

Dissertação de Mestrado, realizada sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Luísa Branco, apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o número 9463.

*Loucura? — Mas afinal o que vem a ser a loucura?...*

*Um enigma... Por isso mesmo é que às pessoas enigmáticas, incompreensíveis, se dá o nome de loucos...*

*Que a loucura, no fundo, é como tantas outras, uma questão de maioria. A vida é uma convenção: isto é vermelho, aquilo é branco, unicamente porque se determinou chamar à cor disto vermelho e à cor daquilo branco. A maior parte dos homens adoptou um sistema determinado de convenções: É a gente de juízo... Pelo contrário, um número reduzido de indivíduos vê os objectos com outros olhos, chama-lhes outros nomes, pensa de maneira diferente, encara a vida de modo diverso. Como estão em minoria... são doidos...*

*Se um dia porém a sorte favorecesse os loucos, se o seu número fosse o superior e o génio da sua loucura idêntico, eles é que passariam a ser os ajuizados: Na terra dos cegos, quem tem um olho é rei, diz o adágio: na terra dos doidos, quem tem juízo, é doido, concluo eu.*

*O meu amigo não pensava como toda a gente ...Eu não o compreendia: chamava-lhe doido...*

*Eis tudo.*

## **Representações da Saúde Mental: a perspectiva de duas gerações**

**Resumo:** O presente estudo pretende dar um contributo para uma reflexão em torno das representações da Saúde Mental, nomeadamente acerca da existência ou não de evolução, dado o impacto que tais representações têm na vida do doente mental e seus familiares. Para tal, procedeu-se à análise e comparação da opinião de sujeitos pertencentes a 2 gerações distintas, familiares de pacientes acompanhados na consulta externa de Psicologia do Hospital Garcia de Orta, face à saúde mental. Para a sua concretização e assumindo um carácter qualitativo, a informação foi recolhida por meio de entrevistas semi-estruturadas, que foram posteriormente analisadas com recurso à análise de conteúdo. Os resultados obtidos revelam que a pessoa portadora de perturbação psiquiátrica, mediante crenças erróneas, medo e falta de conhecimento acerca das doenças mentais por parte da sociedade, continua a ser estigmatizada e discriminada, o que vai de encontro à informação presente e consultada na literatura, concluindo-se que não tem havido evolução significativa na representação da Saúde Mental.

**Palavras-Chave:** investigação qualitativa; saúde mental; representações sociais; estigmatização; comparação inter-geracional

**Abstract:** This study aims to contribute to a reflection on Mental Health's representations, particularly as to the existence or not of evolution, knowing the impact such representations have on the lives of mentally ill and their families. To this end, we proceeded to the analysis and comparison of the opinion of individuals belonging to 2 different generations, who are relatives of mental illness patients of the Hospital Garcia de Orta Psychology Department, to its mental health view. For its implementation and being of a qualitative nature, information was collected through semi-structured interviews, which were then analyzed using content analysis and categorization. The results show that the person suffering from psychiatric disorder, by wrong beliefs, fear and lack of knowledge about mental illness by society, continues to be stigmatized and discriminated, which is consistent with the information consulted in the literature, concluding that there has been no evolution in the Mental Health's representations.

**Keywords:** qualitative research; mental health; social representations; stigmatization; intergenerational comparison

## Índice

Introdução .....	1
I – Enquadramento Teórico .....	3
1.1. O conceito de Representação Social .....	3
1.2. Breve história da Saúde Mental .....	4
1.3 – Representação do “louco”: do estigma à reabilitação .....	7
1.4. Situação e Directrizes actuais em termos de Saúde Mental.....	10
II – Investigação Empírica.....	17
Capítulo 1 – Objectivo do Estudo e Questões de Investigação .....	17
Capítulo 2 – Metodologia .....	18
2.1. A opção metodológica: a Metodologia Qualitativa.....	18
2.2. Sujeitos .....	19
2.3. Procedimentos .....	19
2.4. A técnica de recolha de dados: a entrevista semi-estruturada.....	21
2.5. Análise dos dados.....	25
2.6. Apresentação dos dados organizados em categorias e sub-categorias .....	28
Capítulo 3 – Discussão / Conclusão .....	42
Referências .....	48
Anexos.....	53
Anexo 1.....	53

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (1946) afirma que a saúde (do latim "salus, - ūtis") é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou enfermidade, sendo que Singer (1987) crê que este conceito inclui as circunstâncias económicas, políticas e sociais, bem como a discriminação religiosa, sexual ou social. Segundo Saraceno (1999), o conceito de Saúde Mental engloba os aspectos da condição desejada de bem-estar dos sujeitos e das acções necessárias que possam determinar tal condição, sendo que Amarante (2002) considera que o mesmo ultrapassa a ideia de prevenção dos distúrbios mentais e tem o fim de atingir o projecto de promoção da Saúde Mental como um todo.

O conceito é amplo uma vez que tem em conta os factores psicossociais que determinam o processo saúde-doença e as dimensões psicológicas e sociais da saúde. Assim sendo, torna-se complexo defini-lo uma vez que não existe uma definição oficial, sendo que dependerá sempre do contexto cultural, social, económico e legal das diferentes sociedades (WHO, 1996). Contudo, a Organização Mundial de Saúde (2001) alerta, desde o início do milénio, que a mesma é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, atribuindo-lhe o status de princípio básico para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança dos povos, referindo ainda que foi/tem sido negligenciada durante demasiado tempo. Tendo em conta o conceito de Saúde proposto pela OMS (1946) anteriormente referido, torna-se claro que a Saúde Mental não pode nem deve ser separada da saúde física, sendo que os dois elementos estão ligados entre si e são interdependentes.

Neste contexto, dada a indiscutível importância que a Saúde Mental assume e sendo, na nossa perspectiva, uma área de grande pertinência e interesse pessoal, surge o presente projecto de investigação – Representações da Saúde Mental: a perspectiva de 2 gerações.

De facto, enquanto estagiários de Psicologia, deparamo-nos diariamente com situações que nos fazem, necessariamente, reflectir: as pessoas, no geral, demonstram curiosidade mas também uma grande confusão e insipiência relativamente à Saúde Mental; a visão e o comportamento de certas pessoas, até dos próprios familiares, para com o doente mental nem sempre são os mais adequados, variando entre o

desconhecimento de determinada(s) doença(s) e expectativas e atribuições irreais (preconceitos), até à exclusão e segregação do mesmo (e as consequências nefastas que advêm daí). Deste modo levantámos, espontaneamente, uma série de questões soltas: qual a representação da Saúde Mental em familiares de doentes mentais? Qual a causa da ainda discriminação que se verifica com bastante frequência? Estes doentes e estes familiares, senti-la-ão? O que tem sido/ poderá ser feito a respeito de tal problemática?

Enquanto futuros profissionais na área da Saúde Mental e, antes de mais, como cidadãos, a escolha do tema deve-se à necessidade de melhor conhecermos e reflectirmos sobre estas e outras questões para que, chegando a uma conclusão possamos, de algum modo, contribuir para uma melhor (con) vivência no que diz respeito ao doente mental e sua família e, no fundo, a toda uma sociedade necessariamente envolvida e activa em determinados processos que acabam, não raras vezes, por ter consequências nefastas para quem sofre de uma psicopatologia e para quem se encontra ao redor de tais pacientes.

Assim sendo, pretendemos averiguar se há evolução na representação da Saúde Mental, por forma a perceber se esta se alterou ao longo do tempo e se sim, de que forma, e quais as diferenças (se existirem) entre as 2 gerações.

O presente estudo encontra-se organizado em 2 partes: numa 1ª parte, apresenta-se o enquadramento teórico, que consiste na revisão da literatura, passo este que consideramos fundamental uma vez que nos permite adquirir o conhecimento necessário para a compreensão do que se pretende estudar, essencial na posterior análise/interpretação/discussão dos resultados obtidos; numa 2ª parte será apresentado o estudo empírico realizado: os objectivos e questões inerentes à presente investigação, os aspectos que estão na base da nossa escolha metodológica, o instrumento de recolha de dados utilizado e a técnica de análise de dados e, por último, as conclusões do presente trabalho.

## I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. O conceito de Representação Social

Uma vez que este conceito está, necessariamente, na base de todo o estudo e norteia toda a investigação, achamos por bem que, antes de mais, se faça uma breve abordagem e explicitação do que se entende por *representação social*.

A teoria das representações sociais surgiu na Europa, em 1961 (Farr, 1995), devido ao aumento do interesse pelos fenómenos do domínio do simbólico, das noções de representação e memória social e consequentes preocupações em explicá-los (as quais recorrem às noções de consciência e de imaginário). Embora proveniente da sociologia de Durkheim, é na psicologia social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet. (Arruda, 2002).

Moscovici (1981) afirma que as representações sociais se referem a um sistema de valores, crenças e práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que orientam a percepção das situações e a elaboração de respostas, sendo que tais representações se originam nas relações interpessoais e, uma vez constituídas, influenciam o comportamento dos sujeitos para com o objecto social em questão. Desta forma, as mesmas são constituídas por conceitos, afirmações e explicações presentes no meio social, expressando a contínua interacção entre o indivíduo e a sociedade. O mesmo autor (1978) acrescenta ainda que a representação social é uma preparação para a acção, tanto por conduzir o comportamento, como por modificar e reconstituir os elementos do meio ambiente em que o comportamento tem lugar. Para este, o ser humano é um ser pensante que formula questões e procura respostas e, ao mesmo tempo, compartilha realidades por ele representadas.

Minayo (1992) define a representação social como as categorias de pensamento, acção e de sentimento que expressam/representam determinada realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a; por seu lado Herzlich (1972) considera que a representação social é o ponto de intersecção entre as formações ideológicas dominantes presentes numa determinada sociedade ou meio e a experiência concreta individual.

Segundo Jodelet (1984), as representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que vivemos; são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não se reduzem apenas a esses conhecimentos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a comunicação entre os sujeitos. Segundo a perspectiva desta autora, Assim as representações são fenómenos sociais, entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

Assim sendo, de acordo com esta óptica, pretendemos averiguar e perceber qual a representação da saúde mental na perspectiva dos familiares, ou seja, de que modo estes sujeitos, que se encontram inseridos em determinada sociedade/grupo social, vêm/interpretam/expressam a sua realidade no que concerne à saúde mental.

## **1.2. Breve história da Saúde Mental**

Neste seguimento, tendo em conta o tema e objectivos do presente trabalho, achamos preponderante fazer uma breve abordagem histórica da Saúde Mental, de forma a explicitar a sua evolução ao longo do tempo.

Segundo Cordeiro (2002), nas culturas primitivas a saúde mental aparecia influenciada por crenças nos fenómenos sobrenaturais, sendo que a doença mental era atribuída à influência dos espíritos de antepassados do clã. Era bastante comum o uso de talismãs e amuletos com o intuito de acalmar ou afastar os espíritos. O tratamento da doença mental era feito por uma pessoa denominada “Shaman” que seria um “médico” intermediário entre os espíritos e os doentes e seus familiares. Hoje pensa-se que esse “Shaman” exercia uma função tranquilizadora e aliviadora do stress mental da comunidade, bem como uma função psicoterapêutica individual sobre os doentes através, nomeadamente, da confissão dos seus pecados perante um grupo previamente seleccionado.

No antigo Egipto, o tratamento da doença mental incluía meios psíquicos, físicos e espirituais, sendo que o doente mental era tratado fazendo apelo a forças construtivas positivas. Por esta altura, os sonhos já eram considerados pelos antigos orientais e a sua

interpretação ia do sonho-mensagem do Antigo Testamento ao sonho subjectivo e ao sonho-profético. Já os Judeus estabeleceram a loucura e a epilepsia como duas doenças bem definidas e não como fenómenos sobrenaturais e, ainda que o seu tratamento consistisse em encantamentos, estes eram realizados por um médico e não por um padre. Na Grécia antiga, considerava-se que a “loucura” era causada por espíritos malignos personificados em duas deusas – Mania e Lyssa – não havendo qualquer intenção de tratamento já que, tendo sido os deuses a “enlouquecer” determinada pessoa, deveriam ser os mesmos a curá-la. Os doentes mais sociáveis andavam em liberdade sendo, no entanto, alvo de desprezo e exclusão, enquanto que os doentes mais violentos eram fechados em casa ou presos em cadeias (Cordeiro, 1987).

Hipócrates (século IV a.C.) começou-se a interessar pela estrutura de personalidade do doente, apresentando a teoria dos 4 humores corporais “o sangue, a bílis, a linfa e a fleuma”. Correspondendo, respectivamente, a estes humores descreveu os temperamentos humanos: o sanguíneo, o colérico, o melancólico e o fleumático. Hipócrates considerava que o equilíbrio do indivíduo (que denominou de “crasia”) podia descompensar pela presença excessiva de humor corporal (provocando uma “discrasia”), sendo que eram usados purgantes para eliminar este excesso de humor. Platão, por sua vez, considerava que a “loucura” tinha diversas formas: a profética, a teléstica ou ritual, a poética e a erótica. Também Platão começou a conferir significado aos sonhos, estabelecendo um método para a sua interpretação. Aristóteles propôs que o tratamento da doença mental deveria ser feito através da libertação das emoções reprimidas. Os Romanos, sofrendo forte influência das ideias gregas, também atribuíram uma grande importância aos sonhos. Este povo começou a dedicar-se à Psiquiatria forense e a ter em conta determinados estados patológicos (mentais) que, aos olhos da lei, não teriam grau de culpabilidade civil (Cordeiro, 1987).

Na Idade Média prevaleciam as ideias místicas e ocultistas, sendo que o doente mental e o seu tratamento voltam a ser encarados com mistério e magia, utilizando, mais do que nunca, a feitiçaria: são descritas cerimónias nocturnas (“bruxarias”) apenas com mulheres, em honra de deusas, com o propósito de curar determinados doentes, sendo que a mulher, a bruxa e a possessão pelo demónio eram as constantes na explicação das doenças mentais. Durante este período, a excepção a este ambiente obscurantista apenas surge com os Árabes, portadores de uma civilização mais avançada quanto às ideias e técnicas. Este povo encarava a saúde mental de uma forma mais humana, tendo construído hospitais psiquiátricos. Para os muçulmanos o louco era amado por Deus,

tendo sido por Este escolhido para revelar a verdade, sendo protegido por todos e, por vezes, considerado como santo (Cordeiro, 2002).

No início do Renascimento prevaleciam ainda as ideias de feitiçaria e um grande número de psicóticos, psicopatas, drogados e pervertidos sexuais eram acusados de bruxaria e enviados para guerras, cruzadas e peregrinações. Muitos doentes eram fechados em caves, prisões e sotãos. A partir do século XIV começaram a aparecer instituições para doentes mentais na Europa, especialmente em Espanha devido à presença árabe. Johann Weyer é considerado o primeiro psiquiatra, descrevendo um grande número de doenças mentais e aplicando psicoterapia com base numa boa relação médico-doente. É por esta altura que se começam a explicar muitos sinais ditos sobrenaturais numa base científica. Leonardo da Vinci propõe explicações de psicofisiologia, através de estudos anatómicos em cadáveres. Fala ainda da importância da sugestão e da hipnose e tenta interpretar os sonhos. Todavia, a nível popular, o doente mental continua a ser visto como nos tempos medievais, sendo exibido na rua e nas feiras ou isolado em instituições com carácter asilar, sendo que nada é feito no sentido do seu tratamento ou reabilitação (Cordeiro, 1987).

A partir do século XIX as correntes divergem na Europa: os franceses dedicam-se à clarificação dos sintomas, aos aspectos médico-legais da Psiquiatria e à relação entre a Psiquiatria e a Neurologia; os alemães conferem pouca importância à experiência clínica (pouca objectividade científica), fazendo interpretações de ordem sentimental, religiosa ou metafísica; os ingleses acabam com os métodos repressivos e constroem hospitais assentes no respeito ao doente mental; nos Estados Unidos surgem hospitais psiquiátricos que servem apenas de asilo, nos quais não são prestados cuidados médicos aos doentes. É já no início do século XX que surgem centros de investigação psiquiátrica e se cria um movimento de higiene mental em Boston e Michigan.

Nos finais do século XIX surge então a Psiquiatria Dinâmica que assenta no conceito de inconsciente. Charcot desenvolve o método de hipnose que se desenrola em 3 fases sucessivas – letargia, catalepsia e sonambulismo – como tratamento da histeria, sendo que a mesma foi usada por Sigmund Freud na tentativa de melhorar sintomaticamente os doentes neuróticos. Posteriormente Freud substituiu o método catártico pela técnica da *associação livre* e da *interpretação dos sonhos*, pondo em evidência o conceito de *resistência* inconsciente dos doentes ao tratamento. Reconhece ainda o conceito de *recalcamento* de acontecimentos de vida e os fenómenos de *transferência* e *contratransferência* e constata a relação de cariz sexual na relação

doente-terapeuta, formulando a teoria de desenvolvimento da sexualidade infantil. A Psiquiatria dita contemporânea desenvolve-se com os continuadores de Freud – os colaboradores e discípulos como Jung, Adler, Reich, Abraham, Stekel e Rank; surgem posteriormente os estruturalistas como Wundt e Fitchener; os funcionalistas como Dewey e Angell; os associacionistas; os behaviouristas como Watson, Meyer e Weiss; os gestaltistas como Wertheimer, Koffka e Kohler; os organicistas e, mais recentemente, as escolas neo-freudianas que são uma aplicação de conceitos psicanalíticos clássicos aos problemas sociais da actualidade (Cordeiro, 2002).

Nesta abordagem histórica é notória a evolução que foi ocorrendo, desde as épocas mais remotas até aos dias de hoje, no conceito e percepção da saúde mental, bem como as consequências que a representação de tal conceito foi provocando no modo de lidar com o doente/doença mental.

### **1.3 – Representação do “louco”: do estigma à reabilitação**

Após esta breve resenha histórica, facilmente nos apercebemos que, ao longo dos tempos, pela institucionalização do “louco”, pelo desconhecimento das causas (científicas) da doença mental e por atribuições baseadas no senso comum, entre outros aspectos, a pessoa portadora de algum distúrbio psicológico foi sendo conotada negativamente, excluída, presa, segregada, isolada, estigmatizada... Jara (2006) considera que estigmatizar significa rotular, sinalizar de forma visível, de modo a separar, identificar e segregar; enquanto que Wanderley (2002) vê a estigmatização como uma cicatriz, algo que marca, mostrando claramente o processo de qualificação e de desqualificação do sujeito na lógica da exclusão.

Para as pessoas que são portadoras de algum tipo de doença psíquica o estigma começa na própria rotulação, com a denotação vaga de “doença mental” a conotar a pessoa como menos válida, incapaz, imprevisível, incurável, perigosa... O desconhecimento das doenças mentais, o receio pelo mistério do que é mental e a fobia da “loucura”, talvez sejam alguns dos factores para a existência desta estigmatização. No campo do “mental”, sem nos darmos conta, existe uma grande tendência para se estabelecer uma identificação entre o sujeito e a doença, assim, quando afirmamos “é um esquizofrénico”, tudo se passa como se a pessoa fosse a própria doença (Jara, 2006).

Num estudo realizado por Colvero (2002) – *Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado* – o autor chega à conclusão que, não raras vezes, a família do doente psiquiátrico define-o/vê-o como aquele que tem um comportamento diferente ou que faz “criancices”, o que indica que há certos padrões de comportamento que os próprios familiares não aceitam e/ou não entendem. Num outro estudo muito semelhante – *representação da doença mental pela família do paciente* (Pereira, 2003) – foi feita uma pesquisa com familiares de doentes psiquiátricos, concluindo-se que os mesmos entendem a doença mental como um defeito da pessoa. Quanto à causa da doença mental, tais familiares não consideram a existência de aspectos sociais e psicológicos, relacionando-a como uma outra doença de causa orgânica, fazendo também referência a factores hereditários ao mencionarem outros familiares com história de doença mental.

Num outro estudo realizado por Spadini e Souza (2006) – *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares* – chegou-se à conclusão que o paciente e a família, na maioria das vezes, negam a existência da doença mental, com receio de serem incluídos dentro dos estereótipos e preconceitos existentes na sociedade. Ainda neste estudo, o autor conclui que, socialmente, o rótulo dado ao doente psiquiátrico é extremamente forte, o que origina a sua exclusão e, conseqüentemente, um maior isolamento.

Foucault (1972), na sua obra *A história da loucura*, refere que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viver à margem da sociedade dita normal, sendo que Bader (2002) considera que o processo de naturalização da exclusão social, uma vez que cria uma atmosfera de conformismo, faz com que a condição de exclusão passe a ser vista como fatalidade, como algo inevitável que não se pode contrariar. Wanderley (2002) destaca ainda que este processo de naturalização da exclusão é reforçado e reproduzido por meio de representações sociais e crenças (estigmas), as quais, por seu lado, são igualmente naturalizadas.

Num estudo realizado por Osinaga (1999) – *saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais* – chegou-se à conclusão que a falta de conhecimento e de esclarecimento/consciencialização da população, acaba por fazer com que o portador de doença mental se conforme com o estigma da loucura. Muitas vezes, o próprio doente refere que a única solução para o seu tratamento é o internamento, o que demonstra, por parte do mesmo, a conformidade e “aceitação” da

exclusão como forma de tratamento, o que reflecte o estigma da loucura, sendo o louco segregado da sociedade.

Szazz (1978) afirma que este processo de exclusão foi consumado pelo isolamento dos doentes em asilos e pelo aparecimento/desenvolvimento da psiquiatria e dos psiquiatras, que se tornaram tutores dos loucos, considerando-os não aptos para o convívio social (de salientar que esta situação ocorreu integrada numa época de necessidade de produção, exigida pelo sistema capitalista, que preconizava a normalidade e a produtividade). O louco, ora era considerado totalmente passivo e incapaz de cuidar de si e de se defender de perigos externos, ora era considerado extremamente perigoso e violento, alternando sempre entre estes dois extremos mas nunca sendo “posto” num meio termo (Birman e Serra, 1988).

O saber psiquiátrico condenou o louco à hospitalização e isolamento (quer da família, quer da sociedade) em asilos, com o argumento que tal era necessário para sua protecção e para protecção da própria sociedade. Foucault (2003), na sua obra *O poder psiquiátrico*, afirma que existiam cinco razões principais para o isolamento dos loucos: assegurar a segurança pessoal e da família; libertá-los das influências exteriores; vencer as suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico e impôr-lhes novos hábitos intelectuais e morais, considerando que se tratava de uma questão de poder por parte da entidade asilar e/ou psiquiátrica. Segundo Desviat (1999), apenas surgiram algumas críticas à eficácia do asilo após a Segunda Guerra Mundial. Em tempo de grande desenvolvimento social e económico, surgiram alguns movimentos civis que apelavam à condescendência e tolerância para com as diferenças e as minorias, chegando-se à conclusão que o sistema asilar não era adequado nem eficaz, devendo ser abolido ou modificado. Foi por esta altura que, na Europa e Estados Unidos, surgiu a reforma psiquiátrica (com início nos anos 70) que veio tornar-se um grande movimento social de contestação, consciencialização e defesa do doente mental e dos direitos humanos (Desviat, 1999). Reforma esta que tinha como principal objectivo preconizar a reabilitação e o tratamento do doente em detrimento da sua exclusão, isolamento ou segregação.

Num estudo realizado por Kantorski (2001) – *Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental*, o autor conclui que ainda hoje o louco é visto com preconceitos e que é fundamental o esclarecimento das populações acerca da doença psiquiátrica, para que tais preconceitos e estigmas diminuam e, consequentemente, diminua também o isolamento destes doentes.

A realidade é que, mesmo sendo crónica, a pessoa “tem a/uma doença” e existe sempre a possibilidade de a atenuar e controlar com o tratamento, podendo tornar-se menos doente, melhorar significativamente ou mesmo curar-se totalmente, conforme os avanços da medicina (Jara, 2006).

#### **1.4. Situação e Directrizes actuais em termos de Saúde Mental**

Segundo o relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram, nas sociedades actuais, a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, pelo facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando assim o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença.

Hoje sabe-se que, das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa (WHO, 2001). Todas as projecções apontam para um aumento considerável das perturbações psiquiátricas e dos problemas de saúde mental no futuro. Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, 1 em cada 5 crianças apresenta evidências de problemas de saúde mental, sendo que estes valores tendem a aumentar. Estes dados significam que, em todo o mundo e sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas, as doenças psiquiátricas, em conjunto com as doenças cardiovasculares, estão rapidamente a substituir as doenças infecto-contagiosas na lista de prioridades de saúde pública. Esta "transição epidemiológica" tem vindo a decorrer, até há pouco tempo, sem a devida consideração por parte dos responsáveis pelo planeamento e desenvolvimento de serviços e programas de saúde. Para além das pessoas que apresentam uma psicopatologia diagnosticada, muitas têm problemas de saúde mental que acabam por ser considerados “subliminares”, uma vez que não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, todavia, tais pessoas encontram-se também em sofrimento,

devendo beneficiar de um processo terapêutico (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países e nos dados proporcionados pela extensa investigação realizada sobre a efectividade e os custos dos vários tipos de serviços, a OMS e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios (Funk, Drew, Saraceno, Caldas, Agossou, Wang & Taylor, 2005; Saraceno & Caldas, 2001): garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental; assumir a responsabilidade de um sector geo-demográfico com uma dimensão tal, que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200.000 e 300.000 habitantes); integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efectiva às diferentes necessidades de cuidados das populações; ter uma coordenação comum; envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade; estar estreitamente articulados com os cuidados de saúde primários; colaborar com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves; prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos. A maior parte dos cuidados de saúde mental são assegurados através de cuidados informais e através dos cuidados primários de saúde, sendo que aos serviços de saúde mental especializados apenas chega uma pequena parte do total dos sujeitos com problemas psiquiátricos. Deste modo, a articulação com os cuidados primários reveste-se de uma importância crucial para o estabelecimento de princípios de referência de casos e a criação de esquemas operativos de colaboração em actividades de prevenção/promoção e de seguimento de casos. É igualmente crucial que os serviços de saúde mental trabalhem em estreita colaboração com o sector social, para que se possa garantir uma resposta adequada às necessidades das pessoas com doenças mentais graves e de longa evolução, as quais requerem cuidados clínicos e apoio psicossocial durante longos períodos (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

No caso específico de Portugal, os dados existentes (embora escassos) sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não estará muito longe da encontrada em países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do

que no resto da Europa. A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução das últimas décadas. Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional (1963) de acordo com os princípios da sectorização, lei essa que permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários. A nova legislação de saúde mental que foi aprovada nos anos 90 reforçou este capital, de acordo com os princípios recomendados pelos organismos internacionais mais importantes na área da organização dos serviços de saúde mental (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

A criação de serviços descentralizados teve um impacto muito positivo na melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e agências da comunidade. Comparando a situação actual com a situação há 30 anos, verifica-se que se deram passos importantes, ainda que a cobertura destes serviços no território nacional continue insuficiente. Um outro aspecto positivo foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados a partir do final dos anos 90. Estes programas (embora com um âmbito limitado) representaram uma ruptura significativa com a situação anterior, na qual estruturas como residências e empresas sociais para doentes mentais graves eram totalmente inexistentes em Portugal. Ainda assim, devido à falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental, Portugal acaba por atrasar-se significativamente neste campo em relação a outros países europeus. A análise dos resultados de estudos efectuados indicia que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves a nível da acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

Com efeito, segundo relatório da mesma Comissão: o número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) mostra que apenas uma pequena parte das que têm problemas psiquiátricos têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas as pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental – o que não corresponde à verdade – o número de contactos (1,7% da população) é, ainda assim, extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano); a

maior parte dos recursos continua concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra. Serviços criados em vários pontos do país, com excelentes instalações, funcionam apenas parcialmente e, nalguns casos, têm unidades por abrir por não ter sido possível fixar profissionais, que se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros; a distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais continua a ser extremamente assimétrica; o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispendo de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias; o recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades reportadas de marcação de consultas sugerem a existência de problemas de acessibilidade aos cuidados especializados. Por sua vez, o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório, sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados; as equipas de saúde mental continuam a carecer de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos. A maior parte das equipas mantém o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão, hoje seguido, nos serviços modernos de saúde mental; de acordo com a avaliação efectuada com a participação dos profissionais, a qualidade dos serviços encontra-se na faixa inferior do razoável. O nível de qualidade dos serviços de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, num momento em que a tendência é precisamente no sentido inverso; as áreas mais críticas de incumprimento de critérios e padrões de qualidade são as que dizem respeito aos recursos humanos e à organização administrativa. Outras questões, em relação a Portugal, que merecem ainda uma referência especial são a reduzida participação de utentes e familiares; a escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde Mental; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e a quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

Segundo a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), a insuficiência de recursos disponíveis para a saúde mental

em Portugal é certamente um dos factores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste sector. No nosso país, a perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foi frágil na área da saúde mental, consequentemente, os recursos atribuídos a esta área são extremamente baixos, se atendermos ao impacto real das doenças mentais tendo em conta a carga global das doenças. Tanto os recursos financeiros como os recursos humanos se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica entre as várias regiões do país.

O modelo de gestão e financiamento dos serviços tem constituído outro problema na evolução dos serviços de saúde mental em Portugal. Ao colocar-se o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediu-se qualquer tentativa de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade. Os hospitais psiquiátricos, por seu lado, na ausência de qualquer plano nacional ou regional, e de um modelo de contratualização claro, têm podido funcionar sem qualquer obrigatoriedade de atender aos objectivos que lhes estão atribuídos pela lei de saúde mental. Em resumo, o modelo de gestão e financiamento existente fomenta o disfuncionamento do sistema e impede qualquer tentativa de desenvolvimento dos serviços de acordo com os objectivos que, à partida, se pretendem alcançar (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

Todavia, na actualidade, existem também algumas oportunidades que podem ajudar a superar muitas destas dificuldades e insuficiências, como por exemplo o programa de cuidados continuados e integrados, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar e a criação de unidades de psiquiatria e saúde mental nos novos hospitais gerais que se encontram em construção/projecto. Também o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, é um factor extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental. De salientar que é também importante que sejam aproveitadas as oportunidades oferecidas pela cooperação internacional, nomeadamente a contribuição da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) e da União Europeia, que poderão certamente aportar contributos importantes para as reformas a desenvolver, e ajudar a integrar Portugal no movimento de modernização dos serviços de saúde mental actualmente em curso a nível europeu

(Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

Referente a esta Comissão, no Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 e no que respeita à pessoa portadora de doença mental, há que salientar os seguintes princípios: os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível; a decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade; as pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação; os serviços em cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados; os serviços em cada área geo-demográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações; as pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam; os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários; as necessidades dos grupos especialmente vulneráveis (eg. crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade), devem ser tomadas em consideração; os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas, independentemente da idade, género, local de residência, situação social ou económica; os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental.

Por sua vez, a O.M.S. e a Associação Psiquiátrica Mundial debruçam-se, actualmente, no combate ao estigma e na equalização das pessoas com doenças mentais às pessoas que sofrem de outras doenças. Assim sendo, estabeleceram linhas de orientação que vão no sentido de melhorar os cuidados de saúde, desde a prevenção primária até à reabilitação: melhor informação sobre as doenças psíquicas, para a sociedade em geral, técnicos de saúde, famílias e os próprios doentes; prevenção educativa das doenças evitáveis, como o alcoolismo e as toxicodependências; diagnóstico e tratamento precoce das doenças mentais graves, prevenindo a deterioração e desadaptação através dos meios terapêuticos mais eficazes e seguros; readaptação, protecção, emprego e inserção social das pessoas com doenças mentais, possibilitando uma vida útil, segundo as suas capacidades; abrigo, protecção, alojamento e cuidados

humanizados para os mais incapacitados, pondo termo ao desleixo e à miséria de doentes crónicos sem apoio.

Desta forma, em 2001 a O.M.S. publicou um relatório (Relatório Mundial da Saúde – “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, 2001) que veio chamar a atenção para os problemas de saúde nesta área, avançando com 10 recomendações para a acção: proporcionar tratamento em cuidados primários; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os utentes; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos; estabelecer vínculos com outros sectores; monitorizar a saúde mental na comunidade; apoiar mais a pesquisa. O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília (Brasília, 1994), considera também que as políticas de Saúde Mental devem ter em conta a inclusão social do doente e a desmistificação de falsas crenças, com o objectivo de que a sociedade aprenda a viver com a diferença, tornando-se indispensável a união das diferentes políticas sociais como educação, lazer, trabalho e cultura; por sua vez Diaz (2001) considera ainda que cabe também aos técnicos de Saúde Mental o papel fundamental de promoverem projectos e acções práticas com o intuito de aumentar a autonomia do doente mental, incentivando-o a participar nas trocas sociais, ajudando a alterar determinadas condições de vida desses utentes.

Tendo em conta tais directrizes, a serem cumpridas e, necessariamente, com uma sociedade (toda ela envolvida) mais esclarecida, atenta e responsável no que concerne à saúde mental em geral e aos seus comportamentos/attitudes específicos para com os outros, é possível que a pessoa portadora de doença mental possa ter as mesmas oportunidades terapêuticas (e não só) que qualquer outro indivíduo, é possível que deixe de ser vista como inferior aos olhos daqueles ditos “normais”, devendo a doença mental ser encarada do mesmo modo como se olha para a doença física; com os meus direitos, cuidados e preocupações. Trata-se, fundamentalmente, de evitar e abolir a exclusão e discriminação do doente mental, e o necessário esclarecimento acerca das perturbações mentais e mudança de mentalidades que isso implica, sendo preponderante a consecução dos princípios e leis inerentes à saúde mental passando, progressivamente, da teoria à prática.

## II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

### Capítulo 1 – Objectivo do Estudo e Questões de Investigação

O objectivo do presente estudo consiste em analisar e comparar a opinião de sujeitos pertencentes a 2 gerações distintas (um grupo de 4 pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos e um grupo de 4 pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos), que são familiares de pacientes acompanhados na consulta externa de Psicologia do Hospital Garcia de Orta, face à saúde mental.

Tendo em conta tal objectivo, formulámos as seguintes questões de investigação:

- ✓ Qual a representação da Saúde Mental em familiares de pacientes portadores de doença mental?
- ✓ Como é que o facto de pertencerem a gerações distintas influencia a percepção da Saúde Mental?
- ✓ Como é que o facto de ser familiar de um paciente portador de doença mental condiciona a representação da Saúde Mental?
- ✓ Como é que os familiares dos pacientes portadores de doença mental avaliam os cuidados de Saúde Mental no nosso país?

## Capítulo 2 – Metodologia

### 2.1. A opção metodológica: a Metodologia Qualitativa

O estudo efectuado, procurando compreender o mundo a partir da perspectiva daqueles que nele vivem (Hatch, 2002), enquadra-se nos pressupostos de uma metodologia qualitativa de investigação, consistindo numa pesquisa por entrevista semi-estruturada.

Optou-se pela metodologia de natureza qualitativa, que se caracteriza por um enfoque interpretativo (Teis & Teis, sd.; Coutinho & Chaves, 2002), principalmente porque esta corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenómenos, não os reduzindo à “simples” operacionalização de variáveis (Minayo, 1994). Neste seguimento, Gomes (1994) afirma que tal metodologia dá ênfase ao processo de pesquisa e não somente aos resultados e produtos da investigação, sendo, segundo Lincoln e Guba (1985), naturalística uma vez que o investigador partilha *in loco* do contexto de vida real onde vivem os sujeitos e onde os mesmos dão sentido aos seus actos. Segundo Minayo (1993), a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de factos e processos particulares e específicos a indivíduos ou grupos.

Deste modo, a investigação qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega técnicas estatísticas na análise dos dados. Tal abordagem envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interactivos, pelo contacto directo entre o pesquisador e a situação estudada, procurando compreender os fenómenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995). Como características principais desta metodologia e segundo o mesmo autor, podemos referir que a mesma considera o ambiente como fonte directa dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui um carácter analítico/descritivo; o processo é o foco principal de abordagem; a análise dos dados é realizada de forma indutiva pelo pesquisador; não requiere o uso de técnicas e métodos estatísticos e, por fim, tem como preocupação maior a interpretação de fenómenos.

Assim sendo, a metodologia qualitativa afigura-se a mais apropriada para o presente estudo, assumindo um carácter descritivo uma vez que se pretende fazer uma descrição detalhada do fenómeno, neste caso, a percepção de sujeitos pertencentes a 2 gerações distintas face à Saúde Mental. Assume também um carácter comparativo já que, ao analisar a informação recolhida, pretende-se examinar as diferenças e semelhanças entre as 2 gerações, por forma a perceber se a percepção da Saúde Mental varia entre ambas ou, pelo contrário, se é semelhante, independentemente das idades em questão.

## **2.2. Sujeitos**

Participaram neste estudo 8 sujeitos de ambos os sexos, residentes no concelho do Seixal, de estatuto sócio-económico médio-baixo (sendo residentes no concelho do Seixal, pertencem à Extensão de Saúde da Cruz de Pau, que é parte integrante do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta), todos eles familiares de pacientes acompanhados na consulta externa de Psicologia do Hospital Garcia de Orta (consultas realizadas na Extensão de Saúde da Cruz de Pau). Tendo em conta que se pretende averiguar qual a representação da saúde mental, na perspectiva de duas gerações diferentes, por forma a perceber se tal percepção se alterou ao longo do tempo e se sim, de que forma, e quais as diferenças (se existirem) significativas encontradas entre as 2 gerações, foram escolhidos 4 indivíduos de uma geração e outros 4 indivíduos de uma geração distinta da anterior: o primeiro grupo constituído por 4 pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos e o segundo grupo constituído por 4 pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos. Tivemos em conta a sua profissão, o parentesco quanto ao paciente, a psicopatologia específica e a duração do acompanhamento psicoterapêutico deste último.

## **2.3. Procedimentos**

Em relação aos procedimentos do presente estudo, começou-se, inicial e naturalmente, por escolher o tema da investigação. Pretendia-se fazer uma pesquisa que estivesse relacionada com a Saúde Mental, uma vez que esta se apresenta como uma temática de interesse. Restava saber o que se pretendia estudar especificamente e se

seria pertinente e/ou viável. Assim, com a pesquisa bibliográfica, chegou-se à conclusão que seria interessante e, acima de tudo, importante enquanto contributo no que concerne à realidade, estudar o conceito da Saúde Mental, sob vários ângulos, na visão de familiares (de 2 gerações distintas) de pessoas portadoras de algum tipo de doença mental. Foi também após a revisão bibliográfica que se pôde especificar o tipo de estudo e proceder à escolha das técnicas de recolha de informação e, seguidamente, construir o guião de entrevista.

Após esta fase fulcral de definição da temática e delimitação dos objectivos do estudo, procedeu-se à escolha dos participantes. Assim, dada a natureza e intenção do estudo, contactou-se a coordenadora da consulta externa de Psicologia do Hospital Garcia de Orta que, sendo também supervisora da autora do presente estudo e mostrando, desde logo, interesse no tema, se mostrou de imediato disponível para ajudar na selecção e contacto dos sujeitos a estudar. Foram considerados como critérios para inclusão no estudo 4 pessoas que tivessem idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos e outras 4 pessoas que tivessem idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos, independentemente do seu sexo, desde que fossem familiares de pacientes acompanhados na consulta externa de Psicologia do referido hospital, sendo que tivemos em conta a profissão dos entrevistados, o parentesco quanto ao paciente, a psicopatologia específica e a duração do acompanhamento psicoterapêutico deste último. Seguidamente, foi marcada uma reunião com todos os possíveis participantes (separadamente), com o intuito de explicar o âmbito do estudo, os procedimentos e o objetivo da entrevista. Foram, desde logo, tidas em consideração e discutidas as questões éticas e deontológicas, sendo garantido, desde o início, a confidencialidade e o anonimato dos participantes (Nogueira-Martins & Bógus, 2004), bem como recebida a devida autorização para gravação das entrevistas. Assim sendo, os entrevistados dispuseram-se, amavelmente, a participar no estudo mediante consentimento livre e informado, sendo posteriormente marcado, consoante disponibilidade de cada participante, dia, hora e local para aplicação da entrevista.

O passo seguinte consistiu na aplicação das entrevistas. Estas foram aplicadas a cada um dos participantes isolada e separadamente, numa das salas da consulta externa, sítio esse onde apenas se encontrava a investigadora e o sujeito, por forma a existir a privacidade e silêncio necessários e a evitar a influência de terceiros. Pretendia-se que o indivíduo se sentisse o mais à vontade possível, evitando assim algum tipo de enviesamento. No decorrer da entrevista, a investigadora adoptou uma postura não

crítica e não avaliativa, intervindo apenas quando fosse estritamente necessário esclarecer alguma questão.

Por fim procedeu-se à análise dos dados. Para tal, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que, segundo Minayo (1992), parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. E por último as conclusões finais do presente estudo.

#### **2.4. A técnica de recolha de dados: a entrevista semi-estruturada**

Como já foi abordado anteriormente, para a concretização do estudo foi escolhida a entrevista semi-estruturada, como instrumento qualitativo de recolha de dados, já que a mesma leva o entrevistador, que quer descobrir de que modo as pessoas percebem determinada realidade, a entrar no mundo delas para entender a sua perspectiva (Patton, 1997).

A entrevista é considerada uma modalidade de interacção entre duas ou mais pessoas (Fraser & Gondim, 2004), configurando-se numa conversa intencional (Morgan, 1988) com suficiente abertura para aprofundar a comunicação (Minayo, 1994), permitindo o acesso a sentimentos, pensamentos, percepções e intenções (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Deste modo, parte-se da assumpção que o próprio sujeito, mediante uma técnica de auto-relato como é a entrevista, possa informar objectivamente sobre os seus pontos de vista e concepções, ou seja, a forma como pensa e como se sente perante determinada situação/realidade. Pode-se assim afirmar, segundo Fernández-Ballesteros (2007), que não existe fonte de informação mais objectiva, que o próprio sujeito.

Assim sendo, na presente investigação e dada a especificidade do tema tratado, a entrevista foi vista como a técnica mais adequada, pois a mesma torna-se o meio mais objectivo de aceder às dinâmicas conceptuais dos familiares de pacientes portadores de doença mental. Trata-se de uma entrevista individual, uma entrevista de um para um, sendo esta modalidade escolhida devido à sensibilidade do assunto a ser tratado. De facto, no presente estudo, o uso da entrevista surgiu como o viável, uma vez que permite o acesso a dados de difícil obtenção por observação directa tais como sentimentos, pensamentos ou intenções (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

A entrevista semi-estruturada assume uma importância fulcral na obtenção de informação (Leitão, 2004), uma vez que a mesma está normalmente associada a uma maior liberdade de resposta e a sua flexibilidade, característica que a torna tão atractiva, permite uma organização e ampliação dos questionamentos e assuntos em função das respostas que o entrevistado vai dando (Fujisawa, 2000), enriquecendo desta forma a pesquisa.

Este tipo de entrevista combina o uso de perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a oportunidade de discursar sobre o tema proposto. Assim, o entrevistador deve seguir um conjunto de tópicos previamente definidos, fazendo-o num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, devendo ficar atento para dirigir a discussão, oportunamente, para o assunto que mais lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompôr o contexto da entrevista, caso o informante se tenha afastado do tema ou tenha dificuldades com ele. Neste âmbito, ao conseguir um maior direccionamento para o tema pretendido, o investigador consegue também melhor delimitar o volume das informações, garantindo que os seus objectivos sejam alcançados e permitindo uma cobertura mais profunda sobre o assunto a ser trabalhado (Boni & Quaresma, 2005).

Assim, salientamos o facto da entrevista semi-estruturada permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer entrevistado e em torno dos mais variados tópicos, possibilitando também que sejam efectuadas correcções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas, ganhando “vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e entrevistado” (Lüdke e André, 1986).

O objectivo da entrevista consiste na recolha de dados de opinião que permitam, não apenas fornecer pistas para a caracterização do processo que se pretende estudar, como também conhecer, sob vários aspectos, os intervenientes do processo. Se por um lado se procura a informação sobre o real, por outro, pretende-se também conhecer algo dos quadros conceptuais dos entrevistados enquanto elementos constituintes do processo. Nogueira-Martins & Bógus (2004) consideram ainda que é fundamental que o investigador esteja atento ao comportamento não-verbal do entrevistado, por forma a melhor perceber os tópicos abordados.

De referir que nos deparámos com algumas limitações aquando da aplicação das entrevistas, nomeadamente pelo facto dos familiares, de estrato social médio-baixo, revelarem dificuldades na compreensão de algumas perguntas e, consequentemente, a

necessidade de haver uma adequação da linguagem por nós utilizada. De salientar como possível condicionante do estudo, o facto dos entrevistados darem respostas curtas, lacónicas e objectivas, não aprofundando muito os assuntos/temas propostos todavia, há que enaltecer e agradecer a disponibilidade e receptividade com que os familiares nos receberam, mostrando-se colaboradores desde o princípio, conseguindo-se criar um momento agradável de “conversa informal”, ainda que a temática não fosse propriamente leve.

Neste seguimento, no quadro 1 apresenta-se o guião de entrevista utilizado (questões do guião referentes a cada item):

**Quadro 1:** Guião de entrevista, respectivos itens e questões

<b>ITENS</b>	<b>QUESTÕES</b>
<b>Conceito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que entende por saúde mental?</li> <li>- Que importância atribui à saúde mental?</li> <li>- Na sua opinião, qual a função do Psicólogo Clínico? E do Psiquiatra?</li> </ul>
<b>Percepção do doente mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a visão que tem do doente mental?</li> <li>- Como é que a sociedade (amigos, restante família, conhecidos...) vê o seu familiar por este ser acompanhado em Psiquiatria/Psicologia?</li> </ul>

	<p>- Algumas pessoas diriam que os doentes mentais são pouco inteligentes, preguiçosos e perigosos. O que diria a essas pessoas?</p>
<p><b>Discriminação</b></p>	<p>- Na sua opinião, como é que a nossa sociedade trata a pessoa portadora de doença mental?</p> <p>- Sente que o seu familiar é, de algum modo, discriminado ou excluído? (Se sim) De que forma?</p> <p>- Vários estudos apontam para uma tendência à discriminação das pessoas portadoras de algum tipo de doença mental. A seu ver, quais as causas dessa discriminação? E as consequências?</p>
<p><b>Sugestões de actuação</b></p>	<p>- Imagine que era portador de uma doença mental e que era discriminado/excluído por esse facto. O que faria?</p> <p>- Se tivesse poder para tal, o que melhoraria nos serviços de saúde mental?</p>
	<p>- O que deveria/poderia ser feito para evitar</p>

<b>Prevenção</b>	<p>a discriminação/exclusão do doente mental?</p> <p>- De que forma os “Media” poderiam contribuir para eliminar o estigma?</p>
------------------	---

## 2.5. Análise dos dados

Após transcrição e leitura atenta das entrevistas aplicadas, procedeu-se à análise de conteúdo das mesmas, de forma a encontrar um conjunto de categorias temáticas consideradas mais significativas. Desta forma, seguidamente serão apresentadas (quadro 2) as categorias e sub-categorias, bem como a respectiva definição de ambas, permitindo-nos, desta forma, a sua operacionalização. Num segundo momento, proceder-se-á à apresentação da análise de conteúdo (quadro 3) mediante a exposição das categorias e sub-categorias, acompanhadas pelas respectivas unidades de sentido. Finalmente explicitar-se-ão os resultados das categorias definidas, clarificando-se os aspectos comuns ou divergentes entre as entrevistas, tendo em conta os sujeitos de uma e de outra geração.

**Quadro 2:** Definição das categorias e sub-categorias

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Definição</b>
<b>1. Percepção do Conceito</b>	Ideia / visão que os familiares têm acerca da Saúde Mental	-----	-----
<b>2. Função dos</b>	Ideia / percepção que	<b>2.1. Psicólogo</b>	Profissional da

<b>Técnicos</b>	os familiares têm acerca do exercício da profissão dos 2 principais técnicos de Saúde Mental	<b>Clínico</b>	Psicologia cuja função é a de realizar avaliações psicológicas e fazer o acompanhamento psicoterapêutico do paciente
		<b>2.2. Psiquiatra</b>	Médico que trata (ou ajuda a tratar/controlar) doenças mentais mediante prescrição de medicação psiquiátrica
<b>3. Visão do doente mental</b>	Ideia / percepção que os familiares têm acerca do doente mental	-----	-----
<b>4. Estigma</b>	Ideia / percepção que os familiares têm acerca da segregação / exclusão / discriminação do doente mental	<b>4.1. Formas</b>	A discriminação do doente mental (seu familiar ou não) segundo a experiência e/ou visão do familiar
		<b>4.2. Causas</b>	Motivos / origem / razões que levam à discriminação do doente mental, na visão do familiar

		<b>4.3. Consequências</b>	O desfecho / impacto da discriminação na visão do familiar
<b>5. Determinação</b>	Vontade / intenção / motivação que os familiares demonstram em actuar	<b>5.1. Discriminação</b>	Vontade / intenção em actuar caso a situação de discriminação / segregação se passasse com o familiar
		<b>5.2. Serviços de Saúde Mental</b>	Vontade / intenção em actuar caso o familiar tivesse poder de decisão na melhoria dos serviços de Saúde Mental
<b>6. Prevenção</b>	Actos que podem ser levados a cabo para evitar / eliminar a discriminação do doente mental, na visão dos familiares	-----	-----

## 2.6. Apresentação dos dados organizados em categorias e sub-categorias

**Quadro 3:** Apresentação da análise de conteúdo: categorias e sub-categorias com as respectivas unidades de sentido

Sujeitos A, B, C, D: 30-40 anos; Sujeitos E, F, G, H: 55-65 anos (informações dos sujeitos no anexo I)

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de sentido
<p><b>1. Percepção do Conceito</b></p>	<p>-----</p>	<p>“Hum... É uma pessoa não ter problemas de cabeça, doenças quero eu dizer... É ser mentalmente saudável...” (Sujeito A)</p> <p>“Acho que é ter a cabeça em ordem... Ou seja, não ter uma doença psicológica...” (Suj.B)</p> <p>“São as doenças que afectam a cabeça... Problemas de cabeça então... Quer dizer se é saúde, então é não ter esses problemas.” (Suj. D)</p> <p>“É um estado psíquico bom, a todos os níveis...” (Suj. F)</p> <p>“Acho que é estar bem da cabeça, sem doença...” (Suj. G)</p> <p>“É a ausência de problemas mentais... Portanto... Uma pessoa sem doenças mentais...” (Suj. H)</p>

<p><b>2. Função dos Técnicos</b></p>	<p><b>2.1 Psicólogo</b></p>	<p>“Então, o Psicólogo ajuda o doente a resolver os problemas que tem... Ajuda-o a perceber melhor a doença que tem também...” (Suj. A)</p> <p>“O Psicólogo orienta o doente... Ajuda-o a viver melhor com o problema que tem... Acho que ajuda o doente a adaptar-se melhor ao seu problema e a curá-lo...” (Suj. B)</p> <p>“É ouvir o paciente (...) é uma ajuda...(Suj. C)</p> <p>“é a função de avaliação e acompanhamento do doente psicológico” (Suj. D)</p> <p>“É um acompanhamento, acho que é útil para acompanhar as pessoas...” (Suj. E)</p> <p>“Ajudar a ultrapassar os problemas de cabeça que as pessoas têm... Os problemas emocionais...” (Suj. F)</p> <p>“faz o acompanhamento...” (Suj. H)</p>
--------------------------------------	-----------------------------	--

	<p><b>2.2 Psiquiatra</b></p>	<p>“...passa os medicamentos que o doente precisa...” (Suj. A)</p> <p>“...acho que só dá os medicamentos ao doente...” (Suj. B)</p> <p>“...é dar a medicação que acompanha durante o tratamento.” (Suj. D)</p> <p>“Eu sei que a função deles é prescrever medicamentos...” (Suj. E)</p> <p>“O psiquiatra ajuda (...) com medicamentos...” (Suj. F)</p> <p>“O psiquiatra deu-lhe os medicamentos...” (Suj. G)</p> <p>“O psiquiatra medica e vai vendo se essa medicação está a fazer bem ou não ao doente...” (Suj. H)</p>
<p><b>3. Visão do Doente Mental</b></p>	<p>-----</p>	<p>“É uma pessoa como as outras mas que está doente e por isso precisa de ajuda... Ajuda do Psicólogo, do Psiquiatra e da família também...” (Suj. A)</p> <p>“Uma visão normal... É a visão de uma pessoa normal... É como qualquer outra pessoa que tem um problema ou doença e que tem que se tratar...” (Suj. B)</p>

		<p>“É uma pessoa com problemas, com uma doença mental que tem que se tratar...” (Suj. C)</p> <p>“É um doente que tem uma doença que não se vê mas que é tão doente como outra doença qualquer e tem que procurar ajuda e tratar-se como faz toda a gente... (Suj. D)</p> <p>“Olhe para mim é um doente que é preciso ter muita paciência... Também do lado dele senão começa a ser difícil...” (Suj. E)</p> <p>“Pessoas que precisam de muito acompanhamento... Da família, dos amigos, dos médicos... Até ficarem bons.” (Suj. F)</p> <p>“Não sei se é por ter uma lá em casa... Mas é normal...” (Suj. G)</p> <p>“Ora... Uma pessoa com problemas de saúde... Neste caso, de saúde mental...” (Suj. H)</p>
<p><b>4. Estigma</b></p>	<p><b>4.1 Formas</b></p>	<p>“Há pessoas na nossa família que não compreendem... Ou não querem compreender se calhar... Uns não ligam (...) outros parece que têm pena de nós (...) as pessoas acham</p>

		<p>sempre que são tolinhos, que são doidos (...) houve amigos que deixaram de querer estar com ele, fingiam sempre que estavam muito ocupados... Oh e a própria família... Vê-se que alguns têm vergonha de ter uma pessoa da família com uma doença mental...” (Suj. A)</p> <p>“Ele tem medo que eles o tratem de forma diferente ou que achem que é doido porque diz que já aconteceu com um amigo (...) as pessoas não gostam muito de gente com estes problemas (...) Tratam sempre pior as pessoas com estes problemas... Ainda gozam por cima...” (Suj. B)</p> <p>“...vêm-no sempre cabisbaixo e gozam com ele (...) O ano passado uma professora chamou-o de atrasado mental à frente da turma toda (...) A família não tanto... Às vezes não compreendem o que ele faz e não lhe ligam (...) ninguém está disposto a ajudar mas para deitar abaixo estão sempre lá!” (Suj. C)</p> <p>“Acham que é maluquinho... Como também já tem aquela idade, pensam logo que quando</p>
--	--	---

		<p>começa com as manias dele que é por ser tolinho (...) muitos são vistos como se fossem bichinhos perigosos (...) mesmo as pessoas muito mais novas eu também não vejo que as tratem bem, nunca falam bem de um doente mental...” (Suj. D)</p> <p>“...a sociedade afasta-se deles, não lhes dá conversa...Quer dizer às vezes até lhes liga mas não os ouvem verdadeiramente...” (Suj. E)</p> <p>“A minha mulher teve problemas com o patrão (...) ele sabia o que se passava mas não quis saber, disse-lhe ‘se está sempre deprimida é porque também não está muito contente com o trabalho! Pode ir embora, a trabalhar tão devagar só me dá prejuízo’ (...) Olhe a nível do emprego (...) O patrão achava que ela fazia de propósito, que era preguiçosa e queria escapar-se ao trabalho (...) Chamam-lhes nomes por vezes... Não, não os tratam bem...” (Suj. F)</p> <p>“...o namorado daquela altura acabou com ela por causa da doença...Diz que não a</p>
--	--	--

		<p>entendia e que era uma desequilibrada (...) houve um vizinho que andava a espalhar que ela tinha uma deficiência, que podia ser perigosa para as crianças... (...) as pessoas não querem saber de gente assim, com estes problemas, não têm paciência...” (Suj. G)</p> <p>“Pelo que vou vendo, mal (...) a gente vê que são quase sempre postos de lado, acho que os consideram inferiores...” (Suj. H)</p>
	<p><b>4.2 Causas</b></p>	<p>“Talvez porque as pessoas não têm paciência para aturar gente com problemas de cabeça... Ou se calhar têm medo... (...) Algumas parece que não percebem, ou não querem perceber, se calhar nem paciência têm para aprender o que é...” (Suj. A)</p> <p>“Se calhar porque antigamente eram todos loucos, quem tinha estes problemas... (...) E se calhar agora as pessoas continuam a pensar dessa forma, que são doidos...Devem ter medo... O problema também é que não</p>

		<p>conhecem as doenças mentais...” (Suj. B)</p> <p>“É maldade das pessoas, não querem compreender... Às vezes até têm medo, parece que se pega... (Suj. C)</p> <p>“As pessoas não se querem chatear com quem tem problemas e como não conhecem as doenças mentais, menos querem saber!” (Suj. D)</p> <p>“A pouca aceitação das pessoas...” (Suj. F)</p> <p>“As pessoas são más, parece que gostam de deitar os outros abaixo... Assim doentes destes devem fazer-lhes medo talvez (...) porque não conhecem o problema da minha filha...” (Suj. G)</p> <p>“Falta de informação das pessoas, acho que não sabem do que estão a falar mas falam na mesma...” (Suj. H)</p>
	<p><b>4.3 Consequências</b></p>	<p>“Oh, os doentes sentem-se mais sozinhos, com menos ajuda...E sentem-se mais tristes de certeza...” (Suj. A)</p> <p>“Oh as pessoas não se podem sentir bem (...) A pessoa assim nem se consegue tratar em condições!” (Suj. B)</p>

		<p>“As pessoas ficam piores, assim custa mais o tratamento (...) a pessoa ainda fica mais doente...” (Suj. C)</p> <p>“Pode piorar o estado da pessoa, do doente...” (Suj. D)</p> <p>“Depois vive-se numa sociedade em que esses doentes ficam revoltados...” (Suj. F)</p> <p>“Os doentes ainda devem ficar mais em baixo...” (Suj. G)</p> <p>“...devem piorar de certeza... E para as famílias também não deve ser fácil lidar com isso... Também acabam por ser afectadas...” (Suj. H)</p>
<b>5. Determinação</b>	<b>5.1 Discriminação</b>	<p>“Olhe se calhar refilava com essas pessoas...” (Suj. A)</p> <p>“Tentava apoiar-me mais na minha família ou naquelas pessoas mais chegadas se calhar (...) E quando ficasse bom fazia questão de mostrar àqueles que me tinham posto de lado...” (Suj. B)</p> <p>“...ia tentar dar a volta por cima (...) acho que fazia como faço com a gordura...” (Suj. C)</p> <p>“Se calhar refugiava-me na minha família e nos meus</p>

		<p>amigos... Oh, ou então ‘mandava-os à fava’...” (Suj. E)</p> <p>“De certeza que pedia ajuda aos meus filhos e à minha esposa...” (Suj. F)</p> <p>“...acho que me revoltava” (Suj. H)</p>
	<p><b>5.2 Serviços de Saúde Mental</b></p>	<p>“Olhe se calhar fazia com que as consultas de Psiquiatria não demorassem tanto...” (Suj. A)</p> <p>“Há muito tempo de espera (...) nas de psiquiatria (...) É demasiado tempo...” (Suj. C)</p> <p>“Punha mais psicólogos a atender os doentes para que eles não tivessem que estar tanto tempo à espera de consulta.” (Suj. D)</p> <p>“Talvez um melhor acompanhamento...Mais psicólogos...” (Suj. E)</p> <p>“...mais apoio para os doentes... Demoram muito a ter consultas...” (Suj. F)</p> <p>“demoraram muito tempo a marcar-lhe consulta de psiquiatria...” (Suj. G)</p>
<p><b>6. Prevenção</b></p>	<p>-----</p>	<p>“Olhe explicar às pessoas o que é um doente mental se</p>

		<p>calhar (...) eles acabam por explicar como é que funcionam as doenças...” (Suj. A)</p> <p>“Se calhar explicar a toda a gente que já não são malucos (...) Que agora o problema deles tem nome e também se trata...! (...) dar essa explicação mesmo via televisão... Ou internet (...) espalhar a informação...” (Suj. B)</p> <p>“Explicar às pessoas as coisas...” (Suj. C)</p> <p>“Talvez informar melhor a população...” (Suj. D)</p> <p>“Podiam sensibilizar a família e a comunidade...Para aceitarem...Passar a palavra por toda a gente (...) nas escolas podiam começar por educar os miúdos sobre esse assunto...” (Suj. F)</p> <p>“Podiam levar lá doentes a falar...” (Suj. G)</p> <p>“Ensinar as pessoas (...) Explicar as doenças na televisão...” (Suj. H)</p>
--	--	---

Na categoria “Percepção do Conceito”, os familiares de ambas as gerações consideram que Saúde Mental significa estar livre de qualquer doença mental, sendo que o Suj. F acrescenta ainda que Saúde Mental “é um estado psíquico bom, a todos os níveis...”

Na categoria “Função dos Técnicos”, no que se refere à função do psicólogo, as respostas vão no sentido de que o mesmo esclarece, ajuda, orienta e acompanha o paciente/familiar na sua doença/problema. Para além destes aspectos, o Suj. D acrescenta ainda que o psicólogo tem também uma “função de avaliação”. No que concerne à função do psiquiatra, todos os sujeitos afirmam que o mesmo prescreve a medicação que o familiar necessita, sendo que o Suj. H acrescenta ainda que tal médico tem também como função ir verificando “se essa medicação está a fazer bem ou não ao doente.”

Na categoria “Visão do Doente Mental”, as respostas dos sujeitos de ambas as gerações, vão no sentido de que o mesmo é alguém com problemas e/ou doença mental, que necessita de tratamento e acompanhamento/apoio, vendo-o como uma pessoa “normal, igual às outras pessoas”. Para além destes aspectos, o Suj. E refere ainda que o doente mental é uma pessoa com a qual se tem que ter muita paciência e vice versa.

Na categoria “Estigma”, no que concerne às Formas do mesmo, as respostas dos familiares de ambas as gerações vão no sentido da existência de discriminação para com o ente querido e para com a pessoa portadora de doença mental em geral. Em relação ao ente querido e/ou em relação ao doente mental em geral, verificamos na visão e respostas dos familiares, conotações e atribuições negativas que lhes são frequentemente atribuídas como “maluquinho; tolinho; doido; atrasado mental; bichinhos perigosos, inferiores”, em que a sociedade “não liga nem fala bem destes doentes, tratando-os mal e afastando-se deles”. Para além destes aspectos, o Suj. A revela ainda que houve amigos que deixaram de querer estar com o ente querido e que alguns familiares não compreendem e não lhe “ligam” e que, além do sentimento de pena, têm vergonha de ter um familiar portador de doença mental no seio da sua família; o Suj. C revela também que os seus familiares não compreendem o comportamento do filho e não lhe “ligam” por esse facto. O Suj. G acrescenta também que, na altura em que a doença da filha se manifestou, o namorado terminou a relação referindo que a companheira era desequilibrada; houve ainda um vizinho que andava a espalhar que a filha teria uma deficiência e que poderia ser perigosa para as crianças. O Suj. F acrescenta que a esposa teve problemas ao nível do emprego, uma vez que o patrão

afirmava que a mesma “fazia de propósito, que era preguiçosa e queria escapar-se ao trabalho”. O Suj. E, o Suj. B e o Suj. H referem não sentir qualquer tipo de discriminação em relação ao seu ente querido no entanto, estão de acordo com os restantes familiares no que toca à discriminação das pessoas portadoras de doença mental “...a sociedade afasta-se deles, não lhes dá conversa” (Suj. E).

Ainda dentro da categoria “Estigma”, no que concerne às Causas do mesmo, as respostas dos familiares revelam que na origem da discriminação poderá estar o medo (Suj. A; Suj. B e Suj. G) que as pessoas sentem em relação à/doença/doente mental; apontam também a falta de informação da sociedade e o desconhecimento das doenças mentais (Suj. B; Suj. D; Suj. G e Suj. H) como outra das possíveis razões para tal discriminação. O Suj. C e o Suj. G acrescentam que o facto das pessoas serem “más” será outro dos motivos, enquanto que o Suj. A e o Suj. D referem ainda que a sociedade não tem paciência para “aturar” indivíduos com este tipo de problemas.

Também dentro da categoria “Estigma”, no que toca às Consequências do mesmo, os familiares referem que o doente mental se sentirá “mais em baixo, triste e doente” e que dar-se-á uma piora do seu estado de saúde (Suj. A; Suj. B; Suj. C; Suj. D; Suj. G e Suj. H). O Suj. B e o Suj. C afirmam ainda que dessa forma o paciente “nem se consegue tratar em condições” e que o processo terapêutico se torna mais difícil. O Suj. H refere também que não será fácil para as famílias lidarem com tal situação de discriminação e que serão igualmente afectadas.

Na categoria “Determinação”, no que concerne à intenção em actuar caso a situação de discriminação/segregação se passasse com os próprios familiares, estes revelam que tentariam apoiar-se mais na família e nos amigos mais chegados (Suj. B; Suj. E e Suj. F). Em dita situação, o Suj. A, o Suj. E e o Suj. H referem ainda que se “revoltariam e/ou refilariam” com as pessoas implicadas.

Dentro da mesma categoria, no que toca à intenção em actuar caso os familiares tivessem poder de decisão na melhoria dos serviços de Saúde Mental, as respostas destes vão no sentido de que tanto as consultas de psiquiatria (principalmente estas) como as de psicologia não demorariam tanto tempo a ser marcadas e seriam mais frequentes, bem como se daria um aumento do número de psicólogos (Suj. D e Suj. E).

Na categoria “Prevenção”, as respostas dos familiares revelam que, na sua visão, para que a discriminação da pessoa portadora de doença mental fosse evitada/eliminada, seria importante explicar e ensinar às pessoas, à sociedade em geral, quem é/o que é a doença e o doente mental e as características e funcionamento de ambos. O Suj. B

considera que essa explicação podia ser passada através da internet ou televisão, de forma a “espalhar a informação”, sendo que o Suj. G acrescenta ainda que “podiam levar lá [ à televisão ] doentes a falar”. O Suj. F refere que podiam sensibilizar-se as famílias e a comunidade e que também “nas escolas podiam começar por educar os miúdos sobre esse assunto”.

### **Capítulo 3 – Discussão / Conclusão**

Após análise e interpretação dos dados, passamos de seguida a dar resposta às questões de investigação que norteiam o presente estudo, bem como a concluir sobre o mesmo. A análise dos dados permitiu a identificação de dimensões gerais que, de uma forma global, são consistentes com a bibliografia encontrada.

#### **Qual a representação da Saúde Mental em familiares de pacientes portadores de doença mental?**

Na análise do discurso dos familiares, verificámos que estes consideram que a Saúde Mental é “apenas” a ausência de problemas/distúrbios mentais, o que revela a dificuldade que os próprios manifestam em explicar e perceber o que é e do que se trata, ainda que sejam familiares de um paciente com distúrbio mental e vivam de perto essa realidade. De facto, torna-se complexo definir o conceito de Saúde Mental uma vez que não há uma definição oficial para o mesmo, dependendo sempre do contexto cultural, social, económico e legal das diferentes sociedades (Organização Mundial de Saúde, 1996), o que, juntamente com a falta de informação, conhecimento e esclarecimentos dentro desta área (Osinaga, 1999), poderá também contribuir para uma maior confusão no que toca à explicitação de tal conceito. Constatámos também nas palavras dos familiares que o doente mental é visto como uma pessoa “normal”, igual às outras, necessitando de apoio e acompanhamento terapêutico tal como uma pessoa que tenha uma doença física. Nota-se, por parte dos familiares, uma tentativa de igualar e normalizar o doente e/ou a doença mental (e consequentemente o ente querido) em relação à doença física e às pessoas em geral, o que se aproxima da perspectiva/luta da Organização Mundial de Saúde (2001) que pretende a equalização das pessoas com doenças mentais às pessoas que sofrem de outras doenças.

Verificámos também que, na vivência e percepção dos entrevistados, existe o estigma associado à doença mental, quer em relação aos entes queridos, quer em relação ao doente mental em geral. Esta discriminação, segundo os familiares, é materializada de diversas formas, uma delas, a conotação negativa associada e atribuída à doença e ao doente mental visto, na óptica dos entrevistados, como “maluquinho; tolinho; doido;

atrasado mental; bichinho perigoso; inferior”, parece ser uma das mais frequentes, o que relembra a perspectiva de Jara (2006) que afirma que “o estigma começa na própria rotulação, com a denotação vaga de *doença mental* a conotar a pessoa como menos válida, incapaz, imprevisível, incurável, perigosa...” Ainda neste seguimento, relembremos que Spadini e Souza (2006), no seu estudo *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares*, concluem que, socialmente, o rótulo atribuído ao doente psiquiátrico é extremamente forte. Para além deste aspecto, constatámos ainda na análise do discurso de alguns entrevistados, a referência a que por vezes a discriminação começa na própria família que “não compreende, não liga e tem vergonha [ de ter um familiar portador de doença mental ]”. Esta percepção dos “nossos” entrevistados vai de encontro ao estudo realizado por Colvero (2002), em que o autor conclui que, não raras vezes, são os próprios familiares que definem o doente como “aquele que tem um comportamento diferente”, o que leva a crer que há determinados padrões de comportamento que a própria família não entende e/ou não aceita. Congruente/coincidente com estes aspectos, está também a conclusão a que chegou Pereira (2003) no seu estudo com familiares de doentes psiquiátricos, que afirma que os mesmos entendem a doença mental como um defeito da pessoa.

Segundo percepção dos familiares, as causas para esta discriminação estão relacionadas com o medo que as pessoas sentem do desconhecido, uma vez que a sociedade desconhece as doenças mentais e existe uma grande falta de informação acerca de tal temática, no entanto, por outro lado, existe também uma grande falta de abertura por parte das pessoas não implicadas directamente numa vivência em redor da Saúde Mental. Esta percepção dos familiares aproxima-se da perspectiva de Jara (2006) que vê no desconhecimento das doenças mentais, no receio pelo mistério do que é mental e na fobia da “loucura”, algumas das razões que justificam a existência desta estigmatização. Para além deste “medo do desconhecido”, o estigma associado à doença mental provém de um conjunto de crenças erróneas (representações sociais) da sociedade que originam a falta de conhecimento e, por seu lado, a falta de compreensão e tolerância para com estes doentes que acabam, como refere Spadini e Souza (2006), por ser excluídos da sociedade e conseqüentemente por isolar-se (e esconder “o peso que carregam”). A exclusão e discriminação é então o resultado dos estigmas e preconceitos contra o doente e a doença mental, bem como do grande desconhecimento e falta de informação acerca das doenças mentais e do progresso ocorrido nas últimas décadas quanto ao diagnóstico e, sobretudo, ao tratamento destas perturbações. Todos

estes aspectos se tornam num enorme obstáculo à recuperação destes pacientes, havendo relutância na procura de cuidados de saúde apropriados à sua doença. A tendência destes doentes é então ocultarem o seu problema, com receio de serem incluídos dentro dos estereótipos e preconceitos existentes (Spadini e Souza, 2006), sendo que a sua participação na sociedade fica, também ela, comprometida, pois as oportunidades a que as pessoas com perturbações mentais têm direito são-lhes restringidas.

### **Como é que o facto de pertencerem a gerações distintas influencia a percepção da Saúde Mental?**

Através da análise das respostas dos sujeitos de ambas as gerações, de início separadamente e depois estabelecendo uma comparação, chegámos à conclusão que o facto de pertencerem a gerações distintas não influencia a percepção ou a representação que ambas fazem da Saúde Mental. Quer os sujeitos com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, quer os sujeitos com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos deram respostas bastante coincidentes, que na grande maioria dos casos vão no mesmo sentido, com uma mesma (ou muito semelhante) visão das temáticas abordadas, o que nos leva a afirmar que não tem havido evolução significativa na percepção/representação da Saúde Mental. Neste sentido, relembramos o estudo *Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental*, em que Kantorski (2001) conclui que ainda hoje em dia o louco é visto com preconceitos e discriminado.

### **Como é que o facto de ser familiar de um paciente portador de doença mental condiciona a representação da Saúde Mental?**

Constatámos que o facto dos sujeitos serem familiares de pacientes portadores de doença mental e de viverem de perto com essa realidade condiciona o modo como vêem a Saúde Mental. No que toca à visão que os familiares têm do doente mental, verificámos, como referido anteriormente, que todos os sujeitos normalizam ao máximo a situação, insistindo nas suas respostas que “é uma pessoa igual às outras, que tem uma doença e que necessita de acompanhamento/apoio como outro indivíduo qualquer”, sendo que o Suj. G chega mesmo a acrescentar que “Não sei se é por ter uma lá em casa... Mas é [ uma visão ] normal...” Parece-nos que esta (“insistente”) visão

“normalizada e equalizada” do doente mental se relaciona com uma certa protecção e defesa do ente querido por parte dos familiares, pois sabem que associado ao conceito de Saúde Mental está o peso da discriminação/estigmatização que vivenciam no seu quotidiano e/ou que percebem noutros portadores de doença mental.

No que toca à percepção do conceito de Saúde Mental, de notar que praticamente todos os familiares, na sua explicação/visão, se focaram e limitaram à “ausência de problemas/doenças mentais”, não tendo visto o conceito como um todo. Poderá, na nossa opinião, estar relacionado com o desejo que estes sentem em que o ente querido melhore, e daí se focarem objectivamente na ausência de doença apenas, não tendo em conta outros elementos que tal conceito engloba todavia, apercebemo-nos também que há, nos próprios familiares, um grande desconhecimento acerca da Saúde Mental, como referido na discussão da primeira questão, uma vez que demonstraram grande dificuldade em aprofundar a resposta a algumas questões, nomeadamente à questão “O que entende por saúde mental?”.

De salientar que nos apercebemos também de alguma revolta e respostas mais ríspidas/radicais no discurso de alguns familiares no que toca, por exemplo, à percepção das causas da discriminação ou ainda em relação à questão – “algumas pessoas diriam que os doentes mentais são pouco inteligentes, preguiçosos e perigosos. O que diria a essas pessoas?” – em que os familiares se insurgem imediatamente contra tal afirmação, defendendo o ente querido portador de doença mental.

### **Como é que os familiares dos pacientes portadores de doença mental avaliam os cuidados de Saúde Mental no nosso país?**

Em relação à avaliação dos cuidados de Saúde Mental, os familiares limitaram-se a responder em função do que percebem no Serviço de Psiquiatria onde o ente querido é acompanhado. Assim, constatámos que os familiares, acima de tudo, se encontram descontentes com o facto das consultas de psiquiatria (principalmente estas) terem uma frequência tão baixa, sendo que o Suj. D e o Suj. E consideram ainda que o número de psicólogos deveria aí ser superior.

O pequeno contributo do presente estudo vai no sentido de alertar a população de que as doenças mentais devem ser encaradas do mesmo modo como se encaram as doenças físicas, sendo que os portadores de perturbação psiquiátrica são pessoas como todas as outras e que as suas doenças têm tratamento. No fundo, o que pretendemos é

que a sociedade fique mais atenta no que toca à Saúde Mental, sendo, como afirma Kantorski (2001), fundamental o esclarecimento das populações acerca da doença psiquiátrica (consideramos que os media têm um papel fundamental nesta parte e que devem ter noção do impacto que os seus conteúdos têm na mentalidade social, para bem e para mal). Deste modo, pretende-se que a sociedade mude as suas crenças (representações) erróneas e estigmatizantes acerca da doença e do doente psiquiátrico, para que tais preconceitos e estigmas diminuam e, conseqüentemente, diminua também o isolamento destes doentes, sabendo que desta forma todos podemos contribuir para que estas pessoas tenham os devidos tratamentos e cuidados de saúde, o que lhes va[mos]i permitir voltar a ter uma vida normal como qualquer cidadão, com todas as oportunidades, direitos e deveres.

Para finalizar, consideramos importante fazer uma sistematização das principais conclusões que emergem no presente estudo, bem como suas limitações e implicações para investigações futuras.

Constatámos que os próprios familiares que [con]vivem de perto com a doença do ente querido, revelam bastantes dificuldades em aprofundar e perceber exactamente do que se trata a Saúde Mental, o que poderá, de facto, ter a ver com a escassa informação disponível nesta área mas também estará, a nosso ver, relacionado com o facto dos sujeitos pertencerem a um estrato social médio-baixo o que, à partida, condicionará o seu nível cultural. Também de salientar a representação que os familiares fazem do doente mental, normalizando/equalizando-o ao cidadão comum e/ou à pessoa portadora de doença física. É interessante constatar que, neste ponto, através de respostas mais ríspidas/radicais a determinadas perguntas (que poderão ter assumido como questões mais “provocatórias”) e pela insistência em afirmar o seu ponto de vista, notámos claramente que é a “força” (protecção) dos laços de família/sangue (em ambas as gerações) que prevalece na percepção que têm do doente mental e, claro está, do ente querido. Concluimos, deste modo, que o facto dos sujeitos (de ambas as gerações) serem familiares de pacientes portadores de doença mental e de viverem de perto com tal realidade condiciona o modo como vêem a Saúde Mental.

Outra conclusão que consideramos fundamental destacar no presente estudo, é o facto dos familiares considerarem a [ainda] existência de estigmatização direccionada ao doente mental em geral e ao ente querido em particular. Segundo ambas as gerações, o estigma continua a ser uma realidade, “palpável” através das diversas formas de discriminação que os nossos entrevistados vivenciam/percepcionam e descrevem em

relação ao ente querido e à pessoa portadora de perturbação psiquiátrica em geral, o que nos leva a concluir (juntamente com as causas que os familiares apontam para a existência de tal discriminação: o medo do desconhecido e a falta de informação, conhecimento e de abertura/sensibilidade por parte da sociedade em relação à doença e ao doente mental) que o facto dos familiares pertencerem a gerações distintas não condiciona o modo como os mesmos vêem/percepcionam a Saúde Mental e, conseqüentemente, que não tem havido evolução significativa na representação da mesma e, muito importante e como alertámos anteriormente, as conseqüências nefastas que daí advêm.

Em relação a limitações e implicações para investigações futuras, salientamos que o facto dos nossos entrevistados estarem inseridos num meio e num estatuto sócio-económico muito particular e, para além deste aspecto, todos eles serem familiares de pacientes acompanhados no mesmo serviço de saúde mental terá, até certo ponto, condicionado (e particularizado) a sua visão/percepção da Saúde Mental. Este aspecto é importante uma vez que, tratando-se de um tema tão importante e actual como este, consideramos que é fundamental que a este nosso pequeno contributo se associem novos estudos e novas abordagens em diferentes contextos que possam dar voz a outros elementos (implicados ou não na Saúde Mental) da sociedade, continuando e enriquecendo as reflexões e conclusões já alcançadas. Concluimos, deste modo, que um trabalho de investigação nunca se dá por encerrado e é precisamente esse aspecto que faz com hajam sempre novas questões, novas problemáticas e, muito importante e neste caso em particular, novas soluções para uma melhor e mais correcta maneira de lidar e “viver” com a Saúde Mental.

## Referências

- Amarante, P. (2002). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arruda, A. (2002). *Teoria das representações sociais e teorias de género. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, cadernos de pesquisa, n. 117, pp. 127-147.*
- Bader, S. (2002). *Inclusão: exclusão ou inclusão perversa?* Petrópolis: Vozes.
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Birman, J., & Serra, A. (1988). *Os descaminhos da subjetividade: um estudo da instituição psiquiátrica no Brasil*. Niterói: EDUFF.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais*. Revista Eletrônica dos Pró-graduandos em Sociologia Política UFSC, 2 (3), p. 68-80.
- Colvero, L. (2002). *Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório: Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007 - 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cordeiro, J. (1987). *A saúde mental e a vida* (2ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica* (2ª ed.). Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Universidade do Minho: Revista Portuguesa de Educação.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008*. Resolução da Assembleia da República n.º 5/2008.
- Diaz, F. (2001). *Loucos de todo gênero são incapazes: justiça e saúde mental*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social.
- Farr, R. (1995). *Representações sociais: a teoria e sua história*. Petrópolis: Vozes, pp. 31-59.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Edición Pirámide.
- Foucault, M. (1972). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. *Paidéia*, 14(28), 139-152.
- Fujisawa, D. S. (2002). *Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de criança: implicações na formação do fisioterapeuta*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.
- Funk, M., Drew, N., Saraceno, B., Caldas, J.M., Agossou, T., Wang, X., & Taylor, J. (2005). *A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services*. Fall: Harvard Health Policy Review.

- Godoy, A. S. (1995). *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63.
- Gomes, R. (1994). *A análise de dados em pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Hatch, A. (2002). *Doing qualitative research in education settings*. New York: Suny Press.
- Herzlich, C. (1972). *La representation sociale*. Paris: Larousse.
- Jara, J. M. (2006). *Causas da psiquiatria – questões da saúde mental*. Alfragide: Editorial Caminho.
- Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Paris: Press Universitaires de France, pp. 31-61.
- Kantorski, P. (2001). *Do medo da loucura à falta de continuidade no tratamento em saúde mental*. Texto & Contexto Enferm.1(1):50-9.
- Leitão, L. M. (2004). *Avaliação psicológica em orientação escolar e profissional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lincoln, Y.S., & Guba E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Ludke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Matos, A. C. (2004). *Saúde mental (1ª ed.)*. Lisboa: Climepsi editores.
- Minayo, M. (1992). *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/abrasco.

- Minayo, M. (1993). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (2.ed.). São Paulo: Hucitec/ Abrasco
- Minayo, M. (1994). *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa* (21<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (3<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Ministério da Saúde (1994). *Relatório Final da 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus group as qualitative research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). *Social representation: social cognition*. London: Academic Press.
- Nogueira-Martins, M. C. F., & Bógus, C. M. (2004). *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.
- Organização Mundial da Saúde (1946). *Carta de constituição da organização mundial da saúde*. Génova: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2010.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Osinaga, M. (1999). *Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

- Patton, Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: the new century text* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pereira, M. (2003). *Representação da doença mental pela família do paciente*. *Interface (Botucatu)* [online]. Vol.7, n.12, pp. 71-82.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá.
- Saraceno, B., & Caldas, J.M. (2001). *A special year for mental health in the world*. *Panamerican Journal of Public Health*. Apr; 9(4): 209-10.
- Singer, P. (1987). *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Spadini, L., & Souza, M. (2006). *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares*. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. Vol.40, n.1, pp. 123-127.
- Szaz, T. (1978). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Teis, D., & Teis, M. (sd). *Abordagem qualitativa: a leitura no campo de pesquisa*. [www.bocc.ubi.pt](http://www.bocc.ubi.pt).
- Wanderley, M. (2002). *Refletindo sobre a noção de exclusão*. Petrópolis: Vozes.
- World Health Organization (1996). *Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Transcrição das Entrevistas

##### Geração 1

(30 – 40 anos)

##### Sujeito A

**Idade: 34 anos**

**Profissão: Auxiliar de acção educativa**

**Parentesco: irmã**

**Psicopatologia do familiar: Transtorno Bipolar**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: há cerca de 1 ano e meio**

1

Sujeito (S) – Hum... É uma pessoa não ter problemas de cabeça, doenças quero eu dizer... É ser mentalmente saudável...

2

S – Humm... Eu acho que é muito importante porque uma pessoa não pode viver bem nem ser feliz se tiver alguma doença mental...E acaba por não viver bem nem consigo nem com os outros à volta...

3

S – Então, o Psicólogo ajuda o doente a resolver os problemas que tem... Ajuda-o a perceber melhor a doença, não é? O Psiquiatra passa os medicamentos que o doente precisa para essa doença que tem... Aqui é assim pelo menos... É o que eu vejo fazerem.

4

S – É uma pessoa como as outras mas que está doente e por isso precisa de ajuda... Ajuda do Psicólogo, do Psiquiatra e da família também...

5

S – Olhe há pessoas na nossa família que não compreendem... Ou não querem compreender se calhar... Uns não ligam, é como se não se passasse nada, outros parece que têm pena de nós por termos o \* com uma doença assim...

6

S – Olhe que estão erradas, isso não é verdade! Não tem nada a ver uma coisa com a outra... O meu irmão não é nada disso e tem uma doença mental...

7

S – Eu acho que trata muito mal... Não respeitam os doentes mentais, as pessoas acham sempre que são tolinhos, que são doidos... Às vezes até têm medo deles...

8

S – Infelizmente... Quando ficou pior houve amigos que deixaram de querer estar com ele, fingiam sempre que estavam muito ocupados... Oh e a própria família... Vê-se que alguns têm vergonha de ter uma pessoa da família com uma doença mental... Alguns até fingem que não se passa nada, é como se ele não existisse...

9

S – (causas) Humm... Não sei bem... Talvez porque as pessoas não têm paciência para aturar gente com problemas de cabeça... Ou se calhar têm medo...  
(consequências) Oh, os doentes sentem-se mais sozinhos, com menos ajuda... E sentem-se mais tristes de certeza...

10

S – O que é que eu faria? Humm... Olhe se calhar refilava com essas pessoas... Para elas entenderem que eu precisava era de ajuda e não que me pusessem de parte...

11

S – Eu até gosto daqui, gosto da Psicóloga dele... E ele também gosta... Olhe se calhar fazia com que as consultas de Psiquiatria não demorassem tanto, olhe que ele chega a esperar vários meses pela consulta e depois chega aqui e às vezes só é atendido 2 horas depois da hora que lhe dizem para estar cá... Não está bem...

12

S – Olhe explicar às pessoas o que é um doente mental se calhar... Algumas parece que não percebem, ou não querem perceber, se calhar nem paciência têm para aprender o

que é! Pode ser que algum dia lhes calhe em casa e depois tenham que entender à força... E assim se calhar já não desprezam os outros...

13

S – Mesmo assim na televisão já vão falando muito destes doentes... Nos programas da manhã e alguns da tarde... É bom mesmo assim porque muita gente costuma ver esses programas...E sempre vão aprendendo qualquer coisa porque eles acabam por explicar como é que funcionam as doenças...

### **Sujeito B**

**Idade: 40 anos**

**Profissão: Proprietário de um restaurante**

**Parentesco: pai**

**Psicopatologia do familiar: Depressão**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: 7 meses**

1

S – Acho que é ter a cabeça em ordem... Ou seja, não ter uma doença psicológica... Porque problemas todos temos claro, mas pronto isso é uma coisa e uma doença mental é assim mais complicado...Ninguém é perfeito da cabeça mas ter uma doença é diferente de ter algumas coisas esquisitas apenas...

2

S – Toda... Tem toda a importância! Quem pode viver bem com uma doença mental? Ninguém... Acho que a saúde mental é tão ou mais importante que a saúde física...

3

S – O Psicólogo orienta o doente... Ajuda-o a viver melhor com o problema que tem... Acho que ajuda o doente a adaptar-se melhor ao seu problema... O Psiquiatra acho que só dá os medicamentos ao doente... Bem e está certo assim, um faz uma coisa, o outro completa-a.

4

S – Uma visão normal... É a visão de uma pessoa normal... É como qualquer outra pessoa que tem um problema ou doença e que tem que se tratar...

5

S – Há pouca gente que sabe que o \* anda aqui nas consultas... Ele preferiu não comentar com os amigos, por exemplo, porque acha que eles não iam aceitar muito bem... Ele tem medo que eles o tratem de forma diferente ou que achem que é doido porque diz que já aconteceu com um amigo... Sabe como é, rapazes... Andam sempre a ver qual deles é o melhor...

6

S – Que disparate! O \* é bom aluno, amigo dos seus amigos... Quer dizer... Agora os doentes mentais são todos assim? E as pessoas que são assim e não têm doença nenhuma? Não, não posso concordar com isso...

7

S – Humm... Acho que não muito bem... Pelo \* não tenho queixas... Também pouca gente sabe... Mas a ideia que eu tenho, o que se vê por aí, é que as pessoas não gostam muito de gente com estes problemas... Olhe vejo na televisão por exemplo, nas séries e assim...Tratam sempre pior as pessoas com estes problemas... Ainda gozam por cima...

8

S – Felizmente não... Mas também como já disse à Dr<sup>a</sup>, pouca gente sabe que ele tem consultas de Psicologia... Só sabemos nós lá em casa e os tios e pouco mais gente da família...Não sei como seria com outras pessoas a saberem, isso não sei... Mas ele não quer dizer a mais ninguém e faz bem, ele é que sabe...Se calhar assim evita que o chateiem...

9

S – (causas) Humm... Epá causas... Se calhar porque antigamente eram todos loucos, quem tinha estes problemas... Lembro-me quando era miúdo das minhas avós contarem histórias de que este ou aquele estava possuído por um espirito mau ou que não era bom da cabeça... Pois, sabiam lá naquela altura o que era uma doença mental! E se calhar agora as pessoas continuam a pensar dessa forma, que são doidos...Devem ter medo... O problema também é que não conhecem as doenças mentais...Então pronto, já é tudo maluco...(consequências) Oh as pessoas não se podem sentir bem... Quer dizer, não lhes basta já terem uma doença e ainda por cima são postos de lado pelos outros? É muito complicado... A pessoa assim nem se consegue tratar em condições!

10

S – Oh não sei... Só estando na situação... Tentava apoiar-me mais na minha família ou naquelas pessoas mais chegadas se calhar...Naqueles que me apoiassem...E quando ficasse bom fazia questão de mostrar àqueles que me tinham posto de lado...

11

S – Não sei... Não tenho queixas por enquanto...

12

S – Se calhar explicar a toda a gente que já não são malucos... Isso era antes... Que agora o problema deles tem nome e também se trata...!

13

S – Olhe dar essa explicação mesmo via televisão... Ou internet que agora já toda a gente tem... Tipo, espalhar a informação... Já vai havendo agora mesmo assim... Na televisão vejo que sim... Resta saber se as pessoas querem saber dessas informações ou se só lhes importa o futebol e dizer mal dos políticos...

### **Sujeito C**

**Idade: 39 anos**

**Profissão: cozinheira**

**Parentesco: mãe**

**Psicopatologia do familiar: Depressão**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: há cerca de 2 anos**

1

S – Se calhar não lhe sei responder a isso... Eu acho que a saúde mental é muito complicada... tenho o caso do meu filho que anda nisto desde os 11 anos... É a ideia que eu tenho... Não compreendo porque é que as pessoas podem ter um problema destes, como o meu filho... Para mim é muito complicado...

2

S – É muito importante... É mto mau... Só sabe quem está dentro da situação... É muito difícil...

3

S – É ouvir o paciente... posso-lhe dizer que no caso do meu \* ele acha que o psicólogo podia dizer-lhe mais qualquer coisa... Queria que o orientasse mais...acho que é bom, é

uma ajuda... tem uma pessoa com quem pode sempre contar... Eu com o Psiquiatra não tive uma boa experiência mas também acho que o \* não ajudou muito, ele não gostou do médico... Ele não conseguiu estar à vontade com ele também e por isso foi complicado... Os comprimidos que lhe deu ã lhe fizeram nada e andou com eles uns 3 ou 4 anos... Agora com este psiquiatra já tem outros comprimidos e já está melhorzinho...

4

S – Então, a minha visão é que é uma pessoa com problemas, com uma doença...

5

S – Ele não diz nada a ninguém mas vêm-no sempre cabisbaixo e gozam com ele... Eu vejo do carro quando o vou buscar, os miúdos apontam “olha aquele”... E ele anda sempre sozinho... O ano passado uma professora chamou-o de atrasado mental à frente da turma toda... Ainda fiz uma exposição mas não deu em nada... A família não tanto... Às vezes não compreendem o que ele faz e não lhe ligam, pronto mas é diferente... Mas as outras pessoas olham e comentam, eu noto quando o levo ao Almada Forum...

6

S – Que a mente delas é que também precisava de ser ajudada! Isso é uma estupidez...

7

S – Olhe mal, muito mal... É coisa que se faça chamar o \* de atrasado mental?! E os outros miúdos porque é que gozam com ele? Já são grandinhos, deviam saber o que é a doença mental e ajudá-lo! Não gozar com ele como fazem... Mas toda a gente faz assim, ninguém está disposto a ajudar mas para deitar abaixo estão sempre lá!

8

S – Sim, como já lhe disse, totalmente... Pelos professores, pelos colegas...

9

S – (causas) É maldade das pessoas, não querem compreender... Às vezes até têm medo, parece que se pega... Julgam logo as pessoas, ligam so à aparência, não as conhecem...(consequências) As pessoas ficam piores, assim custa mais o tratamento, quer dizer, não corre tão bem porque a pessoa ainda fica mais doente...

10

S – Ia-me sentir mal... Mas depois ia tentar dar a volta por cima... É difícil dizer sem estar, mas acho que fazia como faço com a gordura... Eu vou à praia e uma olha e outra também... E eu ainda me ponho mais rija... E mostro-lhes que faço o que elas fazem, ando e corro na areia... Quer dizer eu ã gosto de estar gorda mas não dou parte fraca...

11

S – Há muito tempo de espera, isso é que para mim não está nada bem... Nas consultas de psicologia não mas nas de psiquiatria ‘xiii’, nem queira saber... É demasiado tempo... Quer dizer a Dr<sup>a</sup> deve saber...

12

S – Explicar às pessoas as coisas... As pessoas não sabem o que é uma doença mental, nem querem saber!

13

S – Olhe podiam explicar também, como às vezes fazem... Se calhar aí as pessoas já ouvem... Na televisão pelo menos devem ouvir...

### **Sujeito D**

**Idade: 37 anos**

**Profissão: Segurança**

**Parentesco: irmão**

**Psicopatologia do familiar: Transtorno Bipolar**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: 8 meses**

1

S – São as doenças que afectam a cabeça... Problemas de cabeça então... Quer dizer se é saúde, então é não ter esses problemas!

2

S – Acho que é muito importante... Sim, é mesmo muito importante.

3

S – Do psicólogo? Humm... Bem, então, é a função de avaliação e acompanhamento do doente psicológico... Do psiquiatra é dar a medicação que acompanha durante o tratamento.

4

S – É um doente que tem uma doença que não se vê mas que é tão doente como outra doença qualquer e tem que procurar ajuda e tratar-se como faz toda a gente...

5

S – Oh... Acham que é maluquinho... Como também já tem aquela idade, pensam logo que quando começa com as manias dele que é por ser tolinho... Sabem lá o que é ser bipolar...

6

S – Acho que não sabem o que estão a dizer... Se uma pessoa está triste ou assim não quer dizer que seja nada disso...

7

S – Hum... Acho que não muito bem... Quer dizer acho que muitos são vistos como se fossem bichinhos perigosos... O \* é visto como tontinho da cabeça porque já tem aquela idade mas mesmo as pessoas muito mais novas eu também não vejo que as tratem bem, nunca falam bem de um doente mental mas se for doente do corpo já é um coitadinho e todos têm pena...

8

S – Oh Dr<sup>a</sup> é claro que é, então a dizerem-lhe coisas destas...

9

S – (causas) As pessoas não se querem chatear com quem tem problemas e como não conhecem as doenças mentais, menos querem saber! Resolvem logo a questão com o “maluquinho”... (consequências) Pode piorar o estado da pessoa, do doente, não é? Eu pelo menos acho que sim...

10

S – Pois, isso é que eu já não lhe sei bem explicar... Não sei, só vendo as coisas mesmo...

11

S – Punha mais psicólogos a atender os doentes para que eles não tivessem que estar tanto tempo à espera de consulta.

12

S – Talvez informar melhor a população para verem que são pessoas como as outras...

13

S – O mesmo... Falar mais sobre o assunto e informar a população por esses media...

**Geração 2**  
**(55 – 65 anos)**

**Sujeito E**

**Idade: 61 anos**

**Profissão: Reformado**

**Parentesco: marido**

**Psicopatologia do familiar: Demência + Depressão**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: há cerca de 1 ano**

1

S – É das doenças mais complicadas de tratar... eu vejo o caso da minha mulher, já fez vários exames e não se chega a uma conclusão... Mas em princípio parece que é uma demência...

2

S – Tem que ser grande, não tem a cabeça boa, logicamente que o resto também não pode ficar bem...

3

S – É um acompanhamento, acho que é útil para acompanhar as pessoas... Com a conversa que vão tendo com o doente também se vão apercebendo e se calhar depois dizem ao psiquiatra... Olhe na minha família foi complicado com os psiquiatras... Tive uma experiência má com o meu pai... Não gosto muito de psiquiatras... Eu sei que a função deles é prescrever medicamentos mas eu acho que lhe davam demasiados... Quer dizer sempre a dormir, também não é normal... Não gostava nada de o ver assim, aquilo fazia-me uma impressão...

4

S – Olhe para mim é um doente que é preciso ter muita paciência... Também do lado dele senão começa a ser difícil... No meu caso dou o apoio total mas também recebo pontapés mas é normal... É da doença...

5

S – Reagem normalmente...

6

S – Eu acho q não é tanto assim...Eu acho que os perigosos são só alguns...A maioria não.

7

S – No caso da minha mulher tratam normalmente mas depois noutros casos a sociedade afasta-se deles, não lhes dá conversa...Quer dizer às vezes até lhes liga mas não os ouvem verdadeiramente, tá a ver? Mas eu ã faço isso...

8

S – Não, de modo nenhum.

9

S – (causas) Isto falando português... Acho que se deve dar apoio... (consequências) Acho perigoso, depende da doença...

10

S – Podia ter outro feitio com essa doença... Se calhar refugiava-me na minha família e nos meus amigos... Oh, ou então ‘mandava-os à fava’... E tinha que me tratar, pois claro...

11

S – Talvez um melhor acompanhamento...Mais psicólogos...Entao há tantos no desemprego e aqui tão poucos...Estava ali a falar com uma senhora que só cá vem de 2 em 2 meses... É muito... Se calhar de mês a mês já estava bem ou de 15 em 15 dias, sei lá...

12

S – Ai não sei... Não sei, não acho tarefa fácil...

13

S – Eles vão àquilo q lhes interessa, estas coisas acho que eles não estão muito interessados...Não dá dinheiro, não querem saber!

## **Sujeito F**

**Idade: 56 anos**

**Profissão: Desempregado**

**Parentesco: marido**

**Psicopatologia do familiar: Depressão**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: há cerca de 1 ano e 3 meses**

1

S – É um estado psíquico bom, a todos os níveis...

2

S – Muita, porque sem saúde mental a saúde física também não está em condições.

3

S – Ajudar a ultrapassar os problemas de cabeça que as pessoas têm... Os problemas emocionais... O psiquiatra ajuda na mesma mas com medicamentos...

4

S – Pessoas que precisam de muito acompanhamento... Da família, dos amigos, dos médicos... Até ficarem bons.

5

S – A minha mulher teve problemas com o patrão... É que ela estava muito medicada e por isso ficava um bocado lenta, parecia assim que não estava bem nela vá, e ele sabia o que se passava mas não quis saber, disse-lhe “se está sempre deprimida é porque também não está muito contente com o trabalho! Pode ir embora, a trabalhar tão devagar só me dá prejuízo...” Foi horrível... Na altura nós precisávamos mesmo do emprego dela, eu não conseguia arranjar nada...

6

S – Nem sempre isso acontece, isso não é assim...

7

S – Pouco bem, é mal aceite e as pessoas nem sabem que doença têm afinal... Chamam-lhes nomes por vezes... Não, não os tratam bem...

8

S – Infelizmente é... Olhe a nível do emprego como já lhe disse... O patrão achava que ela fazia de propósito, que era preguiçosa e queria escapar-se ao trabalho...

9

S – (causas) A pouca aceitação das pessoas... (consequências) Depois vive-se numa sociedade em que esses doentes ficam revoltados...

10

S – Acho que me ia sentir muito triste, muito aflito... De certeza que pedia ajuda aos meus filhos e à minha esposa, para me ajudarem a ultrapassar essa fase má, ao menos nunca me sentia sozinho, até depois ficar bom... Ah, quer dizer, a minha esposa, se ela estivesse bem, pois...

11

S – Humm... Se calhar mais apoio para os doentes... Demoram muito a ter consultas...  
Aqui é sempre assim...

12

S – Podiam sensibilizar a família e a comunidade...Para aceitarem...Passar a palavra por toda a gente... Por exemplo, nas escolas podiam começar por educar os miúdos sobre esse assunto...

13

S – também sensibilizar as pessoas, esclarecê-las...

### **Sujeito G**

**Idade: 61**

**Profissão: Empregada numa firma de limpezas**

**Parentesco: mãe**

**Psicopatologia do familiar: Transtorno Bipolar**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: 4 anos**

1

S – Eu não percebo muito... Acho que é estar bem da cabeça, sem doença... Olhe eu ainda não sei bem o que é... Porque a \* teve o primeiro episódio aos 12... Depois passaram 10 anos e voltou a ter e eu não estava nada à espera...

2

S – Eu acho q sim... Já viu o que é uma pessoa assim sem a ajuda do médico? A minha filha não se aguentava... Quando ela está assim calminha, eu estou tão descansada...

3

S – A psicóloga da \* é uma ajuda preciosa... A Dra \* é tudo para ela... Qualquer coisa é logo a Dra \*! Acompanha-a desde o início e eu vi a minha filha a ficar melhor a olhos vistos! O psiquiatra deu-lhe os medicamentos mas alguns eram muito fortes, teve que lhos mudar...

4

S – Não sei se é por ter uma lá em casa... Mas é normal... Tem aquele problema mas quando está medicada, esta calminha e faz tudo...

5

S – Ela não me falava muito mas eu sei pela prima que o namorado daquela altura acabou com ela por causa da doença... Diz que não a entendia e que era uma desequilibrada...

6

S – Olhe dizia que a minha filha, pelo menos, não é nada assim... Os outros não sei...

7

S – Eu não estou muito a par dessas coisas, eu não vejo muita televisão mas o que oiço dizer à minha \* é que as pessoas não querem saber de gente assim, com estes problemas, não têm paciência...

8

S – Oh ela não me conta as coisas, assim coisas mais dela não me fala, eu sei que é para não me preocupar... Mas eu lembro-me que quando ela teve a primeira crise soube-se lá no bairro e houve um vizinho que andava a espalhar que ela tinha uma deficiência, que podia ser perigosa para as crianças... Nessa altura foi muito complicado... A minha \* chorou muito...

9

S – (causas) Hum... Isso é que eu não sei bem dizer... Não sei... As pessoas são más, parece que gostam de deitar os outros abaixo... Assim doentes destes devem fazer-lhes medo talvez... Mas só lhes fazem medo porque não conhecem o problema da minha filha... Porque ela com os medicamentos anda muito bem. (consequências) Não sei bem... Os doentes ainda devem ficar mais em baixo, não é? Então precisam é de ajuda e não de quem os trate mal...

10

S – Humm... Isso é muito difícil de responder... Ai não sei o que fazia, desculpe...

11

S – Aqui está tudo bem agora... Mas no início a minha \* estava muito doente e demoraram muito tempo a marcar-lhe consulta de psiquiatria... Eu andava tão aflita... Mas os psiquiatras aqui parece que são sempre assim...

12

S – Oh as pessoas parece que não querem saber, não se importam...

13

S – Podiam levar lá doentes a falar, não sei...

## Sujeito H

**Idade: 56 anos**

**Profissão: Desempregado**

**Parentesco: pai**

**Psicopatologia do familiar: Transtorno Bipolar**

**Duração do acompanhamento na Consulta Externa: há cerca de 4 meses**

1

S – É a ausência de problemas mentais... Portanto... Uma pessoa sem doenças mentais...

2

S – É fundamental nos nossos dias... Quer dizer sempre foi, mas não ligavam tanto...

3

S – O psicólogo parece-me que é o que tem o trabalho mais prolongado, faz o acompanhamento e isso demora, quase sempre, muito tempo... O psiquiatra medica e vai vendo se essa medicação está a fazer bem ou não ao doente...

4

S – Ora... Uma pessoa com problemas de saúde... Neste caso, de saúde mental...

5

S – O \* anda cá há pouco tempo, praticamente ninguém sabe... Só nós lá em casa... E tem todo o nosso apoio, é uma doença muito complicada...

6

S – Mas há muita gente assim e não tem doença mental nenhuma... Uma coisa não tem que ser a outra... O meu filho por acaso é um pouco preguiçoso, não gosta muito de estudar, mas ele sempre foi assim, não é do problema dele...

7

S – Pelo que vou vendo, mal... Não falo do meu filho... Mas a gente vê que são quase sempre postos de lado, acho que os consideram inferiores...

8

S – Não, o \* não... As pessoas nem sabem que ele anda aqui... Porque ele esconde bem, percebe? Tem medo que digam mal dele...

9

S – (causas) Falta de informação das pessoas, acho que não sabem do que estão a falar mas falam na mesma... (consequências) Para os doentes deve ser muito complicado... Não pioram o estado em que já estão? Vendo bem devem piorar de certeza...E para as famílias também não deve ser fácil lidar com isso...Também acabam por ser afectadas claro...

10

S – Não podia fazer muito... Mas acho que me revoltava, sentia-me furioso...

11

S – Isso não lhe sei dizer... O \* tem sido muito bem tratado aqui...

12

S – Ensinar as pessoas por exemplo... Pensam que sabem do que falam... Deviam aprender antes de falarem dos outros!

13

S – Pois, essas informações podiam passar pelos media... Explicar as doenças na televisão por exemplo... Assim toda a gente ouvia... É a forma mais rápida até porque chega a toda a gente!