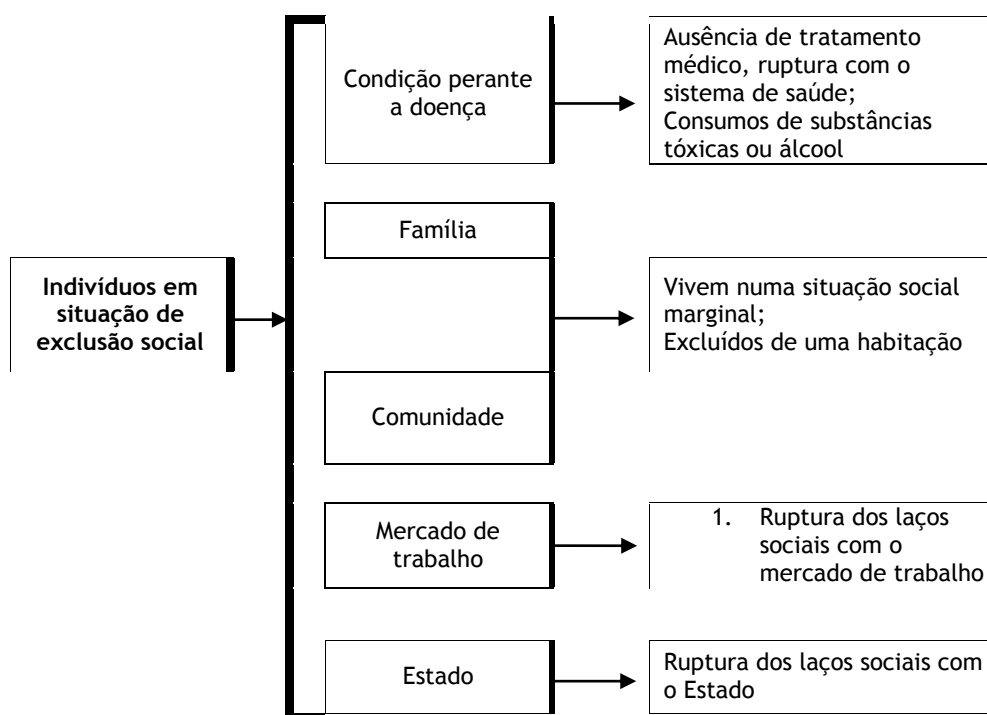
Neste tipo de doenças, os efeitos secundários da medicação são devastadores para o desempenho das suas funções sociais, quer ao nível das relações sociais ou em termos de mercado de trabalho. Geralmente, devido a estas implicações, são-lhes atribuídas pensões vitalícias ou mesmo reformas precoces. No caso da esquizofrenia, por exemplo, muitos indivíduos são reformados bastante cedo e o surto da doença acontece na passagem da juventude para a idade adulta, como já foi referido. Os internamentos são outra das implicações para estes indivíduos, não só pelo estigma que lhes proporciona, bem como pela desacreditação que lhes confere, isto é, o estigma desacreditado (Goffman, 2008), estes indivíduos já não podem ocultar as suas características estigmatizáveis, pelo facto dos internamentos serem regulares, ao longo da vida, devido às crises cíclicas que ocorrem neste tipo de situações. Portanto, este perfil remete-nos, por um lado, para uma desvinculação, que poderá acontecer de forma progressiva, pelos factores já referidos, dos principais pilares da sociedade, ou seja, o trabalho, a comunidade e crescente probabilidade de ruptura com a família. Por outro lado, assiste-se a uma vinculação, não só com um dos principais pilares, o Estado, devido à sua dependência económica, mas também com a medicação e com as instituições de saúde mental, quer ao nível de internamento ou de acompanhamento e auxílio das suas actividades quotidianas (por exemplo, alimentação através do apoio domiciliário, higiene do domicílio, etc.).

Tabela 8 - Perfil 3 (Des)vinculados



Finalmente, o último perfil, os «excluídos», já que apesar de lhes ser reconhecidos os problemas de saúde mental, vivem numa situação social marginal e, por isso, não têm qualquer tipo de ligação ao sistema de saúde. Estes indivíduos, normalmente, estão arredados do mercado de trabalho e em situações extremas de sobrevivência, encontram-se em completa ruptura, quer ao nível social, com a família e a comunidade, quer ao nível do Estado. Nestes casos, podemos englobar situações graves de dependência de álcool e drogas, sem-abrigo, etc. Nestes casos os laços de sociabilidade são marginais e muito ténues, cujos únicos laços institucionais, quando existentes, são os serviços de voluntariado. A situação é de dependência a todos os níveis e, por isso, a sua autonomia vai-se diluindo progressivamente com o avançar da idade. Portanto, esta situação remete-nos para a desafiliação, ou seja, o cúmulo do processo de fragilização (Costa, 2008) dos laços sociais com os principais pilares de reinserção/inclusão social referidos.

Tabela 9 - Perfil 4 Excluídos



Notas Conclusivas

Devemos ter em conta um factor importante que tem a ver com os utentes entrevistados. Não podemos esquecer que estes utentes foram seleccionados pelas instituições, provavelmente, por serem os que apresentam melhores condições. Por isso, não podemos concluir que representam os restantes, nem que se enquadram no perfil geral dos utentes. Existem diversas situações, existem situações menos controladas e indivíduos que, embora tenham um diagnóstico de uma doença mental, não estão sequer ligados a nenhuma instituição. Por isso, devemos ter em conta esses aspectos e que a análise aqui apresentada resulta não só das entrevistas, mas também da análise estatística e do enquadramento teórico. Ainda em relação às entrevistas, se a realização de entrevistas, enquanto técnica de investigação, requer um cuidado acrescido, em relação aos pormenores envolventes, tais como, a postura, as questões, o cuidado para não influenciar, as entrevistas com utentes internados ou em instituições de saúde mental, requer ainda mais atenção e maiores cuidados. A sensibilidade destes indivíduos é enorme devido ao seu estado de saúde e aos factores sociais já referidos, como o estigma, o rótulo, etc.

Não obstante, de acordo com Isabel Guerra (2006), existem três momentos que definem uma pesquisa: exploração, análise e síntese. Neste momento, cabe, então, sintetizar as informações e os resultados, etc. Deste modo, voltemos a recolocar as questões orientadoras e comecemos pela primeira: em que medida a política actual de saúde mental promove a reinserção/inclusão social dos indivíduos diagnosticados com uma doença mental? Ora, podemos afirmar que em Portugal, por um lado, o processo de desinstitucionalização ainda não terminou, estão, ainda, activos alguns hospitais psiquiátricos, os internamentos ainda não são tão curtos, como seria desejável, e nem todos são realizados nos hospitais centrais. No entanto, não é possível tirar conclusões por falta de informação suficiente. Deste modo, o processo de desinstitucionalização da doença mental está a decorrer, é visível através dos dados estatísticos, embora esteja a acontecer de forma lenta. Este facto poderá ser agravado, entre outros factores já referenciados, pelo processo em simultâneo, que é o de reestruturação dos cuidados de saúde mental, que está ainda muito incipiente, ou seja, não está a acompanhar o processo de desinstitucionalização. Existe, ainda, uma enorme carência de estruturas comunitárias, somente a área metropolitana de Lisboa tem alguma capacidade de resposta, no entanto, segundo as informações recolhidas numa das instituições desta zona, parece haver pouca articulação entre os hospitais e as instituições comunitárias.

O modelo biomédico, quando reportado ao tratamento destas situações, pauta-se, essencialmente, pela medicação e, em termos gerais, continua a estar, pesadamente, no processo de reabilitação e inclusão social, o que leva, muitas vezes, a dificuldades acrescidas por parte dos indivíduos, em manterem um equilíbrio, de forma a poderem desenvolver a sua vida quotidiana em termos aceitáveis, nomeadamente, as suas necessidades básicas diárias e a manutenção de uma profissão, devido aos efeitos secundários da medicação. Em síntese, é sabido que os modelos comunitários, visando esta nova perspectiva de saúde mental, têm

uma eficácia maior e dão uma maior probabilidade ao indivíduo na reinserção/inclusão social. Porém, apesar de se terem dado passos importante nesta matéria, não são os suficientes. Não é possível dizer-se que a política de saúde mental não promove o combate à exclusão social dos indivíduos, com um diagnóstico de uma doença mental, que se encontrem numa situação vulnerável. Por isso, ainda que de forma ténue, os resultados medidos neste estudo, no que diz respeito às políticas de saúde mental, são resultados positivos face à exclusão social. Por um lado, não existe a ruptura abrupta com a sociedade, que era o caso dos internamentos, principalmente, nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, existe a diminuição do estigma e conferem maior probabilidade de reinserção/inclusão ao indivíduo devido aos factores já referenciados, mas, principalmente, devido à inclusão da psiquiatria nos hospitais centrais.

Agora sim, no que concerne à segunda questão: que contornos de vulnerabilidade à exclusão social assumem os indivíduos diagnosticados com uma doença mental? Podemos dizer que o estigma é ainda visível e não é totalmente perceptível que o factor comunitário o diminua por completo ou quase por completo. O factor comunitário contribui para uma melhor reinserção/inclusão social, pela proximidade local e pela manutenção das suas vidas sociais, já que o internamento promove uma ruptura dos laços de sociabilidade com a comunidade.

Goffman elaborou três etapas para a carreira «do doente»: Pré-hospitalização - hospitalização - Pós-hospitalização (*in* Campenhoudt, 2003). Hoje, embora ainda exista indivíduos que se enquadre nesta carreira, não são a maioria, nem são a regra. Face ao enquadramento político vigente, assistimos a uma forma de actuar significativa e processualmente diferente e, por isso, talvez a situação desses utentes seja diferente em termos de carreira e não tanto no conteúdo. Podemos definir este processo, actualmente, como: diagnóstico - tratamento - cura/recaída, isto é, o modelo biomédico aplicado a uma doença crónica, daí a cura não se efectivar na sua totalidade. Por um lado, o facto de o modelo biomédico estar intimamente associado à «carreira» de um indivíduo com um diagnóstico de uma doença mental, significa que a intenção de equiparar e igualar a psiquiatria a outras especialidades médicas está a sortir efeito. Por outro lado, não podemos negligenciar o estigma que ainda perdura nestas situações e, por isso, não podemos, de forma alguma, julgar que a patologia psiquiátrica tem as mesmas consequências sociais que outra patologia médica, tal como alguns profissionais referiram nas entrevistas realizadas. As doenças crónicas causam situações extremamente vulneráveis, principalmente, numa sociedade onde os direitos sociais estão profundamente marcados pelas condições sociais dos indivíduos. Podemos referir alguns aspectos - um indivíduo com uma doença mental, crónica, tem mais dificuldades em aceder ao mercado de trabalho, logo perde parte dos seus benefícios sociais, será mais difícil de aceder a um empréstimo bancário para comprar casa, carro, etc.

Todavia, existem diferenças significativas observadas nas duas patologias analisadas. Na esquizofrenia as relações sociais são, em geral, mais débeis e mais pontuais, mas como já foi referido, não foi assim em todos os casos entrevistados, depende do estado da doença e

de outros factores como, por exemplo, o estigma (o facto de ter estado ou não internado), a idade (em idades mais avançadas denota-se uma fragilização dos laços sociais), etc. Na patologia de esquizofrenia verifica-se uma maior dificuldade no relacionamento social, um maior afastamento da comunidade, uma ruptura praticamente completa com o mercado de trabalho. Os diagnósticos são geralmente realizados precocemente e os indivíduos diagnosticados são, muitas vezes, reformados (ou pensão de invalidez) também precocemente. Desta forma, a ruptura com o trabalho traz graves consequências sociais (falta de autonomia, privação, ruptura com parte importante das relações sociais, as relações laborais, etc.). Por outro lado, o estigma desta patologia é mais elevado e a comunidade tende a retrair-se, a ter medo dos indivíduos diagnosticados com esta patologia. Sendo o trabalho é um dos principais pilares de inclusão social, estes indivíduos apresentam vulnerabilidades para exercerem uma profissão, principalmente, devido ao estigma associado, mas também devido aos efeitos secundários da medicação e à necessidade de recorrer a internamentos regulares. Por isso é que estes indivíduos são, vulgarmente, reformados precocemente. Devemos ter em conta que a faixa etária poderá ser um factor decisivo na vulnerabilidade à exclusão social, já que a maior parte dos indivíduos entrevistados têm idades mais avançadas, nas quais poderá ser visível uma maior vulnerabilidade social. Entretanto, também a família aparece muitas vezes em ruptura com estes indivíduos, pelas mesmas razões atrás mencionadas, e por serem o suporte base e o suporte que mais ampara, à medida que se vão afastando dos outros pilares sociais, o que causa grandes pressões sobre a família que acabam por ter efeitos no relacionamento.

Posto isto, os indivíduos com um diagnóstico de esquizofrenia, em termos gerais, ficam geralmente dependentes do Estado e, em muitos casos, é o único pilar existente ou aquele com que mantêm alguns laços sociais duradouros. Estes indivíduos que se encontram numa situação mais vulnerável, passam a estar quase dependentes das instituições existentes para estes problemas sociais, a sua sociabilidade passa a ser institucional, baseada na peritagem e sujeitos às regras institucionais existentes. A família é um dos pilares mais importantes na reinserção/inclusão, funciona como suporte, como almofada social para as dificuldades sociais que vão surgindo. Todavia, estes indivíduos apresentam grandes vulnerabilidades, dependendo do estado de deterioração da doença e do estado das relações mais próximas, como por exemplo o próprio caso da família. Por vezes, as relações sociais podem ficar ténues, pelo facto de não os compreenderem, terem receio, serem, muitas vezes, os primeiros a demonstrar, muitas vezes, sentimentos de medo, pelo facto de se tornarem «fardos pesados» ao longo do tempo, o que leva ao «cansaço», e pelo facto de terem pais reformados e/ou de idades avançada, etc.

No caso da patologia de depressão, esta revela-se de forma bem diferente. As relações sociais vão-se mantendo, embora em termos gerais elas possam ficar deterioradas à medida que a situação de «doença» se agrava. Observou-se que quer os profissionais quer os utentes revelaram, muitas vezes, que a ruptura advém dos próprios indivíduos nestas situações, fecham-se em casa, dormem, deprimem-se, ficam tristes, etc. A vulnerabilidade à

exclusão social é visível, mas não no mesmo nível das patologias da esquizofrenia. Nas entrevistas realizadas, verificou-se que muitas vezes eles continuam a manter os seus postos de trabalho embora, frequentemente, de forma intermitente. Em termos das suas relações sociais, a depressão não tem a mesma carga de estigma que a esquizofrenia, é socialmente mais aceite, menos caracterizada de forma negativa, mais divulgada pelos media, etc. Portanto, torna-se uma patologia mais compreensível, com comportamentos mais aceites pela sociedade, o que faz com que a comunidade não se afaste tanto como na esquizofrenia, sobretudo, pelo facto de esta não estar ligada, como no caso da esquizofrenia, à «loucura» e a «comportamentos estranhos» e «anormais».

Sumariando, embora no contexto português se adopte as orientações internacionais relativas à desinstitucionalização e à abertura à comunidade, este é um processo ainda não efectivado no seu todo, apesar das sucessivas legislações. A verdade é que continuamos na cauda dos países centrais europeus, no que a esta matéria diz respeito, o que reforça esta categoria típica dos países semi-periféricos (Alves, 2008). Sendo esta incongruência um facto, caberá à sociedade civil zelar pelos interesses humanitários e promovendo medidas que representem realidades práticas e não utópicas. As dinâmicas de exclusão social, neste tipo de situações, são ainda bastante visíveis, apesar de serem claros os avanços em vários níveis (legislação, formação, métodos de trabalho, etc.) de forma a inverter este cenário. A incapacidade do Estado de incentivar respostas vindas da sociedade civil e a conflitualidade de interesses e poderes existentes, na sociedade portuguesa, faz com que a implementação das políticas encontre resistências e, por vezes, incapacidades de se tornarem realidades práticas. Não obstante, o estigma associado a estas situações de doença, especialmente no caso da esquizofrenia, pelo facto de estar associada à loucura, tem uma origem muito marcante (a loucura associada ao demónio e, por isso, à religião) que remonta há já vários séculos. Não obstante, este trabalho teve como objectivo geral o de compreender este fenómeno, quando associado às situações de exclusão social, perceber as acções sociais neste processo - quer das «vítimas» de um diagnóstico, quer dos profissionais (peritos) legitimados para a resolução destes problemas. Deste modo, acredita-se que esse objectivo foi cumprido, não alcançou a perfeição como qualquer outra acção de natureza humana, social e científica, mas pretende ser um contributo importante na resolução dos problemas sociais em causa.

Referências Bibliográficas

- ABDELMALEK, Ali Aït e GÉRARD, Jean-Lois (1995), *Ciências humanas e cuidados de saúde*, Instituto Piaget, Lisboa
- ALMEIDA, João Ferreira (2007), “Velhos e Novos Aspectos da Epistemologia das Ciências Sociais”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 55, pp. 11-24
- ALMEIDA, João Ferreira e PINTO, José Madureira (2009), “Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais”, in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Org.), *Metodologias das ciências sociais*, Porto: Edições Afrontamento, 15.ª Edição, pp. 55-78
- ALVES, Fátima (2008), “A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal”, *Lisboa, Universidade Aberta, Tese de doutoramento na área científica de Sociologia*
- ALVES, Fátima e SILVA, Luísa Ferreira da (2004), “Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão”, *Actas do Vº Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*, pp. 56-64
- ANDREASEN, Nancy C. e BLACK, Donald W. (2009), *Introdução à Psiquiatria*, Porto Alegre, ARTMED Editora, 4ª Edição
- ARON, Raymond (1969), *As dezoito lições sobre a sociedade industrial*, Lisboa, Presença
- AUGUSTO, Amélia (2004), Infertilidade e reprodução medicamente assistida em Portugal: dos problemas privados aos assuntos, *Covilhã, Universidade da Beira Interior, Tese de doutoramento na área científica de Sociologia*
- AUGUSTO, Amélia e SIMÕES, Mª João (coords.) (2007) *Inserções - Diagnóstico Social em Concelhos da Beira Interior*, disponível em <http://observatorio.insercoes.org> (Consultado em 20/04/2010)
- BARATA, Óscar Soares (1974), *Introdução às Ciências Sociais*, Venda Nova, Bertrand, 4.ª Edição
- BECK, Ulrich, GIDDENS, Anthony e LASH, Scott (2000), *Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*, Oeiras, Celta Editora

- BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas (1973), *A Construção Social da Realidade*, Brasil, Petrópolis, Editora Vozes, 4ª Edição
- BHAVSAR, Vishal and BHUGRA, Dinesh (2008), “Globalization: Mental Health and Social Economic Factors”, *Global Social Policy*, pp. 378-396
- BOTTÉRO, Alain (2002), *Les mutations de la sociologie des maladies mentales, Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*, Paris, Aco, Vol. 16, pp. 43-47
- BOURDIEU, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Difel, Lisboa
- CAMPENHOUDT, Luc Van (2003), *Introdução à análise dos fenómenos sociais*, Lisboa, Grávida
- CAPUCHA, Luís (2005), *Desafios da Pobreza*, Oeiras: Celta Editora
- CASTELLS, Manuel (1998), *A sociedade em rede*, Vol.1, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- (CCE) - Comissão das Comunidades Europeias (2005), *Melhor a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, Bruxelas
- (CE) - Comissão Europeia (2004), *The State of Mental Health in the European Union*, CE
- (CE) - Comissão Europeia (2009), *Inquérito Eurobarómetro sobre Pobreza e Exclusão Social*, Luxemburgo
- (CE) - Comissão Europeia (2010), *Eurobometer: Mental Health*, Luxemburgo
- (CNRSSM) - Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal - 2007-2016*, Lisboa: Ministério da Saúde
- COOPER, David et. al. (1977), *Psiquiatria e Antipsiquiatria Em Debate*, Afrontamento, Porto
- COSTA, Alfredo Bruto da (coord.) (2008), *Um Olhar sobre a Pobreza - Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*, Lisboa, Gradiva
- (DGS) - Direcção-Geral da Saúde (1995 a 2007), *Elementos Estatísticos da Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde
- (DGS) - Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações e Estratégicas*, Vol. II, 2004-2010, Lisboa: Edição da DGS - Direcção-Geral de Saúde

- (DGS) - Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e de Saúde Mental*. Lisboa: Edição da DGS - Direcção-Geral de Saúde
- DURKHEIM, Emile (1987), *O Suicídio*, Lisboa, Editorial Presença, 4.ª Edição
- EISENBERG, Leon, (2002) “The Impact of Sociocultural and Economic Change on Psychiatry”, in World Psychiatric Association, *Psychiatry in Society*, Chichester, John Wiley & Sons
- ERNEST, Greenwood (1965), “Métodos de investigação empírica em Sociologia”, *Análise Social*, Vol. III, (n.º 11), pp. 313-345
- ESPING-ANDERSEN, Gösta (1998), “Conferencia: A sustentabilidade dos Estados-Providência no Sec. XXI”, *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, N.º especial, pp. 13-21
- ESTATÍSTICA, Instituto Nacional e JORGE, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo (1995/1996; 1998/1999; 2005/2006), “*Inquérito Nacional de Saúde*”, Lisboa, INE
- ESTIVILL, Jordi (2003), *Panorama da luta contra a exclusão social: conceitos e estratégias*, <http://www.ilo.org/ciaris/pages/portugue/frame/index.htm> (Consultado em 09/03/2010)
- FAZENDA, Isabel (2006), *Saúde Mental. Reabilitação e Cidadania*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Folhetos SNR, N.º 56
- FERREIRA, A. J. Gonçalves (2006), “Egas Moniz e a História da Psicocirurgia”, *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III, Volume 11 n.º 3, pp. 147-152
- FERREIRA, Susana Atalaia (2004), “«Estórias» felizes de um paraíso triste um estudo de caso sobre a reabilitação psicossocial em contexto hospitalar”, *Actas Vº Congresso Português de Sociologia*, Braga, pp. 126-132
- FLICK, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Monitor
- FOCAULT, Michel (1997), *A Ordem do Discurso. Aula Inaugural no Collège de France, Pronunciada em 2 de Dezembro de 1970*, Lisboa, Relógio D' Água Editores
- FOUCAULT, Michel (1991A), *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*, Coyoacán, Siglo Veintiuno Editores, 14ª Edição

- FOUCAULT, Michel (1991B), *História da Loucura*, São Paulo, Perspectiva, 3ª Edição
- FOUCAULT, Michel (2008), *Doença mental e psicologia*, Lisboa, Edições Texto & Grafia
- FONSECA, A. Fernandes da (1995), *Saúde Mental e Humanização*, Edições Afrontamento, Porto
- FREITAS, Eduardo de (1972), “Para uma sociologia do sistema psiquiátrico: reflexões sobre a experiência de Corizia”, *Análise Social*, Vol. IX (1.º), (n.º 33), pp. 212-217
- GARCIA, Carlos e COELHO, Maria Helena (2009), *Neurologia Clínica: princípios fundamentais*, Lisboa, Lidel Editora
- GIDDENS, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta
- GIDDENS, Anthony (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta
- GIDDENS, Anthony (2004), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 4ª edição
- GIDDENS, Anthony (2005), *Capitalismo e Moderna Teoria Social*, Lisboa, Presença, 6.ª Edição
- GOFFMAN, Erving (2008), *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade detiorada*, Rio de Janeiro, LTC Editora, 4.ª Edição
- GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*, Cascais, Príncipia
- HAMMER, Torild (2000), “Mental health and social exclusion among unemployed youth in Scandinavia. A study comparative”, *International Journal of Social Welfare*, nº 9, pp. 53-63
- INFARMED, Autoridade Nacional do Medicamento e Produto de Saúde I.P. (2003 a 2009), *Estatísticas do Medicamento*
- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade (1996), *Fundamentos de métodos científicos*, São Paulo, Editora Atlas S.A, 3ª edição
- LALANDA, Piedade (1998), “Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica”, *Análise Social*, Vol. XXXIII, 4º, N.º 148, pp. 871-883
- MACIEL, Silvana Carneiro et al (2008), “Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica”, *Psico-USF*, v. 13, n. 1, pp. 115-124

- MACHADO, Angelo (2006), *Neuroanatomia funcional*, São Paulo, Editora Atheneu, 2ª Edição
- MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria (1988), *Técnicas de Pesquisa: Planeamento e execução de pesquisas; Amostras e técnicas de pesquisa; Elaboração, análise e interpretação de dados*, São Paulo, Atlas
- MAROY, Christian (1997), “A análise qualitativa de entrevistas” in ALBARELLO, Luc et. al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva
- MARX, Karl (1967), *O Capital*, Rio de Janeiro, Zahar
- MARX, Karl (1975), *Capítulo Inédito D’o Capital: Resultados*, Porto, Escorpião
- MCKENZIE, Kwame (2008), “Urbanization, Social Capital and Mental Health”, *Global Social Policy*, pp. 359-377
- MONTEIRO, Alcides A. (2004), *Associativismo e Novos Laços Sociais*, Coimbra, Quarteto
- MOREIRA, Carlos Diogo (1994), *Planeamento e Estratégias de Investigação Social*, Lisboa, ISCSP
- MOSSAKOWSKI, Krysia N. (2008), “Dissecting the Influence of Race, Ethnicity, and Socioeconomic: Status on Mental Health in Young Adulthood”, *Research on Aging*, pp. 649-671
- MOTA, Ana (2000), “Psiquiatria de ligação”, *Artigos de Revisão*, Vol. 7, N. 4, pp. 239-245
http://www.spmi.pt/revista/vol07/ch7_v7n4a2000.pdf (Consultado em 16/10/2009)
- OLIVEIRA, Sandra e FILIPE, Cátia (2009), *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*, Caldas da Rainha, Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor
- (OMS) - Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.
- PARSONS, Talcott (1988), *Sistema Social*, Madrid, Alianza
- PAÚL, Constança e FONSECA, António M. (2001), *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa, Climepsi
- PORTER, Roy (2002), *Madness: a brief history*, New York, University of Oxford

- PUSSETTI, Chiara (Coord.) (2009), *Migrantes e Saúde Mental - A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, Príncípia
- QUARTILHO, Manuel J. R. (2006), “Quotidianos e Doenças Mentais”, *Conferencia XXIV - Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Conciliar/Ligação e Psicossomática*, Luso
- RUQUOY, Danielle, (1997), “Situação de entrevista e estratégia do entrevistador”, in ALBARELLO, Luc et. al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva
- SANTOS, Boaventura Sousa (1993), *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*, Porto, Edições Afrontamento, 3.ª Edição
- SCHARFETTER, Christian (2005), *Introdução à psicopatologia geral*, Lisboa, Climepsi Editores, 3ª Edição
- SELLTIZ, Wrightsman (1987), *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, São Paulo, EPU, Volume 2
- SILVA, Augusto Santos (1987), “Ruptura com o senso comum nas ciências sociais”, in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Org.), *Metodologias das ciências sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 2.ª Edição, pp. 29-53
- SILVA, Luísa Ferreira da e ALVES, Fátima (2002), *A Saúde das Mulheres em Portugal*, Porto, Edições Afrontamento
- SOARES, Daniela Medeiros; SERPA, Sandro (2000), “A doença e a exclusão social. Um contributo para a compreensão da experimentação e das representações dos doentes de Machado-Joseph numa situação de ruptura das dinâmicas e processo de estruturação identitária”, *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*, Braga, pp. 4-8
- SOUSA, Liliana et al (2007), *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*, Lisboa, Climepsi Editores
- TEJEDOR, Sílvia Basteiro; GONZÁLEZ Carmen Mª Gil (2002), “Exclusión y salud mental”, in ESTÉBANEZ, Pilar et. al., *Exclusión y salud mental: Balance y perspectivas*, Barcelona, Icaria Editorial

- VALA, Jorge (2009), “A Análise de Conteúdo”, in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Org.), *Metodologias das ciências sociais*, Porto: Edições Afrontamento, 15.^a Edição, pp. 101-128
- P. PR - Portugal. Presidência da República (2000), *Pobreza, exclusão: horizontes de intervenção*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda
- WEBER, Max (1996), *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, Lisboa, Editorial Presença, 4.^a Edição
- WHOLEY, Owen (2010), “Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 32, N.º 3
- VIDAL, Maria José et. al. (1999), *Memórias de Utopias: Elementos para a História da Saúde Mental em Portugal*, Lisboa, ISPA

Legislação Consultada

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Diário da República. (Consultado em 30/10/2010, <http://www.dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>)

Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. Diário da República, 1.ª série – N.º 19 – 28 de Janeiro de 2010, consultado em 30/10/2010, <http://www.dre.pt>.

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental. Diário da República – 1.ª série – A N.º 169 – 24-7-1998

Resolução do Conselho de Ministros

.º 49/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 47 – 6 de Março de 2008

Anexos