

Perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário em psiquiatria: estudo de casos

Lídia Faustino Rebelo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória
Coorientadoras: Doutora Tânia Soraia Andrade Augusto
Doutora Zoé de Carvalho Mourão Correia de Sá

junho de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Lúdia Faustino Rebelo, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41999 do curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28/06/2024

Lúdia Faustino Rebelo

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Vitória e às minhas coorientadoras Dr.^a Tânia Augusto e Dr.^a Zoé Correia de Sá, pela orientação, paciência e ajuda ao longo de todo o processo. O vosso apoio, cooperação e disponibilidade, apesar de todos os contratemplos foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço também à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira por aprovar este estudo e por todo o apoio logístico do Gabinete de Investigação e Inovação da ULSCBEIRA necessário à sua realização. Aos profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA, o meu sincero reconhecimento pelo acolhimento e colaboração durante o período de recolha de dados.

Um agradecimento especial aos participantes deste estudo, que generosamente compartilharam as suas experiências e perspetivas, tornando possível a realização desta pesquisa. A sua disponibilidade e confiança foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família e em particular à minha mãe e ao meu padrasto, agradeço pela paciência, compreensão e apoio incondicional durante este período desafiante. E em especial, à minha mãe por ter tornado possível a concretização deste objetivo mesmo que, em certas alturas, tenha parecido inatingível.

Às minhas amigas Maria, Carol e Gabi, pelo apoio e incentivo constantes e por estarem sempre disponíveis para me ajudar independentemente das adversidades. A vossa amizade foi sem dúvida o melhor presente que recebi destes anos de curso.

E ao João, por estar sempre ao meu lado e por acreditar em mim nos momentos em que duvidei das minhas capacidades.

A todos, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Resumo

Apesar dos avanços legislativos do tratamento involuntário em psiquiatria, a prática continua a ser intensamente debatida, sendo relevante conhecer a perspetiva de pessoas com doença mental que viveram esta experiência e avaliar, considerando a sua perspetiva, se as novas diretrizes da Lei de Saúde Mental tiveram um impacto positivo na prestação de cuidados de saúde mental.

Este é um estudo de casos no qual participaram nove utentes em tratamento involuntário Na Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, oito do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 26 e 80 anos, maioritariamente medicados com antipsicóticos, com diagnóstico de Esquizofrenia e com múltiplos internamentos psiquiátricos prévios. A recolha de dados foi realizada após a avaliação clínico-psiquiátrica bimensal realizada por ordem do Tribunal, no mínimo dois meses depois do último internamento involuntário de cada participante, através de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi efetuada através do método de análise de conteúdo da transcrição íntegra das entrevistas, extraindo informações sobre a experiência e a perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário.

Após análise dos dados, verificou-se que a maioria dos participantes experienciam sentimentos contraditórios ao longo do tratamento, com predominância de sentimentos negativos, especialmente no início do processo e que a perspetiva dos utentes sobre o tratamento é amplamente influenciada pelas atitudes dos profissionais de saúde, pela perceção de melhoria do estado de saúde e pelo nível de envolvimento nas decisões terapêuticas.

Este estudo permitiu identificar lacunas na implementação das implicações legais do tratamento involuntário na prática clínica e a importância de promover a capacitação dos profissionais de saúde numa abordagem centrada na pessoa e adequada às necessidades individuais de cada utente.

Palavras-chave

Perspetiva de utentes; Tratamento involuntário; Psiquiatria; Estudo de casos.

Abstract

Despite the legislative advances in involuntary treatment in psychiatry, the practice continues to be intensely debated, and it is relevant to know the perspective of people with mental illness who have lived through this experience and to assess, from their perspective, whether the new guidelines of the Mental Health Act have had a positive impact on the provision of mental health care.

This is a case study in which nine users in involuntary treatment at the Cova da Beira Local Health Unit took part, eight males and one female, aged between 26 and 80, mostly medicated with antipsychotics, diagnosed with schizophrenia and with multiple previous psychiatric hospitalizations. Data was collected after a bi-monthly clinical-psychiatric assessment carried out by order of the court, at least two months after each participant's last involuntary hospitalization, through semi-structured interviews. The data was analyzed using the method of content analysis of the full transcript of the interviews, extracting information about the experience and perspective of the users in relation to involuntary treatment.

After analyzing the data, it was found that many participants experience contradictory feelings throughout treatment, with a predominance of negative feelings, especially at the beginning of the process, and that users' perspectives on treatment are largely influenced by the attitudes of health professionals, the perceived improvement in health status and the level of involvement in therapeutic decisions.

This study identified gaps in the implementation of the legal implications of involuntary treatment in clinical practice and the importance of promoting the training of health professionals in a person-centered approach that is appropriate to the individual needs of each patient.

Keywords

Users' perspective; Involuntary treatment; Psychiatry; Case studies.

Índice

Agradecimentos	vi
Resumo	viii
Palavras-chave	viii
Abstract	x
Keywords	x
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Acrónimos	xvi
Capítulo 1: Introdução	1
1.1 Enquadramento Teórico	1
1.1.1 Perspetivas éticas e legais do tratamento involuntário a nível internacional..	1
1.1.2 Perspetivas éticas e legais do tratamento involuntário a nível nacional	4
1.1.3 Perspetivas de utentes em relação ao tratamento involuntário.....	7
1.2 Objetivos do Estudo	9
Capítulo 2: Materiais e Métodos	11
2.1 Tipo de Estudo	11
2.2 Amostra	11
2.3 Procedimentos	14
2.4 Instrumentos	15
2.5 Análise de Dados	16
Capítulo 3: Resultados	19
Capítulo 4: Discussão	29
Capítulo 5: Conclusão	41
Referências Bibliográficas	43
Anexos	47

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (n=9)

Tabela 2. Caracterização Clínica dos Participantes (n=9)

Lista de Acrónimos

UN-CRPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
ULSCBEIRA	Unidade Local de Saúde da Cova da Beira
OMS	Organização Mundial de Saúde

Capítulo 1: Introdução

1.1 Enquadramento Teórico

1.1.1 Perspetivas éticas e legais do tratamento involuntário a nível internacional

Uma característica da psiquiatria que não é exclusiva desta especialidade da medicina, mas que atrai maior atenção por parte da sociedade, é a prestação de cuidados de saúde a pessoas que podem, temporária ou permanentemente, não ter capacidade para tomar decisões livres e voluntárias [1]. A necessidade de assegurar a tomada de decisão em nome destas pessoas de forma adequada para proteger os seus direitos e os de terceiros, torna-as altamente vulneráveis a práticas desrespeitosas ou abusivas [1]. Por esta razão, o propósito original da admissão e tratamento involuntários tem por base fornecer cuidados de saúde mental adequados aos indivíduos cujas doenças mentais interferem na sua capacidade racional de consentir ou recusar o tratamento, sendo considerada uma medida necessária para proteger os pacientes, terceiros e/ou a sociedade [1][2]. Apesar disso, o tratamento involuntário de pessoas com doença mental tem sido uma questão ética e jurídica controversa e complexa na área da saúde mental [1][2].

O conflito ético entre o respeito pelos direitos de autonomia e de autodeterminação e a responsabilidade paternalista de cuidar e evitar danos ao próprio e a terceiros, consiste no aspeto mais criticado da prática clínica em psiquiatria [1]. Assim, questões em torno da sua justificação, regulamentação legal e boa prática clínica são amplamente debatidas a nível internacional [1].

A formulação de um critério claro para admissão e tratamento involuntários é um processo complexo e trabalhoso [2]. Vários documentos internacionais sobre direitos humanos estão disponíveis para fornecer contexto e orientação [2]. Estes incluem os Princípios para a Proteção de Pessoas com Doenças Mentais (1991), a Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (1950), a Declaração do Havaí (1983) e os Dez Princípios Básicos para Lei de Saúde Mental publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [2]. O Conselho da Europa e o seu Comité de Bioética, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, promoveram diversas convenções que resultaram em documentos orientadores sobre a intervenção na área dos cuidados de saúde mental [3].

Em primeiro lugar, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e da Biomedicina, também conhecida como Convenção de Oviedo, em 1997, teve como principal objetivo proteger as pessoas que não demonstram capacidade para consentir o tratamento, incluindo menores e adultos com capacidade diminuída sem representantes legais, especialmente aqueles com doenças mentais, ao considerar que todas as intervenções médicas que possam beneficiar a saúde poderiam ser realizadas de acordo com as disposições legais em situações de emergência [3].

Em segundo lugar, um novo tratado internacional de direitos humanos foi elaborado em Dezembro de 2006 e aberto para assinaturas em Março de 2007, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UN-CRPD) [3]. Esta convenção representa o primeiro tratado abrangente de direitos humanos do século XXI, em vigor desde 2008 e ratificado por 181 países, que visa “promover, proteger e garantir o gozo pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência” (Nações Unidas 2007, p. 4) e, portanto, oferece uma oportunidade para discutir e rever os fundamentos éticos do tratamento de pessoas com doenças mentais [3].

Posteriormente, foram desenvolvidos outros documentos centrados na proteção da autonomia, agência e dignidade das pessoas com distúrbios psicossociais, dos quais o Relatório Anual do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos A/HRC/34/32 é um exemplo recente [3].

Contudo, o quadro jurídico para a admissão e tratamento involuntários é um tema de discussão na perspetiva da UN-CRPD, já que acrescenta uma nova perspetiva sobre a não-discriminação e a igualdade [1][2][5]. As doutrinas subjacentes à UN-CRPD, como o modelo social da deficiência, o reconhecimento da capacidade de tomada de decisão, alternativas menos restritivas e o direito à integridade pessoal, implicam que “a existência de uma deficiência não justifica em caso algum uma privação de liberdade” (UN-CRPD, art. 4º) e que a capacidade de tomada de decisão deve ser sempre considerada, procurando prevenir hospitalizações desnecessárias [3][4]. No entanto, a UN-CRPD não fornece uma definição de “deficiência”, nem a distinção entre “deficiência mental” e “doença mental” [5]. Por esta razão, a adoção da UN-CRPD apresenta um claro desafio para a legislação mundial em matéria de saúde mental, que não foi totalmente aprovada pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos [4].

O Tribunal esteve inicialmente aberto a aplicar a UN-CRPD como um instrumento relevante para as suas normas sobre os direitos das pessoas com deficiência, mas não adoptou as

posições do Comité sobre o internamento involuntário, o tratamento involuntário, o papel da capacidade de tomada de decisão nas decisões de tratamento, a permissibilidade de certas práticas psiquiátricas e o risco de perigo e/ou danos ao próprio e/ou terceiros como base para a admissão [4]. Isto porque, o Comité da UN-CRPD sugere a interrupção do uso de medidas coercivas no campo da psiquiatria, particularmente do tratamento involuntário, mesmo em circunstâncias difíceis e dos tipos convencionais de admissão involuntária baseados principalmente na periculosidade e na incompetência [3][4][5].

Apesar disso, o Tribunal Europeu mantém a opinião de que proibir a prática na sua totalidade pode colocar em perigo a vida e a saúde das pessoas atualmente protegidas [4]. Assim, é questionável as situações clínicas em que será ética e clinicamente razoável limitar objetivamente a autonomia ou proporcionar autonomia total, de modo a prestar cuidados de saúde adequados às pessoas com doenças mentais graves [3]. Dado este contexto, o quadro jurídico para o tratamento involuntário foi reformado em vários países [2].

Apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) para padronizar internacionalmente as estratégias de prestação de cuidados de saúde mental, as regras e regulamentos para o tratamento involuntário de pacientes com doenças mentais ainda diferem marcadamente entre países [2]. De acordo com a lista de verificação para o tratamento involuntário desenvolvida pela OMS, os critérios para a admissão involuntária na maioria dos países incluem condições semelhantes: o paciente deve ter uma doença mental grave; e o tratamento obrigatório ser necessário no interesse da saúde ou segurança do paciente, ou na proteção de terceiros.

No entanto, estes critérios não estão incluídos em todos os quadros jurídicos [2]. Assim, os princípios e procedimentos deste tipo de tratamento variam entre os países devido às diferentes culturas, tradições, economias e recursos humanos [2]. Muitos países estipulam uma série de disposições relevantes para admissão e tratamento involuntários que regem os seus sistemas nacionais, ou regionais, de cuidados de saúde mental [2]. Por um lado, enquanto certos países começaram a avançar na direção de uma lei baseada na capacidade aplicada a pessoas com doenças mentais e somáticas, excluindo o tratamento involuntário de pessoas com capacidades intactas de tomada de decisão, independentemente do seu diagnóstico [1]. Por outro lado, outros países têm dedicado esforços para minimizar o recurso a medidas coercivas e os potenciais efeitos secundários da admissão e do tratamento involuntários [2], nomeadamente Portugal.

1.1.2 Perspetivas éticas e legais do tratamento involuntário a nível nacional

Após duas décadas de vigência da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, designada por Lei de Saúde Mental, foi proposta pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, no passado ano 2020, a sua revisão por parte de um Grupo de Trabalho selecionado e criado para o efeito. A Lei da Saúde Mental dispõe sobre a definição, os fundamentos e objetivos da política de saúde mental, consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, regula as restrições dos seus direitos e estabelece as garantias de proteção da sua liberdade e autonomia [6]. Na base desta proposta de revisão por parte do Governo, esteve a alteração progressiva do modelo de prestação de cuidados de saúde de uma abordagem paternalista para uma abordagem centrada na pessoa e o reconhecimento da necessidade de proteger e garantir os direitos fundamentais das pessoas com doença mental [6]. A nova Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho) entrou em vigor a 20 de agosto de 2023.

Na mais recente Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho) foi dado grande enfoque à garantia dos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental em geral. Esses direitos incluem a prestação de cuidados de saúde mental centrados na pessoa, reconhecendo a sua individualidade e subjetividade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como a prestação de cuidados de saúde mental no ambiente menos restritivo possível. Ademais, o respeito da vontade e preferências, sob a forma de diretivas antecipadas de vontade, ou através de procurador de cuidados de saúde, com vista a acompanhamento e ainda, o recurso a medidas coercivas apenas na medida do estritamente necessário para prevenir ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa ou de terceiro. Esta situação só é possível quando específico e expressamente prescrito por um médico, ou levado imediatamente ao seu conhecimento para apreciação e aprovação, em caso de urgência ou de perigo na demora e privilegia-se a não sujeição a medidas privativas ou restritivas da liberdade de duração ilimitada ou indefinida [6]. Para além disso, foi alterada a designação e o conceito do internamento por decisão judicial, de “internamento compulsivo” para “tratamento involuntário”, atualizando as suas definições e pressupostos, os critérios da avaliação clínico-psiquiátrica e da sessão conjunta e as orientações da decisão, introduzindo novos fundamentos relativamente à revisão da decisão, à cessação do tratamento involuntário e à substituição do internamento.

Assim, nos termos da lei vigente, o tratamento involuntário tem finalidade terapêutica, sendo orientado para a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e

reabilitação psicossocial, visando a (re)capacitação, o (re)empoderamento, a reposição da autonomia da pessoa [6]. Por esta razão, o tratamento involuntário pode ser determinado pelo representante legal do menor, pelo acompanhante do maior, por qualquer pessoa com legitimidade para requerer o acompanhamento de maior, pelas autoridades de saúde, pelo Ministério Público, ou pelo responsável clínico da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental, no caso de recusa do tratamento medicamente prescrito. Este tratamento tem que ser necessário para prevenir ou eliminar o perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio, ou de terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento [6].

Apesar disto, para o tratamento involuntário ser aplicado têm de estar presentes as seguintes premissas: única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, adequado para prevenir ou eliminar uma das situações de perigo previstas e proporcional à gravidade da doença mental, ao grau de perigo e à relevância do bem jurídico. Para além disso, é realizado preferencialmente em ambulatório, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito. O tratamento involuntário em internamento é substituído por tratamento em ambulatório, logo que aquele deixe de ser a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, podendo ser retomado sempre que as condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório deixarem de ser cumpridas [6].

A determinação do tratamento involuntário no serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência, em contexto de ambulatório ou de internamento, é uma decisão judicial, necessariamente fundamentada e baseada na avaliação clínico-psiquiátrica do requerido [6]. A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida ao serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência do requerido e deve ser realizada, no prazo de quinze dias, por dois psiquiatras, com a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental, no serviço ou no domicílio do requerido. O relatório de avaliação clínico-psiquiátrica contém, obrigatoriamente, o juízo técnico-científico inerente à avaliação, bem como a descrição dos factos que fundamentam a recusa do tratamento necessário e a necessidade de tratamento involuntário. Desta forma, na decisão consta não só o relatório de avaliação clínico-psiquiátrica, como também as razões do tratamento involuntário, se o tratamento involuntário tem lugar em ambulatório ou em internamento, as razões da opção pelo tratamento involuntário em internamento, bem como as razões da não opção pelo tratamento em ambulatório [6]. O juiz ordena a emissão de mandado de condução quando tal seja necessário para assegurar a presença do requerido

na data designada para a avaliação clínico-psiquiátrica e/ou para cumprimento da decisão do internamento, sendo cumprido, sempre que possível, pelo serviço local ou regional de saúde mental responsável pelo internamento, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças de segurança. Não sendo possível, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças de segurança, que, quando necessário, solicitam o apoio do serviço de saúde mental responsável pelo internamento [6].

Em coerência com a finalidade que lhe é apontada, as restrições aos direitos, vontade e preferências das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental decorrentes do tratamento involuntário são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento, à segurança e à normalidade do funcionamento da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental. Sendo ainda atribuído privilégio aos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental em situação de tratamento involuntário, tais como: a participação em todos os atos processuais que diretamente lhes digam respeito, presencialmente ou por meio de equipamento tecnológico; a participação, na medida da sua capacidade, na elaboração e execução do respetivo plano de cuidados, sendo ativamente envolvidas nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico, e o requerimento da revisão da decisão de tratamento involuntário [6].

Por fim, é dada especial importância à revisão da decisão, à cessação do tratamento involuntário e à substituição do internamento. Desta forma, a revisão da decisão pode ser requerida pela pessoa em tratamento involuntário, pelo defensor ou mandatário constituído, pelo Ministério Público, ou pelo responsável clínico pelo serviço local ou regional de saúde mental, se for invocada a existência de causa justificativa da cessação deste tipo de tratamento. Não obstante, a revisão da decisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do tratamento ou sobre a decisão que o tiver mantido. O tratamento involuntário cessa por alta dada pelo diretor clínico do serviço de saúde mental, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço, ou por decisão judicial, logo que cessem os pressupostos que o justificaram [6].

Apesar das alterações na Lei de Saúde Mental, a temática continua a ser altamente debatida tanto a nível nacional como a nível internacional. Por isso, torna-se relevante ter em conta não só as considerações legais e a perspetiva dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental, como também a perspetiva de pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental que usufruem dos serviços disponíveis para o efeito.

1.1.3 Perspetivas de utentes em relação ao tratamento involuntário

Uma vertente da investigação científica focou o seu interesse nos efeitos da admissão e tratamento involuntários em psiquiatria, tendo em conta as perspetivas dos utentes sobre este tipo de tratamento. No entanto, os estudos com estes objetivos são escassos e os resultados pouco consistentes até ao momento.

A investigação quantitativa sobre as perspetivas de pessoas que experienciaram tratamento involuntário documenta uma melhoria clínica substancial como resultado deste tipo de tratamento, em termos de melhores pontuações de funcionamento global [20]. Para além disso, evidencia-se não só que a maioria dos utentes avaliam retrospectivamente a sua admissão involuntária como justificada e/ou benéfica [9][13][20][23], como também que quanto mais tempo ocorrer após a admissão, maior a percentagem de utentes que consideram a sua admissão justificada e/ou benéfica e maior o aumento estatisticamente significativo das taxas de satisfação com os cuidados de saúde prestados [12][21][22]. Ademais, uma maior satisfação em relação ao tratamento involuntário parece estar associada à redução do recurso a medidas coercivas por parte dos profissionais de saúde [22].

A investigação qualitativa sobre as perspetivas de pessoas em admissão e tratamento involuntários evidencia um conjunto complexo de experiências positivas e negativas, sendo que uma variedade de fatores pode afetar o equilíbrio entre estes sentimentos opostos ao longo do tratamento [7][10][14][17].

Por um lado, segundo a evidência atual, uma perspetiva mais negativa sobre o tratamento involuntário por parte dos utentes admitidos involuntariamente está associada a:

- Descontentamento com o desrespeito da sua vontade e violação dos seus direitos, nomeadamente de autonomia [7][8][10][11][14][17][18];
- Perda de controlo sobre aspetos do tratamento e da sua vida diária [10][14][16];
- Ausência de envolvimento nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico [7][8][10][17][18];
- Baixa qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde [17];

Para além disso, a perceção de certas atitudes por parte dos profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental parecem igualmente contribuir para uma visão mais

negativa em relação ao tratamento involuntário e estar relacionadas com uma redução da autoestima e consequente perda de dignidade [8][10][14][17] dos pacientes, tais como:

- Desvalorização de emoções e preocupações [11];
- Recurso a medidas coercitivas [8][10][11][14][16];
- Existência de défices na comunicação e falta de informação sobre o tratamento [7][14][15];
- Estigmatização e/ou discriminação em comparação com pessoas sem doença mental [10][11][14][18].

Por outro lado, uma perspetiva mais positiva sobre este tipo de tratamento está associada a:

- Reconhecimento de benefícios associados ao tratamento e aos cuidados prestados [7][10][15][16], nomeadamente a melhoria do estado de saúde [15][16];
- Controlo sobre certos aspetos do tratamento [11][14][17];
- Envolvimento nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico [8][10][15];
- Valorização da necessidade de tratamento em relação à experiência de admissão involuntária [10][14][18];
- Estabelecimento de uma boa relação profissional-utente [11][14].

Para além disso, a perceção de certas atitudes por parte dos profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental parecem igualmente contribuir para uma visão mais positiva [11][14] em relação ao tratamento involuntário, nomeadamente:

- Respeito e atenção pelo próprio [8][10][11][14][17][18];
- Interesse e preocupação com o seu bem-estar [10][11][14][18];
- Consideração pelas suas preferências e prestação de cuidados adequados às suas necessidades [10][14][18];
- Comunicação eficaz e partilha de informação [14][15];
- Recurso mínimo a medidas coercivas [8][10].

Assim, verifica-se que o tratamento involuntário é uma experiência multidimensional que evoca uma diversidade de perspetivas, emoções e preocupações, sendo variável não só ao longo do percurso terapêutico, como consoante a perceção dos eventos experienciados durante o tratamento.

1.2 Objetivos do Estudo

A partir dos pressupostos expostos anteriormente, é relevante conhecer a perspetiva de pessoas com doença mental que estiveram em tratamento involuntário sobre essa experiência e avaliar, considerando esta perspetiva, se as novas diretrizes da Lei de Saúde Mental tiveram um impacto positivo na prestação de cuidados. Por esta razão, os objetivos deste estudo consistem em:

- Conhecer a experiência subjetiva de pessoas com doença mental durante o tratamento involuntário;
- Descrever a perceção de pessoas com doença mental e experiência de tratamento involuntário de eventos experienciados durante o tratamento involuntário;
- Avaliar a opinião de pessoas com doença mental e experiência de tratamento involuntário relativamente às considerações e pressupostos legais do tratamento involuntário;
- Analisar a perspetiva de pessoas com doença mental e experiência de tratamento involuntário em relação ao tratamento involuntário a nível geral e em situações específicas;
- Explorar a relação entre a experiência de tratamento involuntário e a perspetiva em relação ao tratamento involuntário de pessoas com doença mental.

Capítulo 2: Materiais e Métodos

2.1 Tipo de Estudo

Os esforços de pesquisa para identificar as perspetivas dos utentes enfatizam a importância da experiência dos pacientes em detrimento das suas características clínicas e sociodemográficas [18]. Em congruência com este resultado, os métodos de pesquisa qualitativa são considerados mais adequados para elucidar esta questão, uma vez que garantem uma compreensão mais profunda dos fenómenos em estudo [18]. Por esta razão, este trabalho de investigação corresponde a um estudo de casos múltiplos do tipo explanatório ou analítico, de carácter qualitativo.

A participação no estudo foi uma decisão livre, informada e esclarecida, tendo os participantes assinado um consentimento informado previamente ao desenvolvimento do projeto (Anexo I).

Este projeto obteve parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, a 28 de fevereiro de 2024 (Anexo II).

2.2 Amostra

O presente estudo incluiu nove utentes em tratamento involuntário no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBEIRA), tendo em conta critérios de inclusão e exclusão mencionados em seguida.

CrITÉrios de Inclusão:

- Uteses em tratamento involuntário, em contexto de ambulatório;
- Uteses sem representante legal (regime do maior acompanhado), ou procurador de cuidados de saúde;
- Uteses em cumprimento das condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório, segundo a ordem do Tribunal.

CrITÉrios de Exclusão:

- Uteses em tratamento involuntário, em contexto de internamento;
- Uteses com representante legal (regime do maior acompanhado), ou procurador de cuidados;

- Uteses sob incumprimento das condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório, segundo a ordem do Tribunal e/ou com emissão de mandado de condução, a cumprir pelas forças de segurança;
- Uteses com instabilidade clínica por outras condições somáticas não relacionadas com a doença mental e a necessitar de cuidados de saúde prestados por outras especialidades.

Inicialmente foram selecionados onze participantes, contudo, apenas nove cumpriam os critérios de inclusão no momento do recrutamento. Um dos participantes foi excluído por ter uma descompensação aguda de doença orgânica de base e necessitar de prestação de cuidados de saúde de outra especialidade médica, enquanto o outro participante foi excluído por estar em incumprimento das condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório e ter emissão de um mandado de condução, a cumprir pelas forças de segurança.

Os participantes são, maioritariamente, do sexo masculino, com idades compreendidas entre 26 e 80 anos ($M=47$; $\pm DP=14,91$). Em relação à escolaridade, observa-se que 66,7% completaram o 3º Ciclo do Ensino Básico e 22,2% finalizaram o Ensino Secundário. No que diz respeito ao estado civil, 77,8% eram solteiros. Quanto à situação profissional, 44,4% encontravam-se desempregados e 44,4% reformados por invalidez. A Tabela 1. apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes.

À admissão, todos os participantes apresentavam medicação habitual com antipsicóticos, no entanto, 66,7% tinham diagnóstico prévio de Esquizofrenia, 66,7% de Perturbações relacionadas a Substâncias, 22,2% de Perturbação Esquizoafetiva e 11,1% com Perturbação Bipolar Tipo I, de acordo com a 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5). Os participantes foram selecionados deliberadamente de grupos de diagnóstico distintos, de modo a desviar o foco do estudo das categorias de diagnóstico para as experiências de tratamento involuntário. Todos os participantes já tinham tido internamentos psiquiátricos anteriores, sendo que 33,3% já tinham mais de 5 internamentos prévios. A Tabela 2. apresenta a caracterização clínica dos participantes com antecedentes pessoais relevantes, no âmbito da especialidade de Psiquiatria.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (n=9)

Variáveis	Resultados
Idade (anos)	
Média \pm Desvio-Padrão	47 \pm 14,91

Mediana (Mínimo; Máximo)	43 (26;80)
Sexo (n)(%):	
Feminino	1 (11,1%)
Masculino	8 (88,9%)
Estado civil (n)(%):	
Solteiro(a)	7 (77,8%)
Casado(a)	1 (11,1%)
Divorciado(a)	1 (11,1%)
Escolaridade/Habilitações literárias (n)(%):	
1º Ciclo do Ensino Básico	1 (11,1%)
3º Ciclo do Ensino Básico	6 (66,7%)
Ensino Secundário	2 (22,2%)
Profissão e Situação profissional (n)(%):	
Desempregado(a)	4 (44,4%)
Reformado(a) por Invalidez	4 (44,4%)
Reformado(a)	1 (11,1%)

Tabela 2. Caracterização Clínica dos Participantes (n=9)

Variáveis	Resultados
Doenças psiquiátricas diagnosticadas (n)(%):	
Esquizofrenia	6 (66,7%)
Perturbações relacionadas a Substâncias	6 (66,7%)
Perturbação Esquizoafetiva	2 (22,2%)
Perturbação Bipolar Tipo I	1 (11,1%)
Medicação habitual (n)(%):	
Antipsicóticos	9 (100%)
Estabilizadores de Humor:	3 (33,3%)
Internamentos psiquiátricos prévios (n)(%):	

≤5	6 (66,7%)
>5	3 (33,3%)

2.3 Procedimentos

A seleção de potenciais candidatos a participar no estudo foi realizada em março de 2024, a partir da amostra de utentes em tratamento involuntário no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBEIRA) pela investigadora e elo à instituição de saúde (ZS), acedendo aos seguintes dados de potenciais candidatos:

- Contexto e regime do tratamento no serviço;
- Estado de cumprimento das condições estabelecidas para o tratamento;
- Existência de representante legal (regime de maior acompanhado), ou de procurador de cuidados de saúde.

O acesso à informação relativa à existência de representante legal (regime de maior acompanhado), ou de procurador de cuidados de saúde e ao estado de cumprimento das condições estabelecidas para o tratamento, pretendeu assegurar a estabilidade do quadro clínico do potencial candidato em tratamento involuntário e sua capacidade para a tomada de decisão e para o consentimento consciente e esclarecido, aquando do desenvolvimento do projeto.

O recrutamento dos participantes selecionados foi efetuado presencialmente, entre março e maio de 2024, em consultas de seguimento pela investigadora principal (LR) e por ZS, após apresentação do estudo e assinatura do consentimento livre, informado e esclarecido para realização da entrevista e acesso a informação médica. No momento da assinatura do consentimento informado, foram explanados os objetivos do projeto, especificados os critérios de inclusão e exclusão e explicado o processo da entrevista com recurso a gravação de áudio. Em relação aos dados, foi assegurado o anonimato na recolha e análise, o acesso restrito aos investigadores responsáveis pelo projeto, o uso exclusivo para fins de investigação e a eliminação após conclusão do estudo e divulgação dos resultados em eventos científicos. Para além disso, foram esclarecidas todas as dúvidas apresentadas e garantida a possibilidade de desistir do estudo em qualquer fase do projeto, sem qualquer dano para o próprio ou para terceiros.

A recolha de dados foi efetuada, entre março e maio de 2024, através de entrevistas semiestruturadas de duração média de 15 minutos, recorrendo a gravação de áudio. Cada entrevista teve lugar após a avaliação clínico-psiquiátrica bimensal realizada por ordem do Tribunal, no mínimo dois meses depois do último internamento involuntário de cada participante, de modo a assegurar a estabilidade clínica do quadro que motivou o início do tratamento involuntário em cada caso.

As entrevistas foram realizadas de forma individual por LR, entre março e maio de 2024, na presença de pelo menos um elemento da equipa médica do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA. LR não teve qualquer envolvimento na admissão e/ou no tratamento involuntários, nem qualquer tipo de relação pessoal, académica ou profissional com os participantes.

Previamente à realização das entrevistas e após assinatura dos consentimentos informados por parte dos participantes, a LR acedeu à seguinte informação médica:

- Dados sociodemográficos: nome, data de nascimento (idade), sexo, estado civil, escolaridade/habilitações literárias, profissão e situação profissional;
- Dados clínicos: doenças conhecidas, medicação habitual, internamentos psiquiátricos anteriores, motivo e contexto do tratamento involuntário, última avaliação clínico-psiquiátrica por ordem do Tribunal.

A informação foi coletada a partir da consulta dos processos clínicos dos participantes, tendo sido devidamente autorizada a sua recolha pelos diretores clínicos/equipa médica e pelos utentes.

2.4 Instrumentos

O tipo de entrevista utilizada para a recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. A seleção deste método teve por base algumas das suas particularidades, nomeadamente o facto de o entrevistador poder analisar o comportamento do entrevistado durante a entrevista e de ter flexibilidade para ajustar as questões colocadas consoante o entrevistado e o contexto da entrevista [24].

De forma a direcionar o foco do diálogo da entrevista para a temática do estudo, a equipa de investigadores elaborou um guião com base nos objetivos do estudo e na revisão de literatura efetuada sobre as perspetivas de utentes em relação ao tratamento involuntário. O guião está dividido em três partes e é constituído por questões com enfoque na

experiência subjetiva de tratamento involuntário, na perceção dos eventos experienciados durante o tratamento involuntário, na avaliação subjetiva do período de tratamento involuntário na primeira e na terceira pessoa e nas expectativas futuras em relação ao tratamento por parte dos utentes (Anexo III).

A primeira parte tem como objetivo identificar as emoções e eventos experienciados por cada participante durante a admissão e tratamento involuntários. A segunda parte tem o propósito de conhecer a perspetiva de cada participante relativamente à adequação dos pressupostos que motivaram o tratamento involuntário, na primeira e na terceira pessoa. Para o efeito, em cada entrevista foi apresentado um caso hipotético de uma pessoa com um motivo de admissão em tratamento involuntário semelhante à do participante. Com a segunda parte pretendeu-se ainda, promover a reflexão de cada participante relativamente à sua situação de tratamento involuntário e à de outra pessoa com um contexto semelhante. A terceira parte pretende evidenciar as expectativas futuras de cada participante relativamente ao seguimento em tratamento involuntário, à possível alta e à adesão ao plano terapêutico pós-alta.

Apesar da existência do guião, a entrevistadora podia adaptar e/ou acrescentar as questões que considerasse adequadas para as circunstâncias da entrevista, de modo a proporcionar a oportunidade de o participante adicionar espontaneamente tópicos ao seu testemunho e discutir aspetos da sua experiência que considerasse relevantes para explicar a sua perceção dos acontecimentos. Durante as entrevistas, a entrevistadora procurou ter a menor influência possível no conteúdo das respostas dos participantes, tendo em atenção a forma como as questões foram apresentadas.

2.5 Análise de Dados

Após a concretização das entrevistas, os respetivos conteúdos gravados em áudio foram transcritos integralmente por LR. Os excertos correspondentes ao discurso da entrevistadora e dos participantes foram codificados com letras e números da seguinte forma: entrevistadora (E) e participantes (P1), (P2), (P3), (P4), (P5), (P6), (P7), (P8) e (P9).

Tratando-se de um estudo qualitativo, as transcrições das entrevistas foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo, conforme definido por Bardin (2011), com uma pré-análise dos dados, seguindo-se a exploração do material e o tratamento dos resultados [25][26]. Primeiramente, realizou-se a leitura e releitura das transcrições e a anotação de

ideias iniciais para familiarização com o conteúdo das entrevistas. Seguidamente, iniciou-se a organização dos dados com ideias e/ou significados similares em códigos, adicionando notas com justificação da seleção ou rejeição de determinados extratos. Subsequentemente, procedeu-se ao agrupamento de códigos para o desenvolvimento de temas. Em seguida, realizou-se a revisão e análise dos temas até refletirem adequadamente os objetivos do estudo, os extratos codificados e o conjunto completo de dados. Por fim, construiu-se um modelo teórico a partir dos temas emergentes dos dados codificados.

Cada etapa foi realizada de forma independente por dois revisores (LR e TA) pertencentes à equipa de investigadores e, após conclusão deste processo foi feita uma reunião entre ambos para comparar os temas identificados e discutir a sua relevância para os objetivos do estudo. A tematização final resultou do consenso alcançado na reunião.

Capítulo 3: Resultados

No que diz respeito à análise, foram identificadas treze categorias e cinquenta e oito subcategorias (Anexo VI).

Para exemplificar e justificar os resultados obtidos serão apresentadas citações diretas da transcrição das entrevistas. O uso de reticências/elipses representa a remoção de secções das transcrições.

Experiência de tratamento involuntário

Por um lado, sete participantes expressaram sentimentos positivos em relação ao tratamento involuntário, mais especificamente três participantes para lidar com a situação de internamento recorreram a votos de **esperança**: “(...) *E há-de tudo passar, se Deus quiser. (...)*” (P5, 51 anos) e “(...) *e pensar... “Isto tudo vai correr bem, o tempo está a passar, o médico vai-me dar alta (...)*” (P7, 34 anos) e dois desses participantes ainda referiram pensamentos de **otimismo**: “(...) *Eu sabia que também era por pouco tempo, sabes? E isso ajuda, quando uma pessoa sabe que está assim por pouco tempo nas coisas (...)*” (P1, 26 anos); sete participantes demonstraram **resignação** perante a situação do tratamento durante o internamento e após transição para contexto em ambulatório: “(...) *Eu aceitei. Foi uma aceitação. (...)*” (P1, 26 anos) e “(...) *Já aceito mais a medicação. (...)*” (P3, 46 anos); dois participantes referiram conseguir lidar com as circunstâncias do tratamento involuntário devido à sua **resiliência**: “(...) *Eu devo ser uma pessoa que... que luto contra tudo e contra... mesmo quando estou mesmo em baixo, eu consigo me renascer das cinzas. (...)*” (P5, 51 anos) e três participantes referiram que após o internamento ficaram mais recetivos a refletir sobre questões de saúde mental e a ter **empatia** por pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental: “(...) *Mas... fiquei... sensível a outros casos que, que encontrei. (...)*” (P5, 51 anos) e “(...) *Primeiro pode acontecer a qualquer pessoa. (...)*” (P8, 43 anos).

Por outro lado, oito participantes relataram sentimentos negativos em relação ao tratamento involuntário, nomeadamente sete participantes expressaram **revolta** relativamente à admissão e à experiência inicial em internamento involuntário: “(...) *Oh eu fiquei um bocadito revoltado. Muito revoltado. (...)*” (P4, 42 anos) e “(...) *Revoltado. (...)*” (P6, 61 anos); seis participantes mencionaram momentos de **angústia** à admissão e nos primeiros dias de internamento: “(...) *custou-me muito (...)*” (P5, 51 anos) e “(...) *Pois, muito,*

muito triste, muito, muito ansioso, chorava... muito triste. (...) (P7, 34 anos); dois participantes referiram sentir **culpa** pelas consequências da situação de tratamento involuntário: *“(...) dei um desgosto à minha mãe e depois vim para aqui. (...)”* (P4, 42 anos); dois participantes relataram sentir **desconforto** durante o período de internamento: *“(...) Não me senti confortável, sou-lhe sincera, não me senti confortável a usar roupa de outras pessoas. (...)”* (P5, 51 anos); e após o internamento, apenas um participante referiu sentir **vergonha** por ter estado internado involuntariamente e evitar que as pessoas à sua volta tivessem conhecimento da situação: *“(...) Algumas sim, só que eu... eu não digo a ninguém que estive internado num hospital psiquiátrico. (...)”* (P8, 43 anos).

Para além disso, seis participantes experienciaram **ambivalência** ao longo do internamento. No momento da **admissão** os sentimentos predominantes foram a revolta e a angústia: *“(...) custou-me muito (...)”* (P5, 51 anos) e *“(...) Pois, muito, muito triste, muito, muito ansioso, chorava... muito triste. (...)”* (P7, 34 anos). Enquanto **durante o internamento** e em contexto de ambulatório, o sentimento mais frequente foi a resignação: *“(...) Foi uma parte que, que me custou um bocadinho, mas que eu tive que aprender a lidar. (...)”* (P5, 51 anos) e *“(...) eu acedi a tudo. Eu aceitei tudo e não, não... Não me preocupei mais. (...)”* (P7, 34 anos). Dois participantes tiveram apresentarem inclusive **alexitimia**: *“(...) É assim, a situação foi muito complexa. Foi muito complexa. (...)”* (P8, 43 anos).

Condições do internamento em meio hospitalar

Três participantes referiram aspetos positivos do internamento em meio hospitalar e manifestaram **satisfação** em relação às suas condições: *“(...) É limpo, a comida também é em abundância e pode-se comer. (...)”* (P5, 51 anos) e *“(...) Sim, sim, pode-se usar o telefone de manhã, durante uma hora, e podemos contactar quem quiser. (...)”* (P9, 40 anos).

Apenas um participante demonstrou **desagrado** em relação às condições do internamento em meio hospitalar: *“(...) Meteram-me num quarto, que hoje já lá não existe, que é uma sala. Estava lá só uma casa de banho... (...) só uma sanita e nem água tinha. E nem água tinha. (...)”* (P2, 80 anos).

Ações dos profissionais de saúde mental

Os participantes apresentaram opiniões contraditórias relativamente às ações dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental.

Por um lado, seis participantes referiram atitudes positivas por parte da equipa de profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental, particularmente seis participantes mencionaram **atos de cuidado**: “(...) *Sempre me trataram bem. (...)*” (P3, 46 anos) e “(...) *agora eu sei bem que eles... fazem tudo para uma pessoa se cá sentir bem (...)*” (P4, 42 anos); cinco participantes referiram **apoio**: “(...) *Quando eu estive cá, toda a gente me tratou bem e ajudaram-me. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *Senti o apoio dos meus pais e das pessoas que trabalham cá na Psiquiatria. (...)*” (P3, 46 anos); e dois participantes relataram **consideração pelas suas necessidades**: “(...) *mas a Doutora chegou logo, foi logo prestável. Nisto, deu-me um, um medicamento a substituir o quetiapina, (...)*” (P4, 42 anos) e “(...) *eu não trouxe roupas também e eles lá nisso também fizeram o favor de me ir facultando roupas. (...)*” (P5, 51 anos).

Por outro lado, seis participantes relataram atitudes negativas por parte da equipa de profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental, designadamente três participantes mencionaram **falta de apoio**: “(...) *Apoio? Não, não, não. Muito pelo contrário. (...)*” (P6, 61 anos) e “(...) *Oh... não podia, davam-me pouco. Davam-me pouco. (...)*” (P7, 34 anos); dois participantes referiram **défices na comunicação** e falta de informação sobre o tratamento: “(...) *Tudo, tudo na base das mentiras e nas ocultações, que é a única coisa que se faz no tribunal de hoje... e os psicólogos e os psiquiatras, é... é nessa base. (...)*” (P8, 43 anos); três participantes descreveram episódios de **coerção**: “(...) *Fui obrigado, fui chantageado... pelo Doutor Nuno Trouão, em caso concreto. (...)*” (P6, 61 anos) “(...) *Eles deixam-te entrar... Não... não há conversas nenhuma. Tens algumas ideias, toma lá medicamentos. É a única coisa que eles fazem. (...)*” (P9, 40 anos); três participantes mencionaram **falta de consideração pelas suas necessidades**: “(...) *Não, zero, zero. Isso é zero. Nem sequer o que se passou eles têm minimamente em conta, eles querem lá saber do que é que aconteceu. (...)*” (P8, 43 anos) e “(...) *Não, a única coisa que eles fazem é, é servir comida e... e, e dar medicação. E depois voltam para o quarto deles.... (...)*” (P9, 40 anos); três participantes relataram momentos de **agressividade**: “(...) *A primeira abordagem no primeiro dia é que foi assim um bocadinho brusca, mas pronto. (...)*” (P5, 51 anos) e “(...) *Seguiram-me à volta da clínica e, a dada altura, agarraram-me nos braços e quiseram deitar-me ao chão. Três contra um, foi aí que entrámos numa espécie de luta. Depois deram-me uma injeção e atiraram-me para a cela de isolamento. (...)*” (P9, 40 anos); e apenas um participante referiu **desrespeito**: “(...) *Falei se ela me tira isto e ela... chamando-me estúpido, basicamente chamou-me, chamou-me estúpido. Disse que me posso rir de mim (...)*” (P6, 61 anos).

Para além disso, três participantes evidenciaram **ambivalência** na perceção da atitude dos profissionais ao longo do tratamento, verificando-se uma alteração positiva entre o dia de admissão e os restantes dias de internamento: “(...) *Fui um bocadinho mal recebido. Meteram-me num quarto, que hoje já lá não existe, que é uma sala. (...) Depois do resto, do... do resto do tempo, já fui bem recebido. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *A primeira abordagem no primeiro dia é que foi assim um bocadinho brusca, mas pronto. Foi mais no primeiro dia, mas pronto. Foi, foi um instante. (...)*” (P5, 51 anos).

Ações de outros profissionais envolvidos no tratamento

Apenas um participante mencionou atitudes positivas por parte de outros profissionais envolvidos no processo do tratamento involuntário, em particular **apoio** de elementos do secretariado: “(...) *Só assim na secretaria, há pessoas que gostam de mim e que me conhecem, (...)*” (P7, 34 anos).

Enquanto quatro participantes referiram atitudes negativas por parte de outros profissionais envolvidos no processo do tratamento involuntário, mais especificamente dois participantes relataram episódios de **coerção** por parte de elementos das forças policiais: “(...) *E quando fui à polícia para... a meter o Ministério Público a... ter com o Ministério Público, o processo deste caso, disseram que não. E disseram que... disseram que eram impunes. (...)*” (P6, 61 anos) e “(...) *a polícia chegou ao pé de minha casa “armado em campeão”. Entrou pela minha casa adentro, a enfrentar-me: (...), “Ah estás a falar assim comigo, vais ver o que é que te vai acontecer!”. E depois fui internado, foi assim que aconteceu. (...)*” (P8, 43 anos); e dois participantes descreveram momentos de **agressividade** por parte de elementos da polícia: “(...) *eles é que me racharam aqui a cabeça, mandaram-me um pontapé aqui na, na nalga, que eu fui operado aqui às costas. Fui para o hospital, um GNR é que me deu o pontapé e ninguém quis saber de nada. (...)*” (P7, 34 anos).

Estado de saúde após tratamento

Por um lado, oito participantes afirmaram ter notado uma **melhoria do seu estado de saúde** ao longo do tratamento, mais especificamente três participantes confirmaram uma melhoria significativa **durante e após o internamento**: “(...) *Ah isso resultou, o resto da medicação resultou. (...)*” (P4, 42 anos) e “(...) *Sim, sim. Senti-me melhor. (...)*” (P8, 43 anos), enquanto sete participantes notaram uma melhoria significativa apenas **após o internamento**: “(...) *Notei, notei. (...) Ya, eu melhorei. (...)*” (P1, 26 anos) e “(...) *Já no mês*

passado, dei-me melhor e neste mês ainda ando melhor. (...) Eu hoje ando bem. Ando bem. (...)” (P2, 80 anos).

Por outro lado, quatro participantes referiram que não verificaram grande diferença no seu estado de saúde ao longo do tratamento, nomeadamente quatro participantes afirmaram **ausência de melhoria durante o internamento**: “(...) *Melhoria pouca. (...) Pouca. Muito pouco. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *Piorou, só piorou, estou farto de lhe dizer que só piorou. (...)*” (P6, 61 anos). No entanto, apenas um desses participantes referiu não notar qualquer melhoria no seu estado de saúde **durante e/ou após o internamento**, os restantes relataram alguma melhoria após o internamento: “(...) *Não está a ajudar absolutamente em nada. (...)*” (P6, 61 anos).

Adaptação ao plano terapêutico

Quatro participantes mencionaram alguns **efeitos benéficos da medicação**: “(...) *o horário das refeições era certinho e eu... era certinho e eu consegui emagrecer, mesmo tomando esta medicação e fazendo a injeção. (...)*” (P5, 51 anos) e “(...) *E o que estou a usar agora não é tão... forte, não é tão pesado. Não tremo com as pernas ou... não perco saliva enquanto durmo, ou... (...)*” (P9, 40 anos).

No entanto, todos os participantes relataram algum aspeto que contribuiu negativamente para a sua adaptação ao plano terapêutico, particularmente oito participantes demonstraram **apreensão quanto a possíveis efeitos adversos da medicação** a curto e/ou a longo prazo: “(...) *A longo prazo, tenho um bocadinho de medo de ficar dependente deste medicamento. (...), mas a longo prazo poderá não fazer tão bem. (...)*” (P1, 26 anos), “(...) *A injeção é muito forte e pensei que me fazia mal. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *Mas... o que é certo e verdade, que eu não sei se é a medicação se não, que eu estou com um problema gástrico... (...)*” (P5, 51 anos); seis participantes referiram ter **efeitos adversos da medicação**: “(...) *Tirou-me a virilidade... provocou-me agitação, provocou-me câibras... sinto-me mais pesado. (...)*” (P6, 61 anos) e “(...) *Mas só que faz-me bloquear muita vez a conversa, não faz-me uma conversa a quase contínua. Bloqueia-me o pensamento das conversas. (...)*” (P7, 34 anos); três participantes mencionaram ter **preocupação com outros aspetos do tratamento**, como as deslocações ao serviço de psiquiatria e a possibilidade de ser novamente internados de forma involuntária: “(...) *Só faz estar a dar trabalho às pessoas por... por terem de me trazer e aqui a estar a dar trabalho a eles e tudo. (...)*” (P7, 34 anos) e “(...) *tenho uma preocupação que é a minha mãe começar a gritar comigo e eu dizer: “Para de gritar que eu já não aguento!” e ela*

dizer: “Agora, agora vais-te internar no hospital, estás a falar assim, agora vais ser outra vez internado!” (...)” (P8, 43 anos); e apenas um participante referiu **recusar o tratamento** numa fase inicial: “(...) Não queria ser internado, estava-me sempre a recusar aos tratamentos e não tomava as medicações e... (...) Porque não queria ser tratado (...)” (P3, 46 anos).

Rede de apoio

Por um lado, dois participantes mencionaram que a rede de apoio teve uma **influência positiva na adesão ao tratamento involuntário**: “(...) eu, eu posso pensar uma coisa, mas as pessoas que estão à minha volta, se... se calhar também interferiram um bocado na decisão de eu cá ficar... (...)” (P5, 51 anos). Pelo contrário, três participantes referiram que a sua rede de apoio teve uma **influência negativa na adesão terapêutica**: “(...) A minha mãe passa tudo bem. (...) Lá em casa, quis-me ela fazer, dizer, que tinha de aguentar. (...)” (P4, 42 anos) e “(...) Foi o Doutor Nuno dar-me a alta e esconder... a carta estava na... foi para a casa, para o correio da minha mãe e esconderam-me a carta. E eu discuti com a minha mãe: “Porque é que tiraste-me a carta? (...) E eu depois... ela telefonou à GNR. (...)” (P7, 34 anos).

Por outro lado, oito participantes afirmaram sentir **suporte** por elementos da rede de apoio, nomeadamente família e/ou amigos, durante o tratamento: “(...) tirando só a minha mãe, mas depois lá fora, eu vi um apoio, um apoio... ligeiro da parte deles. (...) Sim, inclusive amigos. (...)” (P1, 26 anos) e “(...) Sim, a única família com quem ainda falo são os meus pais. (...) O meu pai visitava-me aqui quase todos os dias. (...)” (P9, 40 anos). Para além disso, dois desses participantes referiram até ter estabelecido relação de amizade e mútuo apoio com outros utentes internados: “(...) No entanto, também fiz algumas amizades, fiquei com alguns contactos daqui. (...)” (P5, 51 anos). No entanto, dois desses participantes referiram **ausência de suporte** de alguns elementos da rede de apoio ao longo do tratamento: “(...) Mas eles também não querem saber. A minha irmã não quer saber de mim. (...)” (P7, 34 anos).

Adicionalmente, dois participantes mencionaram que houve uma **mudança positiva do ambiente familiar após o internamento**: “(...) Porque a minha mãe depois... a minha mãe agora já não é assim, já não me grita. A minha mãe já parou. (...)” (P8, 43 anos). Pelo contrário, um dos participantes relatou uma **mudança negativa do ambiente familiar**: “(...) Não, os meus amigos e família já não me contactam. (...)” (P9, 40 anos).

Envolvimento nas decisões relacionadas com o tratamento

Por um lado, dois participantes afirmaram sentir-se envolvidos nas decisões relacionadas com o seu tratamento e **participar ativamente no plano terapêutico**: “(...) *Fui eu que escolhi ficar cá neste hospital de saúde mental. (...) Na altura concordei em vir para aqui. Concordei em vir aqui para o centro de saúde mental. (...)*” (P2, 80 anos). Apesar disso, sete participantes não reconheceram o conceito de participação ativa, sendo que três desses participantes confundiram o significado de envolvimento nas decisões terapêuticas com o de **adesão ao plano terapêutico**: “(...) *Sim, eu aceitei. Eu aceitei o tratamento (...)*” (P1, 26 anos) e “(...) *Estava envolvido no tratamento, porque eu nunca deixei de tomar o medicamento que ando a tomar lá em casa. (...)*” (P2, 80 anos). Os outros três participantes consideraram que as decisões terapêuticas são responsabilidade exclusiva da equipa médica, não havendo espaço para a partilha de preferências relativamente às hipóteses terapêuticas, conceito associado ao **paternalismo médico**: “(...) *A Doutora sabe bem, já sabe o porque é que eu vim, e estou, e venho aqui. (...) Sabe melhor do que eu. (...) Não vale a pena, as Doutoradas sabem de tudo. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *Eu não... envolvida não estava, porque quem trata dessas decisões são os... médicos, não é? (...)*” (P5, 51 anos).

Por outro lado, sete participantes expressaram descontentamento em relação ao desrespeito da sua vontade e à **violação dos seus direitos**, considerando não serem envolvidos nas decisões relacionadas com o seu tratamento e os seus interesses e preferências não serem tidos em conta na tomada de decisão: “(...) *Fez-me falta o meu telemóvel, fez-me falta os meus labores, fez-me falta o meu livro, (...) Fez-me falta... eu ter tempo para mim, de me arranjar, de me vestir, de fazer as minhas caminhadas. (...)*” (P5, 51 anos), “(...) *Senti-me preso... sem ter nada, onde dormir, sem coiso, sem... (...)*” (P6, 61 anos) e “(...) *Saí... e depois teve que ser uma pessoa responsável a vir-me a buscar. Parece que eu estou... preso, mas na rua. (...)*” (P7, 34 anos).

Tratamento justificável

Cinco participantes consideraram que o tratamento foi justificado, sendo que três participantes tiveram esta **perspetiva na primeira pessoa**: “(...) *Sim, sim foi justificado. (...)*” (P1, 26 anos) e “(...) *Achava que não precisava, mas precisava. (...)*” (P3, 46 anos); e quatro participantes **na terceira pessoa**: “(...) *Doutora por vezes, por vezes é, é preciso. Por exemplo, se as pessoas se alteram muito... precisam do internamento no centro de saúde mental. (...)*” (P2, 80 anos) e “(...) *Eu aconselhava o mesmo. Sim (...)*” (P5, 51 anos).

Deste modo, dois participantes mantiveram a mesma perspetiva tanto na primeira, como na terceira pessoa.

Tratamento não justificável

Seis participantes não consideraram o tratamento involuntário justificado, sendo que seis participantes tiveram esta **perspetiva na primeira pessoa**: “(...) Não é que se justificasse, mas... eu posso pensar uma coisa, mas as pessoas que estão à minha volta, se... (...)” (P5, 51 anos) e “(...) Não se justificava. (...)” (P8, 43 anos); e seis participantes **na terceira pessoa**: “(...) Não. Há sempre, há sempre... eu para mim acho que há sempre um... um motivo para a pessoa começar a... a... a desvairar. (...)” (P7, 34 anos) e “(...) Eu duvido que exista algum tratamento... que irá ajudar com isso porque as pessoas que fazem isso estão apenas interessadas em tornar as coisas pior e pior e pior. (...)” (P9, 40 anos). Deste modo, três participantes mantiveram a mesma perspetiva tanto na primeira, como na terceira pessoa.

Alternativas ao tratamento involuntário

Seis participantes apresentaram possíveis **estratégias** alternativas ao tratamento involuntário que consideravam mais apropriadas para o seu caso: “(...) Ir para o desporto, ir... passar uns dias fora daqui e... fazer outras coisas diferentes do que fazia aqui. (...)” (P3, 46 anos), “(...) Não sei, não sei... Se calhar uma amizade de uma namorada, de uma mãe, de um pai, de uma tia, de um tio... mais... mais próximas, das pessoas mais próximas. (...)” (P7, 34 anos) e “(...) Eu acho que as pessoas só precisam de... relaxantes, lorazepam, oxazepam, diazepam. (...) E conversas, conversas longas, e, e pessoas pacientes, porque as pessoas são muito impacientes. (...)” (P9, 40 anos).

Expectativas futuras em relação ao tratamento involuntário

Por um lado, cinco participantes especificaram que tinham como expectativas a alteração do plano terapêutico, nomeadamente três participantes mencionaram que pretendiam a **redução da dose da medicação** a curto prazo: “(...) Não sei se, se poderá... em vez de mil gramas de ácido valpróico, talvez passar para quinhentos... (...)” (P5, 51 anos) e “(...) Mas pronto... agora, mas eu acho que a dose que estou a levar da injeção, duzentas e tal... eu acho que tenho de a reduzir. (...)” (P7, 34 anos); quatro participantes referiram que intencionavam iniciar a **desabituação gradual da medicação** a longo prazo: “(...) Eu queria deixar doutora. (...)” (P7, 34 anos) e “(...) A médio prazo quero deixá-la. (...)” (P8, 43

anos); e apenas um participante relatou que pretendia **abandonar o plano terapêutico**: “(...) *Ter alta. Isso seria bom, sim. (...)*” (P6, 61 anos).

Por outro lado, seis participantes mencionaram que intencionavam manter a **adesão terapêutica**: “(...) *É continuar, é continuar o tratamento. (...)*” (P1, 26 anos) e “(...) *Eu, manter a medicação, mantenho. (...)*” (P5, 51 anos).

Compreensão da doença

Por fim, verificou-se alguma variabilidade na perceção dos participantes sobre si mesmo e compreensão da sua doença, em particular dois participantes demonstraram ter **insight** sobre a sua doença mental e noção das potenciais repercussões do abandono terapêutico: “(...) *Porque não queria ser tratado. Achava que não precisava do tratamento, mas precisava. (...)*” (P3, 46 anos) e “(...) *Porque eu aquela medicação sei que preciso de a comprar e já tenho o dinheiro certo para a ir comprar. (...)*” (P5, 51 anos). No entanto, cinco participantes evidenciaram **ausência de insight** sobre a sua doença e incompreensão da necessidade de seguir o plano terapêutico: “(...) *Depois meteram que... meteram que tive um ataque psicótico, psicótico, por causa do metilfenideral. Como se fosse possível. (...)*” (P6, 61 anos) e “(...) *quando estás a ser tratado na psiquiatria, parece que estão felizes. (...)* *Porque, eu sei que eles conseguem produzir vozes de todos os dispositivos eletrónicos que estão em minha casa e desde que saí da clínica esses dispositivos foram silenciados. E eu estou certo de que as vozes vieram desses dispositivos porque quando os punha perto dos meus ouvidos o som ficava mais alto, e quando os afastava dos meus ouvidos o som ficava mais baixo. (...)*” (P9, 40 anos).

Capítulo 4: Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos conhecer a experiência que pessoas com doença mental têm sobre o tratamento involuntário e analisar a perspetiva dessas pessoas e a sua experiência em relação ao tratamento involuntário. Apesar de o tratamento involuntário ser uma temática altamente debatida a nível internacional, as investigações tendem a focar-se na perspetiva de profissionais de saúde e nas considerações legais e éticas deste tipo de tratamento, sendo escassa a informação disponível sobre as perspetivas de utentes que vivenciaram esta experiência. Esta informação é também pouco atualizada e adaptada ao contexto nacional e às atuais revisões e alterações legais. Assim, esta dissertação pretende contribuir para a identificação de lacunas na implementação das implicações legais do tratamento involuntário na prática clínica em Psiquiatria, assim como o aumento da consciencialização sobre os desafios e impactos do tratamento involuntário nos utentes que usufruem destes serviços.

Em termos da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, verifica-se que a maioria dos intervenientes pertence ao sexo masculino, apresenta estado civil solteiro, detém a escolaridade equivalente ao terceiro ciclo do ensino básico, encontrava-se desempregado aquando da realização do estudo, tem o diagnóstico de esquizofrenia e/ou de perturbações relacionadas a substâncias, está medicado com antipsicóticos e já esteve no máximo cerca de cinco internamentos psiquiátricos prévios.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos em estudos anteriores sobre as características sociodemográficas e médicas dos doentes psiquiátricos internados involuntariamente, onde é referido que os principais fatores socioeconómicos identificados foram pertencer à cultura afro-americana, estarem desempregados aquando do internamento, terem uma média de 12,1 anos de escolaridade (equivalente ao ensino secundário), terem tido internamentos psiquiátricos prévios e apresentarem previamente sintomas psicóticos [34][35].

Para além disso, um outro estudo sobre fatores clínicos e sociais associados ao aumento do risco de internamento psiquiátrico involuntário, valida igualmente estes resultados, já que o tratamento involuntário foi associado ao sexo masculino, ao estado civil solteiro, ao desemprego, a ser beneficiário de subsídios sociais, ao diagnóstico de perturbação psicótica ou bipolar e a internamentos psiquiátricos prévios em regime involuntário, sendo os fatores de risco mais fortemente associados ao tratamento involuntário o diagnóstico de perturbação psicótica e o internamento involuntário prévio [36]. De qualquer forma, os

fatores que caracterizam os utentes em internamento involuntário são incertos, sendo por isso necessária mais investigação por forma a entender as suas disparidades.

Os resultados no que concerne à experiência de tratamento demonstram que a maioria dos participantes experienciaram sentimentos contraditórios ao longo do processo. No momento da admissão os sentimentos mais frequentes foram a revolta e a angústia, enquanto durante o tratamento, foi a resignação. Apesar desta ambivalência dependente do estadió do processo terapêutico, os sentimentos mais predominantes entre os participantes foram aqueles com conotação negativa, principalmente no período inicial do tratamento. Estes resultados corroboram o referido em estudos de natureza qualitativa sobre as perspetivas de pessoas em admissão e tratamento involuntários, que evidenciam uma variedade de fatores que podem afetar o equilíbrio entre sentimentos opostos ao longo do tratamento [7][10][14][17] e a predominância de sentimentos negativos como medo, raiva, angústia e desconfiança [18]. Isto indica, que a experiência de tratamento involuntário é complexa e variável não só ao longo do percurso terapêutico, como também consoante a perceção dos eventos experienciados durante o tratamento. O aumento da frequência de sentimentos positivos ao longo do tratamento, mais especificamente da resignação, parece estar mais associado a um processo de submissão às normas do regime involuntário e de conformidade com uma realidade inalterável na perspetiva dos participantes, do que propriamente a uma aceitação das circunstâncias por reflexão em relação à pertinência dos pressupostos do tratamento involuntário.

Quanto à perceção das condições do internamento ao nível hospitalar, destaca-se que poucos participantes mencionaram este aspeto em relação à sua experiência, mas que a maioria estava satisfeita com as condições do ambiente hospitalar. Pelo contrário, num estudo anterior sobre as experiências de pacientes em admissão e tratamento involuntários constatou-se que os utentes consideravam as condições das instalações precárias e a qualidade dos serviços desadequada para as suas necessidades [17]. Nas últimas décadas verificou-se um aumento do investimento financeiro nos serviços de saúde no geral, o que pode estar relacionado com a melhoria das condições das instalações das instituições de saúde dedicadas à prestação de cuidados de saúde mental e conseqüentemente, com o aumento da qualidade dos serviços prestados e da satisfação dos utentes com esta questão.

Em relação às ações dos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental, verifica-se que os participantes apresentaram opiniões contraditórias, uma vez que o mesmo número de participantes relatou tanto atitudes negativas, como atitudes positivas, evidenciando a ambivalência igualmente presente na experiência de tratamento

involuntário. Houve, também uma mudança positiva na perceção das atitudes dos profissionais de saúde ao longo do tratamento. Esta alteração pode estar relacionada com a conformação dos utentes em relação à situação do tratamento após a admissão, estando estes mais recetivos a colaborar com os profissionais de saúde, ou, por outro lado, pode estar associada ao controlo da sintomatologia psicótica que motivou o internamento após início do plano terapêutico. Esta estabilização clínica pode contribuir igualmente para uma abertura por parte dos utentes para o estabelecimento de uma boa relação profissional-utente.

Apesar desta alteração, não deixa de ser importante ressaltar que foram mencionadas ações, como a coerção, a falta de consideração pelas necessidades e a comunicação ineficaz, que contribuem para uma fraca relação profissional-utente e podem ter repercussões negativas para a evolução clínica e sucesso terapêutico dos utentes, como evidenciado em estudos prévios quantitativos e qualitativos [23][15][16]. Para além disso, o uso de medidas coercivas não sendo este o último recurso disponível, nem estritamente necessário para prevenir ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa carecida desses cuidados ou de terceiro, está contra os pressupostos legais relativamente a este aspeto e evidencia a necessidade de reflexão sobre o recurso a este tipo de medidas por parte dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados de saúde mental [6].

Ademais, segundo um estudo sobre a coerção e o seu impacto na perceção do internamento involuntário, quanto mais coercivo for percecionado o internamento involuntário mais negativamente afeta a adesão ao plano terapêutico proposto [28]. Segundo outro estudo sobre a perceção de coerção em alguns pacientes em tratamento voluntário, reduzir a perceção de coerção pode melhorar os resultados do tratamento, evitar o abandono dos serviços e melhorar as relações terapêuticas [29]. Assim, parece relevante refletir sobre a necessidade do recurso à coerção e optar preferencialmente por outras alternativas menos invasivas.

Relativamente às ações de outros profissionais associados ao processo de tratamento involuntário, destaca-se que poucos participantes focaram este aspeto em relação à sua experiência, no entanto a maioria relatou atitudes negativas por parte de elementos das forças policiais, nomeadamente coerção. Por esta razão, verifica-se que o recurso a medidas coercivas pode estar presente em diferentes momentos do processo do tratamento involuntário, sendo mais frequente à admissão, e perpetuado por diferentes entidades. Por outro lado, denota-se ainda uma comunicação ineficaz dos critérios determinantes do regime involuntário, das etapas do processo de tratamento e dos direitos dos utentes neste

tipo de situação, aquando da admissão, o que pode condicionar inicialmente a perceção dos participantes relativamente à necessidade de tratamento e ao motivo de regime involuntário.

Estes resultados estão de acordo com o exposto num estudo qualitativo sobre as perspetivas de utentes em relação ao internamento involuntário na Grécia, que identifica as mesmas lacunas nas ações de elementos das forças policiais aquando da admissão involuntária [18]. Não existem estudos dedicados ao impacto do recurso a medidas coercitivas por elementos das forças policiais na perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário. No entanto, sendo uma entidade integrante do processo, torna-se relevante investigar em pesquisas futuras qual a influência destas atitudes no processo terapêutico dos utentes.

No que concerne ao estado de saúde após o tratamento, apenas um participante referiu não ter notado qualquer melhoria no seu estado de saúde durante ou após o internamento e início do plano terapêutico. O que significa que a grande maioria dos utentes verificaram uma melhoria do seu estado de saúde ao longo do tratamento, mais especificamente após o internamento. Estes resultados validam o referido em estudos quantitativos relativos aos efeitos do internamento involuntário, em que se documenta uma melhoria clínica substancial, em termos de melhores pontuações de funcionamento global, como resultado deste tipo de tratamento [20]. O facto de alguns participantes apenas verificarem uma melhoria significativa após o internamento, pode estar relacionado com o período de resposta clínica aos medicamentos prescritos. Isto porque, o tempo para determinar a eficácia de um medicamento antipsicótico é de pelo menos quatro a seis semanas. Assim, em períodos de internamento inferiores a 4 semanas a melhoria de sintomas pode não ser significativa. Em pesquisas futuras será ainda interessante verificar especificamente que aspetos promoveram essa melhoria clínica na perspetiva dos utentes, identificando fatores que contribuem para o sucesso terapêutico.

Os resultados relativamente à adaptação ao plano terapêutico demonstram que, apesar de alguns participantes mencionarem efeitos benéficos da medicação no seu caso em específico, a grande maioria relatou algum aspeto que condicionou a sua adaptação à medicação prescrita, sendo os mais frequentes a apreensão quanto a possíveis efeitos adversos da medicação a curto e a longo prazo, assim como a perceção de efeitos adversos da medicação. A persistência de preocupações relativamente a efeitos da medicação indicia défices de comunicação entre profissionais e utentes e falta de informação sobre o tratamento, não havendo uma relação profissional-utente que permita a partilha de preocupações e de preferências relativamente às opções terapêuticas disponíveis por parte

dos utentes, o esclarecimento de dúvidas em relação aos efeitos de certos fármacos e a desmistificação de crenças disfuncionais relacionadas com a medicação. Isto indica, que o estabelecimento de uma boa relação médico-doente e de uma abordagem terapêutica centrada na pessoa pode ter um impacto positivo na adaptação dos utentes ao plano terapêutico e contribuir para a manutenção da adesão terapêutica. Por outro lado, alguns participantes relataram o receio de voltar a ser internados involuntariamente, o que pode apontar para uma experiência de tratamento menos positiva em contexto de internamento e à preferência pela opção de outras alternativas terapêuticas.

Ao nível da existência de rede de apoio, verifica-se que a grande maioria dos participantes teve o suporte de alguns elementos da sua rede de apoio ao longo do tratamento, apesar de alguns referirem sentir falta do suporte de determinados membros. No entanto, um número superior de participantes relatou que a sua rede de apoio teve uma influência negativa na adesão terapêutica, sendo a causa mais frequente deste impacto negativo, conflitos no ambiente familiar. Contrariamente ao que se constatou na presente pesquisa, um estudo qualitativo sobre o envolvimento de famílias nos cuidados de saúde mental agudos e outros estudos sobre as perspetivas de utentes em relação ao internamento involuntário, revelou que a participação familiar pode promover uma melhoria nos resultados clínicos dos utentes, nomeadamente reduzir a duração do período de internamento e melhorar a adesão ao tratamento e ter um impacto positivo no tratamento [18][30]. Esta contradição pode estar associada à existência de diferentes contextos familiares, já que o acompanhamento e apoio dos utentes por parte de familiares, ou membros da rede de apoio, depende de vários fatores, nomeadamente a qualidade da relação entre ambos, a aceitação do diagnóstico e a compreensão da necessidade de tratamento e o interesse em contribuir para o bem-estar dos utentes. Por outro lado, um número superior de participantes demonstrou que após o tratamento houve uma mudança positiva no seu ambiente familiar. Esta mudança pode estar relacionada com a estabilização clínica do paciente após tratamento em contexto de internamento e a um menor envolvimento em conflitos familiares por alterações de comportamento resultantes da sua doença mental.

Quanto ao envolvimento nas decisões relacionadas com o tratamento, apenas um número reduzido de participantes mencionou sentir-se envolvido nas decisões terapêuticas, sendo que este número ainda é menor se for considerado apenas o conceito de participação ativa. Isto porque, alguns participantes confundiram o conceito de participação ativa no tratamento com o de adesão terapêutica, e um número considerável de outros, apresentou uma visão paternalista em relação ao envolvimento nas decisões relacionadas com o processo terapêutico. O que indica que os utentes desconhecem a possibilidade de estarem

envolvidos no processo de tomada de decisão e presumem que este tipo de decisões são responsabilidade exclusiva da equipa médica, não havendo espaço para partilha de preferências quanto às opções terapêuticas disponíveis. O aspeto mais alarmante neste ponto, é que a maioria dos participantes expressou descontentamento em relação ao desrespeito da sua vontade e à violação dos seus direitos, em particular de autonomia, referindo não se sentir envolvidos nas decisões relacionadas com o seu tratamento.

Segundo estudos sobre o envolvimento nas decisões do tratamento e a perceção de coerção em pacientes em tratamento involuntário, se a participação dos utentes nas decisões do seu tratamento for significativa, a sua perceção de coerção diminui ao longo do tratamento [31]. No entanto, tendo em conta o que consta neste estudo, não se verifica o privilégio dos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental em situação de tratamento involuntário, tais como a participação, na medida da sua capacidade, na elaboração e execução do respetivo plano de cuidados, sendo ativamente envolvidas nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico [6]. Esta conclusão implica a necessidade de rever as atitudes dos profissionais de saúde no que toca a este aspeto e de promover tanto o estabelecimento de uma boa relação médico-doente, como a aplicação de uma abordagem terapêutica centrada na pessoa, de modo a contribuir positivamente para a satisfação e bem-estar dos utentes. Parece ainda essencial, verificar se o nível de literacia em saúde e/ou o grau de literacia política e jurídica condicionam a capacidade de os utentes participarem ativamente tanto no seu plano terapêutico, como na defesa dos seus direitos como pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental em futuras investigações.

Os resultados referentes à justificabilidade do tratamento involuntário, denotam que os participantes tiveram opiniões contrárias em relação ao seu internamento involuntário, no entanto um número superior de participantes considerou que o tratamento involuntário no seu caso não foi justificado, o que se verificou tanto na perspetiva na primeira pessoa, como na terceira pessoa. Apenas um participante alterou a sua perspetiva entre a primeira e a terceira pessoa, apesar de alguns participantes inicialmente terem dificuldade em avaliar a justificabilidade do internamento involuntário no caso de uma pessoa com uma situação clínica idêntica à do respetivo participante à admissão. Este resultado pode indicar que embora haja alguma renitência em analisar de forma objetiva e imparcial o caso de outra pessoa num contexto idêntico, a opinião dos participantes mantém-se semelhante independentemente de fazerem a avaliação do seu caso em específico ou de outra pessoa num contexto semelhante. Estes resultados estão de acordo com o que é referido, em estudos sobre as perspetivas de utentes em relação ao internamento involuntário em diferentes contextos [18][19].

Relativamente a alternativas ao tratamento involuntário, a maioria dos participantes mencionou estratégias alternativas ao internamento que consideravam mais apropriadas no seu caso, nomeadamente prática de atividade física, suporte social ou familiar, recurso a terapias não farmacológicas e medicação alternativa aos antipsicóticos. Pode ser inferido que os participantes têm preferência pela adoção de medidas menos coercivas e mais colaborativas, preferencialmente em contexto de ambulatório (em comunidade) e/ou no domicílio. Estes resultados vão de encontro ao referido num estudo sobre as atitudes dos pacientes em relação à coerção e a sua aceitação em psiquiatria. Este estudo indica que os utentes percebem ofertas terapêuticas como atividades desportivas, musicais ou de relaxamento, como úteis para evitar a coerção, havendo a possibilidade de reduzir as taxas de coerção recorrendo a este tipo de alternativas menos invasivas [32]. No entanto, não há evidência científica robusta que acredite o uso isolado destas alternativas na prestação de cuidados de saúde mental a utentes com doença mental grave, sendo relevante a avaliação da sua viabilidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde mental em estudos adicionais e pesquisas futuras.

Alguns participantes referiram ainda que uma alternativa válida ao internamento involuntário poderia estar associada a um processo de admissão involuntária mais transparente e explícito, que providenciasse algum tipo de garantia e/ou prova da necessidade do tratamento nas linhas propostas. O que evidencia não só, a receptividade dos pacientes para refletir sobre a adesão ao tratamento em contexto voluntário, caso fosse inicialmente esclarecida a pertinência deste tipo de tratamento, como também a importância de estabelecer uma comunicação eficaz na relação profissional-utente para promoção da adesão terapêutica e redução do recurso a medidas coercivas.

Quanto às expectativas futuras em relação ao tratamento involuntário, verifica-se que a opinião dos participantes se divide entre a hipótese de alterar o plano terapêutico e a de continuar a seguir a terapêutica proposta, sendo mais frequente a intenção de manter a adesão terapêutica. Relativamente à alteração do plano, a opção mais referenciada pelos participantes foi a redução da dose dos fármacos prescritos a curto prazo, para verificar a possibilidade de estabilização clínica com menor influência farmacológica e a desabituação gradual da medicação a longo prazo. Isto evidencia um reconhecimento dos benefícios da manutenção da terapêutica prescrita, embora demonstre que os participantes não têm noção de que a doença mental grave não poderá ser tratada num contexto de doença aguda, mas sim numa perspetiva de tratamento crónico para atingir a estabilização clínica e manter da qualidade de vida dos utentes a longo. Mais uma vez, constatam-se evidências de uma

fraca relação médico-utente e comunicação ineficaz dos pressupostos do processo terapêutico.

Em relação à compreensão da doença, apura-se que a maioria dos participantes apresenta indícios de reduzida crítica em relação à sua doença mental e incompreensão da necessidade de seguir o plano terapêutico, o que parece não só condicionar a experiência de tratamento de cada interveniente, como a sua perceção de melhoria significativa do estado de saúde e a sua perspetiva em relação ao tratamento involuntário. Estes resultados são validados pelo referido num estudo sobre as perceções do internamento involuntário e o risco de readmissões subsequente no seguimento de um ano, segundo o qual a compreensão da doença por parte dos utentes tem um impacto significativo na sua melhoria clínica e intenção de aderir ao plano terapêutico [33]. Quando os pacientes não entendem a sua doença, nem o porquê de necessitarem de tratamento, haverá uma maior propensão para não seguir o plano terapêutico e sentir que a experiência de internamento involuntário é mais coerciva [33]. É assim demonstrada a importância de promover o *insight* por parte dos utentes, através do estabelecimento de uma boa relação médico-utente, de uma comunicação eficaz e de intervenções mais personalizadas por parte dos profissionais de saúde, almejando a mudança de comportamento e adesão terapêutica. Parece ser ainda relevante, analisar a influência do nível de *insight* quanto à doença na experiência e perspetiva dos utentes relativamente ao tratamento involuntário em estudos adicionais.

Por fim, ao analisar os dados correspondentes a cada participante é possível dividir maioritariamente os participantes em dois grupos, um com uma perspetiva mais positiva em relação ao tratamento involuntário e outro com uma perspetiva mais negativa (Anexo VI). Isto porque, cada grupo de participantes apresenta experiências de tratamento, perspetivas relativamente à adequação dos pressupostos do tratamento e expectativas futuras em relação ao tratamento semelhante entre si.

Assim, o grupo de intervenientes com uma perspetiva mais negativa em relação ao tratamento relataram atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental e de elementos das forças policiais; não notaram qualquer melhoria do estado de saúde ao longo do tratamento, ou apenas, uma melhoria ligeira de determinados aspetos após o internamento; mencionaram descontentamento com o desrespeito da sua vontade e violação dos seus direitos; afirmaram não se sentir envolvidos nas decisões relacionadas com o processo terapêutico; expuseram a expectativa de alterar o plano terapêutico; demonstraram reduzido *insight* sobre a sua

doença e afirmaram não considerar o tratamento involuntário justificado no seu caso em concreto.

Pelo contrário, o grupo de participantes com uma perspetiva mais positiva relativamente ao tratamento não relataram atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental e/ou de elementos das forças policiais, ou verificaram uma mudança positiva do comportamento dos profissionais de saúde ao longo do internamento; notaram uma melhoria significativa do estado de saúde ao longo do tratamento; afirmaram sentir-se envolvidos nas decisões relacionadas com o processo terapêutico, apesar de maioritariamente atribuírem o significado deste conceito a outros, como a adesão terapêutica e o paternalismo médico; expuseram a expectativa de manter a adesão terapêutica e afirmaram considerar o tratamento involuntário justificado no seu caso em concreto.

Estes resultados vão de encontro ao observado em estudos qualitativos anteriores sobre aspetos que influenciam a perspetiva dos utentes relativamente ao tratamento involuntário, uma vez que constata-se que a perspetiva dos utentes é influenciada pelos eventos experienciados durante o internamento [10][11][14][16][17], pelo envolvimento nas decisões relacionadas com o processo terapêutico [7][8][10][15][17][18], pelo reconhecimento dos benefícios associados ao tratamento, nomeadamente a melhoria do estado de saúde [15][6] e pela perceção de determinadas atitudes por parte dos profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental [7][8][10][11][14][15][16]. Por esta razão, evidencia-se a importância de analisar a relação entre cada parâmetro e a sua influência particular na experiência e na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário, de modo a extrair conclusões mais fidedignas em pesquisas futuras.

Por outro lado, constata-se que as atitudes dos profissionais de saúde têm uma grande influência tanto na experiência, como na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário, realçando ainda mais a importância de otimizar a relação médico-utente e de investir em abordagens mais personalizadas e adequadas às necessidades individuais de cada utente, respeitando a sua dignidade e autonomia, recorrendo a empatia, a validação de sentimentos e emoções, a consideração pelos seus interesses e preferências, à desconstrução de preocupações e receios quanto ao processo terapêutico e ao esclarecimento de questões e dúvidas em relação ao plano terapêutico. Em pesquisas futuras poderá ainda ser importante averiguar o impacto da capacitação dos profissionais de saúde na aplicação de uma abordagem centrada na pessoa, em contexto de prestação de cuidados de saúde mental, na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário.

Potencialidades do estudo

Destacam-se como potencialidades deste estudo o facto de se focar nas perspetivas de utentes que vivenciaram a experiência de tratamento involuntário, ao contrário das principais investigações existentes sobre o tratamento involuntário.

Para além disso, a escolha de uma metodologia de recolha de dados qualitativa, como as entrevistas semiestruturadas, permitiu dar voz aos utentes contactando diretamente com eles e proporcionando-lhes a oportunidade de discutir aspetos da sua experiência e expor a sua perceção dos acontecimentos, o que não seria possível no âmbito de um estudo de natureza quantitativa. o que pode contribuir para o seu empoderamento e participação ativa no processo terapêutico.

Por outro lado, esta pesquisa proporciona uma visão detalhada das experiências pessoais dos utentes, permitindo entender melhor as suas emoções, preocupações e reações ao tratamento involuntário. O que possibilita a identificação de falhas na prestação de cuidados de saúde mental e oferece feedback aos profissionais de saúde do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA relativamente ao impacto das suas práticas e atitudes na experiência dos utentes, possibilitando ajustes que podem melhorar a relação terapêutica, a eficácia do tratamento, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação e bem-estar dos utentes.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta um conjunto de limitações que importa salientar, nomeadamente que a amostra é constituída apenas por utentes em tratamento involuntário no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA, pelo que a amostra tem uma dimensão reduzida e os resultados não podem ser extrapolados para outros contextos institucionais no país. Ainda no que diz respeito à amostra, os participantes são na grande maioria do sexo masculino e apresentam diferentes diagnósticos psiquiátricos. Deste modo, em estudos futuros será relevante incluir mais participantes do sexo feminino, tornando a amostra mais heterogénea e permitindo analisar e comparar possíveis diferenças entre sexos no que toca à experiência e às perspetivas relativamente ao tratamento involuntário. Para além disso, será ainda interessante perceber se apesar de todos os participantes terem em comum sintomas psicóticos, se as características particulares de cada doença

psiquiátrica podem influenciar a experiência e as perspetivas em relação a este tipo de tratamento.

Alguns estudos sugerem que as opiniões dos utentes tendem a ser mais positivas em relação ao tratamento involuntário em entrevistas de seguimento meses após a alta [20][21]. A realização das entrevistas ainda em contexto de tratamento involuntário em ambulatório, apesar de ser pelo menos dois meses após alta do último internamento involuntário, pode ter influenciado os resultados com opiniões mais negativas. Por esta razão, poderia ter sido ponderada uma segunda entrevista após alta do regime involuntário, não influenciada pelo contexto de tratamento em ambulatório. Para além disso, ao contrário do que foi previsto inicialmente, as entrevistas não foram realizadas exatamente no mesmo espaço temporal após o internamento, apenas com um limite inferior comum de dois meses, devido à reduzida amostra de potenciais candidatos nestas circunstâncias, o que pode ter condicionado uma variabilidade no estadió de evolução clínica de cada participante e, consequentemente nos resultados.

Por outro lado, o facto de os participantes, aquando da recolha de dados, terem uma experiência prévia de internamento e uma experiência atual em ambulatório pode ter direcionado o foco das respostas dos participantes para diferentes períodos do seu tratamento involuntário consoante a questão colocada, o que pode ter condicionado uma dispersão de respostas. Em estudos futuros seria importante diferenciar ambas as condições de tratamento involuntário para averiguar a influência do contexto do tratamento involuntário na experiência e na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário

Em relação à metodologia de análise, é relevante destacar que os temas que emergiram no estudo não foram derivados de um processo formal de saturação [27], por razões de viabilidade e reduzida amostra de possíveis candidatos. Deste modo, num estudo posterior seria pertinente recrutar mais participantes e tentar alcançar uma saturação de temas. Independentemente disso, a entrevistadora procurou validar as respostas dadas pelos participantes ao longo das entrevistas, assegurando que os temas emergentes refletem com exatidão as perceções partilhadas.

Ainda a respeito da metodologia de análise, o facto de a entrevistadora não ter qualquer influência no processo de tratamento dos participantes pode ter dado maior liberdade para expressarem a sua opinião, sem considerarem estar numa relação de poder, muitas vezes associada à relação médico-doente, evitando respostas que não refletissem as verdadeiras

crenças e perceções dos participantes. No entanto, a presença de pelo menos um elemento da equipa médica do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA nas entrevistas, apesar da ausência de qualquer envolvimento na recolha de dados, pode ter causado algum constrangimento e ter coagido os participantes a dar uma certa resposta para benefício da relação médico-doente estabelecida.

Apesar de a entrevistadora procurar ter a menor influência possível no conteúdo das respostas dos participantes, por vezes a forma como as questões foram colocadas e adaptadas às circunstâncias da entrevista pode ter dificultado a sua interpretação e induzido os entrevistados em erro, ou alterado o método, o conteúdo ou o estilo de algumas questões e influenciado as respostas dadas pelos participantes, condicionando algum enviesamento. Por fim, realça-se que algumas questões poderiam ter sido mais aprofundadas, de modo a recolher informações mais ricas.

Capítulo 5: Conclusão

A presente dissertação teve como objetivos principais conhecer a experiência de tratamento involuntário de utentes com doença mental, analisar as suas perspetivas em relação a este tipo de tratamento e considerando estas perspetivas, avaliar se as novas diretrizes da Lei de Saúde Mental tiveram um impacto positivo na prestação de cuidados de saúde mental.

Através da pesquisa realizada, foi possível identificar que a maioria dos participantes experienciam sentimentos contraditórios ao longo do tratamento, com predominância de sentimentos negativos, especialmente no início do processo. A satisfação com as condições hospitalares contrastou com relatos de coerção e comunicação ineficaz por parte dos profissionais de saúde. A melhoria do estado de saúde após o tratamento foi amplamente reconhecida, embora a adaptação ao plano terapêutico tenha sido dificultada por preocupações com os efeitos adversos da medicação. Os participantes demonstraram, em grande medida, a necessidade de envolvimento nas decisões terapêuticas e a preferência por alternativas menos invasivas ao internamento involuntário. A compreensão limitada da doença e a baixa crítica sobre a necessidade de tratamento foram identificadas como fatores que condicionam a experiência de tratamento e a perceção em relação ao internamento involuntário. Para além disso, verificou-se que a perspetiva dos utentes sobre o tratamento é amplamente influenciada pelas atitudes dos profissionais de saúde, pela perceção de melhoria do estado de saúde e pelo nível de envolvimento nas decisões terapêuticas.

Estes resultados revelam que a experiência do tratamento involuntário é complexa, dependendo não só do estadio do processo terapêutico, mas também da qualidade das interações com os profissionais de saúde. A ambivalência nas experiências relatadas destaca a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa, respeitando a sua dignidade e autonomia e tendo em conta as suas preferências e interesses no desenvolvimento do plano terapêutico. que respeite a dignidade, a autonomia e as preferências dos utentes, assim como promova uma comunicação eficaz e empática.

As implicações destes achados são significativas, pois sugerem que, para melhorar a experiência de tratamento involuntário, a qualidade dos cuidados de saúde prestados e os resultados terapêuticos, é crucial otimizar a relação médico-utente, reduzir o uso de medidas coercivas e garantir que os utentes estejam ativamente envolvidos no seu plano terapêutico. Para alcançar estes objetivos é necessária a capacitação e formação contínua dos profissionais de saúde numa abordagem centrada na pessoa e adequada às necessidades individuais de cada utente e o investimento em intervenções alternativas menos invasivas.

Contudo, a pesquisa enfrentou algumas limitações, tais como a dimensão reduzida da amostra e a possibilidade de enviesamento na recolha e análise de dados, o que pode ter afetado a generalização e validade dos resultados. Para além disso, a variabilidade dos fatores com influência na experiência de tratamento involuntário sugere a necessidade de estudos mais abrangentes que explorem a relação entre cada parâmetro e a sua influência particular na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário.

Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos com amostras de maior dimensão e que envolvam um maior número de instituições de saúde para aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam a experiência e a perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário. E ainda, investigar o impacto da capacitação dos profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental em abordagens centradas na pessoa, na perspetiva dos utentes em relação ao tratamento involuntário.

Em suma, esta dissertação contribuiu para o campo da saúde mental ao identificar lacunas na implementação das implicações legais do tratamento involuntário na prática clínica e ao aumentar a consciencialização sobre os desafios e impactos desse tipo de tratamento nos utentes. Espera-se que os insights aqui apresentados possam guiar futuras investigações e práticas, promovendo avanços significativos no tratamento de pessoas com doenças mentais e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental.

Referências Bibliográficas

1. Rössler W, Jaeger M, Steinert T, Henking T. Law and psychiatry-current and future perspectives. *Frontiers in Public Health*. 2022 Aug.
2. Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience Bulletin*. 2015 Feb 1;31(1):99–112.
3. Duarte Madeira L, Costa Santos J. Reconsidering the ethics of compulsive treatment under the light of clinical psychiatry. Vol. 11, *F1000Research*. NLM (Medline); 2022. p. 219.
4. Fiala-Butora J. The influence of the convention on the rights of persons with disabilities on the European court of human rights in the area of mental health law: Divergence and unexplored potential. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2024 May 1;94
5. Ikehara T. Involuntary medical intervention in psychiatry. *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica*. 2013;115(7):759–66.
6. Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Assembleia da República; Jul 21, 2023 p. 2–23.
7. McGuinness D, Murphy K, Bainbridge E, Brosnan L, Keys M, Felzmann H, et al. Individuals' experiences of involuntary admissions and preserving control: qualitative study. *BJPsych Open*. 2018 Nov;4(6):501–9.
8. Saya A, Brugnoli C, Piazzini G, Liberato D, Ciaccia G di, Niolu C, et al. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Apr 19;10(APR).
9. Hustoft K, Larsen TK, Brønnick K, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Psychiatric patients' attitudes towards being hospitalized: a national multicentre study in Norway. *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 1;22(1).
10. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012 Jan 19;47(7):1169–79.
11. Chambers M, Gallagher A, Borschmann R, Gillard S, Turner K, Kantaris X. The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*. 2014 Jun 27;15(1).
12. Bainbridge E, Hallahan B, McGuinness D, Gunning P, Newell J, Higgins A, et al. Predictors of involuntary patients' satisfaction with care: prospective study. *BJPsych Open*. 2018 Nov;4(6):492–500.

13. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010 Jun;45(6):631–8.
14. Silva B, Bachelard M, Bonsack C, Golay P, Morandi S. Exploring Patients' Feeling of Being Coerced During Psychiatric Hospital Admission: A Qualitative Study. *Psychiatric Quarterly*. 2023 Jul 15;94(3):411–34.
15. Plahouras JE, Mehta S, Buchman DZ, Foussias G, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. *European Psychiatry*. 2020 Apr 19;63(1).
16. Jones N, Gius BK, Shields M, Collings S, Rosen C, Munson M. Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021 Mar 9;56(11):2017–27.
17. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2007 Jun 18;16(2):172–8.
18. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Iatropoulou G, Nikolaidi S, Tsikou K, et al. Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2018 Oct 2;11(4):425–36.
19. Linstow SK, Urfer-Parnas A. Involuntary hospitalization for treatment purpose; an act of caregiving? Perspectives and experiences of patients diagnosed with schizophrenia. *Psychosis*. 2023 Apr 3;15(2):123–33.
20. Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission? A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232–241;
21. Priebe, S., Katsakou, C., Glockner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A.,...Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *The British Journal Of Psychiatry*, 196(3), 179–185;
22. Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, et al. Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatry Services*. 2010 Mar;61(3):286.
23. Bø B, Ottesen ØH, Gjestad R, Jørgensen HA, Kroken RA, Løberg EM, et al. Patient satisfaction after acute admission for psychosis. *Nord J Psychiatry*. 2016 Jan 1;70(5):321–8.

24. Koerner N, Hood HK, Antony MM. Interviewing and Case Formulation. In: Barlow DH, editor. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford University Press; 2010. p. 223–54.
25. Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ. Qualitative research in healthcare: An introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2015;45(3):201–5
26. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, editor. Lisboa; 1977.
27. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Jan;24(1):17–27.
28. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2002;30(2):207–17.
29. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Priebe S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry research*. 2011 May 15;187(1–2):275–82.
30. Dirik A, Sandhu S, Giacco D, Barrett K, Bennison G, Collinson S, et al. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*. 2017 Sep 27;7(9):e017680.
31. Morandi S, Silva B, Pauli G, Martinez D, Bachelard M, Bonsack C, et al. How do decision making and fairness mediate the relationship between involuntary hospitalisation and perceived coercion among psychiatric inpatients? *Journal of Psychiatric Research*. 2024 Mar 16;173:98–103.
32. Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*. 2018 Dec 12;260:478–85.
33. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, O'Rourke L, Daly S, Larkin C, et al. Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up: The influence of insight and recovery style. *Journal of Mental Health*. 2011 Jun;20(3):249–59.
34. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006 Dec 11;41(12):981–8.
35. Potkonjak J, Karlović D. Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients--retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. *Acta clinica Croatica*. 2008 Sep;47(3):141–7.

36. Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton-Locke C, et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*. 2019 Dec;6(12):1039–53.

Anexos

Anexo I - Consentimento Informado

Lídia Faustino Rebelo, estudante de 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário em psiquiatria: estudo de casos” vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBEIRA).

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Os objetivos do trabalho de investigação consistem em conhecer a experiência subjetiva de pessoas com doença mental durante o tratamento involuntário e analisar a perspetiva de pessoas com doença mental e experiência de tratamento em relação ao tratamento involuntário a nível geral e em específico.

Critérios de inclusão:

- Utentes em tratamento involuntário, em contexto de ambulatório;
- Utentes sem representante legal (regime do maior acompanhado), ou procurador de cuidados de saúde;
- Utentes em cumprimento das condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório, segundo a ordem do Tribunal.

Critérios de exclusão:

- Utentes em tratamento involuntário, em contexto de internamento;

- Uteses com representante legal (regime do maior acompanhado), ou procurador de cuidados;
- Uteses sob incumprimento das condições estabelecidas para o tratamento em ambulatório, segundo a ordem do Tribunal e/ou com emissão de mandado de condução, a cumprir pelas forças de segurança;
- Uteses com instabilidade clínica por outras condições somáticas não relacionadas com a doença mental e a necessitar de cuidados de saúde prestados por outras especialidades.

Nome do orientador: Prof. Dr. Paulo dos Santos Duarte Vitória

A investigadora principal entrará em contacto direto com os participantes que pretendam participar no estudo de forma livre e voluntária após assinatura do consentimento informado para recolha de informação. A recolha de dados será efetuada através de entrevistas semiestruturadas, na presença de pelo menos um elemento da equipa médica do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA. As declarações prestadas durante as entrevistas semiestruturadas serão áudio gravadas e seguidamente transcritas integralmente. Posteriormente, será realizada uma análise de conteúdo, através da Análise Temática para exploração do material e consequente tratamento dos dados. Apenas os investigadores Lídia Rebelo, Prof. Dr. Paulo Vitória, Dr.^a Tânia Augusto e Dr.^a Zoé Sá terão acesso aos dados durante o decorrer do projeto. Os dados pessoais e as informações recolhidas correspondentes a cada participante serão usados sob codificação e exclusivamente para fins de investigação. Para além disso, os dados recolhidos serão eliminados após conclusão do estudo e publicação dos resultados em eventos científicos e revistas nacionais e/ou internacionais.

Para realização do estudo a investigadora pretende aceder à seguinte informação: Nome; data de nascimento (idade); género; estado civil; escolaridade/habilitações literárias; profissão; situação profissional; doenças conhecidas; medicação habitual; internamentos psiquiátricos anteriores; motivo e contexto do tratamento involuntário e última avaliação clínico-psiquiátrica por ordem do Tribunal.

O local de abordagem do participante será no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSCBEIRA apenas 1 vez, após a avaliação clínico-psiquiátrica bimensal realizada por ordem do Tribunal, no mínimo dois meses depois do último internamento involuntário de cada participante, por um período de 15 a 20 min.

A sua participação não terá qualquer risco ou inconveniente previsível para si, ou para terceiros.

A duração prevista da sua participação no estudo é de cerca de 4 meses (março a junho/2024).

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

O número aproximado de participantes previstos é cerca de 6 a 10.

Em caso de dúvidas, ou se for necessário algum esclarecimento adicional, poderá entrar em contacto com a investigadora principal através do endereço de correio eletrónico: a41999@fcsaude.ubi.pt.

Consentimento Informado – Aluna / Investigadora

Ao assinar esta página, a investigadora está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Lídia Faustino Rebelo

Data: ____/____/____

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;

- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou à aluna/investigadora uma explicação, tendo esta esclarecido todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Nome do Participante, legível com Número do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade)

(Assinatura do Participante, de acordo com o Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade)

Data: ____/____/____

Anexo II - Parecer Favorável da Comissão de Ética da ULSCBEIRA e Autorização do Responsável pelo Acesso à Informação e do Encarregado de Proteção de Dados

IMPRESSO
Parecer da Comissão de Ética

Centro Hospitalar e Saúde Pública
Cova da Beira, E.P.E.
Centro Público

Código: CHUCB.IMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 1

Parecer nº: 10/2024 Data: 2024/02/28

Assunto: Estudo nº 82/2023 – “Perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário em psiquiatria: estudo de casos”

Membros da CE da ULSCBEIRA:

Exma. Senhora Investigadora:
Lidia Faustino Rebelo

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacológico)

Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)

Dr. Luis Manuel Ribeiro (Médico)

Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira)

Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)

Dr. Luis Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)

Dr. António Luciano Costa (Teólogo)

A Comissão de Ética da Unidade Local Saúde da Cova da Beira, em reunião realizada em 2024/02/28 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 82/2023 – “Perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário em psiquiatria: estudo de casos”.

Membros da CE da ULSCBEIRA presentes:
Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
Dra. Ana Paula Torgal Carreira
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos
Dr. Luis Manuel Carreira Fiadeiro
Dr. António Luciano Costa

Parecer:
Apreciado o projeto do estudo e os requisitos adicionais respondidos, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da Comissão de Ética
Unidade Local Saúde da Cova da Beira

Manuel Morgado
(Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)

Página: 3 de 1



Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº 82/2023 “Perspetiva de utentes sobre o tratamento involuntário em psiquiatria: estudo de casos” a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data: 05/03/2024

EPD

Paulo Pereira

RAI

Lidia Faustino Rebelo

Dados Sociodemográficos: data de nascimento, idade, género, estado civil, escolaridade/habilitações literárias, profissão, situação profissional, naturalidade, residência;

Dados de Saúde: doenças conhecidas, medicação habitual, internamentos anteriores em contexto de tratamento involuntário; motivo e contexto do tratamento involuntário;

Dados Comportamentais, psicológicos ou volitivos: avaliação subjetiva do período de tratamento involuntário na 1ª pessoa; avaliação subjetiva do apoio e envolvimento familiar durante o tratamento; percepções e emoções experienciadas durante o período de tratamento involuntário.

Anexo III - Guião da Entrevista

Parte 1: Experiência subjetiva do tratamento involuntário

1. Qual é a sua opinião geral relativamente ao internamento involuntário como forma de terapêutica/intervenção?

1.1. Considera este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou preocupação em relação a si?

2. Como se sentiu ao ser internado(a) involuntariamente (contra a sua vontade)?

2.1. Qual foi a sua reação inicial?

2.2. Sentiu-se envolvido/a nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

3. Durante o período de internamento:

3.1. Como lidou com a situação?

3.2. Teve o apoio esperado por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

3.3. Sentiu que o tratamento foi adequado às suas necessidades?

3.4. Constatou uma melhoria da sua condição e do seu estado geral?

3.5. Participou ativamente no seu plano terapêutico?

3.6. Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

4. Sentiu-se apoiado/a pela sua família/amigos/rede de apoio durante o tratamento?

Parte 2: Perspetivas em relação à adequação dos pressupostos do tratamento involuntário

Avaliação subjetiva na 1ª pessoa

1. Considera que este tipo de tratamento se justificava, no seu caso?
2. Acha que havia outras alternativas ao tratamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

Avaliação subjetiva na 3ª pessoa

Instruções: Apresentação de um caso cuja personagem principal apresenta uma situação clínica idêntica à do/a participante e um motivo semelhante para a admissão em tratamento involuntário.

Neste caso:

1. Considera que este tipo de tratamento seria justificável? Se sim, porquê? Se não, porquê?
2. Acha que havia outras alternativas ao tratamento que poderiam ter sido ponderadas?

Parte 3: Expectativas futuras em relação ao tratamento involuntário

Expetativas e planos futuros:

1. Quais são as suas expetativas em relação ao tratamento?
2. Quais são as suas expetativas relativamente à alta?
3. Já tem algum plano para o acompanhamento após o tratamento?
4. Quais são as suas preocupações ou receios em relação ao período pós-alta?

Considerações finais:

1. Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

Anexo IV - Transcrição das Entrevistas

Entrevista Participante 1 - 8 min 35 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

P1- De nada.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento involuntário. Qual é a sua opinião relativamente ao internamento involuntário como forma terapêutica?

P1- Considero o tratamento involuntário de forma terapêutica, ou o internamento involuntário de forma terapêutica, aceitável, no ponto de vista que nos ajuda a encontrarmo-nos outra vez, pela nossa melhor pessoa, pela nossa melhor face. Ou seja, demonstra-nos que a gente pode não estar correto, em certas circunstâncias da vida, em que... em que a gente pensa que está correto e depois somos internados e, e saímos com uma mentalidade mais aberta ao mundo, em relação a essas questões de... de doenças mentais, físicas e psíquicas, e psíquicas que nos... que nos aparecem todos os dias.

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou preocupação em relação a si?

P1- Sim, sim exatamente.

E- Como se sentiu ao ser internado contra a sua vontade?

P1- Senti-me um bocadinho fechado, um bocadinho... (*Pausa, demonstrando-se pensativo*), mas também o que é que se esperava? Era... era um, era um... (*Pausa, demonstrando-se pensativo*), era um todo, um todo só... (*Pausa*), era, era o que se esperava... era, era.... Epá, como é que se explica!? É..., não há... não há palavras para expressar certas emoções que a gente sente cá dentro, porque por exemplo: a gente queria fumar um cigarro, a gente podia, mas... (*Pausa*) se, por exemplo, se faltasse o tabaco, a gente não podia ir comprar, ou seja, tínhamos essa, essa privação de liberdade. Aí isso também ajuda um bocadinho no, no balanço das coisas pronto, digamos assim.

E- Qual foi a sua reação inicial?

P1- A minha reação inicial foi um bocado negativa, porque eu... (*Pausa*) mas eu depressa também me acomodei, porque... eu vi que estava, estava num sítio onde as pessoas fazem o bem e acho que, que eu não ia ser diferente, não iam fazer mal comigo, não é? E então há uma certa confiança que a gente deposita também nas outras pessoas, que é essa confiança que nos faz, que nos faz... (*Pausa*) progredir como sociedade e como pessoas boas que somos.

E- Como lidou com a situação durante o internamento?

P1- Eu aceitei. Foi uma aceitação. Eu sabia que também era por pouco tempo, sabes? E isso ajuda, quando uma pessoa sabe que está assim por pouco tempo nas coisas, mesmo só para ser tratado, mas que não é um tratamento de longo prazo. É um tratamento de curto, curto prazo. Tu aceitas melhor as coisas. Por exemplo se, se me dissessem: “Ah, você vai ser condenado a vinte anos de cadeia.” Aí sim, já era um transtorno mental enorme. Agora: “Você vai ser condenado a um mês de tratamento na psiquiatria.” É um transtorno, é um transtorno mental menor, não tem nada a ver uma coisa com a outra, não é? Mas também não ando aí a cometer crimes na rua para ser condenado a prisão, não é? (*Pausa*) Também é verdade.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P1- Sim, sim (*Demonstrando-se assertivo*).

E- Sentiu que o tratamento foi adequado às suas necessidades?

P1- Sim, eu acho que sim (*Demonstrando-se reticente*). Eu acho que sim (*Demonstrando-se mais convicto*).

E- Notou uma melhoria do seu estado ao longo do internamento?

P1- Notei, notei. Notava-me a ficar mais... (*Pausa*) Houve... Eu tirei uma foto cá dentro e eu aguardei essa foto. E eu depois olhei para essa foto, passado uns tempos e a minha cara estava mais pálida. Eu estava um bocadinho mais pálido por causa da medicação que eu fazia. Mas de resto já ganhei cor, prontos cá fora como fruta, a comer... a fruta também a gente comia cá dentro, mas (*Pausa*) cá fora a gente com o sol, a apanhar todos os dias sol, muda de cor. Ya, e melhorei.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P1- Sim, eu aceitei. Eu aceitei o tratamento (*Demonstrando-se assertivo*).

E- Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

P1- Sim, se iria ter dores na... depois ao fazer o injetável. Se, se me iria causar assim dores desagradáveis, mas isso é, isso é só ao início.

E- E a longo prazo?

P1- A longo prazo, tenho um bocadinho de medo de ficar dependente deste medicamento. Que, porém, nesta altura me está a fazer bem, mas a longo prazo poderá não fazer tão bem. Porque poderá ser insignificante estar a tomar uma coisa que, se calhar o meu corpo já está... *(Pausa)* Já está a aceitar tão bem, tão bem que se calhar... Eu não dizia uma alteração do medicamento, porque isso aí iria ser, tipo *fucked up*, iria ser uma cena *fucked up* estar a alterar o medicamento para outro, mas... a aceitação é em geral... *(Pausa)* durante o tempo que eu, que eu precisar de a fazer, não sei se são dois anos *(Pausa)*. Vão ser dois anos de força, de coragem, de coragem.

E- Então se for necessário continuará a realizar o tratamento?

P1- Sim, sim.

E- Considera que o internamento se justificava, no seu caso?

P1- Sim, sim foi justificado.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P1- Não, acho que era mesmo a última alternativa, porque ou isso, ou a minha mãe ficava com mais cabelos brancos do que os que já tem *(Em tom de brincadeira, rindo-se)*.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de trinta anos com uma doença mental, tivesse um discurso alterado, estivesse agressivo com as pessoas à sua volta e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento involuntário seria justificável?

P1- Não, não, porque eu não vou fazer esse, esse julgamento a ninguém, tirando ser a um filho meu, ou... *(Pausa)*, ou a algum familiar assim mais próximo.

E- Então e se fosse um familiar?

P1- Se fosse um familiar, considerava e indicava também. Isso indicava. Se visse que andava assim muito... como eu já estive psicologicamente um bocadinho afetado por

causa da morte do meu pai. Eu na altura reagi um bocadinho mal e foi tipo um surto, a ver com essas imagens e com esses tempos difíceis que eu passei e isso foi tudo uma junção de ideias que se misturaram e que explodiram e quando explodiram foi quando eu fui internado. Portanto, eu acho que se ouvisse que uma pessoa estivesse a passar o mesmo que eu já passei, eu indicava ao tratamento psiquiátrico.

E- Sente que conseguia compreender a situação dessa pessoa e que a podia ajudar?

P1- Sim, sim.

E- Acha que havia outras alternativas ao tratamento que poderiam ter sido ponderadas?

P1- Neste caso, penso que não.

E- Sentiu-se apoiado pela sua família e amigos durante o tratamento?

P1- Sim, também, também. (*Pausa*) Durante o internamento não, porque não tinha direito, não tinha assim muito direito a visitas, tirando só a minha mãe, mas depois lá fora, eu vi um apoio, um apoio... ligeiro da parte deles.

E- Amigos inclusive?

P1- Sim, inclusive amigos. (*Pausa*) Sim, estamos a falar dos amigos.

E- Quais são as suas expectativas em relação à alta clínica? Quando já não estiver em tratamento involuntário e não for necessário estar presente em consultas regulares?

P1- É continuar, é continuar o tratamento. Se, por exemplo, quando eu terminar o tratamento via... (*Pausa*) via... (*Demonstrando-se pensativo*)

E- A injeção?

P1- Via... injetável, se, se depois ao fim do tratamento do injetável, for preciso tomar alguma medicação para complementar, para fazer o desmame, por exemplo, via oral ou assim. Eu não me importo, não importo de... (*Pausa*) de tomar, mesmo depois já não sendo preciso a obrigação do injetável. Está a entender?

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P1- Não, não tenho preocupações.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P1- Não. (*Pausa*) Não.

E- Não?

P1- Não.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada por ter aceite participar no estudo e responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 2 - 9 min 22 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade, quando foi encaminhado ao serviço pela Guarda. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P2- Fui eu que escolhi ficar cá neste hospital de saúde mental.

E- Escolheu ficar internado?

P2- Fui eu que escolhi, cá fiquei e foi para cá que me trouxeram.

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado consigo? Sentiu que este tratamento o ajudou?

P2- Ninguém me ajudou, vim eu sozinho.

E- Mas quando estive cá internado, achou que o tratamento o ajudou?

P2- Ajudou... Quando eu estive cá, toda a gente me tratou bem e ajudaram-me.

E- Na altura, concordou em vir aqui para o serviço e ser internado?

P2- Na altura concordei em vir para aqui. Concordei em vir (*Pausa*) aqui para o centro de saúde mental. Concordei. (*Demonstrando-se mais convicto*)

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou de preocupação consigo?

P2- Nessa altura não pensei em vir para cá. *(Pausa)* Não tinha pensado, mas depois de a Guarda lá ir, de me lá ter ido a buscar, é que eu disse: “Levem-me para o saúde mental”.

E- Então concordou em vir, porque sentiu que seria o melhor para si?

P2- Concordei em vir. *(Pausa)* Pois, porque era melhor.

E- Como se sentiu quando foi internado?

P2- Quando... *(Discurso Impercetível)*. Mal. *(Pausa)* Fui um bocadinho mal recebido. *(Pausa)* Meteram-me num quarto, que hoje já lá não existe, que é uma sala. Estava lá só uma casa de banho... uma casa de banho não, só uma sanita e nem água tinha. E nem água tinha. Depois do resto, do... do resto do tempo, já fui bem recebido.

E- Mas qual foi a sua reação inicial ao saber que iria ser internado?

P2- Quando vim para cá, depois de cá estar... a minha reação foi... em querer beber água e não ma deram. Foi, não tinha água no quarto. *(Pausa)* A mais de resto, não tenho mais nada a dizer do que se faz. As pessoas foram todas impecáveis para mim, pronto.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P2- Estava envolvido no tratamento, porque eu nunca deixei de tomar o medicamento que ando a tomar lá em casa.

E- Mas as pessoas da equipa aqui do serviço foram-no consultando e perguntando como se sentia ao longo do tratamento?

P2- Nesse dia não me consultaram, nesse... foi, foi só ao outro dia, ou foi ao outro dia, ao outro dia é que me consultaram.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde?

P2- Tem, tem o apoio aqui da parte... *(Discurso Impercetível)* *(Pausa)* dos medicamentos.

E- Sentiu que o tratamento foi adequado às suas necessidades?

P2- Sim, sim, sim, sim. *(Demonstrando-se assertivo)* Pois.

E- Sentiu uma melhoria do seu estado ao longo do internamento?

P2- Melhoria pouca.

E- Pouca?

P2- Pouca. Muito pouco.

E- O que continuou a sentir e que não melhorou?

P2- O que sentia... falava muito.

E- Achava que falava muito?

P2- Enquanto estive cá, falava muito. Eu falava muito. E colhia, e possuía e percebia tudo a quase da televisão, que me pediam. Hoje não, hoje já não me importo de televisão.

E- Hoje já se sente melhor?

P2- Hoje já não me importo de televisão. Naquele dia via, via a televisão, todo o dia a quase e percebia tudo, tudo, tudo, tudo o que diziam. (*Pausa*) Hoje não, hoje já não, hoje já me esqueci. Já esqueci, é muita coisa. Já muita coisa, já esqueci.

E- Teve alguma preocupação relativamente à medicação que estava a receber?

P2- Doutora tinha... tinha problemas, tinha problemas e estava... (*Demonstrando-se pensativo*) da... da injeção que me fazia mal. (*Pausa*) A injeção é muito forte e pensei que me fazia mal. E andava com aquela ideia que a injeção me fazia mal. E, e andava mal quando a levava, aqui do, do, dos rins e da, da perna. Mas agora, já a levei agora... (*Demonstrando-se pensativo*) no dia... sete? Parece-me. (*Demonstrando-se duvidoso*) Sete. E... tenho-me dado bem. Já no mês passado, dei-me melhor e neste mês ainda ando melhor.

E- E agora já não tem essa preocupação? Não acha que a injeção lhe faz mal?

P2- Não acho, não acho que me faz mal. Só me faz é bem. (*Pausa*) Sinto-me bem a levar a injeção e os comprimidos.

E- Acha que o internamento se justificava, no seu caso?

P2- Ficar cá internado?

E- Sim, se acha que para melhorar devia ter ficado internado?

P2- Ah sim, sim, foi bom estar cá internado. Foi bom, foi bom.

E- Achou que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P2- Não havia outra alternativa, se não estar cá.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de setenta anos com uma doença mental, tivesse um discurso alterado, estivesse agressivo com as pessoas à sua volta e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento seria justificável?

P2- Doutora por vezes, por vezes é, é preciso. Por exemplo, se as pessoas se alteram muito... precisam do internamento no centro de saúde mental.

E- E no caso deste homem, havendo o risco de se magoar a ele próprio ou a outras pessoas?

P2- Sim, Doutora, sim. Precisam, precisam. *(Pausa)* Eu hoje ando bem. Hoje ando bem. Não me sinto forte... não... pronto ando, ando calmo, ando calmo. Às vezes enervo-me um bocadito, mas depois logo passa. Depois passa logo.

E- Acha que havia outras alternativas ao tratamento que poderiam ter sido ponderadas?

P2- Não, não. Eu hoje ando bem. Ando bem.

E- Sentiu-se apoiado pela sua família e amigos durante o tratamento?

P2- Sim, Doutora. Senti-me... senti-me... apoiado. *(Demonstrando-se pensativo)* Não Doutora, eu com amigos não me sentia, como muita gente não me sentia apoiado. *(Pausa)* O que muita gente queria era o meu mal. Há pessoas que me querem bem e há outras pessoas que me querem mal. E eu tive muita gente que me queria mal. Ainda é hoje o dia que tenho pessoas que me querem mal.

E- E apoio por parte da sua família?

P2- Da família... *(Demonstrando-se pensativo)* Mais ou menos, mais ou menos normal. Ando mais ou menos bem.

E- Houve algum elemento da sua família que o veio visitar enquanto esteve internado?

P2- Vieram sim, vieram sim, vieram sim. *(Pausa)* Apoiaram, apoiaram e têm cá estado.

E- Sentiu que os elementos da sua família o apoiaram na gestão da medicação?

P2- Sim, com a medicação... *(Pausa)* Doutora, eu não preciso que me deem a medicação. Eu vou à farmácia, quando me faltam, quando estão... a acabar, que eu não os deixo acabar. Vou à farmácia, compro os medicamentos. Tem lá sempre receitas na farmácia. Agora já estão a acabar e já disse à menina, à minha Tininha, que foi ela que me receitou, que me atendeu agora na segunda-feira. E eu disse: “Tininha, quando faltarem, peça mais ao Doutor Brito”, que é o meu doutor de família. E ela estava a dizer: “Está bem eu... nós pedimos, mas não peça só, só um medicamento ou dois, peça mais se estiverem a acabar, porque o doutor não passa só a receita, a receita só com um medicamento. Tem que ser mais medicamentos.” “Pois então depois vemos, pronto tau, então pronto está bem.” *(Pausa)* E tudo bem Doutora, tudo muito bem, tudo muito bem. *(Pausa)* Tenho muita gente que me quer bem, mas também tenho gente que me quer mal. *(Discurso Impercetível)* Deus que foi Deus, também não agradou toda a gente.

E- Pois é verdade.

E- E quais são as suas expectativas em relação à alta? Quando já não for necessário estar presente em consultas regulares? Vai continuar a fazer a medicação que lhe foi prescrita de forma voluntária?

P2- Vou... O tratamento não o deixo Doutora, enquanto for vivo não o deixo. Eu vou à farmácia, eu tomo, tenho as caixas dos medicamentos, são oito comprimidos que tomo todos os dias, tenho-os em cima da banca... da... da mesinha... da... da máquina de costura, lá na salinha, lá ao fundo. E às vezes antes de comer, já estão de cima da mesa os comprimidos para depois do comer.

E- E tem alguma preocupação em relação ao período pós-alta?

P2- Não tenho qualquer... não, agora está tudo bem, está tudo bem. *(Pausa)* Está tudo bem agora.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P2- Doutora, eu não tenho nada a dizer. A Doutora sabe bem, já sabe o porque é que eu vim, e estou, e venho aqui. Sabe bem. Sabe melhor do que eu. Sabe melhor do que eu que já me esqueci de algumas coisas e a Doutora sabe de tudo. Então, portanto, não vale a pena estar a falar. Não vale a pena, as Doutoradas sabem de tudo. Não tenho nada a dizer.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

P2- Obrigada, obrigada.

Entrevista Participante 3 - 6 min 48 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento involuntário. Qual é a sua opinião relativamente ao internamento involuntário como forma de tratamento?

P3- *(Ausência de resposta)*

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P3- Sim.

E- Como se sentiu ao ser internado contra a sua vontade?

P3- *(Pausa)* Mal.

E- Mal em que sentido? Qual foi a sua reação inicial?

P3- Não queria ser internado, estava-me sempre a recusar aos tratamentos e não tomava as medicações e...

E- Porque é que recusava o tratamento?

P3- Porque não queria ser tratado.

E- Porque é que não queria ser tratado?

P3- Achava que não precisava, mas precisava.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P3- Sim.

E- Por exemplo, relativamente à medicação e a outros aspetos do tratamento. Considerou que estava envolvido nessas decisões?

P3- Sim, sim.

E- Como lidou com a situação do internamento depois da sua reação inicialmente negativa?

P3- (*Pausa*) Foi difícil Doutora, lidei mal com o problema.

E- O que fez para conseguir gerir o que estava a sentir?

P3- (*Ausência de resposta*)

E- Sentiu-se apoiado pela sua família durante o tratamento?

P3- Sim, sim, sim. Dos meus pais. Senti o apoio dos meus pais e das pessoas que trabalham cá na Psiquiatria.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P3- Sim, sim.

E- Sentiu que o tratamento foi adequado às suas necessidades?

P3- Sim, cumpri a medicação (*Pausa*) que me deram.

E- Achou que os profissionais de saúde envolvidos estavam interessados em saber as suas preferências e a forma como se sentia?

P3- (*Pausa*) Não percebi, pode repetir a pergunta?

E- Claro que sim. Sentiu que os profissionais de saúde envolvidos aplicaram um tratamento adequado às suas necessidades e tiveram em conta as suas preferências?

P3- Sim, sim, sim. (*Pausa*) Sim, sim. Sim, sim. Não tenho nada a dizer contra as pessoas daqui. Sempre me trataram bem.

E- Notou uma melhoria do seu estado ao longo do internamento e com a medicação que começou a tomar?

P3- Sim, sim.

E- Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

P3- Sim Doutora, às vezes abandonava a medicação.

E- Porque é que abandonava a medicação?

P3- (*Pausa*) Pensava que não me fazia bem, refugiava-me nas... nas drogas.

E- Tinha receio de algum efeito secundário relacionado com a medicação?

P3- Achava que não precisava de a tomar e daí abandonava-a. Depois voltava a entrar outra vez em estados ou de depressão ou de euforia.

E- Considera que o internamento se justificava, no seu caso?

P3- Sim, sim

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P3- Algumas vezes sim, Doutora. Algumas vezes precisava era de espaiar e de sair daqui e ir dar uma volta (*Pausa*). Uma volta grande e ficar internado.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de trinta anos com uma doença mental, tivesse alterações de humor evidentes para as pessoas à sua volta e prejudiciais para a manutenção da sua rotina diária, mas não aceitasse qualquer tratamento. Considera que, neste caso, o internamento involuntário seria justificável?

P3- Sim, justificava-se.

E- Acha que havia outras alternativas ao tratamento que poderiam ter sido ponderadas?

P3- Algumas vezes achei que havia alternativa Doutora.

E- E qual seria essa alternativa?

P3- Ir para o desporto, ir... passar uns dias fora daqui e... (*Pausa*) fazer outras coisas diferentes do que fazia aqui.

E- Pode dar-me exemplos?

P3- Desporto e estar com a família, que a minha família está quase, está praticamente toda em Lisboa e... (*Pausa*) mudar de ambiente seria benéfico.

E- Quais são as suas expectativas em relação à alta clínica? Quando já não for necessário estar presente em consultas regulares?

P3- *(Pausa)* É importante vir às consultas, Doutora.

E- Considera importante vir às consultas e continuar a fazer a medicação que lhe foi prescrita de forma voluntária?

P3- Sim, sim, Doutora. Sim, sim, Doutora, tenho de continuar com o tratamento.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P3- Sim Doutora. Muitas vezes abandonei a medicação.

E- Os pensamentos que tinha em relação a abandonar a medicação ainda se mantêm?

P3- Agora já não Doutora, agora já... já não. *(Pausa)* Já aceito mais a medicação.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P3- Doutora eu passei por inúmeros problemas, desde me tentar suicidar, de cortar os pulsos... passei por inúmeros... *(Pausa)* inúmeros problemas Doutora. Estive cá internado algumas doze vezes.

E- E como se sente neste momento? Sente que houve alguma melhoria?

P3- Sim Doutora, com a ajuda da medicação é muito importante... *(Pausa)* e o apoio que tenho aqui, das pessoas daqui.

E- Há mais alguma coisa que quisesse partilhar comigo sobre a sua experiência?

P3- Não há assim mais nada a dizer.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 4 - 9 min 48 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

P4- De nada.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade, por parte do tribunal. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P4- Oh eu fiquei um bocadito revoltado. *(Pausa)* Muito revoltado. Então andar a comer mal e ainda por cima vir para aqui internado com os guardas. *(Pausa)* Fiquei muito revoltado. Quando me deram a... quando, quando me internaram e já usava o haldol. *(Pausa)* Já sabia... já sei que... me ia sentir um bocadito mal no internamento, porque já sabia que me davam o haldol. Agora quando me deram o haldol é que fiquei revoltado. Desde a... antes... desde a,, a penúltima vez que para cá vim é que me deram o haldol. E diz que era logo cento e cinquenta e eu fico logo, logo com uma moca do caraças com o haldol. Está a perceber?

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P4- Diga?

E- Considerou o internamento um ato de cuidado ou de preocupação consigo?

P4- Ah isso resultou, o resto da medicação resultou.

E- Então no início do internamento é que se sentiu revoltado?

P4- Quando vim para aqui com os guardas e ainda por cima com o bucho cheio de porcaria.

E- Como lidou com a situação do internamento?

P4- Oh lá revoltei-me, porque foi, foi aqui mesmo... que tinha os braços ainda mais finitos e aqui esta parte... *(Apontando para os ombros e para a região cervical)*. Há aqui uma... uma... uma... uma fraqueza em cima... no tronco e nos braços, que já não é tanto, mas... senti-me revoltado por a... e mal... dei um desgosto à minha mãe e depois vim para aqui. *(Discurso impercetível)* Porque os medicamentos de haldol, aquilo é um bocado de comprimido de haldol e por via... por via... oral, ainda é pior do que por injeção. Deram-me um comprimido de haldol e eu senti-me mal. Mas do resto, se me derem as, as... drogas... as que eu, que eu gosto... os medicamentos... *(Pausa)* se me derem os medicamentos que eu preciso, já não sofro cá tanto. Porque são remédios... dizem que é para não sei quê, não sei quê... *(Pausa)* O problema é em casa. Agora já engordei e sinto que já não preciso de internamento, a não ser que me fintem muito. Se me quiserem muito e se me derem aqui as drogas necessárias, para mim está tudo bem.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P4- É como lhe digo, tirando a medicação, está tudo bem.

E- Notou alguma melhoria do seu estado ao longo do internamento?

P4- O quetiapina... eu uma vez que entrei cá, primeiro nem podia com o quetiapina. Agora que evoluí, já posso com o quetiapina. Se me derem o, o quetiapina... mas a Doutora chegou logo, foi logo prestável. Nisto, deu-me um, um medicamento a substituir o quetiapina, mais fraquinho ou, ou sei lá... mais fácil ou outra coisa... *(Pausa)* Deu-me logo outro comprimido a substituir e tal. E resultou... não me senti tanto afogado. Agora já posso com o quetiapina. É como lhe digo, tirando o haldol, está tudo bem.

E- Considera que o internamento se justificava, no seu caso? Acha que necessitava do internamento e da medicação que lhe foi prescrita?

P4- O internamento foi ali na, na... no hospital, por não vir às consultas. Eu não gosto de cá estar. O que é... *(Pausa)* sou obrigado e sou obrigado a cá estar. Eu não gosto de cá estar. Mas é devido a não estar em casa. Porque se estiver na casa de outro, ainda muito menos gosto, não é? Eu não gosto de cá estar. Mas é porque eu gosto de estar é em casa. E já lá passei... passei lá a doença. E nem sei bem como... de modos que sequei aqui por cima... por cima sequei, sequei todo. E mais nem... andei, acabei com os anos e depois recuperei.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P4- Não sei, não sei *(Demonstrando-se desinteressado em responder)*.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de quarenta anos com uma doença mental, tivesse ideias estranhas e incompreensíveis e visse coisas a acontecer que mais ninguém via e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento seria justificável?

P4- Eu é como disse, estando em casa estou melhor. A sair, a sair de casa, é aqui. *(Pausa)* E a sair daqui é em casa.

E- Mas se não fosse o seu caso, mas o de outra pessoa na mesma situação?

P4- Isso não. O melhor é estar em casa, noutra sítio não.

E- E se fosse outra pessoa? Um familiar seu, por exemplo?

P4- O que é preciso é grana. Grana e estar em casa sozinho, não digo, não digo que... seja noutra sítio, mas sozinho... ou com a minha mãe ou sozinho... e com grana... com grana, sozinho e.. e.. porque eu não estou... não estou bem acompanhado. A minha mãe passa tudo bem.

E- Sentiu-se apoiado pela sua família, nomeadamente pela sua mãe, durante o tratamento?

P4- Oh senti, ela fez o que pode. O que é, é uma coisa. *(Pausa)* Lá em casa, quis-me ela fazer, dizer, que tinha de aguentar. E eu não conseguia porque estava muito magro, muito seco. Ela não, não, não, não estava a experimentar nenhuma... nenhuma... *(Pausa)* Eu já não sei o que hei-de dizer. Eu aqui estou a ser bem tratado, se me tirarem o haldol seja em comprimidos, seja em injeção. De resto, o quetiapina e outro assim, está bem.

E- Quais são as suas expetativas em relação à alta clínica? Quando já não estiver em tratamento involuntário e não for necessário estar presente em consultas regulares?

P4- É como lhe disse, estando em casa estou melhor.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P4- Ouça, os comprimidos que aqui me deram no internamento de haldol, põem-me inflamado.

E- Essa questão preocupa-o neste momento?

P4- Preocupa-me isso e... e... estar aqui também não gosto. Não gosto porque eu em casa se quero dormir um bocadinho mais de manhã, durmo, se me quero deitar um bocadito mais cedo, deito. É muito melhor. Internado, não estou bem.

E- E excluindo o haldol, pretende continuar com a restante medicação prescrita?

P4- Sim, sim, o restante tratamento não faz mal nenhum.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P4- É como lhe digo, fomos conversando até chegar a este momento. Está tudo bem aqui. No final, é como lhe digo, o haldol era o pior, agora eu sei bem que eles... fazem tudo para uma pessoa se cá sentir bem, mas há regras, para se levantar a gente. E eu

que até me costumo levantar maldisposto, tenho para aí uma hora de má disposição, se sonhar. Se sonhar custa-me muito. Da... da parte de cima... é como me passa uma máfia na parte de cima do corpo. Ainda ando mal, mas já ando melhor. Se sonhar ou se... ou se me derem alguma coisa, há partida já não sinto tanto. Podem-me dar um café ou alguma coisa que me sinta mal e vou acordar pior. Isso acordasse pior de certeza. Mas está tudo bem, acordo pior às vezes igual. Aqui... em casa tem vezes que estou melhor, porque posso acordar mais tarde e posso passar lá... *(Pausa)* este... este... este mal-estar, passo-o mais descansado. A Senhora sabe bem que ninguém gosta de estar internado para ganharem algum dinheiro, pronto. Mas o resto está bem, o resto está bem.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 5 - 11 min 26 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

P5- De nada.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento involuntário. Qual é a sua opinião relativamente ao internamento como forma terapêutica?

P5- Gostei muito, custou-me muito... quer dizer gostei muito *(Demonstrando-se interrogativa)*, aqui a nível... vou falar de todos os níveis. *(Pausa)* É limpo, a comida também é em abundância e pode-se comer. Embora que eu achava que era sempre peixe *(Em tom de gozo, rindo-se)*. *(Pausa)* É que eu gosto de peixe, mas já andava enfadada. Pronto, entretanto... *(Pausa)* eu não trouxe roupas também e eles lá nisto também fizeram o favor de me ir facultando roupas. A nível de... colegas de quarto... e de... *(Pausa)* alguém que esteja cansado para descansar a mente, isto é o ideal. É o ideal. É como que um retiro. No entanto, eu... acho que aquilo que me faz falta não é estar retirada. É, estar em contacto com. Fez-me falta o meu telemóvel, fez-me falta os meus labores, fez-me falta o meu livro, o meu... o livro que eu quis escolher para ler. Fez-me falta... *(Pausa)* eu ter tempo para mim, de me arranjar, de me vestir, de

fazer as minhas caminhadas. Embora que emagreci aqui, porque as horas... o, o horário das refeições era certinho e eu... *(Pausa)* era certinho e eu consegui emagrecer, mesmo tomando esta medicação e fazendo a injeção. *(Pausa)* E tinha, e comia doces e sentia-me saciada a nível dos açúcares, porque eu sinto-me um pouco descompensada porque eu acabo de comer e depois... estou sempre a pensar em comer, em tomar um cafezinho e comer uma coisa doce. *(Pausa)* Aqui não sentia isso, porque eu punha manteiga com.. com doce. *(Pausa)* Era agridoce e eu ficava bem.

E- Considerou este tipo de tratamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P5- Sim, sim, mais por parte da minha família do que até por mim, pronto. Mas foi.

E- Como se sentiu ao ser internada contra a sua vontade? Qual foi a sua reação inicial?

P5- O primeiro dia foi complicado porque... *(Pausa)* por tudo aquilo que eu já lhe expliquei. Por causa de... de ter deixado muita coisa pendente em casa, a nível da comida, da roupa e de... do lixo, de... de roupa para trazer para cá. Não me senti confortável, sou-lhe sincera, não me senti confortável a usar roupa de outras pessoas. Mas pronto. E o meu filho também é homem e não me soube trazer aquilo que eu precisava. E... e eu, e eu... faz-me muita falta o meu ambiente, o meu espelho, o meu secador, a minha escova... *(Pausa)* as minhas, as minhas coisas. E aqui não tinha.

E- Como lidou com a situação do internamento?

P5- Foi uma parte que... que me custou um bocadinho, mas que eu tive que aprender a lidar.

E- Sentiu-se envolvida nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P5- Eu não... envolvida não estava, porque quem trata dessas decisões são os... médicos, não é?

E- Mas sentiu que o tratamento foi adequado às suas necessidades e que os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados tinham em conta as suas preferências?

P5- Tinham, tinham em conta. Se eu, se eu solicitasse alguma coisa, mesmo... *(Pausa)* eles... eles... facultavam-me... *(Pausa)* Graças a Deus não foi preciso nada! Não.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P5- Estavam bem, estavam, estavam bem. A primeira abordagem no primeiro dia é que foi assim um bocadinho brusca, mas pronto. (Pausa) Foi mais no primeiro dia, mas pronto. Foi, foi um instante. Porque até foi um mal-entendido, porque eu estava deitada na marquesa a fazer um ecocardiograma e estava com... já vinha daqui com muita vontade de ir fazer xixi. E depois nesse dia tudo aconteceu. E depois eu tive que me levantar para ir fazer xixi... ora eles entenderam aquilo (*Em tom de gozo, rindo-se*), com certeza, com o facto de se calhar de eu me querer ir embora... e não... eu disse: “Olhem desculpem lá eu tive que ir mesmo à casa-de-banho, porque, entretanto, a sala ficou vazia e eu tive que ir à casa-de-banho.” (Pausa) E pronto, e foi isso.

E- Notou uma melhoria do seu estado ao longo do internamento e desde que começou a tomar a medicação?

P5- Sim, agora sinto-me bem.

E- Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

P5- Não, não. (*Demonstrando-se pensativa*).

E- Considera que o internamento se justificava, no seu caso?

P5- Não é que se justificasse, mas... (Pausa) eu, eu posso pensar uma coisa, mas as pessoas que estão à minha volta, se... se calhar também interferiram um bocado na decisão de eu cá ficar... não sei (*Demonstrando-se pensativa*).

E- Foram os seus familiares que a aconselharam a ficar internada?

P5- Sim, a ficar cá. (Pausa) Porque eles observam de fora e veem... (Pausa) veem aquilo que... (Pausa) Pronto, como eu estou, não é? Se calhar eles são melhores observadores do que eu.

E- O que é que os seus familiares lhe disseram na altura?

P5- (Pausa) “Mãe, tu não estás bem!”. Ou isto, ou aquilo. Ou, ou havia pessoas que diziam: “Então, já estás melhor?”. E eu disse: “Mas eu não estou doente! Por amor de Deus!”. Pronto.

E- Sentiu-se apoiada pela sua família e amigos durante o tratamento?

P5- Senti, senti, senti, senti, senti.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P5- *(Pausa)* Não. *(Demonstrando-se pensativa)*.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se uma mulher de trinta anos com uma doença mental, tivesse familiares preocupados com o seu estado de saúde, com a alteração súbita de humor e de rotina e houvesse o risco de se magoar a ela própria ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento involuntário seria justificável?

P5- Oh eu teria vindo... eu já estive internada tantas vezes na Psiquiatria. Eu nunca... nunca... me opus... *(Pausa)* Portanto viria de livre vontade.

E- Mas e se não fosse o seu caso, mas o de outra pessoa na mesma situação?

P5- Eu aconselhava o mesmo. Sim.

E- Quais são as suas expetativas em relação à alta clínica? Quando já não estiver em tratamento involuntário e não for necessário estar presente em consultas e avaliações regulares?

P5- Bom, as minhas expetativas é eu melhorar, não é? Portanto... como é que eu vou saber... *(Pausa)* Porque isto não é deixar de vir aqui. Tem que se fazer um desmame da medicação. *(Pausa)* Pelo menos eu acho.

E- Então uma das suas expetativas após a alta é deixar de necessitar de tomar a medicação?

P5- Não sei se, se poderá... em vez de mil gramas de ácido valpróico, talvez passar para quinhentos... *(Demonstrando-se pensativa)* Não sei.

E- Gostava de reduzir as doses dos medicamentos e fazer um desmame da medicação?

P5- Gostava de reduzir um pouco, mas não sei a Doutora é que vai dizer... *(Pausa)* Não... não é, não sei se... até porque me disseram que o ácido valpróico não se pode tomar para sempre, que tem que ser períodos de tratamento... alguns períodos... foi o Doutor que cá esteve, o Doutor Yevgeny que me disse: “Olhe que você não pode fazer esta medicação mais do que três meses”. No entanto... *(Pausa)* já lá vão... este tempo todo. *(Pausa)* E pronto, mas a Doutora é que sabe.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P5- Não. (*Demonstrando-se pensativa*).

E- Ou em relação à toma da medicação sem ter de se deslocar obrigatoriamente ao serviço?

P5- Não, eu pensava que o injetável substituía a medicação. Até porquê? Porque... tomando eu o injetável... (*Pausa*) substituía... pensava eu! Substituía a medicação. Era uma forma segura de vocês controlarem a... a medicação. Mas... (*Pausa*) o que é certo e verdade, que eu não sei se é a medicação se não, que eu estou com um problema gástrico... estou a fazer assim um, um... cocó com espasmos e... assim um bocadinho... é, é espasmos, pronto. (*Pausa*) E eu não sei se é dessa medicação ou não. Mas eu já falei com o meu médico de família, portanto eu vou fazer tipo um *detox*... (*Pausa*) um comprimido que eu ainda não fui buscar à farmácia, mas irei buscar... (*Pausa*) logo que me seja possível e... e pronto. E há-de tudo passar, se Deus quiser.

E- Então tem algum receio dos efeitos secundários que a medicação possa ter, é isso?

P5- (*Pausa*) Sim, é só isso. (*Demonstrando-se pensativa*) Mais nada. Mas estou a tomar a medicação.

E- Quanto à medicação, tem mais algum receio ou alguma dificuldade em manter a terapêutica?

P5- Eu manter a medicação, mantenho. Porque eu aquela medicação sei que preciso de a comprar e já tenho o dinheiro certo para a ir comprar. Não me falta.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P5- Olhe... além disso, pronto, aprendi a ver que... para além do mais... Eu devo ser uma pessoa que... que luto contra tudo e contra... mesmo quando estou mesmo em baixo, eu consigo me renascer das cinzas. Sim, pronto. Mas... fiquei... sensível a outros casos que, que encontrei. Pessoas que estavam mesmo ao meu lado e que, que estavam a sofrer. No entanto, também fiz algumas amizades, fiquei com alguns contactos daqui. (*Pausa*) E o facto de se estar aqui, não quer dizer que a pessoa esteja incapacitada mentalmente. É, é também uma fase de... para descansar a cabeça, para... para aliviar do stress, para... para melhorar o raciocínio. Até porque eu agora preciso de tomar um bocadinho de magnésio. Sinto-me assim um bocadinho... não sei se, se é do tempo, também não sei... enfim. E só isso.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas.

P5- Olhe ficava aqui a conversar consigo até...

E- Obrigada mais uma vez, se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 6 - 10 min 41 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade por parte do tribunal. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P6- Corrupção, fraude... (*Pausa*) Basicamente é isso, corrupção e fraude.

E- Podia explicar-me melhor o que quer dizer quando fala em corrupção e fraude?

P6- Os papéis falam por mim... eu tenho os papéis da alta e os papéis do internamento, por exemplo, e todos eles infringem a lei.

E- O que dizem esses papéis que o leva a concluir que infringem a lei?

P6- Falham todos em identificar... (*Discurso impercetível*) do... do... na norma número vinte... artigo vinte, ou vinte e três, em que não haviam os “inatos” e não tinham razão para me, para me internar... não, não, não apontavam nada. Hum... e diziam para me conduzir à psiquiatria, não havia motivos, não havia nada... que está registado por lei, por lei não, não havia e... não há, não poderia motivo nenhum. E a forma como foi metido..., mesmo como foi dito, não sei. Depois meteram que... meteram que tive um ataque psicótico, psicótico, por causa do metilfenideral. Como se fosse possível.

E- Então não considerou o internamento como uma forma de tratamento ou algo terapêutico?

P6- Não, claro que não. Foi, foi, foi contraproducente.

E- E considerou o internamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P6- Meus Deus... não. (*Demonstrando-se revoltado com a situação*) Antes pelo contrário. Antes pelo contrário. Foi completamente contraproducente.

E- Como se sentiu ao ser internado contra a sua vontade?

P6- Revoltado.

E- Revoltado com o quê em específico?

P6- No domicílio involuntário não está... vinte polícias com o papel a dizer: “Partam-me portas e janelas”. Hum... nesse caso... e... e se... e se... e ir-me buscar, ir-me buscar a casa sem... sem mais, sem mais nem menos. Eu ter de cuidar da minha velhota e o raio que parta. Que é mesmo assim. E... vir-me a, a estorvar a dizer... que é mesmo assim. Sem ter nada, sem ter nada para pegar comigo. Sem terem nada para pegar comigo, repare. Não vê feitio nenhum, nenhum, nenhum nas leis de que... que tome compromisso no... nos decretos de lei de... atuais e no artigo de... de... (*Pausa*) portanto de... que se, que envolve Psiquiatria, não tem. Não tem nada porque não vão pôr lá nada, porque não há lá nada. Não tem nenhum facto.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P6- Fui muita estúpido, fui muito estúpido. Assistiu-me... assistiu-me um fulano, um tal... Doutor Nuno Trovão e fui enganado.

E- Não se sentiu envolvido nas decisões relacionadas com o seu internamento?

P6- Obrigaram-me, fui chantageado... pelo Doutor Nuno Trovão, em caso concreto.

E- Quem é o Doutor Nuno Trovão?

P6- Foi o primeiro psiquiatra que... com quem lidei.

E- Não considera que o Doutor Nuno agiu com a melhor das intenções?

P6- Foi pago. Foi pago. (*Pausa*) Eu acho que ele foi pago.

E- Como lidou com a situação do internamento depois da sua revolta inicial?

P6- O que queria que eu dissesse? O que é que queria que eu fizesse? (*Em tom agressivo, demonstrando-se revoltado com a situação*)

E- Pode-me explicar como é que se sentiu?

P6- *(Pausa)* Como é que se sente uma pessoa, uma pessoa presa? *(Pausa)* Senti-me preso... *(Pausa)* sem ter nada, onde dormir, sem coiso, sem... e... Como é que acha que... que me posso sentir? *(Em tom agressivo, demonstrando-se revoltado com a situação)*

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P6- Apoio? Não, não, não. Muito pelo contrário.

E- Para si, o que é que podia melhorar? O que é que faltou da parte dos profissionais de saúde que o acompanharam?

P6- Faltou-me principalmente dinheiro, ainda por cima. Depois, depois um gajo que trata do assunto por um período doméstico, fui obrigado a desesperar... esticaram a camisa a um gajo, a ter uma... a ser contraproducentes e a tentarem meter na cabeça a um gajo que está maluco, ou que está... são... Não há palavras! Sem pés para ranhosos que nem... Não! *(Em tom agressivo, demonstrando-se revoltado com a situação)*

E- Mas notou uma melhoria do seu estado ao longo do internamento e desde que começou a tomar a medicação?

P6- Melhoria de quê? Melhoria em quê? *(Em tom agressivo, demonstrando-se revoltado com a situação)*

E- Se verificou uma melhoria da sua condição de saúde ao longo do internamento?

P6- Se... deixe lá, meu Deus! *(Em tom agressivo, demonstrando-se cansado e farto de responder às questões colocadas).*

E- Peço desculpa, não queria estar a insistir nesta questão nem a deixá-lo incomodado.

P6- Não me está a incomodar. Só... *(Pausa)*

E- Só queria perceber se notou alguma diferença no seu estado de saúde após o internamento. Se considera que melhorou ou não.

P6- Piorou, só piorou, estou farto de lhe dizer que só piorou. Não, sou tratado de forma contraproducente. Meu Deus... *(Em tom agressivo, demonstrando-se revoltado com a situação)*

E- Sentiu-se apoiado pela sua família e amigos durante o tratamento?

P6- Ia matando a minha velhota, ia matando a minha mãe pah. Ela não merecia uma coisa destas. (*Demonstrando-se chateado*)

E- Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

P6- Tenho, estou a tomar merdas que, que... que não... que não... que não preciso, que... que... que alguns deles têm defeitos que... que eu... (*Pausa*) Não preciso deles para nada. Que é mesmo assim.

E- Há algum efeito da medicação que lhe causa desconforto?

P6- Causa. (*Pausa*) Sinto-me mais pesado.

E- Tem mais algum sintoma que o deixe desconfortável?

P6- Tirou-me a virilidade... (*Pausa*) Provocou-me agitação, provocou-me câibras...

E- E partilhou estas preocupações com a sua médica?

P6- Falei se ela me tira isto e ela... chamando-me estúpido, basicamente chamou-me, chamou-me estúpido. Disse que me posso rir de mim mesmo, é o que ela alega. Ela alega que me posso rir de mim, veja bem (*Demonstrando-se revoltado com a situação*).

E- Tentou falar com outro médico relativamente às suas preocupações com a medicação?

P6- Já falei, já disse para me tirarem isto.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P6- Sim, é tirarem-me isto e... deixarem de ser contraproducentes (*Demonstrando-se revoltado*).

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de quarenta anos com uma doença mental, tivesse ideias estranhas e incompreensíveis e visse coisas a acontecer que mais ninguém via, ou estivesse agressivo com as pessoas à sua volta e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento seria justificável?

P6- Isso seria diferente, não... não me posso colocar na posição dessa pessoa.

E- E se fosse um familiar seu que estivesse nesta situação? Considera que, neste caso, o internamento seria justificável?

P6- Segundo casos concretos, casos específicos, parece-me, parece-me pouco regularizado. Isso é tudo muito... muito subjetivo.

E- Quais são as suas expectativas em relação à alta clínica? Quando já não estiver em tratamento involuntário e não for necessário estar presente em consultas e avaliações regulares?

P6- Ter alta. Isso seria bom, sim.

E- E no caso de ter alta, continuará a realizar o tratamento que lhe foi proposto por parte da Psiquiatria?

P6- Eu queria ver se me o tiram. *(Pausa)* Não está a ajudar absolutamente em nada.

E- Então não considera necessário continuar com o tratamento?

P6- Eu tenho um, um papel assinado contra a lei em que... sou obrigado a levar a medicação sob pena. *(Pausa)* O tal porque me o pediram. Se não, não a levava.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P6- Não.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P6- Nunca se meta com os poderosos.

E- Acha que a razão de ter sido internado contra a sua vontade foi por causa dos poderosos?

P6- Nem faz ideia do que está falando. *(Pausa)* Estamos a falar de centenas de milhões de euros, centenas de milhões de euros que lhes... que os compram, que vão para fora do país todos os meses. Por definição todos os anos. Centenas de milhões. Não é brincadeira. E eu provei e demonstrei e fui à polícia. E quando fui à polícia para... a meter o Ministério Público a... ter com o Ministério Público, o processo deste caso, disseram que não. E disseram que... disseram que eram impunes. Não há mais nada que possa dar a parecer. Nem ajuda. *(Pausa)* Com papéis e tudo, vê tu bem.

E- Compreendo a sua revolta. Há mais alguma coisa que gostasse de acrescentar relativamente ao internamento?

P6- Não. Não tenho nada assim em particular. Desejo-lhe boa sorte.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 7 - 16 min 27 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

P7- De nada.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P7- Eu no internamento, quando eu fui internado a última vez, foi pelo tribunal e... *(Pausa)* Eu tinha amigos aqui que até chegaram a dizer para os enfermeiros, a dizer que eu não tinha nada, que não estava ali a fazer nada. *(Pausa)* Mas, correu tudo bem. Correu tudo bem, a medicação não me fez mal nenhum.

E- E considerou o internamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P7- Não, acho que foi um bocado de violência, quando vim para aqui, da parte da minha mãe, da GNR e de... E depois o tribunal é que decidiu.

E- O que aconteceu antes de ser internado?

P7- Foi o Doutor Nuno dar-me a alta e esconder... a carta estava na... foi para a casa, para o correio da minha mãe e esconderam-me a carta. *(Pausa)* E eu discuti com a minha mãe: “Porque é que tiraste-me a carta? Porque é que a escondeste? Porque é que lhe a deste?” E eu depois... ela telefonou à GNR. A GNR *(Pausa)* feitos otários, levam-me para a psiquiatria a dizer: “Ele está outra vez descompensado e não sei quê”. *(Pausa)* E eu voltei para aqui outra vez pelo, pelo tribunal.

E- E notava alguma diferença no seu comportamento?

P7- Não, não, não, não. *(Pausa)* Eu nunca fui alterado para eles, eles é que me racharam aqui a cabeça, mandaram-me um pontapé aqui na, na nalga, que eu fui

operado aqui às costas. Fui para o hospital, um GNR é que me deu o pontapé (*Pausa*) e ninguém quis saber de nada. E trataram-me assim tudo e, e eu venho para ser internado, passo aqui quinze dias, um mês, dois meses... (*Pausa*) e depois não há solução e eu fico assim do nada. Não há ninguém que me ajude assim.

E- Como se sentiu ao ser internado contra a sua vontade?

P7- Pois, muito, muito triste, muito, muito ansioso, chorava... (*Pausa*) muito triste.

E- Como lidou com a situação do internamento depois da sua reação inicial?

P7- Foi acalmar-me e... e pensar... (*Pausa*) “Isto tudo vai correr bem, o tempo está a passar, o médico vai-me dar alta (*Pausa*) e eu vou continuar com as injeções, não vou fazer mais escândalo nenhum, não vou fazer mais problemas nenhuns.” E ficou assim.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P7- Pois...

E- Sentiu que lhe deram abertura para partilhar as suas preocupações ou preferências relativamente ao tratamento?

P7- Não, não, eles... eles... puseram aquela regra assim. (*Pausa*) Foi o tribunal, o tribunal é que foi o... a audiência, é que o meu advogado alterou-se lá com a juíza e com a... com a minha mãe, a dizer: “Então, mas você quer-lo a ele internado ou não quer?”. E... a minha mãe disse que não. E ele: “Então pronto, porque é que está assim?”. Pronto, não sei.

E- Sentiu algum apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P7- Eu é que me portava bem.

E- E se precisasse de alguma coisa? Sentia-se à vontade para pedir ajuda?

P7- Oh... não podia, davam-me pouco. Davam-me pouco. (*Pausa*) Só assim na secretaria, há pessoas que gostam de mim e que me conhecem, vivemos a quase perto e vêem-me a andar na rua de bicicleta e a pé. Tipo ali o senhor Rogério, ele vê-me, ele sabe tudo da minha vida. (*Pausa*) Mas mais dos que estavam internados, acredita?

E- Criou algumas amizades aqui no serviço?

P7- Criou porque... eu conheci uma rapariga, ela disse-me: “Oh, tu não tens nada, estás aqui a fazer o quê?” E ela foi falar com a enfermeira e a enfermeira... também disse o mesmo. Mas pronto, já estava estipulado aqueles quinze dias e tive de cá estar os quinze dias. *(Pausa)* Não saí mais cedo, nem saí mais tarde. Saí... e depois teve que ser uma pessoa responsável a vir-me a buscar *(Demonstrando-se indignado)*. Parece que eu estou... preso, mas na rua.

E- Sentiu que não lhe deram autonomia?

P7- Exatamente. *(Pausa)* Senti-me desvalorizado. *(Pausa)* Podia ter ido sozinho, tal e qual como eu faço para vir aqui, para correr tudo bem. *(Pausa)* Mas pronto.

E- Notou alguma melhoria do seu estado geral ao longo do internamento e desde que começou a tomar a medicação?

P7- Eu não, eu era só à base da medicação, é que eu ficava apagado. Eu nunca fiquei, eu nunca... eu nunca, nunca, nunca. Eu antes de levar... Eu antes de não levar as injeções, eu sentia-me uma pessoa normal, cheia de forças, cheia de alegrias, cheio de vontade, cheio de... espetacular mesmo. E agora, *(Pausa)* estou apagado, pronto. Estou... estou, estou... não sei.

E- Teve alguma preocupação relativamente ao tratamento que estava a receber?

P7- Não, não, não, não, não, não, não que eu, eu, eu, eu acedi a tudo. Eu aceitei tudo e não, não... Não me preocupei mais.

E- Mas há algo relacionado com a medicação que está a tomar que o preocupa?

P7- É, é... é quando é que eu posso deixar e não poder. E eu depois não conseguir. *(Pausa)* Quando é que... quando é que me a tiram e eu depois estar a ressacar aquilo. Como se costuma dizer, a falta daquilo.

E- Então neste momento não se sente bem com a medicação?

P7- Eu sentir, sinto-me, sinto-me bem com a medicação para dormir à noite. A injeção dá para todo o mês e eu mal a sinto... o que se passa no meu corpo e na minha cabeça. *(Pausa)* Mas só que faz-me bloquear muita vez a conversa, não faz-me uma conversa a quase contínua. *(Pausa)* Bloqueia-me o pensamento das conversas.

E- Considera que o internamento se justificava, no seu caso?

P7- Não, não.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P7- Eu acho, achava, achava que o, que o tribunal me desse o ADN, me desse... que visse essas pessoas. *(Pausa)* Para me dar uma prova a mim.

E- Necessitava de uma prova em conforme necessitava de ser internado?

P7- Sim, conforme eu acreditasse e aceitasse com a verdade. *(Pausa)* Porque isto foi tudo... *(Pausa)* era um conflito, era a minha mãe, a minha madrasta, o meu avô, o meu pai... o meu pai não, o meu pai está a trabalhar no estrangeiro, ainda me paga a alimentação e a casa. Mas só que muita vez a minha mãe faz o comer em casa, *(Pausa)* também o dinheiro não chega para tudo.

E- Sentiu-se apoiado pela sua família e amigos durante o internamento?

P7- Não, não. O meu pai veio cá ver-me, para quê? *(Pausa)* Eu sinto-me assim. Vêm-me cá a ver e a minha mãe é que fez este espetáculo todo para eu cá estar. Agora o meu pai ainda me vem cá a ver aqui ao centro. Então com que... com que cabeça é que eu fico e com que cabeça é que ele fica sabendo que tem uma mulher assim? E... e os sogros? Eles têm discussões sobre isso, por causa do dinheiro, por causa de... de a minha mãe estar ali em casa sozinha e eu tenho, não tenho transporte, pede ao meu avô para ir aqui e ali. Mas haver convívios comigo, não querem, desde que eu disse isto, não querem! Não querem, convívio comigo. *(Pausa)* Nem ajuda, nem ajuda, nem ajuda para mim, nem nada. Olhe para ter estas botas foi o meu pai que as trouxe da Alemanha da... das obras. Comprou-as lá. *(Pausa)* A roupa... vou comprando e ela vai comprando também, mas não, não é chique, não é... pronto tem de ser conforme o adequado.

E- Considera que o ambiente familiar piorou desde que esteve internado?

P7- Não, não piorou, mas só que... eu desviei-me, eu... ela, ela fazia com que eu me enervasse, ou então não tinha possibilidades, ou assim. Eu agora não, prontos. Eu agora... já não insisto.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de quarenta anos com uma doença mental e com problemas no seio familiar, estivesse agressivo com as pessoas à sua volta e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento seria justificável?

P7- Não. *(Pausa)* Há sempre, há sempre... eu para mim acho que há sempre um... um motivo para a pessoa começar a... a... a desvairar. Acho que há sempre um motivo e há sempre uma ajuda e há sempre uma... um aconchego de acalmo, de acalmante.

E- Então acha que o internamento não seria uma alternativa a considerar no caso desta pessoa?

P7- Para mim não, não foi. Para mim não foi, porque estou a tomar medicação escusadamente.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas neste caso?

P7- Era... era ver, era ver... pronto, era... Alternativas, como assim?

E- Se acha que em vez do internamento, havia outra forma de melhorar o estado geral desta pessoa?

P7- Não sei, não sei... Se calhar uma amizade... de uma namorada, de uma mãe, de um pai, de uma tia, de um tio... mais... mais próximas, das pessoas mais próximas. Mas eles também não querem saber *(Demonstrando-se frustrado)*. A minha irmã não quer saber de mim. *(Pausa)* Ela diz: “Vai trabalhar!” e eu disse-lhe: “Olha eu, eu... se eu pudesse trabalhar o... o estado de saúde, de quando eu fui operado à coluna, não me dava a pensão vitalícia!”. Porque é sinal, é porque não posso. Porque senão eu não tinha vitalícia. *(Pausa)* E depois a minha mãe: “Vai trabalhar, vai trabalhar!”. E eu não posso, estou aqui desgraçado da medula, do... da hérnia e dos elos deslocados. *(Pausa)* E eu acho que a injeção com a medula e... e que... e que... e com as injeções que levei da, da coluna, eu acho que a injeção não está a fazer... só está a perder tempo.

E- A injeção que faz parte da medicação prescrita aqui no serviço de Psiquiatria?

P7- Sim, só faz perder tempo, só... só faz-me cá vir a.. vir a perder tempo. Só faz estar a dar trabalho às pessoas por... *(Pausa)* por terem de me trazer e aqui a estar a dar trabalho a eles e tudo.

E- Quais são as suas expetativas em relação à alta clínica? Quando já não estiver em tratamento involuntário e não for necessário estar presente em consultas e avaliações regulares?

P7- Eu queria deixar, Doutora.

E- Queria deixar tanto as consultas como a medicação?

P7- Era. *(Pausa)* Mas pronto... agora, mas eu acho que a dose que estou a levar da injeção, duzentas e tal... eu acho que tenho de a reduzir.

E- Então reduzir a dose da medicação era algo que ponderaria em vez de deixar totalmente o tratamento?

P7- Ou que me tirassem logo. Ou reduzir, ou... porque é assim tenho três anos, disse-me a minha Doutora Joana: “Você tem três anos.”. Então que me façam já essa avaliação para eu... para eu quando chegar lá estar, estar limpinho. O meu sangue ser limpinho.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P7- É que seja internado outra vez.

E- Tem receio de ser internado se continuar a tomar a medicação, ou se deixar de a tomar?

P7- Eu disse não, mas... por exemplo, ter ameaças *(Pausa)* da minha mãe, ela diz-me: “Olha que depois, depois para a próxima, olha que vais lá para dentro! Olha que vais para trás das grades! Olha que logo para lá vais!”.

E- Em que situações é que a sua mãe lhe diz isso?

P7- Tome ou não a medicação, é igual. Quando... quando estou a brincar com ela e tudo. Eu brinco com ela assim... é mesmo na brincadeira, porque é mesmo na brincadeira. Ela leva a sério para... para ter problemas. *(Pausa)* Por isso, ela não sabe brincar comigo. E nós estamos ao telefone, ela agora está em França, não falamos de mais nada, só: “Está tudo bem?”, “Está.” e... “Já fizeste o comer?”, “Já!”.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P7- A si, eu estou, eu estou a conseguir desinibir e sentir-me bem, ao mesmo tempo. *(Pausa)* Estou-me a sentir bem e estou-me a sentir um bocado mais protegido e... mais à vontade e... e que me consiga... orientar, pronto que me consigas ajudar. *(Pausa)* É assim...

E- Há assim mais alguma coisa que gostasse de me dizer sobre a sua experiência?

P7- Não... *(Pausa)* Eu tive cá tanta vez, Senhora Doutora, tive cá tantas vezes... seguidas, meses e semanas. Uma vez estive dois meses em Castelo Branco, escusado.

E- E neste momento, sente-se melhor?

P7- Sinto, sempre me senti melhor... eu nunca, eu antes de coiso, não me sentia diferente. *(Pausa)* Isto aqui... eu só tenho medo é quando... ou que não acabe, ou quando acabar... qual é que é o efeito secundário. *(Pausa)* E é isso.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 8 - 26 min 45 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade por parte do tribunal. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P8- É assim, a situação foi muito complexa. Foi muito complexa. *(Pausa)* A justiça, a justiça é uma palhaçada completa porque... é assim, não existem filmagens de tudo o que se passa na sua vida. Imagine você chega aos setenta ou aos quarenta anos e tem um caso em tribunal, por qualquer situação que seja, não precisa de ser uma situação grave, mas qualquer coisa que seja. Quem é que gravou a sua vida? *(Pausa)* Quem é que ligou um eletroencefalograma à sua cabeça durante a sua vida toda para saber os seus estados de atividade cerebral a toda a hora? Ninguém. O que é que os juízes sabem do quê? Eu vou-te falar da minha situação. Eu fui vítima de violência, por parte da minha mãe, durante toda a minha vida *(Pausa)* e não sei se o meu autismo não... não deriva disso, se não está relacionado com isso. A minha mãe gritava comigo duas a três horas por dia, todos os dias, por coisas que... por tudo, por tudo o que existe. Eu cheguei aos quarenta anos... aos quarenta ou quarenta e um... *(Demonstrando-se pensativo)* não em dois mil e vinte, tinha trinta e nove anos. E, estava a minha namorada em casa e a minha mãe a fazer disparates a toda a hora. Foi dizer à minha namorada que eu era esquizofrénico, porque a minha mãe, pelos vistos, acha que eu sou esquizofrénico, sem ela saber o que é que é esquizofrenia. Eu tenho um... tenho... quinhentas vezes mais estudo de psicologia do que a minha mãe.

(*Pausa*) Era o melhor aluno de psicologia no secundário e entrei em biologia e depois estudei comportamento animal, mas não estudei na universidade, estudei eu próprio sozinho, comportamento animal. Mas a minha mãe sabe tudo e eu não sei nada (*Em tom sarcástico*). O narcisismo da minha mãe funciona assim, ela sabe tudo. Você tem o curso de medicina, você não sabe nada de medicina. Ela é que sabe tudo e ela nunca leu um livro de medicina na vida. Isto é como ela pensa em relação a tudo o que há, tudo. Ela é superior a toda a gente. (*Pausa*) E... foi dizer à minha namorada que eu sou esquizofrénico e eu disse: “Mãe, não, eu sei o que é que são esquizofrénicos, não estudei muito sobre isso, mas estudei de certeza cem vezes mais do que tu estudaste. Portanto, é o suficiente para saber que não sou esquizofrénico.” E ela: “Ah, tu não sabes de nada e não sei quê e não sei que mais”. E depois foi dizer à minha namorada... porque a minha namorada era esquizofrénica. (*Pausa*) E ela numa conversa com a minha mãe, a minha mãe disse que... que eu também era esquizofrénico. (*Pausa*) Agora, a minha mãe acha que eu sou esquizofrénico, acha que eu sou bipolar, acha que eu sou horrível, que eu sou isto, que eu sou aquilo, que eu sou aqueloutro. Quando ela é que passou três, quatro, cinco horas por dia, todos os dias da minha vida, a gritar comigo. Ou porque uma manteiga estava destapada, ou porque uma vez... uma vez... ela... a minha mãe tem a obsessão das coisas novas e de mandar fora tudo, connosco a passar fome. Ou seja, nós estávamos a passar fome, estivemos a passar fome dez anos, mas ela tem a obsessão de mandar coisas para o lixo e comprar coisas novas para ter uma casa nova. Para ter sempre tudo novo. (*Pausa*) E eu tinha lá duas prateleiras de mão... e eu disse à minha mãe: “No meu quarto tu não mexes, no meu quarto não tens nada a ver com o assunto.” E eu tinha lá duas prateleiras grandes, porque eu tinha uma coleção de livros (*Pausa*) que ocupava as duas prateleiras... as duas prateleiras não, as duas estantes. Ocupava as duas estantes, os meus livros. E eu precisava daquelas estantes para ter os livros. Se não, onde é que se põem os livros? No chão? (*Pausa*) E a minha mãe com gritos e gritos e gritos... que eu tinha de mandar as, as prateleiras, as estantes fora, porque depois os amigos podem ver e porque ela quer impressionar os amigos. Quer impressionar, quer... ser muito tia, que... pronto. As prateleiras têm de ir para o lixo. As prateleiras foram para o lixo e comprou-me uma prateleira num mês em que nem tínhamos dinheiro para comer. Uma prateleira não, uma estante. (*Corrigindo o discurso novamente*) Comprou-me uma estante num mês em que não tínhamos dinheiro para comer, porque nós durante essa altura nunca tínhamos dinheiro para comer. Não nos podíamos estar a dar ao luxo de mandar coisas para o lixo e comprar novas. Para mim, para mim (*Frisando o seu ponto de vista*) comer, ter comida é mais importante do que isso. Do que ter uma estante toda bonitinha. Ela comprou-me uma

estante, o que é que aconteceu? A estante só dava para metade dos livros, gritava comigo porque eu tinha os livros no chão, porque não tinha sítio para pôr os livros. Você está a entender a situação toda, não está?

E- Sim.

P8- E um dia os livros partiram uma... o peso dos livros estragou uma prateleira da estante, que caiu, caiu, ficou assim presa de um lado, mas do outro caída. A minha mãe viu aquilo e começou-me a cuspir na cara, a chamar-me “filho da puta” e a dar-me pontapés.

E- Então considera que um dos fatores que condicionou o seu internamento foi o ambiente familiar, nomeadamente a relação com a sua mãe?

P8- É assim, isto foram trinta e nove anos sem parar. A rir-se de tudo o que eu faço. Eu vou procurar trabalho e ela ri-se (*Encenando a forma como a mãe age*): “Foi procurar trabalho, coitadito.” (*Em tom sarcástico*). A... a tratar-me com uma arrogância que você nunca viu na vida, provavelmente. Provavelmente nunca conheceu uma pessoa tão arrogante. (*Pausa*) O narcisismo é extremo dela, aos gritos todos os dias, por tudo... Por tudo, tudo! Tudo o que existe! (*Frisando o seu ponto de vista*) A minha mãe grita. (*Pausa*) Tudo o que existe, tudo o que você faça. Você piscou os olhos, ou você está sentada assim (*Sentando-se com as pernas cruzadas*) Ouça! Tudo, a minha mãe grita! Entende? (*Pausa*) E eu quando cheguei aos trinta e nove anos, gritei com a minha mãe, parti um quadro, dei um pontapé num... no fogão, parti o... no fogão não, no forno. (*Corrigindo o seu discurso*). Parti o vidro de fora do forno e a minha mãe telefonou para a polícia e a polícia chegou ao pé de minha casa “armado em campeão”. Entrou pela minha casa adentro, a enfrentar-me (*Encenando o episódio*): “Mas quem é que você... o que é que você sabe do que é que se passa aqui?”, “Ah estás a falar assim comigo, vais ver o que é que te vai acontecer!”. E depois fui internado, foi assim que aconteceu. Compreendeu?

E- E considerou o internamento como um ato de cuidado ou preocupação consigo?

P8- Não. Isso é assim, quem é que se preocupa comigo? (*Pausa*) É o médico? É o tribunal?

E- Então não considerou o internamento como um ato de preocupação para com o seu estado de saúde?

P8- O objetivo é esse. O objetivo é cuidar da pessoa. (*Pausa*) Agora, o que é que o tribunal... o tribunal nunca me viu na vida. A pessoa que me passou este despacho...

como é que se chama isso? Nunca me viu na vida, nunca me conheceu. Como é que está preocupada comigo?

E- Como se sentiu ao ser internado contra a sua vontade? Qual foi a sua reação inicial?

P8- Vim... foi tudo mentira, contaram-me não sei quantas mentiras. Disseram-me que eu ia só para o hospital três dias e depois ia voltar para casa. Tudo, tudo na base das mentiras e nas ocultações, que é a única coisa que se faz no tribunal de hoje... e os psicólogos e os psiquiatras, é... é nessa base.

E- E como é que se sentiu?

P8- Senti-me bem... *(Pausa)* no internamento.

E- Notou alguma melhoria no seu estado ao longo do internamento?

P8- Sim, sim. *(Pausa)* Senti-me melhor.

E- E desde que começou a tomar a medicação?

P8- Não, com a medicação não. *(Pausa)* O internamento em si, a comida, estar a falar com pessoas que não estão aos gritos, estar a falar com pessoas... normais, pessoas que não têm nada a ver com o que eu passava em casa... Com o que eu passava antes disto, porque a minha mãe depois... a minha mãe agora já não é assim, já não me grita. A minha mãe já parou.

E- Sentiu apoio por parte da equipa médica e dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados?

P8- Sim, sim.

E- Sentiu-se envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P8- Não.

E- Sentiu que lhe deram abertura para partilhar as suas preocupações ou preferências relativamente ao tratamento?

P8- Não, não, não, zero, zero. Isso é zero. Nem sequer o que se passou eles têm minimamente em conta, eles querem lá saber do que é que aconteceu. *(Pausa)* Eles não entendem, nem sequer vão querer entender que... antes de eu partir um quadro na... no... na parede e a porta do... do forno, a minha mãe agarrou-me para a minha namorada me dar com um copo na cabeça. E a minha namorada tentou-me esfaquear

duas vezes. *(Pausa)* O que aconteceu antes vale zero para os tribunais, o que é uma estupidez completa porque eles não sabem nada da vida. Essas pessoas dos tribunais não sabem nada da vida.

E- Em relação à medicação, tinha referido que não notou nenhuma melhoria desde que a começou a tomar?

P8- Não, no internamento não. Não, mas eu mudei de medicação depois do internamento.

E- Então com a medicação que está a tomar neste momento, nota alguma melhoria no seu estado geral? Sente-se melhor?

P8- *(Pausa)* Sim.

E- Acha que a medicação que está a fazer pode ter contribuído para a melhoria do ambiente em casa com a sua mãe?

P8- Não, não foi por causa da medicação, foi por alteração do comportamento da minha mãe.

E- E tem alguma preocupação relativamente à medicação que estava a receber?

P8- Preocupação com quê?

E- Se se preocupa com algum efeito secundário da medicação, ou com a duração do tratamento?

P8- Sim, sim *(Demonstrando-se relutante em continuar a responder)*.

E- Pode dizer-me com o quê em específico?

P8- Não vou dizer...

E- Não quer especificar?

P8- Não.

E- Mas condiciona a sua vida no geral?

P8- Sim.

E- E poderia ser uma razão para deixar de tomar a medicação?

P8- Sem dúvida. Porque pôr a minha vida em risco, não.

E- Mas põe a sua vida em risco de que forma?

P8- Uma das coisas que me começou a acontecer depois da medicação é.... Estou sentado, levanto-me e quando me levanto, sinto... no coração uma coisa esquisita e fico meio... é uma pequena quebra de tensão, não chega a ser uma quebra de tensão. *(Pausa)* E sinto-me maldisposto.

E- E alguma vez falou sobre isso com algum médico? Com o seu médico de família, ou com o médico que o segue em psiquiatria?

P8- Não.

E- E já pensou em falar sobre isso?

P8- Se calhar vou partilhar isso, ainda não tinha pensado em partilhar isso.

E- Penso que pode ser algo importante a falar numa próxima consulta, principalmente se é algo que o preocupa em relação à medicação.

P8- Sim, sim.

E- Considerou que o internamento se justificava, no seu caso?

P8- Não se justificava.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P8- A alternativa era internar a minha mãe e a minha namorada. *(Pausa)* Quem tinha de ser internado, primeiro tinha de ser, tinha de ser a minha namorada e a minha mãe precisava de terapia, mas de terapia de alguém muito sério.

E- Terapia por parte da psiquiatria?

P8- Sim, mas algo como isso nunca vai acontecer. A minha mãe domina os psicólogos todos. Domina-os totalmente.

E- Mas a sua mãe alguma vez esteve em algum tipo de terapia?

P8- Já, já. E eu depois conheci o psiquiatra dela... *(Pausa)* é para esquecer completamente. Tudo o que ela diz, ele maravilha-se com os olhos a brilhar... que ela é a maior, ela é muita boa, ela sabe tudo, pronto. *(Pausa)* Não há grandes hipóteses de melhoria.

E- Analisando o caso de outra pessoa. Se um homem de cinquenta anos com uma doença mental, tivesse ideias estranhas e incompreensíveis e visse coisas a acontecer que mais ninguém via, ou estivesse agressivo com as pessoas à sua volta e houvesse o risco de se magoar a ele próprio ou a outros. Considera que, neste caso, o internamento involuntário seria justificável?

P8- *(Pausa)* Pois, é assim o tribunal nem faz nenhum esforço para saber nada do que se passa, porque nem sequer tem tempo para isso. O tribunal não pode abrir uma investigação à vida de uma pessoa e fazer isso por cada caso que chega. *(Pausa)* Então na prática não existe justiça. Não existe nada, porque ninguém sabe o que é que aquela pessoa está a ter, ninguém sabe qual é que é o comportamento dele factualmente em casa durante, antes desse período e depois e durante... e mesmo durante esse período. A única coisa que eles podem saber é relatos. E relatos... eu não sei como é que os relatos são... *(Em tom sarcástico, rindo-se)*. Não sei muito bem.

E- Então neste caso, acha que a decisão do internamento não devia ser por parte do tribunal?

P8- Não, acho que devia ser tomada por alguém especialista na área. Acho que era uma melhor alternativa.

E- Então para si a alternativa seria a decisão do internamento ser tomada isoladamente por elementos da Psiquiatria, por exemplo?

P8- Sim, sim. *(Pausa)* Em vez de ser uma pessoa que não sabe nada sobre o assunto e apenas... faz, destrói a vida de outra pessoa porque lhe apetece. Porque estar aqui condicionado sempre a ter... sempre a vir cá... não é destruir a vida de outra pessoa, mas é... parcialmente destruir a vida de outra pessoa. Condicionar e depois é assim, uma pessoa que já esteve internada num hospital psiquiátrico, vai fazer o quê da vida?

E- Sente que há estigma ou discriminação de pessoas que estiveram internadas em psiquiatria, ou que são seguidas em psiquiatria?

P8- Claro, isso é óbvio. As pessoas não têm inteligência para saber o que é que é um hospital psiquiátrico, nem para saber que... *(Pausa)* Primeiro pode acontecer a qualquer pessoa. Depois não há... não há “os malucos”, isso não existe. Essa coisa... esse conceito do senso comum que as pessoas tanto... tanto se encostam nele, esse conceito não existe. Não há nenhum maluco no mundo. Há pessoas que tiveram certos traumas, há pessoas que têm... têm... muitas maneiras diferentes de estar no mundo e na vida. Há pessoas que receberam muitos, muitos estímulos e que... sentem

necessidade de pôr para fora e de... se mexerem muito, como... as pessoas com... com ADHD. Há pessoas de muitos tipos diferentes no mundo e essa coisa dos malucos, isso é para (*Em tom de gozo, rindo-se*) ... isso é para burros, isso é para gente burra. É que diz: “Ah aquele é maluco!” Isso são pessoas burras, isso é da boca de pessoas burras, que não sabem nada da vida.

E- Considera que o facto de ter estado internado num hospital psiquiátrico mudou a forma como as pessoas o veem?

P8- Algumas sim, só que eu... eu não digo a ninguém que estive internado num hospital psiquiátrico.

E- Porque é que prefere não partilhar essa informação sobre si?

P8- Não, porque depois... imagine, eu tenho uma relação social com... três ou quatro pessoas e agora digo a uma que estive num hospital psiquiátrico, essa vai dizer às outras e agora essas pessoas todas viram-me as costas e já não tenho ninguém para falar. Não é vergonha, não é... é apenas uma questão de saber como é que as coisas funcionam. (*Pausa*) É uma questão de saber como é que as coisas funcionam.

E- Sentiu-se apoiado por outros elementos da sua família e amigos durante o internamento?

P8- Senti da minha namorada.

E- Da sua namorada atual?

P8- Sim.

E- Quais são as suas expectativas em relação ao tratamento a partir de agora?

P8- Continuar a vir às consultas e... quanto à medicação não sei. Não sei muito bem... talvez continuar (*Demonstrando-se reticente*) ... ou diminuir para ver se... para ver se... (*Pausa*)

E- Gostaria então de reduzir a dose da medicação que está a fazer atualmente?

P8- A médio prazo quero deixá-la.

E- Preferia então reduzir a dose da medicação a curto prazo e a longo prazo deixar de fazer o tratamento?

P8- Não, queria tomar uma dose mais pequena para ver como é que... as coisas funcionam.

E- E tem alguma preocupação ou receio em relação ao período pós-alta?

P8- É assim, a minha preocupação é... tenho uma preocupação (*Pausa*) que é a minha mãe começar a gritar comigo e eu dizer: “Para de gritar que eu já não aguento!” e ela dizer: “Agora, agora vais-te internar no hospital, estás a falar assim, agora vais ser outra vez internado!”

E- Então tem receio de ser novamente internado contra a sua vontade?

P8- Sim, (*Pausa*) porque a minha mãe à mínima coisa diz-me que me vai internar outra vez ao hospital.

E- Como é que acha que pode prevenir ou evitar essa situação?

P8- É não falar com a minha mãe. (*Pausa*) Eu agora falo, mas quando ela começa aos gritos, viro-lhe as costas e vou-me embora.

E- Existe alguma informação adicional que gostaria de partilhar sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P8- Sim... eu acho que... é assim, há parâmetros para as coisas, não é? E esses parâmetros, passa-se muito por cima desses parâmetros com base em... simpatias e antipatias. E essas coisas... são muito diluídas naquilo que é as relações humanas. Por exemplo, o... o polícia chegou a minha casa “armado em campeão”, porque ele era pequeno. Era daqueles tipos que são pequenos, mas querem mostrar que são melhores do que os outros. Chegou lá todo, todo esticado, todo.... todo assim e coiso e não sei quê, não sei que mais (*Encena a situação*). E eu disse: “Olhe isto é assim, você não sabe com quem é que está a falar e não sabe o que eu passei. Essa é logo a primeira!”. Eu ia começar a falar nisso, eu ia começar a falar. Ele interrompeu logo: “Vais ver o que é que te vai acontecer!”. Não gostou da minha cara e então é: “Vais ver aquilo que te vai acontecer”. (*Pausa*) Então o que é que isso funciona? Funciona que... as pessoas boas estão todas a ser internadas, ou em prisões, ou em coisas do género. É que são as pessoas que não sabem fazer mal aos outros. Se eu soubesse fazer mal aos outros, só a minha postura de superioridade em relação à polícia nem sequer... entrava dessa maneira. Ele entrava de outra maneira. E provavelmente numa conversa comigo, eu manipulava-o, usava as técnicas de manipulação que as pessoas geralmente usam para se manipularem umas às outras. Principalmente, os chicos-espertos que são os que mandam no mundo, basicamente em quase todo o mundo. E... com uma conversita, com a mania que era muita bom... (*Encena o episódio*) “Tem lá calma contigo filhote. Ah pah..tásse bem! Não, não houve problema

nenhum e tal”. E depois ele a seguir dizia-me: “Não, não, isto aqui, este gajo aqui é um gajo fixolas. Este aqui não há problema nenhum.” Mas como ele chegou lá e viu que era uma pessoa boa, *(Pausa)* obviamente quis, quis fazer mal, quis-se vingar, quis-se vingar... Ele havia de pensar o quê? Que entrava em minha casa daquela maneira sem saber de nada do que se passou na minha vida e estar.... Então, a minha, a minha namorada acabou de me tentar esfaquear duas vezes, eu parto um... um quadro da... da... da... da... estava pendurado na parede e agora eu sou o quê? Sou, sou o mau da fita? Eu agora é que vou internado e sou, sou considerado perigoso. Isto é uma anedota, ou, não é? *(Demonstrando-se revoltado com a situação)*.

E- Então pensa que deveria ser realizada uma investigação mais completa da situação em causa antes de ser tomada alguma decisão relativamente ao internamento?

P8- É a realidade. A realidade é a última coisa que as pessoas têm em conta. *(Pausa)* Era necessário conhecerem a realidade que eles nunca conheceram. Porque a realidade é a última coisa que se conhece, ninguém quer saber da realidade. O ser humano, a realidade é o conjunto de fantasias que tem dentro da cabeça, é isso que se chama de realidade. O conjunto de fantasias se forem em comum, se milhões de pessoas no mundo tiverem a mesma fantasia, isso é a realidade. Isso é o que os seres humanos chamam de realidade. Não tem nada a ver com a realidade. A realidade é independente de qualquer pensamento de qualquer pessoa, de qualquer tradução de estímulos. A nossa mente nem que seja nas palavras que forem, seja nos, nos... na atividade cerebral, seja no que for. A realidade é independente disso. *(Pausa)* E no meu caso refletiu-se. O que é que foi gravado? Gravado ou... ou que a polícia ouviu pelo telefone? Fui eu aos gritos com a minha mãe. *(Pausa)* E você acha que quando a minha namorada vem para me esfaquear, eu vou telefonar à polícia? Acha que eu comecei aos seis anos a telefonar à polícia todos os dias, quando a minha mãe gritava comigo? Quando eu ainda nem sequer tinha telefone? *(Pausa)* A minha mãe já esteve a gritar comigo e eu a dizer: “Dá-me o...” Quando ainda não tinha telefone. “Dá-me o telefone que eu vou telefonar à polícia” e ela recusava. Não me deixava usar o telefone dela para telefonar à polícia. *(Pausa)* Acha que eu tinha uma câmara em casa para gravar a minha namorada a tentar-me esfaquear?

E- Gostava que a sua versão dos acontecimentos tivesse tido mais peso na decisão do tribunal?

P8- Sim. Ou seja, isso, nada disso existe para uma palhaçada com o tribunal. Os tribunais, o sistema... Uma coisa que você vai perceber quando começar a entrar no mundo mesmo... no funcionamento das empresas, no funcionamento das

organizações, do estado, isto, isto... isto é tudo... O objetivo disto não é ajudar ninguém. O objetivo é apenas manter o sistema a funcionar. E para a democracia ter... ser legítima, é preciso que as pessoas estejam convencidas que há segurança, que as pessoas estejam convencidas que há educação, que as pessoas estejam convencidas que há saúde e que estejam convencidas que isso funcione nos mínimos necessários. Se não, as pessoas dão em malucas e começam-se a matar umas às outras. Ou fazem uma revolução contra o governo. Então o objetivo destas coisas é apenas para convencer as pessoas de que estão a viver num bom sistema, porque nada funciona, nem nada é para funcionar em lado nenhum. Então em Portugal, esqueça lá isso.

E- Pois percebo. Existe mais alguma coisa que me queira dizer relativamente à sua experiência?

P8- Não, não.

E- Sendo assim da minha parte é tudo, obrigada pelo seu tempo e por ter aceite responder a algumas perguntas. Se depois tiver alguma dúvida ou questão, pode entrar em contacto comigo.

Entrevista Participante 9 - 26 min 35 s

Texto original

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo. Se preferir falar em inglês, para conseguir expressar melhor a sua opinião, pode fazê-lo. Esteja à vontade, não há mesmo problema.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P9- Isto não é tratamento nenhum, isto não é... terapia. Eles não dão terapias. Eles deixam-te entrar... *(Pausa)* Não... não há conversas nenhuma. Tens algumas ideias, toma lá medicamentos. É a única coisa que eles fazem. Isto não é tratamento. Isso é só injetar, isto não, não é tratar. Só medicamentos, isso, isso, isso não é tratar as pessoas.

E- Isso quer dizer que não se sentiu envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P9- Uma... uma conversa com um psiquiatra de cinco minutos ou dez no máximo, isso não vai chegar a lado nenhum. Isso, isso não vai ajudar nada. Isso, isso é muito pouco tempo para... para conversar com uma pessoa... *(Pausa)* e... *(Pausa)* A única coisa com que eles se interessam é que tu tomes os medicamentos... *(Pausa)* Tu conheces, conheces... Do you know the saying “golden handshake”?

E- No.

P9- No? It’s a very well-known saying in psychiatry. You need a psychiatrist, he gives you a handshake, within ten minutes you’re gone, with medication and you’ll never see him again. And for the rest of your life you have to buy the medication or your security company... segurança, não é? *(Pausa)* They, they make a lot of money this way. This is not really a fair business.

E- If a man with forty years and a mental illness started to experience a change in his behavior, couldn't sleep for many days because he kept listening to voices that no one else could hear and refused to be treated. Do you think that the involuntary treatment would be justified?

P9- I doubt that there’s any treatment... *(Pausa)* that will help against this, because those people who do this are only interested in making things worse and worse and worse. They, they want to deprive you of sleep. *(Pausa)* They want to deprive you of rest. They want to deprive you of contacts. No contacts with friends, no contacts with family. *(Pausa)* They... *(Pausa)* they want to make people angry; they even want to... *(Pausa)* provoke fights, real fights, people hitting people, people shooting people, people planting bombs. This, this, this, this... And, and, and they don’t interfere, they have a policy not to interfere. So, they, they provoke everything and then they do not interfere. *(Pausa)* This is, this is a crime, what’s happening. And I believe it’s about... with, with three percent of the population, as far as I understand. *(Pausa)* Everything is provoked.

E- Did you feel better after being hospitalized against your will?

P9- No, I mean... Yes, more rested. I can take lorazepam, for example if I need to relax my body a little bit. Lorazepam is maybe the only... medicine that, that... can help. But the problem with it is that it’s bad for your memory and you need more and more and more... at some point, to... to get the same effect. And... that’s the problem, there is not really a safe medicine for this.

E- Do you feel better after starting to take the medication that was prescribed?

P9- No... that's not it. It does look like... when... when you're being treated in psychiatry, it seems like they're happy. And, and... but it seems so... *(Pausa)* because they put a whole lot less effort into disturbing me. Because I know they can produce voices out of every electronic device in my house and since I've been out of the clinic those devices are silenced. And I'm very sure that the voices came out of those devices, because when I took the devices closer to my ears the sound got louder, when I put them away from my ears the sound got lower. So, I'm very sure that the voices came out of the devices. *(Pausa)* And, and they don't use the devices anymore. *(Pausa)* They are silenced, so they, they are, they are happy when people are in psychiatry. *(Pausa)* They can say no, but I believe yes.

E- Do you have any problems or worries about the medication you've been taking?

P9- No, it's, it's, it's... I, I, I refused a lot of antipsychotics, a lot of different antipsychotics. And the one I'm using now it's not that... hard, not that heavy. I don't shake with my legs or... I don't lose slime while I'm sleeping, or I... or whatever so... I don't mind taking these injections.

E- Do you sleep better now?

P9- *(Pausa)* Sometimes, but then... not, not with antipsychotics, but with lorazepam.

E- Do you think the reason for you no longer hearing the voices coming out of the devices is related to the effect of the medication you've been taking?

P9- No, no, it's the devices. It's the devices, it's, it's technology. This is technology.

E- During the time you were hospitalized, you mentioned that you weren't able to be in contact with friends and family. You couldn't have visits or didn't have any visits from your family members?

P9- Oh yes, they would. Yes, yes, you can use your telephone in the morning, for one hour, and you can contact whoever you want. *(Pausa)* No, friends and family don't contact me anymore. It's like there is a... a... a prohibition... *(Pausa)* It's like they're not allowed to contact me, and people get paid to obey. *(Pausa)* There's a parallel economy. *(Pausa)* People are bribed, paid. *(Pausa)* People are made afraid to become victims as well, so they, they obey. It's a very dirty game. It's not a game, it's, it's a war. It's a very dirty war. Because if, if two soldiers stand in front of each other... they both have a gun, and they can shoot at the same time and the one who kills wins. And

they have equal chances. And this is just oppressing somebody with invisible weapons and, and and never showing themselves and, and... they're cowards.

E- So, you think your family was convinced to stop contacting you?

P9- Yes, the only family I still speak with are my parents. *(Pausa)* I still call my parents, my parents still call me. My father visited me here almost every day. But when I'm at home, there's nobody who calls me anymore. *(Pausa)* My situation is called like they say, "I'm in time". *(Pausa)* I'm a TI, a targeted individual and a targeted individual is in time. *(Pausa)* People in time need to be isolated *(Pausa)* and... bit by bit they're forbidding people to search and... search me up and contact me. They want me in isolation, complete isolation.

E- Did you feel any support from the health professionals involved in your involuntary treatment?

P9- No, the only thing they do is, is serve food and... and, and serve medication. And then they go back into their chamber.... and, and they are just talking with each other, "bla, bla, bla, bla, bla", all day long. And they don't really look after the patients, no. *(Pausa)* It's not like we didn't speak at all, but every time I have to look them up and... and within five minutes... it's, it's, it's the end of the conversation, it's... this is not, this is not, this is not talking with people.

E- Do you think there were other alternatives to involuntary hospitalization that could have been considered in your case?

P9- I think people just need... relaxants, lorazepam, oxazepam, diazepam. *(Pausa)* Nothing more. *(Pausa)* And conversations, long conversations, and, and patient people, because people are very impatient. *(Pausa)* I don't, I don't believe in... *(Pausa)* Maybe if someone has visual hallucinations, like for example... when you see things move that are, that are... and you're still, but when you see movements in front of your eyes, hallucinations. Then I would say to try antipsychotics, but not for this auditory... These aren't hallucinations. This is technology.

E- So if a person with a mental illness had visual hallucinations and was confused, you think it should be considered the treatment with antipsychotics?

P9- Yes, then you must try something.

E- Did you participate or felt involved in the decisions that were made regarding your involuntary treatment?

P9- No. No. *(Pausa)* You see it here, I already know the outcome of this, it will stay compulsive.

E- What are your expectations regarding your treatment from now on?

P9- That, that, that, that I might as well talk, talk to a wall then with those people. *(Pausa)* I've been on consults, already, after I've left the clinic and... it was also... I've spoken my opinion very clearly; I was angry as well. I tried to stay calm, I just said "I want as, as less conversations as possible!". I want... I, I, I prefer to just come in, get the injection and leave as quickly as possible. I've, I've, I'm in psychiatry for eleven years now. I've, I've had different, different therapies, I've had cognitive behavioral therapy, as well. So you have to repeat yourself the all day long, "I'm a good person, I'm a good person" and, and... oh *(Demonstrando-se frustrado e revoltado com a situação)* And in the end it's a hypnosis, in the end you walk around all day "I'm a good person, I'm a good person", even if you want to stop it, you can't stop it anymore. "Good person, good person, good person". Every time, the same argument... it's annoying. The, the, the less people try to influence... the way of thinking, the better. If you ask me. *(Pausa)* The... *(Pausa)* The good advisers, people always come with simple good advices but, but things aren't that simple for a TI. A TI is kept busy twenty-four hours a day and has no time for sports and, and, and, and things... and, and... there's just no time for it. A TI is just tired twenty-four hours a day. *(Pausa)* I don't want they... I don't want to go to the Hospital de Dia para fazer uns, uns desenhos, porque isso não vai chegar a nenhum lado. Eu já estou a fazer isso há onze anos. I'm doing this for eleven years already. *(Pausa)* This is just putting people in rooms and just let them walk around, around, around, around, around and, and doing nothing. This is going nowhere. *(Demonstrando-se frustrado)*

E- If the treatment was no longer involuntary, would you continue the treatment and take the medication that is prescribed?

P9- Yes. *(Pausa)* Well, I don't have a problem to, to... If this is becoming voluntary, I don't have a problem to come back and receive those injections. Because at least they leave the devices alone, when I take my medication.

E- So, you would prefer the treatment to be voluntary again, is that it?

P9- Yes, yes.

E- Is there any additional information that you would like to share with me about your experience of involuntary treatment?

P9- Well, you've asked me a lot more questions than anybody in this clinic, to start with (*Rindo-se*). You showed a lot more interest and understanding, if you ask me. (*Pausa*) And... I want to thank you for that. (*Pausa*) And... I just hope my answers can help you in your paper. (*Pausa*) Because you only create aversion. (*Pausa*) you only create aversion by doing this with oppression. (*Pausa*) You don't always have to grab to medication immediately... but that's, that's where the money is. This is, this is an industry (*Pausa*) where goes, where goes a lot of money around in this industry. It's all about money unfortunately, and not about healthcare. (*Pausa*) And I think if you're more patient with people, you don't need medication. Just, just talking with people... (*Pausa*) I think, I think you... can achieve a lot more. But the only thing they want to talk about is medication every time.

E- Is there anything else you would like to add?

P9- No, I don't think so.

E- You've already helped me a lot, thank you for your time and for answering these questions. If you have any doubts or want to clarify any information about the paper, you can contact me.

Tradução

E- Vamos começar a entrevista, obrigada pela sua participação neste estudo. Se preferir falar em inglês, para conseguir expressar melhor a sua opinião, pode fazê-lo. Esteja à vontade, não há mesmo problema.

E- As questões que vou fazer estão relacionadas com a experiência que teve de internamento contra a sua vontade. Qual é a sua opinião relativamente a esse internamento como forma de tratamento?

P9- Isto não é tratamento nenhum, isto não é... terapia. Eles não dão terapias. Eles deixam-te entrar... (*Pausa*) Não... não há conversas nenhuma. Tens algumas ideias, toma lá medicamentos. É a única coisa que eles fazem. Isto não é tratamento. Isso é só injetar, isto não, não é tratar. Só medicamentos, isso, isso, isso não é tratar as pessoas.

E- Isso quer dizer que não se sentiu envolvido nas decisões relacionadas com o seu tratamento?

P9- Uma... uma conversa com um psiquiatra de cinco minutos ou dez no máximo, isso não vai chegar a lado nenhum. Isso, isso não vai ajudar nada. Isso, isso é muito pouco tempo para... para conversar com uma pessoa... *(Pausa)* e... *(Pausa)* A única coisa com que eles se interessam é que tu tomes os medicamentos... *(Pausa)* Tu conheces, conheces... Conheces a expressão “*golden handshake*”?

E – Não.

P9 – Não? É uma expressão muito conhecida na psiquiatria. Precisas de um psiquiatra, ele dá-te um aperto de mão e dentro de dez minutos vais-te embora, com medicação e nunca mais o voltas a ver. E para o resto da tua vida tens que comprar a medicação ou a tua empresa de seguros... segurança, não é? *(Pausa)* Eles, eles ganham muito dinheiro desta forma. Isto não é um negócio justo.

E – Se um homem com quarenta anos e uma doença mental começasse a sentir uma mudança no seu comportamento, não conseguisse dormir durante vários dias porque ouvia vozes que mais ninguém conseguisse ouvir e, no entanto, recusasse tratamento. Achas que o internamento involuntário seria justificado?

P9 – Eu duvido que exista algum tratamento... *(Pausa)* que irá ajudar com isso porque as pessoas que fazem isso estão apenas interessadas em tornar as coisas pior e pior e pior. Eles, eles querem privar-te do sono. *(Pausa)* Eles querem privar-te do descanso. Eles querem privar-te de contactos. Nenhum contacto com amigos, nenhum contacto com família. *(Pausa)* Eles... *(Pausa)* eles querem fazer as pessoas zangadas, eles até querem... *(Pausa)* provocar lutas, lutas reais, pessoas a baterem em pessoas, pessoas a darem tiros a pessoas, pessoas a plantarem bombas. Isto, isto, isto, isto... E, e, e eles não interferem, eles têm uma política de não interferir. Então eles, eles provocam tudo e depois não interferem. *(Pausa)* Isto é, isto é um crime, o que está a acontecer. E eu acredito que é sobre... com, com três por cento da população, tanto quanto sei. *(Pausa)* Tudo é provocado.

E – Sentiu-se melhor depois de ser internado contra a tua vontade?

P9 – Não, quero dizer.... Sim, mais descansado. Eu posso tomar o lorazepam, por exemplo se precisar de relaxar um bocadinho o meu corpo. Lorazepam é talvez o único... medicamento que, que... pode ajudar. Mas o problema com ele é que é mau para a memória e tu precisas de mais e mais e mais... até um certo ponto, para... para ter o mesmo efeito. E.... esse é o problema, não existe uma medicação segura para isto.

E – Sentiu-se melhor depois de começar a medicação que lhe foi prescrita?

P9 – Não... Não é isso. Parece que... quando... quando estás a ser tratado na Psiquiatria, parece que eles estão felizes. E, e.. até parece que sim... *(Pausa)* porque eles põem muito menos esforço em perturbar-me. Porque, eu sei que eles conseguem produzir vozes de todos os dispositivos eletrónicos que estão em minha casa e desde que saí da clínica esses dispositivos foram silenciados. E eu estou certo de que as vozes vieram desses dispositivos porque quando os punha perto dos meus ouvidos o som ficava mais alto, e quando os afastava dos meus ouvidos o som ficava mais baixo. Então estou convicto que as vozes vinham dos dispositivos. *(Pausa)* E, e eles já não usam os dispositivos. *(Pausa)* Eles foram silenciados, então eles, eles são, eles são felizes quando as pessoas estão em psiquiatria. *(Pausa)* Eles podem dizer que não, mas eu acho que sim.

E- Tem algum problema ou preocupação com a medicação que tem estado a tomar?

P9- Não, é, é, é... eu, eu, eu recusei muitos antipsicóticos, muitos antipsicóticos diferentes. E o que estou a usar agora não é tão... forte, não é tão pesado. Não tremo com as pernas ou... não perco saliva enquanto durmo, ou... ou o que quer que seja, por isso... não me importo de tomar estas injeções.

E- Agora dorme melhor?

P9- *(Pausa)* Às vezes, mas não com antipsicóticos, mas com lorazepam.

E- Acha que o facto de já não ouvir as vozes que saem dos aparelhos está relacionado com o efeito da medicação que tem tomado?

P9- Não, não, são os aparelhos. São os aparelhos, é, é a tecnologia. Isto é tecnologia.

E- Durante o período em que estive internado, referiu que não conseguiu estar em contacto com amigos e familiares. Não pode receber visitas ou não recebeu visitas dos seus familiares?

P9- Ah, sim, eles faziam-no. Sim, sim, pode-se usar o telefone de manhã, durante uma hora, e podemos contactar quem quiser. *(Pausa)* Não, os meus amigos e família já não me contactam. É como se houvesse uma... uma... uma proibição... *(Pausa)* É como se não fosse permitido contactar-me e as pessoas fossem pagas para obedecer. *(Pausa)* Há uma economia paralela. *(Pausa)* As pessoas são subornadas, pagas. *(Pausa)* As pessoas têm medo de se tornarem vítimas também, por isso obedecem. É um jogo muito sujo. Não é um jogo, é uma guerra. É uma guerra muito suja. Porque se, se dois soldados se colocam em frente um do outro... ambos têm uma arma e

podem disparar ao mesmo tempo e aquele que matar ganha. E eles têm as mesmas hipóteses. E isto é apenas oprimir alguém com armas invisíveis e, e e sem nunca se mostrarem e, e... são cobardes.

E- Então, acha que a sua família foi convencida a deixar de o contactar?

P9- Sim, a única família com quem ainda falo são os meus pais. *(Pausa)* Ainda telefono aos meus pais, os meus pais ainda me telefonam. O meu pai visitava-me aqui quase todos os dias. Mas quando estou em casa, já não há ninguém que me telefone. *(Pausa)* A minha situação chama-se como se diz "estou a tempo". *(Pausa)* Sou um 'TI', um indivíduo alvo e um indivíduo alvo está no tempo. *(Pausa)* As pessoas no tempo precisam de ser isoladas *(Pausa)* e... pouco a pouco, estão a proibir as pessoas de procurarem e... de me procurarem e de me contactarem. Eles querem-me isolado, completamente isolado.

E- Sentiu algum apoio por parte dos profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento involuntário?

P9- Não, a única coisa que eles fazem é, é servir comida e.. e, e dar medicação. E depois voltam para o quarto deles.... e, e ficam a falar uns com os outros, "bla, bla, bla, bla, bla", o dia todo. E eles não cuidam realmente dos utentes, não. *(Pausa)* Não é que não tenhamos falado, mas todas as vezes tenho de os procurar e.. e em cinco minutos... é, é, é o fim da conversa, é... isto não é, isto não é, isto não é falar com as pessoas.

E- Acha que havia outras alternativas ao internamento involuntário que poderiam ter sido consideradas no seu caso?

P9- Eu acho que as pessoas só precisam de... relaxantes, lorazepam, oxazepam, diazepam. *(Pausa)* Nada mais. *(Pausa)* E conversas, conversas longas, e, e pessoas pacientes, porque as pessoas são muito impacientes. *(Pausa)* Eu não, não acredito em... *(Pausa)* Talvez se alguém tiver alucinações visuais, como por exemplo... quando se vê coisas a moverem-se que estão, que estão... e se está imóvel, mas quando se vê movimentos à frente dos olhos, alucinações. Então eu diria para experimentar antipsicóticos, mas não para estas alucinações auditivas... Estas não são alucinações. Isto é tecnologia.

E- Então, se uma pessoa com uma doença mental tivesse alucinações visuais e estivesse confusa, acha que deveria ser considerado o tratamento com antipsicóticos?

P9- Sim, então tem de se tentar alguma coisa.

E- Participou ou sentiu-se envolvido nas decisões que foram tomadas relativamente ao seu tratamento involuntário?

P9- Não. Não. *(Pausa)* Estás a ver aqui, eu já sei o resultado disto, vai ficar compulsivo.

E- Quais são as suas expectativas em relação ao seu tratamento daqui para a frente?

P9- Isso, isso, isso, isso, que mais vale falar, falar para uma parede do que com essas pessoas. *(Pausa)* Já estive em consultas, já, depois de ter saído da clínica e... também foi... eu disse a minha opinião muito claramente, também estava zangado. Tentei manter-me calmo, só disse "Quero o mínimo de conversas possível!". Quero... eu, eu, eu prefiro entrar, levar a injeção e sair o mais depressa possível. Eu, eu, eu estou em psiquiatria há onze anos. Já fiz diferentes terapias, também fiz terapia cognitivo-comportamental. Então tem que se repetir o dia inteiro, "eu sou uma boa pessoa, eu sou uma boa pessoa" e, e.. oh *(Demonstrando-se frustrado e revoltado com a situação)* E no final é uma hipnose, no final tu andas o dia inteiro "Eu sou uma boa pessoa, eu sou uma boa pessoa", mesmo que queiras parar, tu não consegues parar mais. "Boa pessoa, boa pessoa, boa pessoa". Sempre o mesmo argumento... é irritante. Quanto, quanto menos as pessoas tentarem influenciar... a forma de pensar, melhor. Se me perguntares. *(Pausa)* Os... *(Pausa)* Os bons conselheiros, as pessoas vêm sempre com bons conselhos simples mas, mas as coisas não são assim tão simples para um "TI". Um "TI" está ocupado vinte e quatro horas por dia e não tem tempo para desporto e, e, e, e coisas... e, e... não há tempo para isso. Um "TI" está apenas cansado vinte e quatro horas por dia. *(Pausa)* Eu não quero... eu não quero ir ao Hospital de Dia para fazer uns, uns desenhos, porque isso não vai chegar a nenhum lado. Eu já estou a fazer isso há onze anos. Já estou a fazer isso há onze anos. *(Pausa)* Isto é só pôr as pessoas em quartos e deixá-las andar à volta, à volta, à volta, à volta, à volta e, e não fazer nada. Isto não vai a lado nenhum. *(Demonstrando-se frustrado)*

E- Se o tratamento deixasse de ser involuntário, continuaria a cumprir o tratamento e a tomar a medicação que lhe foi prescrita?

P9- Sim. *(Pausa)* Bom, eu não tenho problema de, de... Se isto se tornar voluntário, eu não tenho problema de voltar e receber essas injeções. Porque, pelo menos, eles deixam os dispositivos em paz, quando tomo a medicação.

E- Então, preferia que o tratamento voltasse a ser voluntário, é isso?

P9- Sim, sim.

E- Há mais alguma informação que queiras partilhar comigo sobre a sua experiência de tratamento involuntário?

P9- Bem, fez-me muito mais perguntas do que qualquer outra pessoa nesta clínica, para começar (*Rindo-se*). Mostrou muito mais interesse e compreensão, se me perguntar. (*Pausa*) E... quero agradecer-te por isso. (*Pausa*) E... só espero que as minhas respostas te possam ajudar no teu trabalho. (*Pausa*) Porque só se cria aversão. (*Pausa*) Só se cria aversão ao fazer isto com opressão. (*Pausa*) Nem sempre é preciso começar imediatamente a medicação..., mas é aí que está o dinheiro. Esta é, esta é uma indústria (*Pausa*) onde existe, onde existe muito dinheiro nesta indústria. Infelizmente, é tudo uma questão de dinheiro e não de cuidados de saúde. (*Pausa*) E acho que se formos mais pacientes com as pessoas, não precisamos de medicação. Basta falar com as pessoas... (*Pausa*) Acho que se pode conseguir muito mais. Mas a única coisa de que querem falar é sempre da medicação.

E- Há mais alguma coisa que gostasse de acrescentar?

P9- Não, acho que não.

E- Já me ajudou muito, obrigado pelo seu tempo e por responder a estas perguntas. Se tiver alguma dúvida ou quiser esclarecer alguma informação sobre o trabalho, pode contactar-me.

Anexo V - Carta escrita pelo Participante 9

Texto Original

“This situation is ridiculous and I would like to complain about my involuntary treatment. I called the emergency services myself to be internalized in the clinic, because those voices kept me awake for 4 days after an already very tiring period. When I came into the clinic they were very impatient and they didn’t even give me the chance to give them my phone number. That’s where I got angry and didn’t want to be treated this way. They followed me on my lip around the clinic and at some point grabbed my arms and wanted to put me on the ground. 3 vs 1, that’s where we got into some sort of struggle. Then they gave me an injection and threw me in the isolation cell. I woke up the next morning and the first thing I said was: “The violence of psychiatry”. After this my internment was changed from voluntary to involuntary and I don’t agree with this and won’t sign any paper that I do! I would like to have

my treatment changed back to voluntarily. What you did was a dirty trick and abuse of power! You should learn to be patient with your patients and let them finish talking. Especially if there is a language barrier! This is not fate, this is the arrogance of the healthcare workers. This is their feeling of security because of rules and regulations they can oppose and their power they can abuse! Furthermore they have the weakness not to be able to admit their mistakes, and they confuse the truth about what happened with a made up story. I'm not stupid, I know very well how it went down! Will there ever be spoken justice in my entire life? I'm tired of begging and fighting!"

Tradução

"Esta situação é ridícula e gostaria de me queixar do meu tratamento involuntário. Eu próprio chamei os serviços de emergência para ser internado na clínica, porque aquelas vozes me mantiveram acordado durante quatro dias, depois de um período já muito cansativo. Quando cheguei à clínica, eles estavam muito impacientes e nem sequer me deram a oportunidade de lhes dar o meu número de telefone. Foi aí que fiquei zangado e não queria ser tratado desta forma. Seguiram-me à volta da clínica e, a dada altura, agarraram-me nos braços e quiseram deitar-me ao chão. 3 contra 1, foi aí que entrámos numa espécie de luta. Depois deram-me uma injeção e atiraram-me para a cela de isolamento. Acordei na manhã seguinte e a primeira coisa que disse foi: "A violência da psiquiatria". Depois disto, o meu internamento passou de voluntário a involuntário e eu não concordo com isto e não vou assinar nenhum papel que o diga! Gostaria que o meu tratamento voltasse a ser voluntário. O que fizeram foi um truque sujo e um abuso de poder! Deviam aprender a ser pacientes com os seus utentes e deixá-los acabar de falar. Especialmente se houver uma barreira linguística! Isto não é o destino, é a arrogância dos profissionais de saúde. É o seu sentimento de segurança devido às regras e regulamentos a que se podem opor e ao poder de que podem abusar! Além disso, têm a fraqueza de não serem capazes de admitir os seus erros e confundem a verdade sobre o que aconteceu com uma história inventada. Eu não sou estúpido, sei muito bem como é que as coisas se passaram! Haverá alguma vez justiça falada em toda a minha vida? Estou farto de implorar e de lutar!"

Anexo VI - Análise de Conteúdo da Transcrição das Entrevistas

Categorias	Subcategorias	Citações
Experiência de tratamento involuntário	Esperança	<p>P1: “(...) E então há uma certa confiança que a gente deposita também nas outras pessoas (...)”</p> <p>P5: “(...) E há-de tudo passar, se Deus quiser. (...)”</p> <p>P7: “(...) e pensar... “Isto tudo vai correr bem, o tempo está a passar, o médico vai-me dar alta (...)”</p>
	Resignação	<p>P1: “(...) Eu aceitei. Foi uma aceitação. (...)”</p> <p>P2: “(...) agora está tudo bem, está tudo bem. (...)”</p> <p>P3: “(...) Já aceito mais a medicação. (...)”</p> <p>P4: “ (...) O que é... sou obrigado e sou obrigado a cá estar. (...)”</p> <p>P5: “(...) Foi uma parte que, que me custou um bocadinho, mas que eu tive que aprender a lidar. (...)”</p> <p>P7: “(...) Não, não, não, não, não, não, não que eu, eu, eu, eu acedi a tudo. Eu aceitei tudo e não, não... Não me preocupei mais. (...)”</p> <p>P9: “(...) eu não tenho problema de voltar e receber essas injeções. (...)”</p>
	Resiliência	<p>P1: “(...) Vão ser dois anos de força e de coragem, de coragem. (...)”</p>

		P5: “(...) Eu devo ser uma pessoa que... que luto contra tudo e contra... mesmo quando estou mesmo em baixo, eu consigo me renascer das cinzas. (...)”
	Empatia	P1: “(...) e depois somos internados e, e saímos com uma mentalidade mais aberta ao mundo, em relação a essas questões de... de doenças mentais (...)” P5: “(...) Mas... fiquei... sensível a outros casos que, que encontrei. (...)” P8: “(...) Primeiro pode acontecer a qualquer pessoa. (...)”
	Otimismo	P1: “(...) Eu sabia que também era por pouco tempo, sabes? E isso ajuda, quando uma pessoa sabe que está assim por pouco tempo nas coisas (...)” P5: “(...) Bom, as minhas expetativas é eu melhorar, não é? (...)”
	Revolta	P1: “(...) A minha reação inicial foi um bocado negativa (...)” P4: “(...) Oh eu fiquei um bocadito revoltado. Muito revoltado. (...)” P5: “(...) E eu disse: “Mas eu não estou doente! Por amor de Deus!”. (...)” P6: “(...) Revoltado. (...)” P7: “(...) eu venho para ser internado, passo aqui quinze dias, um mês, dois meses... e depois não há solução e eu fico assim do nada. (...)” P8: “(...) Então, a minha, a minha namorada acabou de me tentar esfaquear duas vezes, (...) e agora eu sou o quê? Sou, sou o mau da fita? Eu agora é que vou internado e sou, sou considerado perigoso. Isto é uma anedota, ou não é? (...)”

		P9: “(...) eu disse a minha opinião muito claramente, também estava zangado. (...)”
	Angústia	<p>P2: “(...) Mal. (...)”</p> <p>P3: “(...) Foi difícil Doutora, lidei mal com o problema. (...)”</p> <p>P4: “(...) Já sabia... já sei que... me ia sentir um bocadito mal no internamento, porque já sabia que me davam o haldol. (...)”</p> <p>P5: “(...) custou-me muito (...)”</p> <p>P7: “(...) Pois, muito, muito triste, muito, muito ansioso, chorava... muito triste. (...)”</p> <p>P9: “(...) Estou farto de implorar e de lutar! (...)”</p>
	Culpa	<p>P4: “(...) dei um desgosto à minha mãe e depois vim para aqui. (...)”</p> <p>P6: “(...) Ia matando a minha velhota, ia matando a minha mãe pah. Ela não merecia uma coisa destas. (...)”</p>
	Vergonha	P8: “(...) Algumas sim, só que eu... eu não digo a ninguém que estive internado num hospital psiquiátrico. (...)”
	Desconforto	<p>P4: “(...) Eu não gosto de cá estar. Mas é devido a não estar em casa. Porque se estiver na casa de outro, ainda muito menos gosto, não é? (...)”</p> <p>P5: “(...) Não me senti confortável, sou-lhe sincera, não me senti confortável a usar roupa de outras pessoas. (...)”</p>
	Ambivalência à admissão	<p>P1: “(...) A minha reação inicial foi um bocado negativa (...)”</p> <p>P3: “(...) Foi difícil Doutora, lidei mal com o problema. (...)”</p>

		<p>P5: “(...) custou-me muito (...)”</p> <p>P7: “(...) Pois, muito, muito triste, muito, muito ansioso, chorava... muito triste. (...)”</p> <p>P8: “(...) Então, a minha, a minha namorada acabou de me tentar esfaquear duas vezes, (...) e agora eu sou o quê? Sou, sou o mau da fita? Eu agora é que vou internado e sou, sou considerado perigoso. (...)”</p> <p>P9: “(...) Isto não é tratamento nenhum, isto não é... terapia. Eles não dão terapias. (...)”</p>
	Ambivalência durante o internamento	<p>P1: “(...) Eu aceitei. Foi uma aceitação. (...)”</p> <p>P3: “(...) Já aceito mais a medicação. (...)”</p> <p>P5: “(...) Foi uma parte que, que me custou um bocadinho, mas que eu tive que aprender a lidar. (...)”</p> <p>P7: “(...) Não, não, não, não, não, não, não que eu, eu, eu, eu acedi a tudo. Eu aceitei tudo e não, não... Não me preocupei mais. (...)”</p> <p>P8: “(...) Senti-me bem... no internamento. (...)”</p> <p>P9: “(...) eu não tenho problema de voltar e receber essas injeções. (...)”</p>
	Alexitimia	<p>P1: “(...) É... não há... não há palavras para expressar certas emoções que a gente sente cá dentro, (...)”</p> <p>P8: “(...) É assim, a situação foi muito complexa. Foi muito complexa. (...)”</p>
Condições do tratamento em meio hospitalar	Satisfação	<p>P5: “(...) É limpo, a comida também é em abundância e pode-se comer. (...)”</p> <p>P8: “(...) O internamento em si, a comida, estar a falar com pessoas que não estão aos gritos, estar a falar com pessoas... normais, pessoas que não têm nada a ver com o que eu passava em casa... (...)”</p>

		P9: (...) Sim, sim, pode-se usar o telefone de manhã, durante uma hora, e podemos contactar quem quiser. (...)”
	Desagrado	P2: “(...) Meteram-me num quarto, que hoje já lá não existe, que é uma sala. Estava lá só uma casa de banho... (...) só uma sanita e nem água tinha. E nem água tinha. (...)”
Ações dos profissionais de saúde	Ato de cuidado	P1: “(...) nos ajuda a encontrarmo-nos outra vez, pela nossa melhor pessoa. (...)” P1: “(...) eu vi que estava num sítio onde as pessoas fazem o bem (...)” P2: “(...) Ah sim, sim, foi bom estar cá internado. Foi bom, foi bom. (...)” P3: “(...) Sempre me trataram bem. (...)” P4: “(...) agora eu sei bem que eles... fazem tudo para uma pessoa se cá sentir bem (...)” P5: “(...) alguém que esteja cansado para descansar a mente, isto é o ideal. (...). É como que um retiro. (...)” P8: “(...) O objetivo é esse. O objetivo é cuidar da pessoa. (...)”
	Apoio	P1: “(...) Sim, sim. (...)” P2: “(...) Quando eu estive cá, toda a gente me tratou bem e ajudaram-me. (...)” P3: “(...) Senti o apoio dos meus pais e das pessoas que trabalham cá na Psiquiatria. (...)” P5: “(...) Estavam bem, estavam, estavam bem. (...)” P8: “(...) Sim, sim. (...)”
	Consideração pelas necessidades	P4: “(...) mas a Doutora chegou logo, foi logo prestável. Nisto, deu-me um, um medicamento a substituir o quetiapina, (...) Deu-me logo outro comprimido a substituir e tal. (...)”

		<p>P5: “(...) eu não trouxe roupas também e eles lá nisso também fizeram o favor de me ir facultando roupas. (...)”</p> <p>P5: “(...) Se eu, se eu solicitasse alguma coisa, mesmo... eles... eles.. facultavam-me... (...)”</p>
	Falta de apoio	<p>P6: “(...) Apoio? Não, não, não. Muito pelo contrário. (...)”</p> <p>P7: “(...) Oh... não podia, davam-me pouco. Davam-me pouco. (...)”</p> <p>P8: “(...) Não. Isso é assim, quem é que se preocupa comigo? É o médico? (...)”</p>
	Défice na comunicação	<p>P8: “(...) Tudo, tudo na base das mentiras e nas ocultações, que é a única coisa que se faz no tribunal de hoje... e os psicólogos e os psiquiatras, é... é nessa base.</p> <p>P9: “(...) Não é que não tenhamos falado, mas todas as vezes tenho de os procurar e... e em cinco minutos... é, é, é o fim da conversa, é... isto não é, isto não é, isto não é falar com as pessoas. (...)”</p>
	Coerção	<p>P6: “(...) Assistiu-me... assistiu-me um fulano, um tal... Doutor Nuno Trovão e fui enganado. (...)”</p> <p>P6: “(...) Fui obrigado, fui chantageado... pelo Doutor Nuno Trovão, em caso concreto. (...)”</p> <p>P6: “(...) fui obrigado a desesperar... (...) a ser contraproducentes e a tentarem meter na cabeça a um gajo que está maluco, ou que está... (...)”</p> <p>P8: “(...) Vim... foi tudo mentira, contaram-me não sei quantas mentiras. Disseram-me que eu ia só para o hospital três dias e depois ia voltar para casa. (...)”</p> <p>P9: “(...) Precisas de um psiquiatra, ele dá-te um aperto de mão e dentro de dez minutos vais-te embora, com medicação e nunca mais o voltas a ver. (...) Eles, eles ganham muito dinheiro desta forma. Isto não é um negócio justo (...)”</p>

		P9: “(...) É o seu sentimento de segurança devido às regras e regulamentos a que se podem opor e ao poder de que podem abusar! (...)”
	Falta de consideração pelas necessidades	<p>P2: “(...) a minha reação foi... em querer beber água e não me a deram. (...)”</p> <p>P8: “(...) Não, zero, zero. Isso é zero. Nem sequer o que se passou eles têm minimamente em conta, eles querem lá saber do que é que aconteceu. (...)”</p> <p>P9: “(...) E eles não cuidam realmente dos utentes, não. (...)”</p> <p>P9: “(...) Não, a única coisa que eles fazem é, é servir comida e... e, e dar medicação. E depois voltam para o quarto deles.... (...)”</p> <p>P9: “(...) Tens algumas ideias, toma lá medicamentos. É a única coisa que eles fazem. Isto não é tratamento. (...) Só medicamentos, isso, isso, isso não é tratar as pessoas. (...)”</p>
	Agressividade	<p>P2: “(...) Fui um bocadinho mal recebido. (...)”</p> <p>P5: “(...) A primeira abordagem no primeiro dia é que foi assim um bocadinho brusca, mas pronto. (...)”</p> <p>P9: “(...) Seguiram-me à volta da clínica e, a dada altura, agarraram-me nos braços e quiseram deitar-me ao chão. Três contra um, foi aí que entrámos numa espécie de luta. Depois deram-me uma injeção e atiraram-me para a cela de isolamento. (...)”</p>
	Desrespeito	P6: “(...) Falei se ela me tira isto e ela... chamando-me estúpido, basicamente chamou-me, chamou-me estúpido. Disse que me posso rir de mim (...)”
	Ambivalência	<p>P2: “(...) Fui um bocadinho mal recebido. Meteram-me num quarto, que hoje já lá não existe, que é uma sala. (...) Depois do resto, do... do resto do tempo, já fui bem recebido. (...)”</p> <p>P5: “(...) A primeira abordagem no primeiro dia é que foi assim um bocadinho brusca, mas pronto. Foi mais no primeiro dia, mas pronto. Foi, foi um instante. (...)”</p>

		P8: “(...) Vim... foi tudo mentira, contaram-me não sei quantas mentiras. Disseram-me que eu ia só para o hospital três dias e depois ia voltar para casa. (...) Senti-me bem... no internamento. (...)”
Ações de outros profissionais envolvidos no processo	Apoio	P7: “(...) Só assim na secretaria, há pessoas que gostam de mim e que me conhecem, (...)”
	Coerção	P6: “(...) Os papéis falam por mim... eu tenho os papéis da alta e os papéis do internamento, por exemplo, e todos eles infringem a lei. (...)” P6: “(...) E eu provei e demonstrei e fui à polícia. E quando fui à polícia para... a meter o Ministério Público a... ter com o Ministério Público, o processo deste caso, disseram que não. E disseram que... disseram que eram impunes. (...)” P8: “(...) a polícia chegou ao pé de minha casa “armado em campeão”. Entrou pela minha casa adentro, a enfrentar-me: (...), “Ah estás a falar assim comigo, vais ver o que é que te vai acontecer!”. E depois fui internado, foi assim que aconteceu. (...)”
	Agressividade	P6: “(...) No domicílio involuntário não está... vinte polícias com o papel a dizer: “Partam-me portas e janelas”. (...) e ir-me buscar, ir-me buscar a casa sem... sem mais, sem mais nem menos. (...)” P7: “(...) eles é que me racharam aqui a cabeça, mandaram-me um pontapé aqui na, na nalga, que eu fui operado aqui às costas. Fui para o hospital, um GNR é que me deu o pontapé e ninguém quis saber de nada. E trataram-me assim tudo e, (...)”
Estado de saúde após tratamento	Melhoria do estado de saúde durante o internamento	P3: “(...) Sim, sim. (...)” P4: “(...) Ah isso resultou, o resto da medicação resultou. (...)” P9: “(...) Sim, mais descansado. (...)”
	Melhoria do estado de saúde após o internamento	P1: “(...) Notei, notei. (...) Ya, eu melhorei. (...)” P2: “(...) E... tenho-me dado bem. Já no mês passado, dei-me melhor e neste mês ainda ando melhor. (...) Eu hoje ando bem. Ando bem. (...)”

		<p>P3: “(...) Sim Doutora, com a ajuda da medicação é muito importante... (...)”</p> <p>P4: “(...) Ainda ando mal, mas já ando melhor. (...)”</p> <p>P5: “(...) Sim, agora sinto-me bem. (...)”</p> <p>P7: “(...) Eu sentir, sinto-me, sinto-me bem com a medicação para dormir à noite. (...)”</p> <p>P8: “(...) Sim, sim. Senti-me melhor. (...)”</p> <p>P9: “(...) Às vezes, mas não com antipsicóticos, mas com lorazepam. (...)”</p>
	Ausência de melhoria do estado de saúde durante o internamento	<p>P2: “(...) Melhorou pouca. (...) Pouca. Muito pouco. (...)”</p> <p>P6: “(...) Piorou, só piorou, estou farto de lhe dizer que só piorou. (...)”</p> <p>P7: “(...) Sinto, sempre me senti bem... eu antes de coiso, não me sentia diferente. (...)”</p> <p>P8: “(...) Não, no internamento não. Não, mas eu mudei de medicação depois do internamento. (...)”</p>
	Ausência de melhoria do estado de saúde após o internamento	<p>P6: “(...) Não está a ajudar absolutamente em nada. (...)”</p> <p>P7: “(...) Eu antes de não levar as injeções, eu sentia-me uma pessoa normal, cheia de forças, cheia de alegrias, cheio de vontade, cheio de... espetacular mesmo. E agora, estou apagado, pronto. (...)”</p>
Adaptação ao plano terapêutico	Efeitos benéficos da medicação	<p>P4: “(...) Sim, sim, o restante tratamento não faz mal nenhum. (...) É como lhe digo, tirando o haldol, está tudo bem. (...)”</p> <p>P5: “(...) o horário das refeições era certinho e eu... era certinho e eu consegui emagrecer, mesmo tomando esta medicação e fazendo a injeção. (...)”</p>

		<p>P7: “(...) Mas, correu tudo bem. Correu tudo bem, a medicação não me fez mal nenhum. (...)”</p> <p>P9: “(...) E o que estou a usar agora não é tão... forte, não é tão pesado. Não tremo com as pernas ou... não perco saliva enquanto durmo, ou... (...)”</p>
	<p>Aprensão quanto a possíveis efeitos adversos da medicação</p>	<p>P1: “(...) A longo prazo, tenho um bocadinho de medo de ficar dependente deste medicamento. (...) mas a longo prazo poderá não fazer tão bem. (...)”</p> <p>P2: “(...) A injeção é muito forte e pensei que me fazia mal. (...)”</p> <p>P3: “(...) Sim Doutora, às vezes abandonava a medicação. (...) Pensava que não me fazia bem, (...)”</p> <p>P5: “(...) até porque me disseram que o ácido valpróico não se pode tomar para sempre, que tem que ser períodos de tratamento... alguns períodos... (...) No entanto... já lá vão... este tempo todo. (...)”</p> <p>P5: “(...) Mas... o que é certo e verdade, que eu não sei se é a medicação se não, que eu estou com um problema gástrico... (...)”</p> <p>P6: “(...) Tenho, estou a tomar merdas que, (...) que não preciso, (...) que alguns deles têm defeitos que... que eu... Não preciso deles para nada. (...)”</p> <p>P7: “(...) É, é... é quando é que eu posso deixar e não poder. E eu depois não conseguir. Quando é que... quando é que me a tiram e eu depois estar a ressacar aquilo. Como se costuma dizer, a falta daquilo. (...)”</p> <p>P8: “(...) Sim, sim. (...)”</p> <p>P9: “(...) Mas o problema com ele é que é mau para a memória e tu precisas de mais e mais e mais... até um certo ponto, para... para ter o mesmo efeito. (...)”</p>
	<p>Efeitos adversos da medicação</p>	<p>P1: “(...) Eu estava um bocadinho mais pálido por causa da medicação que fazia. (...)”</p>

		<p>P2: “(...) E, e andava mal quando a levava, aqui do, do, dos rins e da, da perna. (...)”</p> <p>P4: “(...) Ouça, os comprimidos que aqui me deram no internamento de haldol, põem-me inflamado. (...)”</p> <p>P6: “(...) Causa. (...) Tirou-me a virilidade... provocou-me agitação, provocou-me câibras.... Sinto-me mais pesado. (...)”</p> <p>P7: “(...) Mas só que faz-me bloquear muita vez a conversa, não faz-me uma conversa a quase contínua. Bloqueia-me o pensamento das conversas. (...)”</p> <p>P8: “(...) Uma das coisas que me começou a acontecer depois da medicação é... Estou sentado, levanto-me e quando me levanto, sinto no coração uma coisa esquisita e fico meio... é uma pequena quebra de tensão, (...) E sinto-me maldisposto. (...)”</p>
	Preocupação com outros aspetos do tratamento	<p>P4: “(...) Preocupa-me isso e... e... estar aqui também não gosto. (...)”</p> <p>P7: “(...) Só faz estar a dar trabalho às pessoas por... por terem de me trazer e aqui a estar a dar trabalho a eles e tudo. (...)”</p> <p>P7: “(...) É que seja internado outra vez. (...)”</p> <p>P7: “(...) Isto aqui... eu só tenho medo é quando... ou que não acabe, ou quando acabar... qual é que é o efeito secundário. (...)”</p> <p>P8: “(...) tenho uma preocupação que é a minha mãe começar a gritar comigo e eu dizer: “Para de gritar que eu já não aguento!” e ela dizer: “Agora, agora vais-te internar no hospital, estás a falar assim, agora vais ser outra vez internado!” (...)”</p>
	Recusa terapêutica	<p>P3: “(...) Não queria ser internado, estava-me sempre a recusar aos tratamentos e não tomava as medicações e... (...) Porque não queria ser tratado (...)”</p>
	Influência positiva na adesão terapêutica	<p>P1: “(...) porque ou isso, ou a minha mãe ficava com mais cabelos brancos do que os que já tem (...)”</p>

Rede de apoio		P5: “(...) eu, eu posso pensar uma coisa, mas as pessoas que estão à minha volta, se... se calhar também interferiram um bocado na decisão de eu cá ficar... (...) Se calhar eles são melhores observadores do que eu. Eles diziam: “Mãe, tu não estás bem!”. (...)”
	Influência negativa na adesão terapêutica	<p>P4: “(...) A minha mãe passa tudo bem. (...) Lá em casa, quis-me ela fazer, dizer, que tinha de aguentar. (...)”</p> <p>P7: “(...) Eu tinha amigos aqui que até chegaram a dizer para os enfermeiros, a dizer que eu não tinha nada, que não estava ali a fazer nada. (...)”</p> <p>P7: “(...) Foi o Doutor Nuno dar-me a alta e esconder... a carta estava na... foi para a casa, para o correio da minha mãe e esconderam-me a carta. E eu discuti com a minha mãe: “Porque é que tiraste-me a carta? Porque é que a escondeste? (...)” E eu depois... ela telefonou à GNR. (...)”</p> <p>P8: “(...) Agora, a minha mãe acha que eu sou esquizofrénico, acha que eu sou bipolar, acha que eu sou horrível, que eu sou isto, que eu sou aquilo, que eu sou aqueloutro. Quando ela é que passou três, quatro, cinco horas por dia, todos os dias da minha vida, a gritar comigo. (...)”</p>
	Suporte social percebido	<p>P1: “(...) tirando só a minha mãe, mas depois lá fora, eu vi um apoio, um apoio... ligeiro da parte deles. (...) Sim, inclusive amigos. Sim, estamos a falar dos amigos. (...)”</p> <p>P2: “(...) Vieram sim, vieram sim, vieram sim. Apoiaram, apoiaram e têm cá estado. (...)”</p> <p>P3: “(...) Sim, sim. Dos meus pais. Senti o apoio dos meus pais (...)”</p> <p>P4: “(...) Oh senti, ela fez o que pode (...)”</p> <p>P5: “(...) Sim, sim, mais por parte da minha família do que até por mim, pronto. (...)”</p>

		<p>P5: “(...) No entanto, também fiz algumas amizades, fiquei com alguns contactos daqui. (...)”</p> <p>P7: “(...) Mas mais dos que estavam internados, acredita? (...)”</p> <p>P7: “(...) Agora o meu pai ainda me vem cá a ver aqui ao centro. (...)”</p> <p>P8: “(...) Senti da minha namorada. (...)”</p> <p>P9: “(...) Sim, a única família com quem ainda falo são os meus pais. Ainda telefono aos meus pais, os meus pais ainda me telefonam. O meu pai visitava-me aqui quase todos os dias. (...)”</p>
	Ausência de suporte social	<p>P2: “(...) Não Doutora, eu com amigos não me sentia, como muita gente não me sentia apoiado. O que muita gente queria era o meu mal. (...)”</p> <p>P7: “(...) Mas eles também não querem saber. A minha irmã não quer saber de mim. (...)”</p>
	Mudança positiva do ambiente familiar após internamento	<p>P7: “(...) eu desviei-me, eu... ela, ela fazia com que eu me enervasse, ou então não tinha possibilidades, ou assim. Eu agora não, prontos. Eu agora... já não insisto. (...)”</p> <p>P8: “(...) Porque a minha mãe depois... a minha mãe agora já não é assim, já não me grita. A minha mãe já parou. (...)”</p>
	Mudança negativa do ambiente familiar após internamento	<p>P9: “(...) Não, os meus amigos e família já não me contactam. (...)”</p>
Envolvimento nas decisões relacionadas com o tratamento	Participação ativa no plano terapêutico	<p>P2: “(...) Fui eu que escolhi ficar cá neste hospital de saúde mental. (...) Na altura concordei em vir para aqui. Concordei em vir aqui para o centro de saúde mental. (...)”</p> <p>P3: “(...) Sim. (...)”</p>
	Adesão terapêutica	<p>P1: “(...) Sim, eu aceitei. Eu aceitei o tratamento (...)”</p>

		<p>P2: “(...) Estava envolvido no tratamento, porque eu nunca deixei de tomar o medicamento que ando a tomar lá em casa. (...)”</p> <p>P3: “(...) Sim, cumpri a medicação que me deram. (...)”</p>
	Paternalismo médico	<p>P2: “(...) A Doutora sabe bem, já sabe o porque é que eu vim, e estou, e venho aqui. (...) Sabe melhor do que eu. (...) Não vale a pena, as Doutoradas sabem de tudo. (...)”</p> <p>P5: “(...) Eu não... envolvida não estava, porque quem trata dessas decisões são os... médicos, não é? (...)”</p> <p>P7: “(...) Não, não, eles... eles puseram aquela regra assim. Foi o tribunal, o tribunal é que foi o... (...)”</p> <p>P9: “(...) Não. Não. Estás a ver aqui, eu já sei o resultado disto, vai ficar compulsivo. (...)”</p>
	Violação de direitos	<p>P1: “(...) Senti-me um bocadinho fechado (...)”</p> <p>P1: “(...) não tinha direito, não tinha assim muito direito a visitas, tirando só a minha mãe (...)”</p> <p>P4: “(...) Não gosto porque eu em casa se quero dormir um bocadinho mais de manhã, durmo, se me quero deitar um bocadito mais cedo, deito. É muito melhor. (...)”</p> <p>P5: “(...) Fez-me falta o meu telemóvel, fez-me falta os meus trabalhos, fez-me falta o meu livro, (...) Fez-me falta... eu ter tempo para mim, de me arranjar, de me vestir, de fazer as minhas caminhadas. (...)”</p> <p>P6: “(...) Senti-me preso... sem ter nada, onde dormir, sem coiso, sem... (...)”</p> <p>P6: “(...) Eu tenho um, um papel assinado contra a lei em que... sou obrigado a levar a medicação sob pena. O tal porque me o pediram. Se não, não a levava. (...)”</p>

		<p>P6: “(...) Não há mais nada que possa dar a parecer. Nem ajuda. Com papéis e tudo, vê tu bem. (...)”</p> <p>P7: “(...) Saí... e depois teve que ser uma pessoa responsável a vir-me a buscar. Parece que eu estou... preso, mas na rua. (...)”</p> <p>P7: “(...) Eu tive cá tanta vez, Senhora Doutora, tive cá tantas vezes... seguidas, meses e semanas. (...)”</p> <p>P8: “(...) Porque estar aqui condicionado sempre a ter... sempre a vir cá... não é destruir a vida de outra pessoa, mas é... parcialmente destruir a vida de outra pessoa. (...)”</p> <p>P9: “(...) Eles, eles querem privar-te do sono. Eles querem privar-te do descanso. Eles querem privar-te de contatos. Nenhum contacto com amigos, nenhum contacto com família. (...)”</p> <p>P9: “(...) Isto é só pôr as pessoas em quartos e deixá-las andar à volta, à volta, à volta, à volta, à volta e, e não fazer nada. (...)”</p> <p>P9: “(...) Porque só se cria aversão. Só se cria aversão ao fazer isto com opressão. (...)”</p>
Tratamento justificável	Perspetiva na primeira pessoa	<p>P1: “(...) Sim, sim foi justificado. (...)”</p> <p>P2: “(...) Ah sim, sim, foi bom estar cá internado. Foi bom, foi bom. (...)”</p> <p>P3: “(...) Achava que não precisava, mas precisava. (...)”</p>
	Perspetiva na terceira pessoa	<p>P1: “(...) Portanto, eu acho que se ouvisse que uma pessoa estivesse a passar o mesmo que eu já passei, eu indicava o tratamento psiquiátrico. (...)”</p>

		<p>P2: “(...) Doutora por vezes, por vezes é, é preciso. Por exemplo, se as pessoas se alteram muito... precisam do internamento no centro de saúde mental. (...)”</p> <p>P3: “(...) Sim, justificava-se. (...)”</p> <p>P5: “(...) Oh eu teria vindo... eu já estive internada tantas vezes na Psiquiatria. Eu nunca... nunca me opus... Portanto viria de livre vontade. (...)”</p> <p>P5: “(...) Eu aconselhava o mesmo. Sim (...)”</p>
Tratamento não justificável	Perspetiva na primeira pessoa	<p>P4: “(...) Eu não gosto de cá estar. O que é... sou obrigado e sou obrigado a cá estar. (...)”</p> <p>P5: “(...) Não é que se justificasse, mas... eu posso pensar uma coisa, mas as pessoas que estão à minha volta, se... (...)”</p> <p>P6: “(...) na norma número vinte... artigo vinte, ou vinte e três, em que não haviam os “inatos” e não tinham razão para me, para me internar... (...) e diziam para me conduzir à Psiquiatria, não havia motivos, não havia nada... que está registado por lei, por lei não, não havia e... não há, não poderia motivo nenhum. (...) Depois meteram que... meteram que tive um ataque psicótico, psicótico, por causa do metilfenideral. Como se fosse possível. (...)”</p> <p>P7: “(...) Não, não. (...) Porque isto foi tudo... era um conflito, era a minha mãe, a minha madrastra, o meu avô, o meu pai... (...)”</p> <p>P8: “(...) Não se justificava. (...)”</p> <p>P9: “(...) Depois disto, o meu internamento passou de voluntário a involuntário e eu não concordo com isto e não vou assinar nenhum papel que o diga! (...)”</p>
	Perspetiva na terceira pessoa	<p>P1: “(...) Não, não, porque eu não vou fazer esse, esse julgamento a ninguém, tirando ser a um filho meu, ou... ou a algum familiar assim mais próximo. (...)”</p>

		<p>P4: “(...) Eu é como disse, estando em casa estou melhor. A sair, a sair de casa, é aqui. E a sair daqui é em casa. (...)”</p> <p>P4: “(...) O que é preciso é grana. Grana e estar em casa sozinho (...)”</p> <p>P6: “(...) Isso seria diferente, não... não me posso colocar na posição dessa pessoa. (...) Segundo casos concretos, casos específicos, parece-me, parece-me pouco regularizado. Isso é tudo muito... muito subjetivo. (...)”</p> <p>P7: “(...) Para mim não, não foi. Para mim não foi, porque estou a tomar medicação escusadamente. (...)”</p> <p>P7: “(...) Não. Há sempre, há sempre... eu para mim acho que há sempre um... um motivo para a pessoa começar a... a... a desvairar. (...)”</p> <p>P8: “(...) O tribunal não pode abrir uma investigação à vida de uma pessoa e fazer isso por cada caso que chega. Então na prática não existe justiça. Não existe nada, porque ninguém sabe o que é que aquela pessoa está a ter, ninguém sabe qual é que é o comportamento dele factualmente em casa durante, antes desse período e depois e durante... e mesmo durante esse período. A única coisa que eles podem saber é relatos. (...)”</p> <p>P9: “(...) Eu duvido que exista algum tratamento... que irá ajudar com isso porque as pessoas que fazem isso estão apenas interessadas em tornar as coisas pior e pior e pior. (...)”</p>
<p>Alternativas ao tratamento involuntário</p>	<p>Estratégias</p>	<p>P3: “(...) Ir para o desporto, ir... passar uns dias fora daqui e... fazer outras coisas diferentes do que fazia aqui. (...)”</p> <p>P4: “(...) Eu é como disse, estando em casa estou melhor. A sair, a sair de casa, é aqui. E a sair daqui é em casa. (...) em casa tem vezes que estou melhor, porque posso acordar mais tarde e posso passar lá... este... este... este mal-estar, passo-o mais descansado. (...)”</p> <p>P5: “(...) No entanto, eu... acho que aquilo que me faz falta não é estar retirada. É estar em contacto com. (...)”</p>

		<p>P6: “(...) Sim, é tirarem-me isto e... deixarem de ser contraproducentes. (...) Isso é tudo muito... muito subjetivo. (...)”</p> <p>P7: “(...) Não sei, não sei... Se calhar uma amizade de uma namorada, de uma mãe, de um pai, de uma tia, de um tio... mais... mais próximas, das pessoas mais próximas. (...)”</p> <p>P8: “(...) A alternativa era internar a minha mãe e a minha namorada. Quem tinha de ser internado, primeiro tinha de ser, tinha de ser a minha namorada e a minha mãe precisava de terapia, mas de terapia de alguém muito sério. (...)”</p> <p>P8: “(...) Não, acho que devia ser tomada por alguém especialista na área. Acho que era uma melhor alternativa. (...) Em vez de ser uma pessoa que não sabe nada sobre o assunto e apenas faz... destrói a vida de outra pessoa porque lhe apetece. (...)”</p> <p>P9: “(...) Eu acho que as pessoas só precisam de... relaxantes, lorazepam, oxazepam, diazepam. (...) E conversas, conversas longas, e, e pessoas pacientes, porque as pessoas são muito impacientes. (...)”</p>
<p>Expectativas futuras em relação ao tratamento involuntário</p>	<p>Redução da dose</p>	<p>P5: “(...) Não sei se, se poderá... em vez de mil gramas de ácido valpróico, talvez passar para quinhentos... (...) Gostava de reduzir um pouco, mas não sei (...)”</p> <p>P7: “(...) Mas pronto... agora, mas eu acho que a dose que estou a levar da injeção, duzentas e tal... eu acho que tenho de a reduzir. (...)”</p> <p>P8: “(...) quanto à medicação não sei. Não sei muito bem... talvez continuar... ou diminuir para ver se... (...) Não, queria tomar uma dose mais pequena para ver como é que... as coisas funcionam. (...)”</p>
	<p>Desabituação gradual da medicação</p>	<p>P7: “(...) Eu queria deixar, Doutora. (...)”</p> <p>P8: “(...) A médio prazo quero deixá-la. (...)”</p>
	<p>Abandono terapêutico</p>	<p>P6: “(...) Ter alta. Isso seria bom, sim. (...)”</p>

		<p>P6: “(...) Já falei, já disse para me tirarem isto. (...)”</p>
	<p>Adesão terapêutica</p>	<p>P1: “(...) É continuar, é continuar o tratamento. (...)”</p> <p>P2: “(...) Vou... O tratamento não o deixo, Doutora, enquanto for vivo não o deixo. (...)”</p> <p>P3: “(...) É importante vir às consultas, Doutora. (...) Sim, sim, Doutora, tenho de continuar com o tratamento. (...)”</p> <p>P5: “(...) Eu, manter a medicação, mantenho. (...)”</p> <p>P8: “(...) Continuar a vir às consultas e... (...)”</p> <p>P9: “(...) Bom, eu não tenho problema de, de... Se isto se tornar voluntário, eu não tenho problema de voltar e receber essas injeções. (...)”</p>
<p>Compreensão da doença</p>	<p>Insight</p>	<p>P3: “(...) Porque não queria ser tratado. Achava que não precisava do tratamento, mas precisava. (...)”</p> <p>P3: “(...) Depois voltava a entrar outra vez ou em estados de depressão ou de euforia. (...)”</p> <p>P5: “(...) Porque eu aquela medicação sei que preciso de a comprar e já tenho o dinheiro certo para a ir comprar. Não me falta. (...)”</p>
	<p>Ausência de insight</p>	<p>P5: “(...) ou havia pessoas que diziam: “Então, já estás melhor?”. E eu disse: “Mas eu não estou doente! Por amor de Deus!”. (...)”</p> <p>P6: “(...) Corrupção, fraude... Basicamente é isso, corrupção e fraude. (...) Depois meteram que... meteram que tive um ataque psicótico, psicótico, por causa do metilfenidral. Como se fosse possível. (...)”</p> <p>P7: “(...) Porque isto foi tudo... era um conflito, era a minha mãe, a minha madrasta, o meu avô, o meu pai... (...)”</p>

		<p>P8: “(...) eu disse: “Mãe, não, eu sei o que é que são esquizofrénicos, não estudei muito sobre isso, mas estudei de certeza cem vezes mais do que tu estudaste. Portanto, é o suficiente para saber que não sou esquizofrénico.” (...)”</p> <p>P9: “(...) quando estás a ser tratado na Psiquiatria, parece que estão felizes. (...) Porque, eu sei que eles conseguem produzir vozes de todos os dispositivos eletrónicos que estão em minha casa e desde que saí da clínica esses dispositivos foram silenciados. E eu estou certo de que as vozes vieram desses dispositivos porque quando os punha perto dos meus ouvidos o som ficava mais alto, e quando os afastava dos meus ouvidos o som ficava mais baixo. (...)”</p> <p>P9: “(...) mas não para estas alucinações auditivas... Estas não são alucinações. Isto é tecnologia. (...)”</p>
--	--	--