

Joana de Figueiredo Figueiras

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL
ENQUANTO AGENTES DE ESTIGMATIZAÇÃO
DA DOENÇA MENTAL**

Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional

2010

Instituto Politécnico do Porto
Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto

Profissionais de Saúde Mental Enquanto Agentes de Estigmatização da Doença Mental

Joana de Figueiredo Figueiras

Outubro 2010

Dissertação apresentada no Mestrado de Terapia Ocupacional, Área de especialização de Saúde Mental, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.-I.P.P.)

Resumo

A doença mental continua imbuída de mitos, preconceitos e estereótipos, apesar da crescente aposta na investigação e na melhoria de tratamento nesta área da saúde. Como consequência, as pessoas com doença mental são discriminadas e estigmatizadas quer pelo público geral e pelos meios de comunicação, quer pelas próprias famílias e pelos profissionais de saúde mental que lhes prestam cuidados. Uma vez que os profissionais de saúde mental estabelecem uma ponte entre a doença e a saúde, espera-se que as suas atitudes e práticas contribuam para o *recovery* da pessoa com doença mental. No entanto, se os profissionais também apresentarem atitudes e crenças estigmatizantes face à doença mental, este processo reabilitativo pode ficar comprometido.

Nesse sentido, e perante as lacunas de investigação nesta área, este trabalho tem como objectivo explorar e clarificar a presença ou ausência de atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde mental e, quando presentes, como se caracterizam. Para tal realizaram-se 24 entrevistas de carácter qualitativo a profissionais de saúde mental que trabalham em três instituições na região do Porto, nomeadamente num serviço de psiquiatria de um hospital geral, num hospital especializado e em estruturas comunitárias.

A análise do material discursivo recolhido junto de Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais evidencia a presença de crenças e atitudes de carácter estigmatizante face à doença mental, independentemente da idade, formação ou local onde exercem funções, salvo escassos aspectos onde parece haver influência da idade e da profissão. Significa isto que é provável que as variações de atitudes dos profissionais sejam fundamentalmente consequência das suas características pessoais.

Palavras-Chave: Estigma; doença mental; profissionais de saúde; saúde mental.

Abstract

Mental illness is still associated with myths, prejudices and stereotypes, despite the growing investment in research and treatment in this area. As a result, people with mental illness are discriminated and stigmatized both by the general public and by the media, as by their families and by mental health professionals who provide them care. Since mental health professionals provide a bridge between sickness and health, it is expected that their attitudes and practices contribute to the recovery of people with mental illness. However, if the professionals also develop attitudes and beliefs of stigmatizing mental illness, the rehabilitation process can be compromised.

Under this perspective, and given the research gaps in this area, this project aims to explore and clarify the presence or absence of stigmatizing attitudes in mental health professionals and, when present, how these are characterized. To this end, 24 qualitative interviews were made with mental health professionals who work at three institutions in the Oporto region, a psychiatric service at a general hospital, a specialized hospital and community structures.

The analysis of the discursive material provided by social workers, nurses, psychiatrists, psychologists and occupational therapists reveals the presence of stigmatizing beliefs and attitudes regarding mental illness, regardless of age, education or place where they exercise, except few points where there seems to be influenced by age and occupation. This means that it is likely that changes in attitudes of professionals are primarily a result of their personal characteristics.

Key-Words: Stigma, Mental illness, health professionals, mental health.

Résumé

Les maladies mentales sont toujours associées aux mythes, aux préjugés et aux stéréotypes, malgré les croissants investissements dans la recherche et dans l'amélioration du traitement dans ce domaine. En conséquence, les personnes atteintes par une maladie mentale sont discriminées et stigmatisées autant par le grand public et les mass media, que par leurs familles et les professionnels de la santé mentale qui les soignent. Une fois que les professionnels de la santé mentale font le pont entre la maladie et la santé, on s'attend à ce que leurs attitudes et pratiques contribuent au rétablissement des personnes qui en sont atteintes. Toutefois, si les professionnels ont des attitudes et des convictions qui stigmatisent la maladie, la réhabilitation peut s'en ressentir.

Devant les lacunes de l'investigation dans ce domaine, cette recherche a pour but exploiter et clarifier la présence ou l'absence d'attitudes stigmatisées des professionnels de la santé mentale et comment se caractérisent-ils quand ils se trouvent présents. Pour cet effet 24 interviews d'analyse qualitative se sont réalisées aux professionnels de santé mentale qui travaillent dans trois institutions dans la région de Porto, notamment dans le service de psychiatrie d'un hôpital, dans un hôpital de cette spécialité et dans des structures communautaires.

L'analyse du matériel du discours des interviews obtenu auprès d'assistantes sociales, d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues et d'ergothérapeutes fait ressortir l'existence d'attitudes et convictions stigmatisées par rapport aux maladies mentales, indépendamment de leur âge, leur formation ou de l'endroit où ils exercent leurs fonctions, sauf quelques points où il semble être influencé par l'âge et la profession. Cela veut dire qu'il est probable que les variations d'attitudes des divers professionnels soient principalement le résultat de leurs caractéristiques personnelles.

Mots Clés: La stigmatisation, la maladie mentale, professionnels de la santé, la santé mentale

Dedicatória

A todas as pessoas com uma doença mental

Agradecimentos

Os meus profundos e sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor António Marques, por todo o apoio, incentivo, conselhos e prontidão;

Ao Terapeuta Nuno Rocha, pela permanente disponibilidade, colaboração e momentos de reflexão;

A todas as colegas que favoreceram os contactos com os vários profissionais, em especial à Sara, Tânia, Mercedes, Cláudia e Cristina.

A todos os profissionais que se disponibilizaram a participar neste estudo, com os quais muito aprendi e aos quais agradeço o me terem proporcionado, também a mim, momentos de reflexão;

Ao Rui pelo apoio incondicional, constante incentivo e ajuda nas formatações;

À minha família, em especial à minha mãe, pela compreensão e por todo o suporte;

A todos os que não mencionei, mas dos quais não me esqueci.

Abreviaturas

ESTSP-IPP Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto

D.P. Desvio-padrão

O.M.S. Organização Mundial de Saúde

CNRSSM Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

Índice

Páginas

Introdução	1
------------------	---

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1. Estigma	4
1.1. Definição e Considerações Gerais	4
1.2. Estigma Doença Mental.....	6
1.2.1. Estigma do Público em Geral	13
1.2.2. Auto-estigma.....	18
2. Serviços e Profissionais de Saúde Mental	20

Capítulo II – Estudo Empírico

1.. Metodologia	31
1.1. Instrumentos.....	32
1.2. Procedimentos	34
1.3. Caracterização da amostra	36
2.. Apresentação dos Resultados	39
2.1. Categoria “Vivências enquanto profissional de saúde mental”	40
2.2. Categoria “Representações da doença mental e do doente mental”	47
2.3. Categoria “Tratamento da doença mental”	54
2.4. Categoria “Participação social da pessoa com doença mental”	61
3. Discussão dos resultados	67

Conclusões	76
-------------------------	----

Referências Bibliográficas	77
---	----

Anexos:

Anexo I	Guião da Entrevista Semi-estruturada
Anexo II	Dados de cada entrevistado

Introdução

A doença mental foi escondida durante muito tempo atrás de uma cortina de estigma e discriminação. A magnitude, o sofrimento e os encargos em termos de incapacidade e os custos para os indivíduos, famílias e sociedades são surpreendentes. Na verdade, quatro das seis principais causas de incapacidade devem-se a doenças de foro neuropsiquiátrico, como a depressão, distúrbios de uso de álcool, esquizofrenia e doença bipolar (O.M.S., 2008). Perante a elevada prevalência de incapacidade associada à doença mental, e considerando que os efeitos nefastos da estigmatização superam os prejuízos relacionados com a doença mental por si só, torna-se crucial que se aposte no estudo do estigma da doença mental (Hinshaw & Stier, 2008), área carente de estudo exactamente devido ao estigma existente face à doença mental (Hinshaw, 2007).

O Plano Nacional de Saúde Mental (2008) reforça a importância e utilidade do aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental que permita, além da avaliação, a melhoria dos cuidados de saúde mental. O resultado desse investimento traduz-se em programas de prevenção e promoção da saúde mental, os quais, no âmbito de uma estratégia global de saúde pública, contribuem para evitar mortes, reduzir o estigma associado às pessoas com doenças mentais e melhorar o ambiente social e económico (O.M.S., 2003). Por conseguinte, a luta contra o estigma tem sido alvo de especial atenção a nível internacional (Hinshaw, 2007) e é igualmente prioritária em Portugal de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2008). Importa salientar que os agentes de estigmatização são variados, desde o público em geral e as próprias famílias das pessoas com doença mental, aos meios de comunicação, até às pessoas com doença mental e aos profissionais de saúde mental que lhes prestam cuidados. Porém, um dos aspectos pouco considerados e estudados até ao momento, devido à sua controvérsia, é exactamente o estigma dos profissionais de saúde mental face à doença mental. É de destacar que foram as próprias pessoas com doença mental que chamaram a atenção para as atitudes e rotinas estigmatizantes praticadas pelos profissionais (Schulze, 2007) e também o relatório da CNRSSM (2007) alerta para a presença de estigmatização nos profissionais da área da saúde mental.

As atitudes dos profissionais de saúde mental assumem grande realce, na medida em que se assiste à reestruturação dos cuidados de saúde mental, orientando-os para a psiquiatria comunitária de acordo com os princípios de reabilitação psicossocial, que em Portugal se traduz pela aposta em estruturas comunitárias, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 8/2010. Estas

evoluções nos cuidados implicam que também os profissionais de saúde mental alterem as suas atitudes perante a doença mental (Fazenda, 2008).

Neste sentido, e para responder à lacuna de investigação nesta área, este trabalho tem como objectivo explorar e clarificar a presença ou ausência de atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde mental e, quando presentes, como se caracterizam. Esta ideia de investigação parece-nos persuasiva, dado o interesse público em perceber se existem atitudes e crenças estigmatizantes dos profissionais que prestam cuidados de saúde mental e de que forma estas se podem repercutir nas suas práticas e influenciar o *recovery* da pessoa com doença mental (Sriram & Jabbarpour, 2005). Desta forma, este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico do estigma em relação à doença mental dos profissionais de saúde mental, após a identificação das construções individuais de significado desta temática, as quais serão recolhidas por entrevistas.

Para atingir este fim a que nos propomos, apresenta-se no primeiro capítulo o enquadramento teórico, que aborda o estigma face à doença mental, bem como, os serviços e profissionais de saúde mental com o objectivo de compreender o que motiva e de forma estão presentes as atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde mental. No segundo capítulo desenvolve-se o estudo empírico através da explanação da metodologia desta investigação, apresentação dos resultados obtidos e, por último, apresentam-se a discussão destes resultados.

Capítulo I
Enquadramento Teórico

Neste ponto iremos abordar a teoria que serviu de enquadramento ao estudo que aqui apresentamos. Começaremos por apresentar algumas considerações gerais sobre o estigma, saúde e a doença mental. De seguida exploraremos de forma integrada, diferentes tipos de estigma de que são alvo as pessoas com doença mental. Para finalizar é feita referência aos serviços e profissionais de saúde, abordando as suas atitudes e práticas, por vezes promotoras de estigma, tema central deste trabalho.

1. Estigma

Num primeiro momento iremos abordar os contornos gerais do conceito de estigma, para depois especificarmos o estigma face à doença mental, fazendo referência aos diferentes agentes de estigmatização.

1.1. Definição e Considerações Gerais

O conceito de estigma, segundo Erving Goffman (1968, cit. in Wahl, 1999; Carlisle, Whitehead, Watkins & Manson, 2001) foi introduzido pelos gregos e surgiu para fazer referência a sinais corporais desenhados com a finalidade de revelar um status inferior, do ponto de vista moral e social dos indivíduos marcados. Escravos, criminosos e traidores apresentavam sinais de corte ou de queimaduras nos seus corpos de forma a demonstrar que eram pessoas desonradas e indesejáveis. Por outras palavras, o estigma era uma característica física que tornava claro que os seus possuidores deviam ser menosprezados, evitados e vistos como inferiores (Wahl, 1999).

Com o aparecimento do Cristianismo, o termo estigma passa a ser associado às feridas de Cristo e além da marca do corpo ficou-lhe associado o sofrimento. Thornicroft (2006) fez ainda referência à Inquisição como momento histórico que poderá estar na origem da evolução das atitudes estigmatizantes para com a doença mental, uma vez que estas doenças eram muito associadas ao sobrenatural e a questões religiosas.

Mais tarde, as marcas físicas foram substituídas por “rótulos sociais” e conseqüentemente o conceito de estigma evoluiu. Perante isto, em 1984, Jones e colaboradores (citado por Link, Yang, Phelan & Collins, 2004) utilizam o termo “marca” como um descritor que engloba um conjunto de condições consideradas desviantes por uma sociedade. Assim, qualquer atributo físico, pessoal, psicológico ou social indesejável pode ser “marca” de vergonha, desgraça, desaprovação e descrédito que desvaloriza a identidade social da pessoa em questão,

assim como a desqualifica de uma plena aceitação, uma vez que a pessoa passa a ser temida ou rejeitada pelos outros (Jones et al. cit. in Link et al., 2004; Wahl, 1999; Carlisle et al., 2001; Slattery, 2003; Boyd, 2008). Neste caso, os “outros” são os ditos “normais”, a restante sociedade e os seus padrões de normalidade, que discriminam, que segregam e constroem uma ideologia do “imperfeito” como inferior ou uma ameaça, de forma a justificar a sua rejeição, medo e preconceito. No entanto, os “normais” e os “estigmatizados” não são duas classes diferentes de pessoas, mas sim as duas faces do estigma (Slattery, 2003).

De outra forma pode dizer-se que actualmente, o estigma se refere às tendências da maioria para distanciar e limitar os direitos das pessoas em grupos desacreditados, como por exemplo, pobres, criminosos, homossexuais, doentes mentais, entre outros (Hinshaw & Stier, 2008; Wahl, 1999). Os estigmas não são assim fraquezas inerentes à pessoa, presentes no corpo ou no carácter, são antes rótulos sociais criados pela reacção dos outros na sociedade (Slattery, 2003), que direccionam a atenção social para qualquer coisa que inerentemente torna a pessoa “estragada” (Rosenberg, Rosenberg, Huygen & Klein, 2006). Como consequência, as vítimas do estigma são acusadas de serem socialmente inaceitáveis, uma vez que são vistas como menos dignas do respeito dos outros ou da inclusão em redes sociais (Rosenberg et al, 2006; Wahl, 1999).

Em suma, o termo estigma diz respeito aos sinais que evocam uma combinação de crenças estereotipadas (rótulos negativos que caracterizam os membros de grupos desvalorizados em termos gerais), atitudes preconceituosas (aspectos negativos realçados no contacto com estas pessoas) e comportamentos discriminatórios (restrição de direitos e oportunidades de vida daqueles que estão desacreditados) para com grupos externos. Ou seja, como referem Link e colaboradores (2004), o estigma apresentado por Goffman define-se na relação entre um atributo e um estereótipo.

Contudo, o processo do estigma transcende cada uma destas componentes dada a natureza global da difamação (Bond, Corigan, Drake, Mueser & Solomon, 2008; Hinshaw & Stier, 2008).

Alguns autores estudaram este complexo processo do estigma e argumentam que este se desencadeia quando se verifica a convergência de 5 componentes críticos: 1) rotulagem; 2) estereotipagem; 3) separação entre “nós” e “eles”; 4) perda de estatuto e discriminação; 5) desequilíbrio de poder (Link & Phelan, 2001; Rosenberg et al, 2006). Por outras palavras, este processo de carácter cíclico inicia-se quando existe um marcador, o qual após ser “carregado” leva ao aparecimento do estigma e, consequentemente, quem apresentar o marcador será

estigmatizado. Por sua vez, a estigmatização pode desencadear uma discriminação negativa, a qual se traduz em numerosas desvantagens em termos de acesso a cuidados e serviços de saúde e limitadas oportunidades de vida (Sartorius & Schulze, 2005; Rosenberg et al, 2006). Estas desvantagens têm como consequência a deterioração da auto-estima e ameaça da identidade pessoal, devido à internalização subjectiva das avaliações negativas, e adicionalmente desencadeiam stress que pode piorar a condição da pessoa e assim amplificar o marcador, tornando-se ainda mais como a pessoa que será identificada e estigmatizada (Sartorius & Schulze, 2005; Leff & Warner, 2006; Li, Pearson, Phillips, Xu & Yang, 2002).

Corrigan, Markowitz, Rowan & Kubiak (2003) desenvolveram um modelo que ajuda a entender os fenómenos de estigma denominado "*Attribution Model of Public Discrimination towards People with mental illness*". Este modelo relaciona atribuições causais (controlabilidade e responsabilidade), familiaridade com doença mental, perigosidade percebida, respostas emocionais (raiva, medo e pena) e comportamentos de ajuda ou rejeição e define processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: processo de atribuição, percepção de perigosidade e efeitos da familiaridade.

Após esta breve abordagem da evolução histórica do conceito do estigma, da explanação sobre o seu processo e considerando que os investigadores referem a doença mental como um exemplo modelo do processo de estigmatização (Wahl, 1999), apresenta-se, de seguida, uma exposição mais aprofundada do estigma relacionado com a doença mental.

1.2. Estigma e Doença Mental

Da análise anterior conclui-se que todos os grupos estigmatizados têm de lidar com consequências devastadoras, mas se à estigmatização forem associados os problemas agudos ou crónicos de saúde mental, será de esperar que o impacto do estigma nestes indivíduos seja realmente profundo (Carlisle et al, 2001). Para uma melhor compreensão dos aspectos subjacentes ao estigma das pessoas com doença mental e de como o seu impacto pode ser assolador, torna-se necessário contextualizar a doença mental, o que apenas é possível após considerar o que é a saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde (2003) considera que Saúde Mental pode ser definida como um estado de bem-estar que capacita as pessoas a realizar as suas capacidades, a lidar com o stress normal da vida, a trabalhar de forma produtiva e frutífera e a contribuir para a sua

comunidade. A O.M.S. (2005) afirma mesmo que não há saúde sem saúde mental e que esta é fundamental para a qualidade de vida, permitindo às pessoas ter uma vida com significado, ser criativas e activas. Conceitos como bem-estar subjectivo, auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e reconhecimento da habilidade para realizar o potencial intelectual e emocional de cada um estão-lhe intimamente associados. Por outras palavras, o objectivo último da saúde mental é o alcance dos objectivos auto-determinados (O.M.S., 2003).

No entanto, quando falha um ou mais destes aspectos referidos, a saúde mental é posta em causa e pode surgir a doença mental. Mas a definição de doença mental não é assim tão linear, é aliás uma tarefa bastante complexa, constituindo um dos tópicos mais difíceis e controversos da ciência humana (Hinshaw, 2007). Parte das dificuldades que se levantam relacionam-se com as grandes lacunas ainda existentes no que respeita ao conhecimento do cérebro, em particular na forma como este e o meio trabalham para gerar o comportamento, a emoção e a consciência de si próprio. Outra questão é a variabilidade cultural que se reflecte na forma como o mesmo comportamento é interpretado, podendo ser visto como desviante numa sociedade e como normativo noutra (Hinshaw, 2007). Esta diferente forma de encarar a doença mental também está presente no que se refere à sua etiologia. Se nas culturas ocidentais as pessoas são responsabilizadas pela sua doença, pelo contrário, nas culturas não ocidentais considera-se que as causas são externas ao controlo da pessoa, como por exemplo espíritos zangados ou bruxaria. Assim, a pessoa não é responsabilizada pela sua doença e a crítica por parte dos outros é rara (Leff & Warner, 2006).

Independentemente de questões culturais, as desordens de foro mental são condições de saúde caracterizadas por alterações de pensamento, humor ou comportamento (Boyd, 2008), às quais nenhum grupo está imune (O.M.S., 2003). No entanto, o risco é maior entre os pobres, sem-abrigo, desempregados, pessoas com baixa escolaridade, vítimas de violência, os migrantes e refugiados, populações indígenas, crianças e adolescentes, mulheres maltratadas e idosos negligenciados (O.M.S., 2003). Em Portugal, os grupos mais vulneráveis, em especial as mulheres, pobres e idosos, parecem ter um risco mais elevado de desenvolver uma doença mental do que no resto da Europa (Plano Nacional de Saúde Mental, 2008). À parte disso, os dados existentes apontam para uma prevalência de problemas de saúde mental semelhante aos outros países europeus com características semelhantes, com pelo menos 5 a 8% da população a sofrer de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano (Plano Nacional de

Saúde Mental, 2008) e mais de uma em quatro pessoas a desenvolver uma doença mental durante a sua vida (O.M.S., 2005).

Em todo o mundo, as doenças mentais afectam centenas de milhares de pessoas (Hinshaw, 2007), de todas as idades, regiões, países e sociedades (O.M.S., 2005) e as suas consequências podem ser devastadoras para os indivíduos, famílias, comunidades e nações. Suicídio, comportamentos aberrantes, sofrimento emocional, isolamento social, alienação, diminuição da produtividade e baixa motivação para procurar tratamento ou tentativas activas (muitas vezes frustradas) das pessoas e dos membros da família para obter ajuda e uma profunda dor, são algumas dessas consequências (Hinshaw, 2007; Hinshaw & Stier, 2008). O elevado número de anos a viver com incapacidade, a elevada morbilidade e a baixa previsão de produtividade económica, juntamente com a sua alta prevalência são importantes aspectos a considerar, como alerta o Plano Nacional de Saúde Mental (2008), que salienta ainda o facto de 5 das 10 principais causas de incapacidade serem perturbações psiquiátricas (Plano Nacional de Saúde Mental, 2008; Hinshaw, 2007).

Apesar dos estudos empíricos demonstrarem o impacto incapacitante dos problemas mentais nas sociedades actuais, em grande parte do mundo, a saúde mental e as desordens mentais não apresentam o mesmo grau de importância da saúde física (Plano Nacional de Saúde Mental, 2008; O.M.S., 2003). A associação das pessoas com doença mental severa à violência e as dificuldades em partilhar e compreender as experiências anormais, induzidas pela esquizofrenia e pela doença bipolar, explica parcialmente o facto das doenças mentais serem encaradas de forma distinta da doença física (Leff & Warner, 2006). Também o facto de não serem observáveis nem tão concretas como as doenças físicas, logo naturalmente mais subjectivas, explica essa distinção.

Esta distinção entre doenças mentais e doenças físicas não é recente, uma vez que a história da estigmatização das primeiras tem um percurso paralelo à história humana em geral, por um lado devido à existência de formas graves de doença mental durante todo o registo histórico e, por outro, pela tendência de longa data para distanciamento e desvalorização das pessoas com estas doenças (Hinshaw & Stier, 2008). Caso disso são os asilos, cujo aumento em massa no século XIX contribuiu significativamente para o estigma associado à doença mental. Embora a sua criação tivesse como objectivo proporcionar espaços recreativos e arejados, a rápida sobrelotação, os recursos humanos limitados, a deterioração e o facto de representarem espaços públicos nos quais os doentes perturbados desapareciam para nunca mais aparecerem, tornaram estes espaços ícones de estigma da doença mental. Mais tarde, a

medicação desenvolvida nos anos 50 para o tratamento das doenças psiquiátricas devolveu os doentes à comunidade mas os efeitos secundários com as anormalidades de movimento e de comportamento não permitiram a redução do estigma (Leff & Warner, 2006). Estes dados contribuíram para a conclusão apresentada por Link e Phelan (2004) que retirar as pessoas da vista do público ou controlar os seus sintomas com medicação não será suficiente para eliminar a rejeição e discriminação, até porque as principais causas do estigma associado à doença mental são os mitos, mal-entendidos e estereótipos negativos presentes nas pessoas da comunidade (O.M.S., 2001 cit. in Boyd, 2008). Mitos e equívocos como o de que as doenças mentais são raras e incuráveis, que as pessoas com estas doenças são perigosas, pouco inteligentes, fracas, ou outros, afectam negativamente o dia-a-dia destas pessoas, levando à discriminação e à negação até mesmo dos mais elementares direitos humanos (O.M.S., 2005).

Curiosamente, a História reflecte que, de um modo geral, em períodos de relativa estabilidade social, há menos receio e mais tolerância por comportamentos desviantes, e é mais fácil para as pessoas com desordens mentais viverem seguras no “interior” das suas comunidades (Boyd, 2008). É de realçar que estes períodos de cuidado humano e reforma são muito marcados pelas visões religiosas que enfatizam a esperança e a habilitação (Hinshaw, 2007). Pelo contrário em períodos de rápida mudança social e instabilidade, verifica-se uma maior ansiedade e receio geral e conseqüentemente maior intolerância e mais tratamento (Boyd, 2008).

Também Foucault (1987, cit. in Alves, 2008) referiu as circunstâncias históricas, bem como as regras políticas e sociais, costumes e interesses, como condicionantes no relacionamento da sociedade com o doente, a doença mental e a loucura. Mas a grande mudança de perspectiva deu-se no século XIX quando a “loucura” passou a ser encarada como doença mental e conceptualizada enquanto problema de saúde (Fazenda, 2008). Essa evolução esteve relacionada com o início da psiquiatria enquanto matéria médica e profissão, que implicou a alteração da terminologia de “asilo” para hospital mental ou psiquiátrico, surgindo também a necessidade de diagnosticar e tratar os doentes mentais (Castro, 2005). Mais tarde nos anos 60 do século XX, verificou-se o movimento da anti-psiquiatria que, entre outros, defendia que a doença mental era apenas um mito e que os sintomas psiquiátricos eram resultantes do contexto familiar opressivo (Gabriel & Teixeira, 2007). Foi também no século XX que a opinião pública começou a diferenciar as psicopatologias agudas e as psicopatologias crónicas.

Independentemente da época histórica, do local ou cultura, perante comportamentos que caracterizam as doenças mentais, a sociedade responde essencialmente de duas formas

divergentes. Por um lado, quando um comportamento perturbado é percebido como suficientemente ameaçador para a coerência do grupo, por ser encarado como inútil e atípico, os observadores exercem uma forte pressão social para identificar os infractores e puni-los, sem muito lugar a deliberação, ou evitam-nos (Hinshaw, 2007). Desta forma, aqueles que sofrem de doenças mentais são vítimas de violações dos direitos humanos, estigma e discriminação (O.M.S., 2003). Por outro lado, como já foi referido, todos os humanos mostram uma forte tendência para procurar causas para eventos inesperados, surgindo por vezes uma tentativa de rotulagem da pessoa em questão como tendo uma condição mental subjacente (mesmo sem esta estar presente) e, assim, o comportamento é visto como irracional e fora do controlo dos indivíduos (Hinshaw, 2007).

Quanto mais o comportamento dos indivíduos em causa diferir das normas sociais maior é o estigma (Boyd, 2008). Realmente, apesar da comunidade em geral não se encontrar bem informada sobre as diferentes categorias de diagnóstico psiquiátrico, algumas condições são alvo de estigma em maior escala do que outras (Leff & Warner, 2006). Por exemplo, a dependência do álcool produz maior distância social, seguida pela esquizofrenia, à qual se segue a desordem da personalidade. As neuroses, incluindo a depressão e estados de ansiedade são os menos estigmatizados, provavelmente pelo facto de serem comuns na população e de não estarem associados com comportamento violento. Sem dúvida que as doenças psicóticas, por causa de seus sintomas distintos, comportamentos disruptivos e perigosidade percebida, são alvos preferenciais de exclusão social e ocupacional (Leff & Warner, 2006; Li et al, 2002). Mas o comportamento e o diagnóstico não são as únicas variáveis das pessoas com doença mental que precipitam e se relacionam com as atitudes estigmatizantes, estas também oscilam de acordo com a idade e género. As pessoas com mais idade são mais prejudicadas que pessoas jovens e as mulheres são mais lesadas que os homens (Leff & Warner, 2006).

De modo a obter um maior entendimento destas atitudes, Bond e colaboradores (2008) estudaram a forma como o público conceptualiza a doença e o doente mental. Estes investigadores concluíram que a população, de uma forma geral, depreende a doença mental a partir de quatro sinais: sintomas psiquiátricos, défices de competências sociais, pobre aparência física e rótulos. Estes “sinais” a que Bond e colaboradores (2008) se referem são, de alguma forma, todos eles resultantes de sintomatologia da doença mental. Para se melhor compreender, torna-se necessário distinguir sintomatologia positiva de negativa, uma vez que as respostas sociais diferem perante o tipo de sintomas apresentados. Assim, enquanto os sintomas positivos

são marcados pela presença de comportamentos e experiências anormais, os sintomas negativos consistem na ausência de comportamento normal. Conversar com vozes alucinatórias e expressar ilusões paranóides são sintomas positivos típicos e, por outro lado, não levantar de manhã, não partilhar as tarefas domésticas, não ter interesse em realizar os auto-cuidados são sintomas negativos característicos. São estes últimos que dão origem a graves insuficiências, com consequentes desvantagens a nível social e profissional, o que contribui para o estereótipo público de pessoa “louca”. Os efeitos dos sintomas negativos podem influenciar também as atitudes dos profissionais que tentam envolver os pacientes em programas reabilitativos (Leff & Warner, 2006), sendo que as atitudes e práticas dos profissionais de saúde mental serão largamente exploradas adiante.

Pode concluir-se que as respostas estigmatizantes não decorrem directamente da sintomatologia, mas sim da ameaça transmitida quer pelos comportamentos quer pelo rótulo da doença mental (Hinshaw & Stier, 2008). Afecto desadequado, comportamento bizarro, irregularidades na linguagem e falar alto “sozinho” são os indicadores manifestos da doença mental que, de acordo com Bond e colaboradores (2008) mais atemorizam o público e desencadeiam reacções de estigmatização.

No que se refere aos agentes estigmatizantes existem factores que parecem influenciar as atitudes face às pessoas com doença mental. É o caso da idade, classe social e nível educacional. Concretamente, as pessoas mais idosas expressam normalmente maior necessidade de controlo dos doentes psiquiátricos e Angermeyer e Matschinger (1997 cit in Leff & Warner, 2006) verificaram que pessoas com valores mais tradicionais expressam o desejo de maior distanciamento de pessoas com doença mental. Pelo contrário, pessoas com maior nível sócio-cultural e com melhores níveis de educação apresentam mais tolerância face a pessoas com doença mental. Também um maior contacto com pessoas com doença mental é associado a menor perigo percebido e também com uma maior exposição ao risco ou dano (Leff & Warner, 2006).

Sejam quais forem os motivos que estão na base das atitudes estigmatizantes, e independentemente da sua forma ou intensidade, o impacto destas nas pessoas pode ser devastador, uma vez que muitos dos comportamentos para com os estigmatizados enfatizam a “diferença” (Carlisle et al, 2001). Sabendo das associações negativas do rótulo da doença mental, e que em todo o mundo, muitas pessoas com doenças mentais são vítimas de sua doença e se tornam alvos de discriminação injusta, o diagnóstico em saúde mental pode ser muito problemático (Boyd, 2008; O.M.S., 2003).

Efectivamente, aqueles com rótulos de ordem psiquiátrica, ou por terem diagnóstico médico, ou por procurarem tratamento psiquiátrico, ou ainda por demonstrarem comportamentos associados pelo público à doença mental, tendem a ser desvalorizados. São vistos como fracos, imperfeitos, menos capazes e menos competentes, com características indesejáveis, como perigosidade e fraca aparência, e por essas razões são alvo de incompreensão e discriminação da comunidade (Wahl, 1999; Boyd, 2008). Os efeitos dessa rejeição, discriminação e estigma quando percebidos, superam mesmo os prejuízos relacionados com a própria doença mental (Hinshaw & Stier, 2008). A rejeição por parte de amigos, familiares, vizinhos, empregadores e do público em geral resulta em exclusão e isolamento social e, unicamente em consequência da sua doença, as pessoas são marginalizadas e relegadas para um estatuto social inferior. Assim, surge a segregação de pessoas com doenças mentais similares, agravando os sentimentos de rejeição, solidão e depressão (Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008; Carlisle et al, 2001).

A estigmatização é ainda altamente preditiva de oportunidades de vida diminuídas para aqueles que são estigmatizados (Hinshaw & Stier, 2008). As pessoas com doença mental são muitas vezes negadas a participar de igual forma na vida familiar, redes sociais e emprego produtivo (O.M.S., 2001, cit. in Boyd, 2008). Em todo o mundo, as pessoas com doenças mentais enfrentam injustas recusas de emprego e menos oportunidades educacionais, inferior suporte social, bem como, limitações no acesso a serviços, com situações de discriminação nos seguros de saúde e habitação (O.M.S., 2003; Carlisle et al, 2001; Bond et al, 2008). Em relação à habitação, Hinshaw & Stier (2008) acentuam que é extremamente improvável que os proprietários se disponibilizem a mostrar apartamentos quando julgam que futuros arrendatários têm um histórico de doença mental.

Como resultado destas práticas discriminatórias e das limitações legais verifica-se perda de funcionamento independente, com acentuada diminuição da auto-estima e altos níveis de angústia, e privação de relacionamentos significativos (Hinshaw & Stier 2008; Bond et al, 2008; Carlisle et al, 2001). As interacções sociais são sub-otimizadas, na medida em que o atributo estigmatizado torna-se, aos olhos dos outros, a característica mais importante para julgar e responder à pessoa. As suas opiniões e sentimentos, vistos como resultantes de confusão mental, não são respeitados e assim sendo, os relacionamentos são desiguais, como consequência das pessoas serem vistas à partida numa posição desfavorável (Wahl, 1999).

Por outras palavras, o estigma ocorre somente quando um grupo com poder social denigre um grupo menos poderoso (Link & Phelan, 2001). Para comprová-lo, tome-se como exemplo, os resultados experimentais de investigações comportamentais, referidos por Hinshaw

& Stier (2008). Nos estudos em causa, os indivíduos acreditam que estão a interagir com os parceiros sociais que sofrem de doenças mentais, e como tal, comportam-se de forma cuidadosa e até mesmo punitiva. Concluiu-se que os efeitos negativos do rótulo de doença mental estão muito presentes, resultando em discriminação directa e distanciamento. O distanciamento do público traduz-se não só na relutância em trabalhar com pessoas com doenças mentais, mas também em casar, viver com estas e tê-las como amigas (Leff & Warner, 2006). Até a capacidade da pessoa ser um bom pai/mãe, esposa/marido, funcionário e mesmo cidadão é posta em causa (Wahl, 1999).

Em suma, embora se verifique a democratização e universalização das doenças mentais, estas permanecem ainda associadas a estereótipos negativos e são motivo de rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social das pessoas por elas afectadas (Loureiro, Dias & Aragão, 2008). Por essa razão, apesar dos ataques à validade do diagnóstico e do tratamento da doença mental, lançados por críticos da doença mental, a realidade das doenças mentais, bem como o seu enorme impacto sobre o funcionamento da vida, é inquestionável como foi descrito (Hinshaw & Stier, 2008).

Após considerações da saúde e da doença mental, neste ponto aprofundou-se o estigma face às pessoas com doença mental, tentando compreender a sua evolução, os seus factores, condicionantes e impacto para as pessoas com doença mental.

Porém, o estigma face à doença mental pode ainda ser perspectivado de acordo com diferentes agentes promotores. Assim, por um lado, verifica-se o estigma produzido pelo público, família, entre outros, mas também o auto-estigma produzido pelo próprio doente (Corrigan et al, 2003). Pelas suas particularidades, segue-se uma breve referência a ambos.

1.2.1. Estigma da População em Geral

Segundo Golberstein, Eisenberg & Gollust (2008), o estigma do público é definido como a medida em que o público no geral discrimina e estereotipa negativamente uma pessoa ou grupo estigmatizado. Sendo esta a definição deste tipo de estigma torna-se claro que as considerações gerais do estigma em relação à doença mental, acima abordadas, resultam do estigma do público, uma vez que é deste que advém a visão generalizada desta problemática. Apesar das reflexões já feitas, é importante neste ponto focar alguns estudos realizados junto da população, bem como, junto dos familiares das pessoas com doença mental, uma vez que o

estigma destes assume contornos peculiares. Serão também acentuados alguns dos elementos chave nas crenças do público em relação à doença mental: a perigosidade e violência (Wahl, 1999; Leff & Warner, 2006), percepções muitas vezes alimentadas pelas representações tendenciosas e enganosas divulgadas nos meios de comunicação (Wahl, 1999; Hinshaw & Stier, 2008).

Quando as normas, valores e expectativas normativas da sociedade são abaladas por comportamentos incomuns e anormais, as pessoas sentem desejo de separação e de distanciamento (Baumann, 2007). É o que se verifica com algumas doenças mentais, às quais as alterações de aspectos interpessoais como competências sociais, aparência física e comportamentos bizarros que tornam as pessoas “estranhas” aos olhos dos ditos “normais”, se acrescem o desconhecimento das causas, sintomas e opções terapêuticas para estas doenças (Alves, 2008; Baumann, 2007). Concomitantemente, o pouco contacto com pessoas que sofrem destas doenças tem como resultado os preconceitos e atitudes negativas (Baumann, 2007), que previsivelmente comprometem a relação e a integração, até pelo receio de ser também afectado pela enfermidade (Alves, 2008).

Alves (2008) no estudo que realizou no Norte de Portugal “A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental” verificou que a generalidade dos discursos refere a possibilidade de em qualquer momento da vida se ficar “louco” ou doente mental. E, por se tratarem, nas perspectivas dos entrevistados, de doenças incuráveis, muito graves, uma vez que há perda de consciência da realidade e conseqüente ameaça da vida em sociedade, as pessoas sentem-se perturbadas e evitam-nas até no discurso oral, alegando falta de conhecimento e preparação. Porém a autora defende que “Este evitamento do tema assinala o tabu que envolve a doença mental como se o “contacto”, ainda que apenas por palavras ou pensamentos, permitisse o contágio, atraindo a loucura” (p.184). Conclui igualmente, através da análise dos discursos recolhidos, que “ A doença mental remete para a ideia de incorporação, como se a doença fosse uma marca que se funde com o corpo e a mente, que se cola à identidade pessoal.” (Alves, 2008, p.183). A pessoa, aos olhos dos “leigos” transforma-se na própria doença e assim a sua identidade é posta em causa (Alves, 2008). Conclui-se assim que o ser humano tende a reconhecer em maior escala as características pessoais negativas, em detrimento das positivas. Tal deve-se a um processo cognitivo estudado por Baumann (2007) denominado de “Economia Cognitiva”, através do qual, todas as características da pessoa são

reduzidas às de natureza “negativa”, as quais são generalizadas a todo um grupo, favorecendo a estereotipagem e consequente estigmatização.

Um outro estudo desenvolvido por Loureiro, Dias e Aragão (2008) intitulado de “Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura” refere que “as crenças estereotipadas e estigmatizantes (mitos) tendem a manter-se inalteradas” (p.41), apesar de se verificar um maior nível de informação, conhecimento e reconhecimento da doença mental, bem como um aumento de sensibilidade da opinião pública. As reacções emocionais desagradáveis perante um “rótulo” de esquizofrenia foram comprovadas num estudo inovador desenvolvido por Graves, Cassisi e Penn (2005). Este estudo levado a cabo nos Estados Unidos da América convidou estudantes a imaginar que encontravam pessoas com ou sem diagnóstico de esquizofrenia. Observou-se que todas as medidas fisiológicas de stress (tensão no músculo *frontalis*, condutância da pele na palma da mão e frequência cardíaca) aumentaram nos encontros imaginados com as pessoas “rotuladas” com esquizofrenia em comparação com as “não rotuladas”. Essa tensão também estava associada a atitudes negativas auto-reportadas do estigma em relação a pessoas com esquizofrenia. Os autores concluíram assim que uma das razões pelas quais os indivíduos evitam as pessoas com doença mental é a excitação fisiológica que se traduz em sensações desagradáveis (Graves et al., 2005). Estas reacções poderão estar também relacionadas com o sentimento de insegurança existencial que aumenta quando há reconhecimento de instabilidade e vulnerabilidade mental presente em pessoas mentalmente doentes, uma vez que o instinto primário de sobrevivência individual e de espécie tende a evitar instintivamente os que não são uma boa escolha para a reprodução (Baumann, 2007). Adicionalmente, a percepção de que a doença mental se manifesta no desequilíbrio associado a perda de controlo, surge como antítese da autonomia e auto-controlo esperados pela pessoa (Gaines, 1992 cit. in Alves, 2008). Assim, de acordo com Alves (2008) “A imagem do louco encontrada na arte das sociedades ocidentais tende a estar imbuída de um sentido de perda de controlo, desintegração e perigo.” Também Loureiro, Dias e Aragão (2008) enumeram vários estudos que evidenciam que os doentes mentais continuam a ser visto como imprevisíveis, violentos e perigosos.

Embora a grande maioria das pessoas com doença mental, inclusive no caso das doenças mentais graves, não seja violenta, estudos epidemiológicos desenvolvidos por Angermeyer (2000) mostram que existe uma relação moderada mas significativa entre a esquizofrenia e a violência, no entanto este risco de violência é muito superior quando há abuso de álcool e outras substância ou em casos de personalidade anti-social e psicopatia, bem como,

numa forma particular de psicose que envolve delírios de estar sob ataque (Leff & Warner, 2006; Hinshaw & Stier, 2008). Arboleda-Flórez (1998, cit in Leff & Warner, 2006) acentua que no caso de se verificar realmente a existência de comportamentos violentos, estes são frequentemente dirigidos aos membros da família e amigos e ocorrem normalmente em casa. No entanto há igualmente que considerar que o grupo mais violento na população geral são jovens adultos do sexo masculino e que os primeiros surtos de esquizofrenia surgem normalmente nessa faixa etária e mais cedo nos homens do que nas mulheres. Assim, o género e idade têm de ser considerados para estudar a violência nas pessoas com doença mental. Importa salientar que, ao contrário da imagem tida pelo público e divulgada nos meios de comunicação, os dados empíricos revelam que pessoas com doenças mentais são muito mais propensas a serem vítimas de crimes violentos do que os outros indivíduos, e muito mais propensas a ser vítimas do que os autores de violência (Hinshaw & Stier, 2008; Leff & Warner, 2006). Deste modo, é exagerado considerar que por norma as pessoas com doença mental são violentas, uma vez que a imagem negativa tida pelo público é baseada num pequeno e não representativo grupo (Leff & Warner, 2006) e muito influenciada pelos meios de comunicação social.

A importância e grande influência dos meios de comunicação de massa na formação de atitudes do público são inquestionáveis, sendo os programas de entretenimento particularmente influentes para moldar o ponto de vista do público (Leff & Warner, 2006). Considerando este significativo impacto nos sistemas de crenças (O.M.S., 2005), os meios de comunicação são um veículo privilegiado de campanhas anti-estigma, educando o público sobre a doença mental e seus efeitos (Leff & Warner, 2006; O.M.S., 2005). Contudo, os meios de comunicação só podem comunicar correctamente se lhes for fornecida informação correcta e válida (O.M.S., 2005) e o que maioritariamente se verifica é a associação constante da doença mental à violência, criando ou reforçando um estereótipo já existente, como supramencionado. Estudos desenvolvidos na Grã-Bretanha (Philo, 1994; Rose, 1996 cit in Alves, 2008) e também na Escócia (Philo et al, 1996, cit in Alves, 2008) que analisaram emissões televisivas, jornais e revistas, mostram que a violência e o perigo são os temas mais comuns associados à doença mental. Na Escócia a doença mental era mesmo associada à violência em 60% da cobertura dos *mass media* e quando a audiência foi inquirida, a maior parte das pessoas afirmaram que tinham essas informações como verdadeiras. Porém, o facto de as pessoas com doença mental serem com maior frequência vítimas e não autores de crimes, quase nunca é revelado. Salienta-se ainda que quando é feita referência a pessoas com doença mental a linguagem utilizada é muitas vezes pejorativa (Hinshaw & Stier, 2008; Leff & Warner, 2006).

Curiosamente, o estudo já mencionado de Loureiro, Dias e Aragão (2008) concluiu que as pessoas estão mais informadas sobre a doença mental e a opinião pública apresenta maior sensibilidade, no entanto os estereótipos negativos e consequente estigmatização mantêm-se, o que acarreta diferentes “barreiras” para as pessoas com doença mental. Essas “barreiras” podem ser encontradas mesmo junto de familiares, cujo contacto com os entes com doença mental, deveria ser indicador da não existência de estigma. Efectivamente, o estigma dos familiares é um caso peculiar, uma vez que para os familiares das pessoas com doença mental, o estigma pode surgir de duas formas distintas. Por um lado, os familiares são alvo do estigma e por outro são agentes estigmatizantes.

Os familiares estão propensos a receber aquilo a que Goffman (1963 cit in Hinshaw & Stier, 2008) denominou de “estigma de cortesia” em relação à doença mental, um termo reservado para designar o distanciamento e rejeição para com os indivíduos que estão de alguma forma associados aos membros de uma categoria socialmente desvalorizada. Este estigma foi potenciado pela visão profissional e científica predominante em grande parte do século XX que acentuava que a doença mental decorria de falhas parentais e da forma de socialização da família (Movimento da Anti-psiquiatria). Com esta visão enraizada, aumentou-se o sentimento de culpa, segredo e vergonha dos familiares, bem como o isolamento e humilhação que condicionam a partilha de informações com outros familiares e amigos sobre a doença mental, aumentando o estigma e privando os familiares e doentes de terem redes de suporte (Hinshaw & Stier, 2008; Boyd, 2008; Leff & Warner, 2006).

O impacto do estigma nos familiares foi estudado também na China por Li et al (2002) no qual foram realizadas 1491 entrevistas ao longo de 10 anos com familiares de doentes esquizofrénicos. Neste estudo 60% dos entrevistados indicam que o estigma tem um impacto moderado a severo na vida dos doentes e 28% refere que o efeito do estigma nos familiares saudáveis é moderado a severo. A presença de sintomatologia positiva e negativa e nível geral de funcionamento no momento da realização da entrevista estavam positivamente relacionados com o efeito do estigma nos doentes e nos seus familiares. Este estudo concluiu também que quanto mais a doença persistiu, mais difícil para as famílias foi manter o “segredo de família”, e com os membros da comunidade a tornaram-se mais conscientes da doença, as consequências sociais negativas para a família (tanto temidas como efectivas) aumentam.

Todavia, não é suficiente referir que o estigma tem efeitos nos familiares das pessoas com doença mental, é preciso compreender como é que estes a conceptualizam. Para obter esta resposta, Moraski e Hildebrandt (2005) entrevistaram 6 familiares de doentes psicóticos no Brasil

e concluíram que apesar das reformas existentes na abordagem e no tratamento destes doentes, o estigma ainda está fortemente presente. Os familiares, neste caso com escolaridade média ou superior e de classe média alta, consideram que a doença mental é sinónimo de incapacidade, cronicidade e incurabilidade e que a pessoa com doença mental é um ser “improdutivo” e, como tal, fica privado de direitos e deveres quer como membro da família quer como cidadão. A imagem de “louco” e “anormal” também está presente, na medida em que se afastam dos padrões socialmente desejáveis, as suas necessidades são especiais e que têm dificuldade em resolver situações conflituosas. É referido ainda que apesar de se verificarem mudanças na pessoa com doença psicótica, o preconceito persiste.

Os familiares de indivíduos com doença mental experienciam ainda dois tipos de sobrecarga. Por um lado, a sobrecarga subjectiva, decorrente do constrangimento e vergonha perante as alterações de padrões de comportamento, os quais são encobertos pelo sigilo e dissimulação, que intensificam a ciclo vicioso de estigmatização. E, por outro, a sobrecarga objectiva, relacionada com altos custos e enormes investimentos de tempo e esforço na obtenção de serviços (Hinshaw & Stier, 2008). Os problemas que se verificam no acesso aos cuidados de saúde primários (Loureiro, Dias e Aragão, 2008), que serão abordados de forma aprofundada mais à frente, exemplificam essas dificuldades.

Independentemente dos motivos que lhe estão associados, o estigma do público em geral e as ideias erradas ainda presente nas consciências da maioria, contribui para que as pessoas “rotuladas” como doentes mentais vejam as suas oportunidades de vida diminuídas o que vai ecoar nelas de uma forma que pode ser devastadora, contribuindo para o auto-estigma que se aborda no ponto seguinte.

1.2.2. Auto-estigma

Como vimos, as pessoas com doença mental não são inócuas ao estigma que recai sobre elas, no entanto, a percepção deste estigma está directamente relacionada com a capacidade de *insight*. Muitas pessoas com diagnósticos psiquiátricos não estão conscientes das experiências sintomáticas de doença mental, o que pode ocorrer como resultado directo de défices cognitivos causados pela doença, especificamente nos lobos frontais do córtex cerebral, área à qual estão associados processos metacognitivos relacionados com a observação do *self* – que é o processo cognitivo que ajuda a pessoa a verificar o seu funcionamento; ou como

resultado da negação de uma doença de foro psiquiátrico, ao não admitir que certas experiências são sintomas de doença mental. Desta forma, a pessoa obtém um ganho secundário: a fuga ao estigma (Bond et al, 2008). Como argumenta Slattery (2003), as pessoas utilizam diferentes estratégias como resposta ao estigma ou para prevenir a rotulagem logo à partida. A negação de que estão doentes é, efectivamente, uma das formas de auto-defesa para prevenir o rótulo de “doente mental”. Porém, esta estratégia tem ela própria consequências nocivas de não adesão ao tratamento (Leff & Warner, 2006).

O estudo de Alves (2008) mostra claramente a negação da doença. Nas 68 entrevistas realizadas, nenhuma pessoa se confessou doente, “mesmo nos casos em que existe/iu um recurso à psiquiatria e existe/iu (com experiência própria) um diagnóstico psiquiátrico” (p.184). A autora salienta dos discursos a expressão “no meu caso é diferente”, que contrasta com a identificação sistemática de doença (grave) em terceiros. Loureiro, Dias e Aragão (2008) justificam esta separação entre os outros “desconvocados da razão” e “nós mesmos” com os medos e receios de perda de razão inerente ao ser humano. A verdade é que o estigma envolto na doença mental faz com que as pessoas não revelem sequer a pessoas próximas como amigos e familiares que procuraram apoio psiquiátrico ou que sofrem de uma condição de foro mental (Freidl, Spitzl, Piralic, Prause, Zimprich, Lehner-Baumgartner, Baumgartner & Aigner, 2007). A negação da doença está intrinsecamente ligada segundo Link (1987 cit. in Freidl et al., 2007) ao processo de socialização que leva os indivíduos a desenvolver um conjunto de crenças, assumindo que a maioria das pessoas desvaloriza e discrimina os doentes mentais. Consequentemente, quando uma pessoa beneficia de tratamento psiquiátrico, estas crenças transformam-se na expectativa de se ser rejeitado.

Quando esta estratégia de negação da doença não é utilizada ou quando falha, observa-se que o estigma é geralmente interiorizado por aqueles que são estigmatizados e muitas vezes eles próprios partilham algumas das crenças da população em geral, acreditando ser imperfeitos, indignos e incompetentes (Wahl, 1999). Em suma, vêem-se como pessoas inferiores em relação às outras e aceitam a imagem que os outros têm dele como sendo perigosos e imprevisíveis. O impacto na sua auto-imagem é desastroso, leva a retirada social, falta de motivação para atingir os seus objectivos, podendo ainda verificar-se depressão (Leff & Warner, 2006). Estas formas depreciativas de se contemplarem fazem com que ajam de forma ineficiente, desmotivada e até patológica, correspondendo totalmente às expectativas sociais, adoptando o papel específico de doente mental (Wahl, 1999). Para piorar a situação, as pessoas com doenças mentais por causa da ignorância, vergonha, negação da sintomatologia e outros subprodutos do estigma,

geralmente demoram longos períodos de tempo a procurar tratamento, por vezes a demora é mesmo de décadas (Hinshaw & Stier, 2008). E, quanto maior for o medo do estigma e da desvalorização, além da falha de tratamento mencionada, as pessoas com doença mental recebem menos apoio prático de membros extra da família. Isto é particularmente preocupante, uma vez que, nestas situações, são mais dependentes do agregado familiar para este apoio (Leff & Warner, 2006).

Para concluir, a investigação indica que o impacto negativo da estigmatização supera os prejuízos relacionados com as várias formas de doença mental, em que os processos de estigma predizem um desfecho desfavorável, mesmo quando os níveis iniciais da sintomatologia ou funcionamento são estatisticamente controlados (Hinshaw & Stier, 2008). Como afirmado por Hinshaw (2007), "...a dor provocada pela doença mental é muita, mas a devastação de ser invisível, vergonhoso e tóxico pode tornar a situação praticamente insustentável " (p.11). Para ultrapassar e lidar com o estigma, assim como, para manter a sua identidade pessoal, as pessoas com doenças psiquiátricas podem aprender muito umas com as outras (Leff & Warner, 2006).

Recapitulando, as pessoas com doença mental ou incapacidades psiquiátricas confrontam-se, por um lado, com os sintomas, disfunções e incapacidades que derivam da sua desordem e bloqueiam as suas oportunidades pessoais de vida e, por outro lado, com as barreiras resultantes do estigma de diferentes ordens em relação à doença mental (Bond et al, 2008). Para contornar esta situação, poder-se-ia esperar um aumento da procura de tratamento mas, pelo contrário, o estigma pode ser um grande entrave para a obtenção e adesão de tratamento adequado, e consequentemente para o *recovery* e integração da pessoa na sociedade. Pode assim concluir-se que a prestação de cuidados de saúde é condicionada pelo estigma, o que não permite o pleno alcance dos objectivos de reabilitação, levando a um pobre *outcome* da pessoa (Bond et al, 2008; O.M.S., 2003; Freidl et al, 2007; Leff & Warner, 2006). Perante isto, os aspectos relacionados com a procura de cuidados de saúde pelas pessoas que padecem de uma doença mental, merecem, a nosso ver, uma reflexão mais aprofundada no ponto que se segue.

2. Serviços e Profissionais de Saúde Mental

Neste ponto, propomo-nos explorar de que forma o estigma está presente nos cuidados de saúde mental, ora na procura destes por parte dos doentes ou familiares, ora pelas atitudes e

práticas dos profissionais de saúde mental. Embora este ponto aborde igualmente uma forma específica de estigma, justifica-se a separação do ponto anterior devido à sua exígua exploração em investigação e por estar intrinsecamente associado ao objectivo do trabalho.

A maioria das pessoas da população em geral (em todos os países onde esta tem sido estudada) tem uma mistura de pouca informação e ideias erradas das doenças mentais, juntamente com atitudes cautelosas com as pessoas mentalmente doentes. É compreensível, portanto, que muitas vezes demorem a reconhecer o desenvolvimento de problemas de saúde mental em si, nos membros da família ou amigos, e resistam a procurar ajuda por medo das consequências (Boyd, 2008). Uma das consequências temidas é a rotulagem de “doente mental” e a discriminação e prejuízo que podem advir deste rótulo (Bond et al, 2008). Mas esta não é a única razão que leva ao evitamento da procura de cuidados de saúde mental, crenças comuns como as seguintes: que os tratamentos psiquiátricos são ineficazes; que os outros reagem a esta condição com evasão, ou que uma pessoa deve resolver os seus próprios problemas, também o podem motivar (Boyd, 2008). A estas podem-se ainda adicionar factores como a carência de conhecimento da patologia, sua evolução e tratamento, e o facto de terem passado por experiências estigmatizantes anteriormente (Sartorius & Schulze, 2005).

Indubitavelmente, a importância do estigma como uma barreira aos cuidados de saúde mental é consistente com modelos teóricos de procura de ajuda. Estes modelos normalmente conceituam a procura de assistência como um processo que é influenciado por factores sociais e culturais que envolvem a avaliação dos sintomas (por exemplo, perceber a necessidade de apoio ao nível da saúde mental) bem como a acção sobre essa avaliação. A pesquisa empírica suporta esses modelos, documentando que efectivamente as atitudes e crenças sobre a saúde mental e o seu tratamento têm uma forte influência na procura de ajuda especializada, mesmo após os sintomas de maior gravidade estarem controlados. Recentemente, estes modelos começaram a focar no estigma público percebido pelas pessoas com doença mental, uma vez que este surge como factor chave no comportamento de procura de serviços (Golberstein et al, 2008).

O poder destas barreiras nos tratamentos e cuidados só começou a ser considerado nos últimos tempos. Estudos de vários países têm consistentemente encontrado que, mesmo depois de um membro da família ter desenvolvido claros sinais de uma desordem psicótica, em média passa mais de um ano até que a pessoa doente seja avaliada e tratada (Boyd, 2008). Sartorius e Schulze (2005) acentuam que a não procura dos serviços no tempo adequado leva a que mais tarde estes doentes sejam admitidos nos serviços involuntariamente e em situação de severas psicoses agudas. Deste modo, segundo estes autores, os hospitais onde se inserem estes

serviços são vistos como tendo doentes problemáticos e conseqüentemente a sua reputação diminui, bem como, o financiamento. Por sua vez, a falta de financiamento resulta em serviços deteriorados e dificuldade em manter profissionais de saúde mental de qualidade. A baixa performance das equipas contribui ainda mais para a imagem negativa, o que resulta por sua vez na estigmatização dos serviços e assim perpetua-se o ciclo de negação do tratamento.

De uma forma geral, as razões para a falha no acesso aos cuidados de saúde mental, incluem o doente, o prestador e os factores relacionados com o sistema de saúde. As razões que têm como base os doentes incluem: falha em reconhecer os sintomas, subestima da sua gravidade, o acesso limitado, a relutância em ver um especialista em saúde mental devido ao estigma, a não-adesão ao tratamento. Do ponto de vista do prestador incluem-se falhas na educação da profissão, fraca formação ao nível das habilidades interpessoais, estigma, falta de tempo para avaliar e tratar, a diminuta valorização das abordagens psicoterapêuticas, e prescrição de doses inadequadas de medicação por períodos inadequados. Em último lugar, os sistemas de cuidados de saúde mental não disponibilizam todos os meios para que seja suprido o tratamento ideal (Boyd, 2008).

O abandono do tratamento psiquiátrico antes da recuperação é um aspecto de elevada relevância, pois as razões subjacentes podem ser especialmente reveladoras. Surpreendentemente, pouco se sabe sobre a razão das pessoas deixarem de ir a consultas, a partir do ponto de vista dos utilizadores dos serviços. Sabe-se já que as taxas de abandono são maiores para pessoas que acreditam que os tratamentos psiquiátricos raramente são eficazes, que têm vergonha de ser visto por um profissional de saúde mental, ou que estão com a medicação prescrita, sem qualquer tratamento psicológico (Boyd, 2008).

No panorama nacional, de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2008), verificam-se insuficiências graves de acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados dos serviços de saúde mental. Este documento acusa ainda a falta de profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, nas equipas que prestam os serviços.

Consciente destes défices na prestação de serviços de saúde mental em Portugal, surgiu o Plano Nacional de Saúde Mental 2006-2017 cuja visão é a de “assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas” (p.13). No entanto, não é suficiente melhorar apenas os serviços de saúde mental, uma vez que há fortes evidências de que as pessoas com um diagnóstico de uma doença mental

têm menos acesso aos cuidados de saúde primários e também recebem atendimento inferior em casos de diabetes e ataques do coração. Também as taxas de doença física e pobre saúde oral entre as pessoas com graves doenças mentais são muito mais elevadas do que na população geral, com níveis particularmente altos de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e HIV/Sida. Esta combinação de altas taxas de doenças físicas e baixa taxa de tratamento eficaz leva a consequências fatais de discriminação e negligência (Boyd, 2008). Conclui-se assim que a doença mental é uma forte barreira a receber cuidados de saúde apropriados, sejam estes no âmbito da saúde mental ou de qualquer outra especialidade (Bond et al, 2008; Boyd, 2008).

Uma vez que os cuidados de saúde são prestados por profissionais de diferentes áreas da saúde torna-se necessário perceber de que forma as suas atitudes e práticas são condicionantes do pleno tratamento das pessoas com doença mental. O estudo desta temática junto dos profissionais de saúde mental é de especial relevo, pois são estes que têm contacto mais directo com as pessoas com doença mental e que mais influenciam o seu tratamento e recuperação.

De uma forma geral, um nível educacional superior associado a um extenso contacto directo com pessoas com doença mental faz prever que quem presta cuidados de saúde nesta área apresente atitudes mais positivas e menos negativas face a estas doenças (Vibha, Saddichha & Kumar, 2008). Estranhamente verifica-se que os membros das equipas especificamente treinadas para tratar pessoas com doenças mentais sejam vistos, pelos próprios clientes, como agentes estigmatizantes. Foram estes mesmos que, em primeira mão chamaram a atenção para as atitudes e rotinas praticadas pelos profissionais (Boyd, 2008; Schulze, 2007; Hinshaw & Stier, 2008), relatando que muitas vezes sentem insensibilidade e baixas expectativas dos profissionais de saúde mental (Wahl, 1999). Efectivamente, se os vários profissionais que se encontram na “linha da frente” dos serviços de saúde mental apresentarem atitudes estigmatizantes e menosprezo em relação aos seus doentes, estes têm reais razões para se preocuparem (Hinshaw, 2007), uma vez que além dos membros da família, é aos profissionais de saúde que as pessoas com doença mental recorrem para ajuda (Leff & Warner, 2006).

Considerando que as habilitações e o contacto directo prolongado com pessoas com doença mental pressupõem a não existência de estigma em relação a estas patologias, a investigação negligenciou, durante muito tempo, as experiências, as atitudes e o estigma de quem proporciona os cuidados nesta área da saúde (Schulze, 2007; Sriram & Jabbarpour, 2005). Apenas recentemente esta temática tem sido abordada na pesquisa internacional e em debates,

revelando inesperadas e surpreendentes descobertas (Schulze, 2007). No entanto, a real dimensão das atitudes e práticas estigmatizantes dos profissionais de saúde mental em relação aos seus clientes é ainda desconhecida (Hinshaw, 2007). Em Portugal, a carência de estudo na área não é exceção, contudo salienta-se o recente estudo de Barbosa (2010) junto dos futuros profissionais. Neste estudo quantitativo foram feitas comparações entre alunos do primeiro ano e alunos finalistas de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e verificou-se que os alunos apresentam atitudes e estereótipos acerca da doença mental que diferem significativamente entre si. Assim, a formação parece ser fundamental para a diminuição do estigma, apesar de este se continuar a verificar, pelo que a sua prática profissional futura pode ser condicionada por estas atitudes e estereótipos.

Os estudos empíricos já realizados a nível internacional no sentido de perceber as atitudes e práticas dos profissionais que prestam cuidados de saúde mental revelam uma tendência, por parte de alguns profissionais, para desencorajar, exercer difamação de pessoas com doença mental e para manter as expectativas baixas para a recuperação (Hinshaw & Stier, 2008). Outro estudo, realizado por John Fryer e Leon Cohen (cit in Wahl, 1999), concluiu que os prestadores de cuidados de saúde partilham o estereótipo do público em geral e atribuem às pessoas com doença mental características negativas, como imprevisibilidade e irresponsabilidade. Referem ainda que as pessoas nestas condições são consideradas socialmente indesejáveis.

Num estudo mais arrojado junto dos serviços de saúde, pessoas sem patologia representaram tratar-se de doentes psiquiátricos, queixando-se de alucinações auditivas e relatavam as suas histórias pessoais (com exceção para nomes e ocupações). Para surpresa destes pseudopacientes que temiam ser facilmente descobertos e sentir-se embaraçados, todos eles foram admitidos nos hospitais onde se apresentaram. Após a admissão, todos eles deixaram de referir os sintomas, no entanto, não só foram mantidos no hospital por períodos de 7 a 52 dias, como todos os comportamentos adoptados, que poderiam desvendar os investigadores disfarçados, foram vistos como reflexo da sua desordem. Uma vez rotulados como doentes mentais, os indivíduos eram vistos quase exclusivamente em termos desse rótulo e, portanto, sujeitos às expectativas negativas dos profissionais no que respeita à sua competência e motivação, que mostraram ainda pouco respeito pelas questões e pedidos feitos. Como consequência estes pseudopacientes também experienciaram situações dramáticas de despersonalização e desvalorização (Wahl, 1999).

Existem ainda investigações que comparam as atitudes de diferentes profissionais de saúde mental com as do público em geral. Os resultados são unânimes: os profissionais eram geralmente mais pessimistas sobre as oportunidades de recuperação do que o público em geral, e os psiquiatras eram os que tinham uma visão menos otimista de recuperação (Jorm et al., 1999 cit in Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008). Pelo contrário, uma pesquisa desenvolvida em 2004 no Reino Unido pelo *Royal College of Psychiatrists*, mostrou que os psiquiatras estavam mais otimistas na recuperação de doentes com esquizofrenia do que o público em geral. No entanto, apenas um quarto dos psiquiatras que responderam ao questionário utilizado neste estudo, consideraram que é possível uma recuperação completa na esquizofrenia (Kingdon et al., 2004 cit in Leff & Warner, 2006). Curiosamente, nos últimos anos têm sido publicados uma série de estudos de esquizofrenia que indicam que as perspectivas de longo prazo para essa condição são consideravelmente melhor do que o que se acreditava (Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008).

No campo da medicina, as doenças do foro mental parecem ser particularmente estigmatizadas, também pelo receio dos profissionais de eles próprios desenvolverem doenças mentais, sendo que quando tal se verifica tendem a ignorá-la exactamente devido ao estigma (Hinshaw, 2007). Um dos efeitos das visões imprecisas e negativas sobre as pessoas com doença mental é que relativamente poucos estudantes de medicina escolhem a psiquiatria como carreira e os resultados de estudos com estudantes de medicina em vários países estão longe de ser reconfortantes. Mas quando comparadas as atitudes de psiquiatras com as de enfermeiros psiquiátricos observa-se que estas são semelhantes, com excepção para as enfermeiras que geralmente são mais positivas (Boyd, 2008).

Um outro estudo desenvolvido no Brasil com familiares, utentes e profissionais de saúde mental concluiu que a percepção da doença mental dos primeiros dois primeiros difere dos últimos. Se por um lado, os familiares e utentes têm uma visão mais centrada na instabilidade emocional, considerando a doença mental uma vivência afectiva com mudanças e modificações dos valores e sentido da vida. Os profissionais, por sua vez, encaram a doença mental como perda do padrão de normalidade ao nível do comportamento, exemplificando a perda das regras e normas sociais (Figueiredo & Rodrigues, 2003). Os estudos com profissionais constataam que a maioria dos profissionais baseia as suas atitudes nas próprias experiências decorrentes do tratamento de pessoas com doença mental. E, em muitos serviços especializados em saúde mental, os utentes que recuperam rapidamente ou que recuperam bem do seu primeiro surto não têm mais contacto com os serviços e, portanto, ao longo do tempo, os médicos tendem a

acumular mais experiência clínica da cronicidade – das tentativas de tratamento dos seus doentes que não recuperam na totalidade ou que recuperam mas voltam a recair (Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008). No caso dos estudantes de medicina, enfermagem e terapia ocupacional observou-se que, decorrente do contacto com pessoas com doença mental, estes tendem a apresentar atitudes mais favoráveis, embora as mudanças positivas e duradouras nas atitudes sejam difíceis de alcançar (Boyd, 2008). Curiosamente, no que se refere à durabilidade do contacto com pessoas com doença mental, o estudo desenvolvido por Vibha, Saddichha e Kumar (2008) mostra que os profissionais de saúde mental mais novos têm, de uma forma geral, uma atitude mais positiva face à doença mental quando comparados com grupos etários superiores.

Sem dúvida que em resultado da sua experiência com doentes psiquiátricos, além da sua formação, os profissionais da área encontram-se melhor informados do que o público de forma geral, o que não invalida potenciais consequências indesejáveis para as pessoas com doença mental (Wahl, 1999). Isto torna-se claro quando se observam os tipos de tratamentos propostos pelos profissionais, os quais se baseiam na doença, ao invés de se centrarem na pessoa a quem o tratamento se destina (Figueiredo & Rodrigues, 2003). Estas práticas contrariam a necessidade crescente da criação de um sistema que permita que as ideias e opiniões de cada pessoa sejam tidas em conta para o tratamento, permitindo alguma escolha, aumento do controlo do próprio corpo, tratamento e futuro, numa perspectiva de desenvolvimento da auto-determinação da pessoa com doença mental. Assim, considerar as ideias e aspirações dos utentes constitui um desafio para os profissionais de saúde, os quais devem estar aptos para agir sem julgamento, de forma a responderem às necessidades individuais. No entanto, actualmente, poucos mecanismos estão adequados para capacitar os profissionais com estas habilidades (Carlisle et al, 2001). Os profissionais de saúde assumem uma única posição com as pessoas que adquirem incapacidade, em resultado da formação universitária, a qual, segundo Figueiredo e Rodrigues (2003) habilita da mesma forma os diferentes profissionais de saúde, independentemente da sua área de especialização. Estes autores acentuam também a importância crucial que a formação confere à competência técnica, remetendo a sensibilidade social e a perspectiva da pessoa para segundo plano. Além disso, a incapacidade para proporcionar cuidados individualizados e a potenciação de atitudes estigmatizantes estão agravadas e exacerbadas pelo próprio sistema de saúde, visto que também os recursos são disponibilizados com base nas necessidades do grupo e não nos

requisitos dos próprios indivíduos. Assim as pessoas são, por necessidade, rotuladas como tendo um problema específico (Carlisle et al, 2001).

Apesar da perspectiva da patologia ser claramente útil para compreender uma desordem e o seu impacto na pessoa, esta ignora os pontos fortes do indivíduo. Focar as limitações acresce na pessoa o sentimento de incompetência e estigma (Bond et al, 2008), mas até serem identificados e instigados mecanismos adequados, a natureza estigmatizante dos cuidados de saúde será potenciada pelas próprias pessoas que deveriam estar a educar os outros a não julgar e acentuar a diferença e diversidade (Carlisle et al, 2001). Na verdade, mesmo uma pequena quantidade de estigma dos profissionais se traduzirá em milhares de interações sociais negativas num determinado ano, com o potencial de danos morais a longo prazo e à promoção do estigma pelo pessoal encarregue de ajudar as pessoas com doença mental (Hinshaw & Stier, 2008). Certamente que não se pode esperar que o staff saiba intuitivamente como reagir perante situações particulares ou pessoas, pelo que é imperativo desenvolver a capacidade dos profissionais para reflectir nas suas próprias atitudes e preconceitos de forma a minimizá-los e desenvolver estratégias para os ultrapassar (Carlisle et al, 2001).

Não há dúvida de que, inversamente ao que seria expectável, os profissionais de saúde mental, prestadores de cuidados fundamentais na doença mental, também não estão imunes às forças estigmatizantes (Vibha, Saddichha, & Kumar, 2008). Aliás, existe uma complexa relação entre o estigma e os profissionais de saúde mental, uma vez que estes profissionais tanto podem ser estigmatizantes, alvo do estigma e agentes fundamentais de desestigmatização (Schulze, 2007).

Como já referido, estes grupos profissionais podem contribuir precisamente para os estereótipos e discriminação pelos quais lutam nos seus esforços anti-estigma (Schulze, 2007), assumindo desta forma, um duplo papel, esperando que os clientes e o público rejeitem os sentimentos estigmatizantes, quando eles próprios os interiorizam (Sriram & Jabbarpour, 2005). Mas o estigma também os atinge de forma directa, através daquilo a que Goffman nomeou de "estigma de cortesia", que também atinge os familiares de pessoas com doença mental como vimos. Em relação aos profissionais, Hinshaw (2007) e Hinshaw e Stier (2008) reiteram a associação dos profissionais aos seus clientes e conseqüentemente a visão de que são fracos, improdutos e reprováveis. As transmissões dos meios de comunicação contribuem também para a deterioração da imagem de quem presta serviços a pessoas com doença mental e não só dos próprios doentes. Com a imagem geral dos profissionais desta área a serem também alvo de atitudes estigmatizantes, não é de estranhar que apresentem um baixo estatuto, o que se repercute nas escalas salariais que se encontram negativamente desfasadas da média,

potenciando ainda mais a perda de status, associada a esta área de trabalho (Hinshaw, 2007; Hinshaw & Stier, 2008). Acresce-se ainda o carácter stressante que pode estar subjacente para estes profissionais, quer pelos problemas relacionados com a própria doença mental, como pela falta de recursos tão frequente, a que se junta apoio social inadequado (Hinshaw, 2007; Hinshaw & Stier, 2008).

Por todas as razões apresentadas, a realização de investigação não pode negligenciar que, para uma correcta avaliação de atitudes e práticas dos profissionais de saúde mental, é fundamental contextualizá-las (Hinshaw, 2007).

Com efeito, muitos dos profissionais de saúde mental são dedicados, respeitados e incansáveis nos seus esforços. Prova disso são os grandes avanços que se têm vindo a verificar e que apenas são possíveis pelo forte comprometimento e dedicação dos profissionais e investigadores (Hinshaw, 2007). Essa dedicação faz com que muitas vezes os profissionais de saúde mental sintam uma forte responsabilidade pessoal para fazerem tudo o que podem para evitar uma recaída das pessoas que tratam, e assim são relutantes para incentivar os utentes do serviço a assumir actividades potencialmente stressantes, por exemplo, trabalho em tempo integral, com receio que se verifique agravamento da condição da pessoa (Boyd, 2008).

Considerando todas as especificidades inerentes aos cuidados em saúde mental, espera-se que os profissionais de saúde mental, independentemente da sua formação específica, tenham um bom conhecimento teórico e prático, bem como, um conjunto de valores e atitudes como pré-condição para serem eficazes. É frequente verificar-se que os profissionais com receio da doença mental ou que não gostam de pessoas com doença mental não sejam aptos para este trabalho. Dincin (1975 cit in Bond et al, 2008) referiu a importância de manter uma atitude de esperança e optimismo, sendo que também é desejável ser energético, flexível, persistente, criativo, com capacidade para resolver problemas e com orientação para o crescimento/desenvolvimento. Competências que envolvem a escuta empática e entrevista motivacional e competências que facilitam relações positivas e de confiança com os clientes são fundamentais para a aliança terapêutica e uma reabilitação psiquiátrica efectiva (Bond et al, 2008).

Resumindo, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde resultam de diversas condicionantes, como a durabilidade de contacto, o estigma a que também se encontram sujeitos, a própria formação, entre outras. Independentemente do que as motiva, os escassos estudos desenvolvidos até à data apontam para uma componente estigmatizante presente nas atitudes e práticas correntes dos diferentes profissionais de saúde, ao contrário do que seria

esperado. Perante estas descobertas, assume-se a indispensabilidade de mais estudos que analisem e aprofundem este matéria.

Capítulo II

Estudo Empírico

Neste capítulo será abordado o estudo empírico realizado, através da explanação da metodologia utilizada, na qual se procede à descrição do objectivo do estudo, justificação do desenho de estudo e apresentação das questões orientadoras, além da fundamentação do método. Segue-se a apresentação e justificação do instrumento utilizado e a descrição dos procedimentos metodológicos adoptados. Por último, proceder-se-á à caracterização dos participantes, apresentação dos resultados obtidos e respectiva discussão.

1. Metodologia

Como referido no capítulo anterior, a temática do estigma está a ter um grande realce na investigação internacional e uma das razões que suscitou o seu estudo foi o impacto negativo que dele pode advir para quem é estigmatizado (Hinshaw & Stier, 2008). Uma das consequências da rotulagem de alguém como “doente mental” é a apreensão na procura de tratamento que se irá reflectir no potencial de recuperação destas pessoas. Mas, mesmo quando procuram tratamento, as pessoas com doença mental podem encontrar menosprezo e atitudes estigmatizantes, desta vez dos profissionais de saúde mental a quem recorrem à procura de ajuda (Hinshaw, 2007; Leff & Warner, 2006). Falta de interesse, tratamento homogéneo, prognóstico negativo e escassez de informação são alguns dos aspectos reportados por pessoas com esquizofrenia e seus familiares em relação aos cuidados de saúde mental, num estudo desenvolvido por Schulze (2007). Apesar das preocupantes implicações que este tipo de estigma pode ter na recuperação das pessoas com doença mental, a verdade é que foi ainda pouco avaliado, pois além de se assumir que a sua formação e o contacto com pessoas com doença mental não implicaria atitudes e crenças estigmatizantes, avaliar estes aspectos não parece ser uma tarefa fácil, uma vez que os profissionais de saúde tendem a verbalizar o que consideram ser mais correcto e não o que realmente pensam (Vibha, Saddichha & Kumar, 2008; Schulze, 2007; Sriram & Jabbarpour, 2005).

A pertinência e a lacuna de estudos sobre o estigma dos profissionais de saúde mental (Link et al, 2004), em especial em Portugal, associado à dificuldade em estudar esta temática, motivou este estudo e a opção pela metodologia qualitativa, uma vez que objectivo geral desta metodologia é compreender o “porquê” e o “como” ocorre algum fenómeno (Green & Thorogood, 2005).

Após estas considerações, o objectivo deste estudo é explorar se existem atitudes e crenças estigmatizantes e como estas se configuram nos diferentes profissionais de saúde que

actuar na área da saúde mental na região do Porto. Todos os procedimentos que permitiram atingir este objectivo a que o estudo se propõe serão abordados de seguida.

Delineado o objectivo de estudo, e uma vez que se pretende identificar e explorar construções estigmatizantes dos profissionais de saúde mental, o paradigma científico inerente a esta investigação é o construtivismo, tratando-se de um estudo de carácter exploratório, cujos dados a recolher são de natureza qualitativa (palavras). Optámos pela investigação qualitativa, pois esta facilita o estudo de temáticas/assuntos em profundidade e detalhe, permitindo saber mais sobre as características e os conteúdos mais salientes e significativos em relação a um fenómeno (Kielhofner, 2006; Patton, 2002). A adequação da metodologia qualitativa para estudar o estigma é corroborada por Link e colaboradores (2004) que numa investigação que examinou 123 artigos publicados, com vista a analisar as medidas de avaliação do estigma da doença mental, afirmam que o estudo do estigma se presta a métodos qualitativos de investigação, uma vez que estes permitem aprofundar a compreensão dos processos de estigmatização. No seu estudo verificaram que quando os investigadores aplicam métodos qualitativos para estudar as experiências e atitudes das pessoas com doença mental, famílias ou de prestadores de cuidados de saúde, as referências ao estigma ou vergonha surgem frequentemente.

De acordo com o que justificou esta investigação e com as opções metodológicas tomadas, o estudo será orientado pelas seguintes questões orientadoras: Será que existem crenças e atitudes estigmatizantes face à doença mental nos profissionais de saúde mental? Se existirem como é que estas se configuram? Será que variam de acordo com características individuais, profissão, ou local onde os profissionais exercem a sua função?

1.1. Instrumentos

Determinar as atitudes face às pessoas com doença mental é complexo, uma vez que a maior parte das vezes as pessoas têm consciência das respostas correctas a dar e sentem uma significativa pressão social para suprimir o preconceito subjacente ou estigma, influenciando as suas respostas de acordo com o que consideram serem as respostas desejadas pelo entrevistador – “respostas socialmente desejáveis”, criando assim um fosso entre as atitudes reportadas e o que acreditam secretamente. Desta forma, se forem utilizadas medidas atitudinais explícitas de carácter quantitativo para avaliar as crenças estigmatizantes face à doença mental, corre-se o risco de subestimar a realidade actual (Leff & Warner, 2006; Hinshaw & Stier, 2008), uma vez que a experiência do estigma é imbuída de complexidade (Link et al, 2004).

Efectivamente, a investigação do estigma avançou de forma significativa com o desenvolvimento de medidas que avaliam atitudes implícitas, ou seja crenças secretas que existem sem o conhecimento consciente do entrevistado. Quando utilizadas estas medidas, os participantes têm menor controlo das suas respostas, o que permite uma avaliação precisa das atitudes estigmatizantes subjacentes (Hinshaw & Stier, 2008). Note-se que segundo Bardin (2009), “Uma atitude é uma pré-disposição, relativamente estável e organizada para reagir na forma de opiniões (nível verbal), ou de actos (nível comportamental), em presença de objectos (pessoas, ideias, acontecimentos, coisas, etc.) de maneira determinada. (...) é um núcleo, uma matriz muitas vezes inconsciente, que produz (e que se traduz por) um conjunto de tomadas de posição, de qualificações, de descrições e de designações de avaliação mais ou menos coloridas” (p.201), pelo que as questões devem centrar-se essencialmente no conhecimento, atitudes e intenções comportamentais, como alertam Leff e Warner (2006). Estes autores mencionam ainda que as pessoas respondem de uma diferente forma a questões de resposta aberta como “Como reconheceria alguém com doença mental?”, do que respostas fechadas como “Pensa que as pessoas com doença mental têm tendência a ser violentas?”.

No entanto não se pode negligenciar que os profissionais de saúde mental são especialistas na área, pelo que facilmente podem contornar as questões, respondendo da forma que consideram ser mais correcta, perante os conhecimentos adquiridos com a profissão. Por essa razão, e assumindo que as perspectivas pessoais são passíveis de serem conhecidas e de se tornarem explícitas (Patton, 2002), optou-se pela utilização da entrevista qualitativa semi-estruturada com perguntas de resposta aberta. Este método de pesquisa é particularmente útil para aceder a atitudes e valores pessoais, permitindo alcançar um maior nível de profundidade e complexidade (Silverman, 2006).

O carácter semi-estruturado da entrevista permite que o entrevistador não se limite ao guião de perguntas pré-determinadas, sendo possível alterar a sua ordem, assim como, introduzir novas questões de acordo com o *feedback* do entrevistado (Carmo & Ferreira, 2004).

Como sugere a literatura da metodologia qualitativa, a construção das questões do guião da entrevista teve como ponto de partida a exaustiva revisão bibliográfica realizada, nomeadamente estudos realizados, escalas existentes e informação das várias referências bibliográficas relacionadas com esta temática. Surgiram assim quatro dimensões ou categorias que nos parecem ser pertinentes de analisar para atingir o objectivo a que nos propomos: “Vivências enquanto profissional de saúde mental”, “Representações da doença mental e do doente mental”, “Tratamento da doença mental” e “Participação social da pessoa com doença

mental”. A elaboração destas categorias tentou ir de encontro às características exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objectividade/fidelidade e produtividade (Silva & Pinto, 1999; Bardin, 2009), pois é através destes padrões que o investigador terá os dados finais para análise, o que constitui o corpus do trabalho (Carmo & Ferreira, 2004).

Com base nestas quatro categorias, o guião da entrevista (**Anexo I**) foi elaborado de forma a fornecer tópicos para o entrevistado explorar livremente, utilizando as suas próprias palavras, reportando e expressando as suas complexas perspectivas e representações (Patton, 2002; Silverman, 2006). Para validar os dados recolhidos e contornar o “politicamente correcto”, elaboraram-se várias questões de resposta aberta para analisar cada uma das dimensões em estudo. As questões utilizadas podem ser classificadas em questões de experiência e comportamento, questões de opiniões e valores e questões de conhecimento (Patton, 2002). Para finalizar a entrevista é dada oportunidade ao entrevistado de manifestar alguma consideração, colocando-se uma questão de finalização (Patton, 2002).

1.2. Procedimentos

Esta investigação iniciou-se com a recolha bibliográfica, sendo que a selecção do tema surgiu perante as lacunas de investigação na área do estigma (Link et al, 2004). Além disso, o facto da pesquisa se centrar, por norma, nas pessoas a quem são destinados os cuidados e negligenciar quem os presta, contribuiu para que esta temática despertasse especial interesse nos autores. Após uma extensa recolha bibliográfica, iniciou-se a produção do quadro teórico da dissertação, bem como a delineação dos vários aspectos metodológicos, considerando as especificidades da abordagem ao tema, já mencionadas no ponto anterior.

À delineação concreta do objectivo de estudo e planeamento metodológico, seguiu-se o contacto dos investigadores às instituições seleccionadas através de cartas com pedido de autorização, as quais se encontram protocoladas com a ESTSP-IPP. Mediante a aceitação de colaboração com este projecto de investigação, foram contactados os diferentes profissionais, tentando que a amostra fosse variada no que se refere à idade e ao tempo de experiência na área da saúde mental e psiquiatria. Reunidas as condições iniciou-se a recolha dos dados, que é entendida como uma série de actividades inter-relacionadas que têm como objectivo recolher informação para responder às questões de investigação emergentes (Creswell, 1998).

A recolha dos dados não negligenciou que a qualidade da informação obtida durante a entrevista é largamente dependente do entrevistador (Patton, 2002) e que, de acordo com o

construtivismo, o entrevistador e os entrevistados estão sempre activamente envolvidos na construção do significado, pelo que os dados são mutuamente construídos (Silverman, 2006). Assim, com o intuito de assegurar a qualidade da investigação, a recolha de dados foi efectuada através de entrevistas semi-estruturadas, com recurso a gravação áudio, e foram conduzidas sempre pelo mesmo entrevistador no contexto laboral dos profissionais que concordaram em participar no estudo, de acordo com guião previamente avaliado por um painel de peritos da área e após preenchimento de consentimento informado. As entrevistas tiveram uma duração média de 1 hora, sendo que a mais curta teve a duração aproximada de 36 minutos e a mais longa de 2 horas e 8 minutos.

Além de “instrumento” de recolha de dados, é o investigador qualitativo que, após esta recolha, os examina por padrões, temas comuns e relações entre fenómenos (Carpenter & Hammell, 2005). Perante isto, para favorecer este processo contínuo sem prejuízo dos dados, a recolha foi, como referido, efectuada apenas por uma pessoa e, finalizada essa recolha e de acordo com o que se espera neste tipo de investigação, a mesma analisou palavras e construiu uma imagem complexa e holística, de forma a aumentar a compreensão das múltiplas perspectivas do estigma da doença mental e a desenvolver a teoria desta realidade (Jongbloed, 2005; Creswell, 1998).

Para a análise dos dados, resultantes da transcrição das 24 entrevistas realizadas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, visto que esta “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (Bardin, 2009, p.45), permitindo a interpretação das comunicações feitas, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do discurso manifesto nas comunicações (Bardin, 2009). Associada a esta técnica existem ainda duas funções: a heurística e a administração da prova, sendo que neste estudo a escolha recai na primeira, pois esta “enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão para a descoberta” (Bardin, 2009, p.31).

Para que os dados recolhidos fossem transformados em descobertas (Patton, 2002), o ponto de partida para esta transformação foi o sistema de categorização definido que permitiu a condensação e representação simplificada dos dados em bruto (Bardin, 2009) de acordo com as “Vivências enquanto profissional de saúde mental”, “Representações da doença mental e do doente mental”, “Tratamento da doença mental” e “Participação social da pessoa com doença mental”. Deste modo, obtiveram-se dados que se pretende que reflectam as reais percepções e atitudes dos profissionais de saúde, em vez das respostas “socialmente correctas”. Em suma,

ambicionou-se gerar descobertas qualitativas úteis e credíveis, recorrendo à entrevista e análise de conteúdo (Patton, 2002).

Perante a exposição dos diferentes passos que permitiram operacionalizar a investigação a que inicialmente nos propomos, podemos conferir valor a este tipo de investigação, uma vez que da literatura retiramos que é através deste tipo de estudos que se pode conhecer mais aprofundadamente as concepções dos profissionais e só assim é possível verificar se a intervenção prestada proporciona o melhor suporte ao esforço dos outros (doentes e familiares) (Kielhofner, 2006). Acresce-se ainda as preocupações metodológicas que foram consideradas na delineação dos vários parâmetros, com especial atenção para o instrumento a utilizar, baseadas nas informações recolhidas na pesquisa e análise bibliográfica.

Por conseguinte, parece-nos que as opções tomadas, e descritas aprofundadamente nos pontos anteriores, nos permitem explorar a presença de atitudes e crenças estigmatizantes dos profissionais de saúde mental face à doença mental.

1.3. Caracterização da Amostra

Segundo Kielhofner (2006), a capacidade do investigador para identificar a fonte apropriada para a recolha de informação relativa ao que se propõe a estudar, é um elemento fundamental na investigação. Assim, se o investigador pretende ter sucesso na captura dos dados, deve obter os seus dados a partir de amostras que têm experiência directa com a situação em análise e que consigam articular as suas concepções de forma consciente (Patton, 2002; Creswell, 1998; Kielhofner, 2006). Posto isto, para atingir o objectivo deste estudo, foram entrevistados 24 profissionais de saúde mental (assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais) de três diferentes instituições do Porto: hospital especializado de Saúde Mental, departamento de Psiquiatria de um hospital geral e estruturas comunitárias (fórum sócio-ocupacional e unidades de vida protegida), sendo que a forma de distribuição destes profissionais pelas instituições é apresentada na **Tabela 1**. Realça-se que para a selecção destas instituições se considerou também o facto de estarem protocoladas com a ESTSP-IPP, bem como, a facilidade de acesso da investigadora a estas.

Apesar de inicialmente se ambicionar que os participantes do estudo se encontrassem equitativamente distribuídos quer quanto à formação superior de base quer quanto ao local onde exercem as suas funções, à excepção da estrutura comunitária na qual apenas existe um profissional de cada área e não existe profissional médico, tal não foi possível. Mediante os

condicionalismos, optou-se por entrevistar mais um Médico Psiquiatra do Hospital Especializado (num total de 3 elementos) e apenas um elemento dessa classe profissional no Serviço de Psiquiatria do Hospital Geral, como ilustra a **Tabela 1**. Importa ainda referir que o elemento de Enfermagem contabilizado na estrutura comunitária colabora também na Equipa de Intervenção Comunitária do Hospital especializado, um dos elementos de Serviço Social do Hospital especializado coordena igualmente estruturas comunitárias e dois dos Médicos Psiquiatras considerados são Médicos Internos de Psiquiatria.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a profissão e instituição

Profissão	Assistente Social	Enfermeiro	Médico Psiquiatra	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional
Instituição					
Hospital Especializado	2	2	3	2	2
Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral	2	2	1	2	2
Estrutura comunitária	1	1	0	1	1
TOTAL	5	5	4	5	5

Para a selecção dos participantes, procurou-se que a idade e o tempo de serviço enquanto profissional fossem variados, como comprovam os dados da **Tabela 2**. Assim, no que concerne à idade dos entrevistados, esta varia entre os 26 e os 57 anos de idade e a média de idades é de 37,5 anos (D.P.=10,673). No que se refere ao género (**Tabela 2**), a marcada tendência de elementos do sexo feminino nestas profissões levou a que apenas 3 dos 24 entrevistados sejam do sexo masculino, o que corresponde a 12,5% dos participantes. Quanto ao estado civil (**Tabela 2**), 13 dos elementos são casados (54,2%), 6 são solteiros (25%) e 5 divorciados (20,8%).

Tabela 2- Distribuição dos profissionais por estado civil, idade e género

Estado Civil	Solteiro		Casado				Divorciado				TOTAL			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc				Fem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade														
25 - 34	2	66,67	3	14,29	-	-	6	28,57	-	-	2	9,52	13	54,17
35 - 44	-	-	1	4,76	-	-	3	14,29	-	-	-	-	4	16,67
45 - 54	-	-	-	-	-	-	3	14,29	1	33,33	1	4,76	5	20,83
55 - 64	-	-	-	-	-	-	1	4,76	-	-	1	4,76	2	8,33
Sub-total	2	66,67	4	19,05	-	-	13	61,90	1	33,33	4	19,05	-	-
TOTAL		6		25,00		13		54,17		5		20,83	24	100

Por sua vez, o tempo de serviço enquanto profissional (**Tabela 3**) varia entre 2,5 anos e 32 anos, com uma média de 13,5 anos (D.P. = 9,864). Por último, se considerarmos a experiência na área da Psiquiatria e Saúde Mental em anos (**Tabela 3**), observamos que esta varia entre 1,5 anos e 32 anos, com uma média de 10,5 anos (D.P.= 9,232).

Tabela 3 - Tempo de experiência profissional

Experiência	Profissional	Saúde Mental
	Anos	
0 a 4	6	9
5 a 9	4	5
10 a 14	5	4
15 a 19	2	1
≥ 20	7	5
Mínimo	13,5	10,5
Máximo	2,5	1,5
Média	32	32
Desv. Padrão	9,86	9,23

Saliente-se que a opção de diversificar os profissionais de saúde por área de formação, local de trabalho, idade, tempo de serviço e experiência na área tem como finalidade permitir um melhor conhecimento da(s) realidade(s) decorrentes de leituras/experiências diferenciadas,

condicionadas pelos próprios enquanto pessoas e profissionais, como pela interacção com o objecto de investigação e pelos condicionalismos contextuais. Como refere Patton (2002), o mundo da percepção humana não é real num sentido absoluto, mas sim moldado por constructos culturais e linguísticos, pelo que todos os nossos entendimentos são contextualmente incorporados, interpessoalmente forjados, e necessariamente limitados.

Por último, se analisarmos as habilitações literárias dos participantes (**Tabela 4**), verificamos que 10 dos entrevistados são licenciados (41,7%), 5 têm pós-graduação ou especialidade (20,8%) e 9 têm mestrado (37,5%).

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de acordo com o grau académico

Profissão	Assistente Social		Enfermeiro		Médico Psiquiatra		Psicólogo		Terapeuta Ocupacional		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitações												
Licenciatura	4	80	2	40	2	50	1	20	1	20	10	41,67
Pós-Graduação	-	-	2	40	1	25	2	40	-	-	5	20,83
Mestrado	1	20	1	20	1	25	2	40	4	80	9	37,5
TOTAL	5	20,8	5	20,8	4	16,7	5	20,8	5	20,8	24	100

Após a caracterização dos participantes no estudo, proceder-se-á à apresentação dos resultados obtidos.

Note-se que os dados relativos a cada entrevistado se encontram no **Anexo 2**.

2. Apresentação dos Resultados

Após a caracterização da amostra, serão apresentados neste ponto os resultados obtidos nas 24 entrevistas realizadas aos diferentes profissionais que actuam na área da Psiquiatria e Saúde Mental. Relembra-se que estas entrevistas tiveram como finalidade explorar se existem atitudes e crenças estigmatizantes face à doença mental nos diferentes profissionais de saúde mental que trabalham em três diferentes estruturas de saúde mental da região do Porto (serviço de psiquiatria de um hospital geral, hospital psiquiátrico e estruturas comunitárias, nomeadamente fórum sócio-ocupacional e unidades de vida protegida). Estas atitudes e crenças

manifestaram-se implicitamente nos discursos e revelaram-se no cruzamento dos dados obtidos nas categorias consideradas nas entrevistas, uma vez que, como acentua Bardin (2009) "...a mensagem exprime e representa o emissor." (p.163).

O material discursivo foi organizado de acordo com o seguinte sistema categorial e as categorias foram desdobradas em diferentes dimensões ou variáveis de análise que ajudam a melhor explorar cada uma das temáticas.

Categoria "Vivências enquanto profissional de saúde mental"

Categoria "Representações da doença mental e do doente mental".

Categoria "Tratamento da doença mental"

Categoria "Participação social da pessoa com doença mental"

2.1. Categoria "Vivências enquanto profissional de saúde mental"

As mensagens transmitidas pelos profissionais estão imbuídas de experiências, de vivências que não podem ser descuradas na sua análise. Por essa razão a entrevista inicia com a questão "Como se proporcionou trabalhar em Saúde Mental?". Assim se abre caminho à exploração destas vivências, de acordo com o que motivou o trabalho na área e o que fundamenta a sua manutenção: opção ou mera casualidade. A experiência pessoal enquanto profissional desta área, os desafios e oportunidades que lhe estão inerentes e implicações dessa para o próprio e para a sua postura profissional são também dimensões aqui consideradas, sem esquecer a relação que estabelecem com as pessoas a quem dedicam os seus cuidados. Por último, fala-se da experiência pessoal do estigma, quer do tal "estigma de cortesia" que já foi referido, do qual também os profissionais de saúde mental podem ser alvo, quer do estigma que eles próprios manifestam consciente ou inconscientemente na sua prestação de cuidados.

No que se refere ao motivo, a opção por trabalhar na área da saúde mental e psiquiatria surge no discurso de grande parte dos entrevistados. Se por um lado esta opção motivou mesmo nalguns casos a escolha do curso superior, por outro esta preferência emergiu no decorrer da formação superior e mais tarde foi favorecida pela oportunidade de um posto de trabalho nesta área de eleição ou pela perseverança em obtê-lo. Há ainda casos em que a opção foi condicionada por factores como a possibilidade de entrada na função pública, a remuneração, horários de trabalho e a localização na área do Porto. É de notar que a totalidade dos Psicólogos e Psiquiatras entrevistados considerou que trabalhar nesta área foi uma opção, que se traduziu

na escolha pela especialização nesta área ainda durante a formação. Igualmente as Terapeutas Ocupacionais entrevistadas manifestaram ter sido opção desempenhar funções na área de Saúde Mental, no entanto uma das profissionais referiu que a sua opção foi influenciada pelo desejo de trabalhar na função pública, na região do Porto. Por oposição apenas um dos Enfermeiros alvo deste estudo considerou ter sido uma opção trabalhar em Saúde Mental, alertando ser “...uma das áreas menos exploradas no curso base.” (Entrevistado 5)

Para cinco dos entrevistados, exercer a profissão nesta área foi uma casualidade que se tornou opção para três deles: “Neste momento é mesmo uma opção, porque já tive várias oportunidades para sair daqui (...) e já recusei essas propostas porque gosto da Saúde Mental. Continuará aqui sem dúvida!” (Entrevistada 3). Nos dois casos em que a opção actual não recai sobre a saúde mental e psiquiatria, as entrevistadas salientam “...mas não desgosto de Saúde Mental.” (Entrevistada 22), “É assim... Eu gosto desta...” (Entrevistada 12), mesmo assim mudavam de área se lhes fosse facultada essa hipótese.

No sentido contrário, uma das participantes refere “Se me saísse o euromilhões não deixava de trabalhar aqui...”, justificando “Gosto muito do contacto com os doentes e não há nada que substitua isso.” (Entrevistada 19). O contacto com os doentes justificou que um dos profissionais, após interregno para trabalhar noutras áreas, sentisse necessidade de retorno a este campo de actuação “já me estava a fazer falta os doentes e as problemáticas da Saúde Mental.” (Entrevistado 5).

Efectivamente a relação assume lugar de destaque nos discursos dos vários profissionais: “somos profissionais da relação” (Entrevistada 15); “A relação é o motor de tudo.” (Entrevistada 19) e, conseqüentemente as relações terapêuticas são descritas frequentemente como próximas, empáticas e por vezes pouco formais, essencialmente por quem trabalha em estruturas comunitárias: “estabelece-se uma relação de carinho porque é muito complicado tentar-se ter uma relação tão formal assim...e eu acho que também não há necessidade disso...” (Entrevistada 2). No entanto, parecem por vezes considerar tal proximidade como uma quebra das regras da relação profissional: “ (...) eu sei que é uma relação terapêutica e eu sei quais são os limites mas há coisas em que eu não vejo mal nenhum...e há pessoas que dizem...ah não...cá beijões, cá não sei quê...mas às vezes eu penso ‘mas qual é o problema?’ não é por isso que eu estou a ter uma relação se calhar mais...mais fora do terapêutico porque eu acho que o terapêutico não tem que ser frio, não tem que ser distante...” (Entrevistada 1). Pelo contrário, outros profissionais salientam que tentam não se envolver e não dar tanto de si enquanto profissionais e pessoas, para de alguma forma se preservarem de vivenciarem os problemas dos

outros: “ (...) acho que nós temos é que ser profissionais e não nos podemos estar a envolver a esse ponto, porque depois acabamos por estar a viver os problemas dos outros e essa não é ideia.” (Entrevistada 10).

Os profissionais falam ainda da relação de confiança, de respeito e de ajuda que mantêm com os utentes e da sua importância para transmitir segurança e esperança. Salientam ainda que, na relação, o profissional tem que estar disponível, apesar de alguns casos reconhecerem que a disponibilidade nem sempre é a devida e que existem casos com os quais têm mais dificuldade de trabalhar: “ (...) há utentes com que me relaciono melhor. Prefiro mil vezes um psicótico do que uma alteração da personalidade, por exemplo.” (Entrevistada 8). Esta preferência de prestar cuidados a doentes psicóticos, em detrimento das perturbações da personalidade, é referenciada por alguns profissionais dos meios hospitalares. Alguns profissionais falam ainda de uma tendência protectora para com os utentes, que vão tentando contrariar. Mas, em suma, os entrevistados referem que estabelecem boas relações com os utentes e que o mesmo se verifica dos utentes para com eles.

Contudo, estas relações, estas convivências são complexas e despertam nos profissionais ambivalências e hesitações pois, se por um lado, consideram que ser profissional de saúde mental é recompensador, gratificante, dignificante, bom e proporciona auto-realização. Por outro, conceptualizam esta experiência como desgastante, difícil, imprevisível, exigente e por vezes frustrante: “ Causa algum desgaste mas também nos auto-realiza e no final do dia temos o sentimento de ter ajudado a pessoa que a nos recorre.” (Entrevistado 20); “ É uma área que do ponto de vista psicológico é realmente mais cansativa porque, como dizem, eles tentam-nos ‘sugar’ um bocado, porque querem a nossa atenção, querem a nossa compreensão, querem que nós os tentemos ajudar. Nesse ponto de vista é um pouco cansativo, de resto acho que não trocava, gosto. Acho que o melhor mesmo é o contacto com os doentes (...).” (Entrevistada 10).

Dos discursos emerge ainda a necessidade de ter cuidado com a própria saúde mental, pois o contacto acentua a linha ténue que separa a saúde da doença e o facto dos avanços verificados nos doentes serem, por norma, pequenos e nem sempre alcançáveis, exige uma grande capacidade de tolerância à frustração: “ (...) temos que ter cuidado com a nossa Saúde Mental porque deparamo-nos com algumas situações com as quais, antes de vir para cá, se calhar no início não valorizamos muitos mas depois (...) começamos a dar mais valor à Saúde Mental e a ficar mais mexidos com isso. (...) estou mais perto das dificuldades deles e isso mexe um bocadinho mais.” (Entrevistada 8); “ Acho que os profissionais de Saúde Mental têm, para eles próprios não caírem em doença, têm que relativizar um bocadinho no que refere ao tipo de

exigências que têm que fazer com os doentes mentais. Às vezes pequenos avanços são grandes conquistas e temos que ter isso bem presente para não cairmos em desgraça” (Entrevistada 9).

A boa relação com a equipa de trabalho surge como uma “ (...) *mais-valia para nos sentirmos bem e para estarmos saudáveis, do ponto de vista mental.*” (Entrevistada 10). A importância de se trabalhar em equipa é acentuada pelos vários profissionais porque para “*Trabalhar em Saúde Mental ninguém pode trabalhar sozinho e trabalhar em equipa não é ter reuniões uma vez por semana, é no dia-a-dia. Saber partilhar as informações que são importantes para a equipa... É partilhar até os conhecimentos.*” (Entrevistada 19). Porém esse trabalho em equipa constitui-se também como um desafio, uma vez que consideram que “*trabalhar em equipa nem sempre é fácil.*” (Entrevistada 9).

Os desafios são múltiplos e quando questionados alguns dos profissionais suspiram perante a questão, reflectem e apontam ora características inerentes às patologias, como a falta de motivação, os défices cognitivos e os efeitos secundários da medicação, ora a falta de recursos, de respostas sociais, de aceitação das comunidades, de apoio das famílias e o tempo que passa de outra forma, mais lenta: “ *Eu acho que o desafio número 1 é trabalhar com pessoas com Doença Mental porque, independentemente desta minha visão optimista e lírica da coisa, de que os doentes são espectaculares e até me esqueço muitas vezes que eles são doentes, eles são doentes! (...) porque estes doentes também descompensam, também têm fases más, estes doentes desmotivam que é uma coisa incrível e isso, a meu ver, são os grandes desafios: conseguir motivá-los, conseguir que eles tenham vontade de fazer as coisas, que eles queiram evoluir, que eles queiram participar, que eles queiram aprender, acho que esse é o maior desafio.*” (Entrevistada 4); “ *Não há serviços de Saúde Mental na comunidade que dêem continuidade ao trabalho e a própria comunidade e a família precisam de ser trabalhadas, porque é essa própria comunidade que estigmatiza a doença mental e as pessoas com doença mental.*” (Entrevistada 7). Fala-se ainda do desafio de proporcionar maior qualidade de vida e de aproximar a realidade daqueles que padecem da doença da dos “sãos”. A verdade é que cada um espelha os desafios que encontra no seu local de emprego, de acordo com as especificidades da prática da sua profissão e por isso cada um identifica desafios que quase sempre diferem dos desafios dos outros, apenas coincidindo numa coisa, a quantidade: muitos.

Alguns dos desafios geram também oportunidades, como é o caso da falta de recursos, de respostas e mesmo do estigma. Assim surge a oportunidade de investir em formação, de apostar em novas abordagens, de educar e trabalhar a comunidade e até mesmo a oportunidade

de emprego: “ (...) ser profissional de saúde mental também tem muito esta parte educativa. (...) temos também de lutar pelo que falta e, de facto, uma das grandes oportunidades para quem trabalha em saúde mental é poder estudar e poder investigar e fazer projectos inovadores, numa perspectiva de ir de encontro àquilo que sentimos que faz falta. A inovação e o desenvolvimento dos novos cuidados em psiquiatria e saúde mental são as oportunidades de excelência para quem trabalha nesta área. Além de que, em termos profissionais, é uma área onde há empregabilidade porque de facto é uma área onde cada vez mais as pessoas estão a ter consciência de que é um problema que afecta muita gente e daí serem necessários muitos técnicos, muitos profissionais. (...) É uma área com futuro.” (Entrevistada 7)

Concomitantemente, surgem relatos de oportunidades decorrentes de conviver com a diferença, de se tornar mais flexível, mais tolerante, que culminam na oportunidade de desenvolvimento pessoal: “ (...) ajuda a flexibilizar a maneira como encaramos a vida. (...) Para a minha vida também retiro imensa coisa. É uma profissão onde se recebe muito.” (Entrevistada 13); “Conviver com a diferença...eu acho que é uma área em que se nós soubermos aproveitar em termos pessoais é uma área que nos faz crescer. (...) poder aprender, a aceitar a diferença, aprender a ser tolerante, porque é preciso ser tolerante, ser mais flexível, menos rígido.” (Entrevistada 4).

As oportunidades identificadas confundem-se, por vezes, com as mudanças de postura profissional enumeradas, uma vez que o convívio com as pessoas com doença mental e o trabalho desenvolvido junto desta população não é inócuo, como vimos, para quem desta se ocupa. A experiência implicou assim, aos olhos destes profissionais, uma mudança na postura profissional, reconhecida em maior ou menor escala por todos os entrevistados, e que se evidencia essencialmente pelo aumento da flexibilidade, da ponderação, do respeito pelo outro, pelas suas opções, pelas suas diferenças, com claros ganhos a nível das competências de comunicação e das competências relacionais, dentro e fora do meio laboral. Com o tempo, aumentou também, segundo os profissionais, a confiança, o à-vontade e conseqüentemente a relação de paridade entre os diferentes profissionais: “ Acho que é 1º lugar amadureci enquanto pessoa porque de facto cada vez tenho mais respeito pela pessoa em si, como pela diferença. (...) Por outro lado também tive que aprender a gerir as minhas emoções.” (Entrevistada 7); “ (...) fazia actividades muito mais superficiais a nível de chegar até aos doentes e à vida dos doentes. (...) Nesta fase exige muito mais e daí termos que ganhar algumas defesas. Acima de tudo foi um desenvolvimento pessoal muito grande. (...) Maior responsabilidade neste momento sem dúvida.” (Entrevistada 8).

Nos casos onde a experiência é maior em anos, observa-se que a alteração de postura profissional decorreu também em consonância com as alterações legislativas, com os novos caminhos de intervenção: “ *A preocupação essencial nos primeiros anos em que estive aqui foi, de facto, compensar os doentes do ponto de vista psicopatológico e agora fruto de estarmos inseridos num país com um sistema que também tem orientações europeias, agora estamos a dar os primeiros passos para arranjar residências protegidas, trabalhos protegidos...*” (Entrevistada 23); “ *(...) o facto de ter tido possibilidade de trabalhar na reabilitação psicossocial abriu-me completamente os horizontes e comecei a perceber que realmente que há muito para fazer, há imensas coisas que se podem fazer e por isso é que também acho que mudou a minha maneira de estar e de ver a psiquiatria (...)*” (Entrevistada 1).

Para finalizar a análise dos dados inerentes a esta primeira categoria, focamos agora o estigma vivenciado pelos profissionais, enquanto alvo e enquanto agentes. Assim, ao questionar os participantes se também eles se sentem alvo de estigma, as respostas são unânimes, já todos ouviram comentários, como por exemplo, “ *tu és maluca, trabalhas lá com os malucos*” (Entrevistada 19), que são desvalorizados pela maior parte dos profissionais envolvidos neste estudo e que nem sempre são vistos como estigma propriamente dito: “ *eu não me importo com isso porque acho que é mais a brincar, é mais uma brincadeira.*” (Entrevistada 1). Nalguns casos, os profissionais referem a desvalorização do trabalho realizado nesta área, essencialmente de outros profissionais de saúde e colegas de profissão que nem sequer consideram a hipótese de exercer funções nesta área: “ *As pessoas acabam por comentar sempre... Não me sinto discriminada por trabalhar neste serviço, mas muitas colegas dizem que nunca trabalhariam aqui.*” (Entrevistada 15); “ *Em termos da classe profissional é mau, porque claramente somos enfermeiros de segunda, porque enquanto os outros enfermeiros sabem de enfermagem, a gente só sabe conversar com os doentes (...)* Em relação aos colegas de outros hospitais, eles acham que eu ando aqui a encher pneus. (...) Em relação a pessoas que não têm a ver com a área não sinto propriamente estigma. O estigma está na cabeça das pessoas quando dizem ‘Ah, trabalhas com maluquinhos?’. Não acham que eu seja um extraterrestre na área da saúde, eventualmente não percebem logo à partida porque é que alguém, em vez de estar na cirurgia cardio-torácica a fazer transplantes cardíacos, está a ‘aturar maluquinhos’ mas nunca senti que alguém me tratasse mal ou menos bem por eu ser enfermeiro e depois enfermeiro na psiquiatria.” (Entrevistado 5).

Os Psiquiatras entrevistados relatam que se sentem efectivamente estigmatizados: “ *(...) ouço muitas vezes os meus colegas a dizer que sou das poucas psiquiatras que tem um ar*

normal. Também me lembro que quando vim para a especialidade, que era o que eu queria, as pessoas mais velhas, dizem 'oh, não pense nisso, não vá para a Psiquiatria, você vai ficar como eles'. Isto é uma forma de segregação." (Entrevistada 23); *"Mesmo pelos outros profissionais de saúde há muito estigma em relação à psiquiatria e as pessoas associam muitas vezes o psiquiatra a um determinado estereótipo que também é maluco e uma pessoa excêntrica. Acabam por segregar um bocadinho a psiquiatria da restante medicina."* (Entrevistado 24); *"Sinto um bocadinho isso. (...) Primeiro impacto é: chega para lá que isto pode-se pegar."* (Entrevistada11).

No que se refere à avaliação que os profissionais fazem da sua prestação de cuidado do ponto de vista do estigma, que surge no final da entrevista, após reflexão de variados aspectos inerentes à temática do estigma, abordados nesta e nas restantes categorias, observa-se claramente uma divisão de perspectiva. Se, por um lado, alguns profissionais afirmam não estigmatizar de todo, mesmo que já o tenham feito no passado mas que a prática se encarregou de esbater através do investimento na formação e consequente auto-avaliação e reflexão: *" (...) tenho esse cuidado, ou às vezes nem tenho, nem é cuidado, é mesmo maneira de estar. Eu acho que como eu olho para as pessoas como pessoas (...) sei que as pessoas são todas diferentes e não é por ter a doença que são mais assim ou mais ao sol."* (Entrevistada 1); *"A minha prestação de cuidados neste momento está mais centrada nisso que noutra coisa. E agora o meu discurso depois de ter estudado sobre isto e de ter aprofundado este tema, o meu discurso mudou com os doentes (...) Vejo mais a pessoa como pessoa do que propriamente como doente (...)"* (Entrevistada 8). Por outro lado, a maioria admite que o estigma está presente nas suas práticas, de forma mais ou menos consciente: *" Se calhar estigmatizo, às vezes acho que sim..."* (Entrevistada 11); *(...) não sei se lhe posso chamar estigma, sei que ainda tenho...ora bem...é assim...eu acho que se calhar em certas coisas ainda tenho alguns preconceitos (...) acho que por muito pequena que a coisa possa ser que tu aches que não deve ser por direito de alguma pessoa acho que já é estigma."* (Entrevistada 2).

Outros ainda ficam na dúvida, uma vez que a tentativa de não estigmatizar nem sempre se harmoniza com a prática, na qual as atitudes estigmatizantes se manifestam: *"Às vezes dou por mim a dizer coisas que não são realmente o que eu penso mas faz parte do contexto. (...) eu tento mas é muito difícil de avaliarmos."* (Entrevistada 7). Observa-se igualmente a necessidade de generalização do estigma para todos os profissionais de saúde mental, passando o discurso para "nós" e descentrando a questão do "eu" para como que desculpabilizar a sua presença: *"Também estigmatizamos. Temos que estar muito alerta para não estar a fazer juízos de valor,*

fazer muitos exames de consciência, rever a nossa prática.” (Entrevistada 6); “Estamos sujeitos a um burnout maior e às vezes quando estamos com maior nível de cansaço, acabamos por ficar com menos tolerância a algumas coisas e aí começam a saltar os preconceitos e o estigma que a gente tem. E acaba por se fazer algumas coisas menos correctas, mesmo algum comentário. (...) Às vezes a contar histórias giras, temos que pensar no impacto que isso pode ter nas pessoas com quem nos relacionamos e que o nosso papel devia ser o de tentar normalizar ao máximo e desmistificar e, às vezes, temos uma experiência engraçada e conta-se e esquece-se do impacto desses comentários. Às vezes estamos a criar ainda mais estigma.” (Entrevistado 24)

Resumindo, nesta categoria organizaram-se as vivências dos entrevistados enquanto profissionais de saúde mental, segundo diferentes dimensões. Desta forma, apurou-se que a grande maioria dos profissionais se encontram a trabalhar na área da psiquiatria e saúde mental por opção, não obstante os vários desafios que encontram na sua prática que, aos olhos da maioria, constituem-se também como oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Aprofundámos igualmente a sua experiência enquanto profissionais desta área, bem como a relação terapêutica que estabelecem, e tornou-se clara a ambivalência que sentem. Por último, verificámos que os profissionais de saúde mental entrevistados são, nalgumas situações, alvo de estigma e que também alguns deles se avaliam como agentes estigmatizantes das pessoas a quem prestam os seus cuidados, mesmo que não o façam de forma deliberada.

Os discursos organizados nesta categoria permitem enquadrar todo o restante material discursivo, uma vez que as vivências enquanto profissional desta área influenciam as percepções de tudo o resto que irá ser abordado de seguida.

2.2. Categoria “Representações da doença mental e do doente mental”

Nesta segunda categoria de análise explora-se a conceptualização da doença mental e dos doentes mentais, por parte dos profissionais desta área, através de diferentes dimensões. Para tal, consideram-se inicialmente as perspectivas prévias, antes de trabalharem na área, quando faziam parte do chamado “público geral” e a percepção actual enquanto profissionais de saúde mental. Seguem-se as dimensões “reconhecimento do doente mental”, desafios para estes doentes e violência/agressividade. Também a visão dos profissionais de saúde mental de como o público em geral entende a doença mental foi considerada. Por último, aborda-se o

estigma da doença mental e as razões que lhe estão subjacentes, assim como, as atitudes e práticas que, do seu ponto de vista, indicam a presença desse estigma.

Para compreender como os profissionais conceptualizam a doença mental e o doente mental, é importante analisar a perspectiva que tinham do trabalho nesta área e dos doentes e como a sua perspectiva alterou para o que é actualmente. Da análise dos discursos podemos concluir que a maior parte dos profissionais tinha uma visão redutora e incipiente destas problemáticas, uma vez que era uma área pouco explorada durante a formação de algumas profissões: *“Era o parente pobre na faculdade.”* (Entrevistada 19); *“ Associava a doença mental ao atraso mental. No meu plano curricular nem sequer abordei a área.”* (Entrevistada 22).

Pela escassez de conhecimento, alguns profissionais viam a Psiquiatria como algo estranho e assustador, ao contrário de outros que tinham curiosidade e sempre se interessaram por aqueles que *“vêm o mundo de forma tão diferente da que eu vejo”* (Entrevistada 13). Quanto aos doentes, as opiniões também são contraditórias, ora pensavam que os doentes mentais eram complicados e agressivos *“ (...) infelizmente antes de começar a trabalhar era muito tipo os coletes-de-forças e os berros altos aquelas que pessoas que andavam completamente desgovernadas pela rua”* (Entrevistada 2), ora que as patologias mentais se restringiam a sintomatologia de ordem ansiosa e depressiva.

Quem teve acesso através de estágios à prática nesta área, após o conhecimento teórico na formação (quando presente), fala do desfasamento entre teoria e prática, da falta de dinâmica e do trabalho pouco aliciante: *“Sempre gostei de saúde mental e psiquiatria na teoria mas realmente depois na prática (no estágio) achava que deixava muito a desejar e portanto eu dizia...Cheguei a dizer psiquiatria para mim não!”* (Entrevistada 1). Por último, quem está na prática há mais tempo refere que a atitude terapêutica de excelência era a farmacoterapia e que *“ a malta mais antiga estava lá claramente para, como nós dizíamos, ‘guardar os doentes e dar o milho aos pardais’* (Entrevistado 5). Opinião oposta tem outra entrevistada que refere que *“ (...) as pessoas trabalhavam de uma forma de maior investimento na relação e agora trabalham de uma forma mais defensiva, com receio das falhas e o que é que isso pode dar, e depois só de papeladas, de pedir exames e numa perspectiva muito biológica e menos psicológica, muito menos de perceber a pessoa.”* (Entrevistada 11).

Mas as perspectivas prévias, as “teorias” construídas durante a formação, foram desfeitas com as práticas: *“ o quadro nunca é como se pinta”* (Entrevistada 2), que mostraram uma área fascinante, desafiante, em evolução: *“A doença mental é uma doença como outra*

qualquer, que está a ser cada vez melhor compreendida e é a área talvez da ciência que mais potencial tem para ser desbravada.” (Entrevistado 20), mas ainda com muito para fazer, pois *“Não há uma abordagem em relação à doença mental e à saúde mental como há em relação a outras áreas da saúde. É preciso desmistificar, ainda é um bocadinho assunto tabu, tal como a sexualidade. Ainda está muito distante da realidade das pessoas.* (Entrevistada 7); *“A Saúde Mental está imbuída de uma capa de estereótipos, de estigma, de desconhecimento que derivam muita da desinformação que existe na sociedade em geral.”* (Entrevistado 20). Por estas razões, os profissionais alertam que as pessoas não se preocupam tanto com a sua saúde mental e dão primazia à saúde física. Todavia já se observaram muitas mudanças na psiquiatria: *“ a psiquiatria de hoje não tem nada a ver com a psiquiatria de há 30 anos”* (Entrevistado 5). Evoluções maioritariamente vistas como positivas e ainda em curso, como é o caso da importância que assumiu o trabalho em equipa e a visão ecológica de que a pessoa com doença mental deve ser integrada na comunidade: *“ o objectivo da psiquiatria (e que eu não tinha essa ideia) é reintegrar o doente na comunidade e torná-lo capaz, activo, com uma qualidade de vida minimamente aceitável.”* (Entrevistado 24).

Após análise das perspectivas prévias e actuais, importa agora perceber como os profissionais reconheceriam uma pessoa com doença mental, ou seja, quais os sinais (se presentes) que lhes permitiriam concluir um diagnóstico psiquiátrico. Perante esta questão, notam-se hesitações, até estranheza, por vezes devolvem a pergunta para uma melhor compreensão do que é pedido. E, novamente, as opiniões divergem. Assim, a maioria salienta que não se vê ou que é bastante difícil de detectar, porque *“ (...) o pessoal não traz um carimbo na testa.”* (Entrevistado 5) e apenas no contacto prolongado, na relação, é que se começam a notar alterações no padrão da interacção social ou do padrão global da funcionalidade, os discursos incoerentes, incongruentes, as atitudes e comportamentos menos ajustados: *“ (...) se tu falares com um dos nossos doentes numa conversa básica, tu acreditas que este doente tem até um alto nível de escolaridade, um discurso lógico, coerente, adaptado mas lá está, quebrando essa relação de distância e criando aquele laço e aquela relação empática com o utente, tu vais conseguir perceber que o doente não está numa fase compensada, ou seja, o processo de pensamento dele não está bem.”* (Entrevistada 3). Por essa razão, os profissionais consideram que é muito importante recorrer à família para melhor compreender os percursos, o prolongar de atitudes e de situações. Outros profissionais, pelo contrário, referem um reconhecimento mais espontâneo: *“ a gente vê e avalia.”* (Entrevistada 6); *“Uma pessoa que já tem alguma informação e com um olhar perspicaz facilmente reconheceria. Há certas doenças,*

certos diagnósticos em psiquiatria e certas condições de saúde que reflectem estados patológicos que são logo identificáveis.” (Entrevistado 20). Para estes profissionais, a doença mental reconhece-se também pela aparência física, pelo desleixo com os cuidados pessoais, com a higiene, por vezes pela extravagância e exuberância do vestuário, pelas alterações no contacto ocular, pela postura e forma de estar, ou mesmo pelos efeitos secundários da medicação.

Contudo, os profissionais ressalvam a variabilidade das doenças mentais e dos doentes mentais que impede a generalização na forma como se reconhece: *“não há um doente mental modelo há vários, cada caso é um caso.”* (Entrevistada 19). Acrescentam que todas as pessoas têm as suas particularidades e o facto de não serem consideradas doentes mentais prende-se com a manutenção do padrão de funcionalidade: *“Normalmente o que difere a maior parte das pessoas que necessitam de apoio de psiquiatria das outras é a intensidade dos sintomas e a forma como se reflecte no dia-a-dia, porque nós psicóticos, neuróticos também somos, todos temos núcleos neuróticos, psicóticos e quem disser que não tem, está em negação e precisa de ajuda também. Agora a forma como depois se reflecte na nossa personalidade, na nossa forma de estar na vida, aí é que pode entrar já no patológico. Ou seja, quando qualquer pessoa deixa de conseguir fazer o seu dia-a-dia, deixa de conseguir estar com as outras pessoas como estava e entra em isolamento, claro que nas questões psicóticas se tem algum tipo de alucinações, delírios, mas aí também temos que entrar muito no mundo da pessoa e temos que a conhecer.”* (Entrevistada 10) ou ainda pela variabilidade cultural na concepção da doença mental e o diferente papel das pessoas na sociedade: *“Nós sabemos dos estudos culturais que existem que o que é aqui esquizofrenia, noutro lado não é e porque não há-de ser. Um esquizofrénico no meio da Amazónia é um xamã, que é a pessoa que ouve vozes e manda ali na tribo, e cá em Portugal interna-se.”* (Entrevistada 10).

A sociedade assume, efectivamente, um importante papel na forma como as pessoas com doença mental são vistas e acolhidas. E, de acordo com muitos dos profissionais entrevistados, encarar a sociedade que, por norma, não o quer lá e lidar com as críticas e com o estigma é um dos maiores desafios para a pessoa com doença mental. Um dos entrevistados avança mesmo que *“A doença mental é em boa percentagem reacção ao ambiente que nos rodeia. (...) quem tem culpa da doença mental é mesmo a sociedade. Se a sociedade mudar provavelmente a doença mental vai diminuir grandemente, porque tem a ver com a relação, tem a ver com o modo como as pessoas comunicam, tem a ver com o modo como as pessoas se preocupam umas com as outras.”* (Entrevistado 5). Consequentemente, outro dos desafios

enunciados é ter uma verdadeira participação social, inclusive no seio familiar e no emprego, que permita a independência econômica. E aos desafios de ordem externa, somam-se os internos, relacionados com a aceitação e consciencialização da doença, lidar com o auto-estigma, o reconhecimento dos sinais e sintomas, a adesão ao regime terapêutico, a estabilização psicopatológica: *“eu acho que o maior desafio são eles próprios. Não sei! Eu acho que é muito complicado para eles consciencializarem-se que têm a doença e das mudanças que vão ter...”* (Entrevistada 2). Em suma, o maior desafio é sentirem-se felizes.

No que se refere à violência e agressividade, quase todos os profissionais consideram que se trata de algo real, e que é essencialmente auto-dirigida, mas apenas em momentos de descompensação, como forma de expressar mal-estar, ou como defesa em situações, por exemplo paranóides e de delírio, por sentirem medo ou ameaça. Fora isso, consideram um mito que as pessoas com doença mental sejam violentas ou agressivas *“Acho que isso é um grande disparate, até me dá nervos.”* (Entrevistada 10) e crêem mais facilmente que as pessoas com doença mental sejam vítimas de violência e não protagonistas desta: *“(...) as pessoas por não estarem esclarecidas, não toleram alguns comportamentos e portanto não têm estratégias eficazes para lidar com essas situações e respondem com violência.”* (Entrevistado 24). Os profissionais referem mesmo que eles nunca foram alvos de agressividade ou violência por parte de pessoas com doença mental e que não têm qualquer receio que isso aconteça.

No entanto, segundo os diferentes profissionais, essa não é a perspectiva do público, que apresenta um conhecimento redutor e informação essencialmente errônea sobre as doenças mentais e, com consequência, perspectiva os doentes como perigosos, agressivos e violentos. Por essa razão, e por temerem também elas ficar doentes, têm receio das pessoas com doença mental, sentem-se incomodadas na sua presença e instintivamente afastam, discriminam e estigmatizam: *“Existe essencialmente medo porque as pessoas não conhecem e ainda têm aquele estereótipo do asilo, de doentes violentos. (...) Mais do que em relação a qualquer outra patologia as pessoas sentem-se incomodadas.”* (Entrevistado 24).

Dos discursos emerge ainda a percepção de que o público associa as doenças mentais a incapacidade, por vezes até a deficiência mental, assumindo que se tratam de pessoas pouco capazes e inteligentes, às quais associam a perda de direitos e que são responsáveis pela sua doença: *“(...) expectativas baixas basicamente, as pessoas nivelam por baixo. (...) E quando acontece realmente alguma coisa que é positiva e abona a favor deles acham fantástico e...porque esperam sempre que eles não sejam capazes de uma série de coisas.”* (Entrevistada 4); *“acham que são pessoas burras e uma doença mental não tira a inteligência a ninguém.”*

(Entrevistada 10). Apesar disso, os entrevistados têm a impressão que as pessoas continuam a não se preocupar com a sua saúde mental.

Para finalizar a análise desta categoria, centramo-nos agora no estigma da doença mental, de como este é conceptualizado pelos profissionais de saúde mental que participaram neste estudo, e que razões apontam para que se verifique, assim como, quais as atitudes e práticas que lhe dão forma. Os discursos de grande parte dos profissionais evidenciam que estes consideram que se trata de uma área onde houve claras melhorias, fruto das novas medicações e conseqüente aumento da funcionalidade. Apesar da evolução verificada, consideram que o estigma ainda está enraizado na sociedade, constituindo um obstáculo ao tratamento e à recuperação, pelo que é necessário combatê-lo: “ (...) *não conseguimos trabalhar o desempenho de papéis efectivo e a participação se o estigma for tão grande que impeça, ou seja, se o ambiente for tão barreira ao desempenho da pessoa, ou se a própria pessoa for barreira a si própria, não adianta estarmos a partir pedra.*” (Entrevistada 8). Contudo, consideram que nem todas as patologias psiquiátricas são igualmente estigmatizadas, sendo a depressão claramente menos estigmatizada e a esquizofrenia “*o cancro da psiquiatria.*” (Entrevistada 17).

Quanto às razões para o estigma face à doença mental, os entrevistados exteriorizam essencialmente o desconhecimento e a ignorância, resultantes da falta de formação nesta área, uma vez que as doenças mentais não são leccionadas nas escolas: “ *Mesmo nas escolas quando dão o corpo humano, a saúde mental é uma coisa que não se fala* ” (Entrevistada 8), assim como, da falta de interesse por esta temática: “*Porque as pessoas procuram muitas coisas na Internet, procuram quem é a Lady Gaga, mas não procuram quais as características da esquizofrenia. Não é do interesse do público.*” (Entrevistada 7). Além do mais, toda a história da loucura e da doença mental faz com que as pessoas ainda associem o doente mental “ *à ideia do ‘louco’.*” (Entrevistada 13) e as informações que são transmitidas pela imprensa deturpam muitas vezes a realidade destes doentes e contribuem para a manutenção do estigma: “ *(...) ainda ontem deu uma reportagem e uma pessoa vê aquilo e a sério... como se pode mudar a ideia das pessoas com reportagens assim? E mesmo as jornalistas que eles põem a falar com estes doentes, quer dizer... parece que estão ali a falar para criancinhas, para bebês. Quer dizer... eu acho que tem que haver consciencialização, muito mais mesmo.*” (Entrevistada 2). E com estas informações erróneas, surge com frequência o medo do doente e o medo da doença, até porque é uma doença invisível: “ *O facto de não haver exames clinicamente observáveis que diagnostiquem, essa invisibilidade da doença é uma das grandes causas.*”

(Entrevistada 8) à qual os tratamentos e o sistema nem sempre dão respostas eficazes, potenciando o estigma do público em geral.

Perante isto, pela visão da maioria dos profissionais, as atitudes e práticas que indicam o estigma são a rejeição, a hostilidade, o afastamento, a postura defensiva: “ (...) *Ninguém se preocupa, em termos de estigma com um doente que tem uma pneumonia, porque apesar de tudo é uma coisa que a ciência, em termos latos, encontrou uma resposta. Quando falamos da doença psiquiátrica não é assim e como as pessoas não sabem o que lhe fazer o melhor é pôr de lado e daí o estigma.*” (Entrevistado 5). Igualmente os comentários desadequados e depreciativos para com quem sofre de patologias de foro mental, a desvalorização de opinião, a minimização das capacidades e a restrição de oportunidades de participação social são exemplos de como o estigma face à doença mental ganha forma: “*A linguagem ‘ser maluquinho’, ‘doidinho’, ‘atrasado’. Não empregar, não aceitar, não levar aos lugares públicos, achar que não devem ser casados, que não devem ter filhos.*” (Entrevistada 11); “ (...) *acho que as pessoas já não associam a este tipo de coisas mais místicas, já não repelem, já não fogem, já não afastam mas ainda olham como coitadinho, é uma pena, solidariedade que não é propriamente solidariedade...*” (Entrevistada 4).

O estigma está, conforme os discursos recolhidos, acima de tudo presente na vergonha e na dificuldade em assumir uma doença mental na esfera familiar: “ *Muitos utentes referem que familiares próximos não têm conhecimento que eles ficam internados e muitos referem que são poucos os amigos que saibam... E estão cá longos períodos de tempo.*” (Entrevistada 17).

Em suma, o estigma face à doença mental está presente nas atitudes e práticas que tornam claro que a doença supera a pessoa: “*As pessoas não vêem as pessoas como pessoas que têm uma doença, vêem o doente.*” (Entrevistada 11).

Sumariando, nesta categoria foram descritas as representações da doença mental e do doente mental, considerando diferentes dimensões de análise. Desta forma, entendemos que a percepção dos profissionais em relação à área da psiquiatria e saúde mental era muito desfasada da realidade e que actualmente a contemplam como uma área com elevado potencial de desenvolvimento. Foi ainda clarificada a forma como reconhecem as pessoas com doença mental: por um lado, evidenciam a necessidade de um contacto prolongado para que seja possível inferir um diagnóstico de doença mental, e por outro, a facilidade do reconhecimento através de indicadores físicos. No que concerne aos desafios para a pessoa com doença mental, os entrevistados consideraram que estes podem ser decorrentes da vivência pessoal da doença,

bem como, da resposta da sociedade a esta. A violência e agressividade é vista como inerente a alguns quadros psicopatológicos e apenas está presente, segundo os profissionais, em momentos de descompensação. No entanto, os entrevistados consideram que essa não é a perspectiva do público, que continua a visualizar as pessoas com doença mental como agressivas e incapazes, fruto do desconhecimento amplamente presente. Essa ignorância face às patologias de foro mental é apontada também como uma das principais razões do estigma face à doença mental, sendo que a atitude de eleição das pessoas é o afastamento, evitamento e limitação nas oportunidades de participação social.

Terminada a análise das representações da doença e do doente mental, iremos aclarar na categoria seguinte o que consideram os profissionais de saúde mental do tratamento da doença mental.

2.3. Categoria “Tratamento da doença mental”

Com a categoria “Tratamento da doença mental” explicitamos o modo como os profissionais de saúde mental encaram o tratamento das patologias de foro psiquiátrico. Para esta análise foram considerados os diversos intervenientes no tratamento: pessoa com doença mental, profissional de saúde mental e instituição que presta cuidados neste âmbito. As perspectivas dos profissionais face à medicação e ao potencial de recuperação foram igualmente alvo de atenção.

Uma vez que o tratamento psiquiátrico se desenvolve em torno da pessoa que sofre de um problema de foro mental, procurámos compreender, num momento inicial, como os profissionais que actuam nesta área percebem o papel da pessoa no seu tratamento.

Com efeito, os profissionais reconhecem o papel fulcral da pessoa com doença mental no seu tratamento e salientam a importância do seu envolvimento activo pois, caso contrário, todo o tratamento pode ser comprometido: “*O doente é o principal fármaco para ele próprio.*” (Entrevistado 20). Alertam também que as pessoas com doença mental ainda têm algumas reservas face ao tratamento, preferindo os hospitais gerais aos especializados: “*As pessoas têm vergonha de vir a um hospital psiquiátrico, menos, mas ainda têm.*” (Entrevistada 21). Por conseguinte, acentuam a importância da pessoa estar bem informada e de saber como lidar com a sua doença para se poderem envolver no tratamento. Inclusive, de acordo com alguns dos entrevistados, será um maior nível de informação (fornecida pelos profissionais),

concomitantemente com o *insight* da doença, que permitirá à pessoa uma maior capacitação para fazer escolhas conscientes sobre os contornos do seu tratamento: “ *Temos que o capacitar para que ele seja capaz de decidir sobre as suas coisas, sobre a sua vida. Eu acho que nós temos que abandonar um bocado o papel do paternalismo, de proteger tanto que até escolhíamos por eles, até fazíamos por eles.*” (Entrevistada 1). Mas o direito de escolha do tratamento, apesar de ser visto como um direito por muitos dos entrevistados, não é uma prática frequente segundo referem: “*Às vezes é possível, têm esse direito mas muitas vezes não têm opção.*” (Entrevistada 6), até porque os doentes estão habituados a ter um papel mais passivo: “*As pessoas não estão habituadas a este modelo, não estão habituadas a escolher nada.*” (Entrevistada 7). Alguns dos entrevistados referem que as pessoas podem escolher determinados aspectos do seu tratamento, mas aspectos como a medicação ou técnicas são, a seu ver, opções somente dos profissionais que estudaram para isso: “*É evidente que o clínico é que estudou e à partida sabe o que está a fazer com o doente.*” (Entrevistada 9).

Perante a possibilidade da pessoa com doença mental escolher ser ou não tratada de todo, as opiniões são claramente divergentes, coincidindo apenas na importância do tratamento compulsivo quando as pessoas não têm *insight* da doença. Assim, parte dos profissionais relembra que é um direito escolher ser ou não tratada e, como tal, as pessoas podem assinar um termo de responsabilidade e recusar o tratamento, enquanto outros referem que essa escolha extrema apenas é acessível para determinadas patologias, ou ainda que as pessoas com doença mental não estão capazes de fazer essa gestão: “*(...) há uma fase em que de facto tem que ser quase obrigado e depois nós, técnicos de saúde mental, manipulamos o doente... e criamos dependências também...*” (Entrevistada 6). Nos discursos encontra-se ainda a opinião de que perante uma doença, a resposta é o tratamento: “*Se a pessoa tem uma doença, tem que ser tratada. (...) A doença mental, do meu ponto de vista, não deve ser uma opção de vida. Se não tratamos disto como doença, estamos a criar espaço para que digam a psiquiatria devia deixar de existir, porque se é doença é doença. (...) Devemos tentar ajudar a pessoa a tratar-se.*” (Entrevistada 7). Uma das profissionais alerta para as consequências do não tratamento “*Aquilo que é uma liberdade (o não tratamento) é um presente envenenado para o doente, porque tem liberdade para não se tratar, só que essa liberdade vai-se virar contra si, porque vai fazer com que adoeça ainda mais e vai fazer um novelo que vai ser difícil encontrar a ponta.*” (Entrevistada 19). Ressalva-se que as Psicólogas que participaram neste estudo evocaram que, no que concerne ao tratamento no âmbito da psicologia, há uma maior abertura para a negociação das escolhas no tratamento.

Os profissionais, de uma forma geral, consideram duplamente benéfico que as pessoas com doença mental contribuam para a recuperação de outras pessoas que tem a mesma problemática: “ (...) acaba por se rentabilizar o “know-how” de alguns doentes e eles próprios acabam por dar um contributo importantíssimo e para a sua reabilitação acaba por ser muito proveitosa.” (Entrevistada 9), porém alguns dos profissionais salientam que os técnicos devem acompanhar este processo.

No que respeita à medicação, a análise do material discursivo mostra o papel fundamental dos fármacos, e da sua evolução, para a estabilização psicopatológica e consequente incremento da qualidade de vida: “ Existem fármacos hoje em dia que melhoram drasticamente a qualidade de vida do doente e lhes permite ter uma profissão e uma vida familiar mais ou menos estável, que lhes permite viver em sociedade no fundo.” (Entrevistado 20). Salienta-se também a importância da estabilidade permitida pelos fármacos para a adesão dos utentes às intervenções terapêuticas. Estas abordagens são vistas como indispensáveis, pelo que não devem ser subestimadas ou suplantadas pela farmacoterapia: “ Nós vemos que há imensos doentes, imensas pessoas com doença mental, todos eles a fazer tratamento farmacológico e, no meio daqueles todos, há três ou quatro ou cinco que fazem psicoterapia, portanto, era isto que era preciso alterar.” (Entrevistada 1). Porém, os entrevistados mostram-se preocupados com os efeitos secundários e o consequente abandono da medicação: “ Se abandonar a medicação, vem crise pela certa.” (Entrevistada 14). Por essa razão, previnem que é importante a pessoa ser correctamente informada e alguns falam ainda que, dentro das opções para o seu problema e com apoio do médico, as pessoas podiam escolher a medicação a tomar. No entanto, esta questão não é unânime: “ Acho muito complexo, porque para isso tinham que ter estudado medicina.” (Entrevistada 23); “ (...) o doente não pode escolher, não fazia sentido, não sabem, não conhecem.” (Entrevistada 6)

A divergência também surge quando se fala na recuperação ou no potencial de recuperação das várias doenças mentais. As opiniões dividem-se equitativamente: por um lado, o potencial de recuperação é claramente dependente da pessoa e do contexto mais do que da patologia: “ Depende da pessoa, depende daquilo que a pessoa era antes de ficar doente, da personalidade pré-mórbida, depende dos vários tipos de apoio que a pessoa tem à sua volta, depende da capacidade que o próprio doente tem em baixar o seu nível de expectativas.” (Entrevistada 19) e por outro, é a patologia determinante para a recuperação. As pessoas com doenças de ordem neurótica têm, segundo os profissionais, maior potencialidade para recuperar, e as pessoas com psicoses apresentam pior prognóstico. Os profissionais alertam ainda que o

potencial de recuperação é superior quanto mais cedo se inicia o tratamento, e que actualmente os vários avanços na prestação de cuidados permitem antever melhores resultados de recuperação no futuro: “ *Cada vez recebemos mais pessoas no início da sua doença e aí o potencial de recuperação é muito maior.*” (Entrevistada 19); “ (...) *daqui a 20 anos, estes doentes vão estar diferentes destes nossos doentes que tiveram outro tipo de evolução.*” (Entrevistada 7).

Perante a hipótese de uma recuperação total, os profissionais levantam questões relacionadas com o próprio significado da expressão e apontam várias situações. A maioria vê a recuperação total como um ponto de equilíbrio, de adaptação no qual o doente se mantém assintomático e mantém uma vida funcional, mantendo o tratamento, e neste cenário consideram que todas as doenças mentais são passíveis de recuperação: “ *Temos que definir o que entendemos por recuperação. Há sempre alguma... Voltar a ficar íntegro como eram dantes, acho que não é fácil, mas também vejo isso um bocadinho como uma evolução, que nunca voltamos atrás, ao que éramos.*” (Entrevistada 11); *Embora eu ache que há diferença de taxa de sucesso, eu acho que todas as patologias são passíveis de ter recuperação.* (Entrevistada 2). Outros associam a recuperação total a uma cura e, assim as depressões, as situações reactivas, as perturbações do comportamento alimentar são vistas como tendo uma grande possibilidade de cura.

Após o conhecimento de como os profissionais vêem o papel da pessoa com doença mental no seu tratamento, o papel da medicação e o potencial de recuperação das diferentes doenças, é o momento de explorar como é que os profissionais que foram alvo deste estudo conceptualizam as suas práticas. E aqui, ao contrário do que se verificou nas dimensões anteriores, há grande unanimidade de opiniões.

Os profissionais realçam como uma prática fundamental, a aposta na informação e educação e na capacitação, de acordo com as especificidades de cada área do saber. Assim, a sintomatologia, os sinais de recaída e formas de a evitar, a importância da toma da medicação e de assumir estilos de vida saudáveis e regrados são alguns dos aspectos referidos. Note-se que os profissionais não médicos sublinham a não transmissão do diagnóstico e outras informações clínicas que são de competência médica. Por sua vez, os médicos entrevistados referem realizar um esforço no sentido de dar a conhecer o diagnóstico mas que esse momento deve ser pensado com grande prudência, quer pelo impacto que podem ter no doente, quer pelas dúvidas existentes, uma vez que só o acompanhamento prolongado permite um diagnóstico: “ *A maior dificuldade é muitas vezes a informação quanto ao diagnóstico, porque nós também temos dúvidas. (...) dar o máximo de informação e não passar informação sobre a qual eu não tenho a*

certeza, também para não estar a criar ainda mais ansiedade.” (Entrevistado 24); “ Hoje em dia faço um esforço diferente no sentido de falar com as pessoa sobre o problema que elas têm. Tem havido algumas situações curiosas (...) Esta senhora tem este problema há 20 e tal anos e só agora há um ano é que ela achava que pelo facto de ter isso lhe ia alterar a vida toda. De facto, sobretudo nos últimos anos, mudei um bocadinho a minha relação com estes doentes, mas sempre a tentar perceber até onde podemos ou não falar porque às vezes temos que ter cuidado se não partimos uma estrutura que é muito frágil.” (Entrevistada 23)

Nos discursos, os profissionais referem que tentam assumir uma prática de disponibilidade, de escuta activa e de ajuda, de acordo com as especificidades de cada pessoa, lembrando o motivo da sua prestação de cuidados: um problema de saúde mental, pois como salienta um dos profissionais: *“ Não há nada mais desigual do que tratar desiguais de maneira igual.”* (Entrevistado 5). Os profissionais acentuam também a importância das suas práticas para melhorar a motivação, o humor e favorecer a esperança das pessoas com doença mental.

Uma vez que os entrevistados são profissionais que trabalham em diferentes instituições/estruturas, é de prever que as suas práticas traduzam as práticas institucionais. Assim, serão agora abordadas as perspectivas dos entrevistados face a essas práticas, bem como a prática dos outros profissionais com quem trabalham. De uma forma geral, os profissionais revêem-se nas práticas institucionais, deixando apenas pequenas anotações, nomeadamente no que se refere à adaptação/inação das respostas para a população mais jovem e mais diferenciada que recorre aos serviços: *“ Gostava que algumas coisas fossem diferentes, porque cada vez mais recebemos as pessoas mais jovens e cada vez mais as pessoas são mais diferenciadas e acho que devíamos ter outro tipo de actividades que pudessem ir mais de encontro a esta população. Devíamos adequar algumas actividades aos tempos modernos.”* (Entrevistada 19), bem como, a necessidade urgente de maiores respostas ao nível da intervenção comunitária, nas suas várias valências: *“ Tudo o que está na lei de Janeiro de 2010 é preciso que deixe de estar na lei para passar a ser implementado. (...) temos que preparar o doente para uma vida autónoma.”* (Entrevistada 7). Os profissionais acusam identicamente a falta de oportunidade de escolha dos doentes e a tendência para o paternalismo que leva a que se tenda a fazer tudo pelas pessoas com doença mental, em vez de as capacitar como se prevê. Efectivamente, quase todos os entrevistados salientam que os outros profissionais assumem práticas estigmatizantes para com os utentes: *“ Muitas vezes são os próprios técnicos de saúde que estigmatizam logo. Por exemplo, tendo algumas reservas nomeadamente no dizer o diagnóstico ao doente. (...) o profissional pode não dizer porque tem*

medo do impacto que aquilo vai ter no próprio doente mas o profissional tem que ter a capacidade de trabalhar esse impacto no doente. (...).” (Entrevistada 8). Como boas práticas institucionais, os entrevistados expõem a disponibilidade, a abertura dos espaços e a facilidade de contacto.

Num balanço entre as práticas pessoais e institucionais, os profissionais falam do que encaram como práticas ideais. Para estes profissionais, as intervenções e as estruturas comunitárias são de grande importância, pelo que deveria haver um acréscimo destas respostas, mais próximas do meio das pessoas, e uma descentralização do tratamento em meio hospitalar: *“Temos que nos aproximar mais da comunidade. No hospital eles é que nos procuram e, às vezes, nós é que precisávamos de os procurar a eles.”* (Entrevistada 10). Realçam que é fundamental manter estruturas hospitalares de apoio, até porque os internamentos, embora a evitar, vão continuar a ser necessários *“ (...) internamentos de agudos que continuam a ter validade e não de ter sempre validade, porque há momentos em que os doentes numa fase de descompensação necessitam de estar internados num hospital psiquiátrico.”* (Entrevistada 9), bem como a institucionalização, que apesar de ser o último recurso a utilizar, até porque pode acelerar a perda de competências, ela é necessária quando falha a retaguarda familiar ou quando há grande deterioração cognitiva: *“ Institucionalização é o último recurso, é pô-los numa redoma. No fundo queremos protegê-los mas institucionalizar é estigmatizar mais, é não lhes criar mecanismos de funcionamento que eles talvez ainda fossem capazes de ter.”* (Entrevistada 11).

As práticas ideais de tratamento, de acordo com os entrevistados, vão de encontro à aposta na reabilitação, o mais precocemente possível, ao acréscimo do *empowerment* dado à pessoa, de forma a ter um papel mais participativo no seu tratamento, bem como do respeito para com a pessoa: *“ (...) cada vez queremos que os doentes estejam mais na comunidade, não é? Ou seja, eles cada vez têm menos protecção da instituição, portanto, eles cada vez estão mais livres. Eu acho que cada vez mais eles têm que ser mais capacitados para tomar as suas decisões no fundo é a vida deles e eles não estão incapazes de o fazer.”* (Entrevistada 1). A implicação da família e trabalho multidisciplinar das equipas são também vistos como fundamentais: *“ (...) tentando envolver ao máximo a retaguarda mais próxima do doente para serem também nossos aliados.”* (Entrevistado 24). Além disso, é referida a importância de abrir as portas às comunidades, nomeadamente às escolas, para desmistificar o tratamento da doença mental, favorecendo a adesão ao tratamento se um dia mais tarde necessitarem: *“ Acho que é bom fazer esse género de sensibilização (visitas ao hospital) nas camadas mais jovens,*

porque depois eles só aceitam tratamento um dia mais tarde e, às vezes, a gente sabe que quanto mais tarde começam a ser tratados pior.” (Entrevistada 10)

Até ao momento, analisou-se a percepção do tratamento da doença mental de acordo com várias dimensões, mas qual será a percepção dos profissionais se forem eles ou os seus familiares a desenvolver sintomatologia de patologia psiquiátrica? Perante esta questão, emergiu, mais uma vez, o estigma: “ *se me dissessem que eu tinha uma doença mental, e por muito que se diga que é como a diabetes, que temos que fazer medicação para sempre e ter consultas regulares, é muito complicado...*” (Entrevistada 22); “*Coisas mais psicóticas acho que ia lidar mal com isso, até porque conheço muito da doença, da incapacidade, o que vai acontecer em termos fisiológicos ao cérebro e tem-se muita informação o que é uma chatice. Não iria achar muita piada, como não ia achar muita piada se tivesse uma doença física, mas recorria a ajuda sem dúvida nenhuma.*” (Entrevistada 15). Se alguns dos profissionais respondem prontamente que procurariam tratamento nesta situação, desde que o seu discernimento não tivesse sido posto em causa, outros profissionais hesitam antes de afirmarem a procura de tratamento, referindo inclusive que o fariam de forma informal, junto de colegas: “*Eu procuraria tratamento se fosse comigo, mas não sei se era fácil...*” (Entrevistada 1); “*A meu ver acho que deveria procurar ajuda, até porque estando dentro da área é impossível de pensar o contrário, mas não sei... Dependendo também do tipo de patologia.*” (Entrevistada 3). Alguns profissionais confessaram mesmo já terem recorrido a ajuda nesta área quando necessitaram. No caso dos familiares, a resposta mais frequente é que iriam fazer um esforço no sentido de encaminhar para tratamento, mas que acima de tudo seria uma escolha da própria pessoa.

Em conclusão, lembramos que nesta categoria foram abordadas diferentes dimensões que permitiram analisar as perspectivas dos profissionais face ao tratamento da doença mental. Foi claro neste ponto que em relação à maioria das dimensões as opiniões dividem-se e contradizem-se. Assim, iniciámos com a referência ao papel da pessoa como doença mental face ao seu tratamento, que segundo os entrevistados é fundamental e decisivo para o sucesso do tratamento, mas a possibilidade da sua escolha é alvo de discórdia. De seguida, aprofundou-se a importância da medicação no controlo dos sintomas e impacto positivo na qualidade de vida e funcionalidade. No entanto, salvaguardou-se a importância de coadjuvar a farmacoterapia com outras abordagens terapêuticas. Seguiu-se a visão face ao potencial de recuperação das doenças mentais, que para metade dos profissionais está grandemente relacionada com a pessoa e o seu contexto, mais do que com a patologia, e para a outra igual parte dos

profissionais é nitidamente dependente da patologia em causa. As práticas pessoais e institucionais foram analisadas de seguida, e as primeiras enquadram-se nas segundas mas, numa situação ideal, as respostas comunitárias seriam maioritárias face às respostas hospitalares. Neste ponto alertou-se que a maioria dos profissionais reconhece práticas estigmatizantes nos outros profissionais de saúde mental. Por último, passou-se a palavra para a primeira pessoa e os profissionais afirmaram que procurariam tratamento na presença de sintomatologia do foro mental neles próprios, apesar de algumas hesitações e de alguns não se sentirem confortáveis com essa ideia. No caso dos familiares, aspecto também referido, é unânime que encaminhariam para tratamento.

Na lógica do tratamento, uma plena participação social será o objectivo último da reabilitação, pelo que a categoria que finaliza esta análise debruça essa questão.

2.4. Categoria “Participação social da pessoa com doença mental”

A categoria que conclui esta análise do material discursivo, resultante das entrevistas realizadas a 24 profissionais de saúde mental, remete para a participação social da pessoa com doença mental, considerando a vivência na comunidade, o emprego e o casamento, chamando, uma vez mais, os entrevistados a colocarem-se como intervenientes.

De acordo com as novas políticas de saúde mental, a pessoa com doença mental não deve ser desenraizada da sua comunidade. Efectivamente, os profissionais concordam com esta política, referindo que é um direito que assiste as pessoas com doença mental e que é nesse sentido que as coisas se estão a processar, apesar de reconhecerem que não se trata de um processo fácil: “ *é complicado porque pronto...o próprio estigma, as próprias limitações que existem associadas ao estigma, a falta de emprego, a falta de oportunidades, mas apesar disto tudo eu acho que as pessoas estão melhor na comunidade, estão melhor fora da instituição, por assim dizer, na sua casa, mesmo que às vezes em casa seja complicado e que seja... mesmo que na própria família haja estigma que, às vezes há na própria família, mas acho que sim que é bom, acho que é bom e que cada vez há-de ser melhor...* “ (Entrevistada 1). Alertam, contudo, que para que seja possível a participação efectiva na comunidade, é importante que as pessoas se encontrem compensadas a nível psicopatológico, que tenham alguma autonomia ao nível da mobilidade e competências sociais básicas. A retaguarda familiar e, essencialmente, a clínica é vista como fulcral para o sucesso destas medidas: “ (...) *com técnicos de saúde mental por trás*

que possam dar essa ajuda e supervisão que necessitam.” (Entrevistada 8), mas sem esquecer que muitas vezes estas famílias já estão desgastadas pela doença: *“As famílias não aguentam ter um doente assim.”* (Entrevistada 6). Aspectos como a receptividade do meio e a vertente ocupacional são igualmente referidos como importantes, mas nem sempre verificáveis: *“São poucas as pessoas na comunidade que recebem de braços abertos um doente que teve, e para eles continua a ter, um carimbo de doente mental”* (Entrevistado 5); *“eu ligo e é só dizer que estou a ligar de um serviço de psiquiatria que as colegas dizem logo que não têm vagas”* (Entrevistada 14). Em suma, os profissionais vêem como positivo o facto de os doentes estarem e participarem na comunidade mas alertam a necessidade de criar condições para uma efectiva participação: *“(…) reunidas as condições mínimas para as pessoas se sentirem bem e depois a vertente ocupacional e de participação social: integrar a pessoa nalguma rotina que permita contacto social.”* (Entrevistada 8). Um dos entrevistados chama a atenção para a continuidade das instituições nas comunidades, em vez das respostas vislumbrem na própria comunidade: *“Aquilo que falta para a doença mental é apoio da comunidade e não das instituições. (...) o que acontece é apenas uma transferência da instituição. O fim da linha é a comunidade sem ser instituição e essa não está a funcionar.”* (Entrevistado 5).

No que concerne ao emprego, a postura principal que os profissionais adoptam é que este assume grande importância para as pessoas com doença mental, quer pela independência económica que permite, bem como, pela vertente de inserção que lhe é intrínseca: *“seria importantíssimo a integração dos nossos doentes em contextos laborais, porque a nossa inserção social está muito associada à nossa inserção laboral.”* (Entrevistada 9). Porém, os entrevistados destacam que determinados casos apenas se coadunam com situações de emprego cujas exigências sejam adaptadas à pessoa e que permitam alguma flexibilidade, nomeadamente ao nível de horário: *“Se calhar não conseguem cumprir um horário de emprego das 9h às não sei quantas, com muitos desafios, mas se as características forem adaptadas às exigências que a doença deles tem, são absolutamente funcionais (...)”* (Entrevistada 13). Esta adaptação, segundo os profissionais, não tem necessariamente que se desenvolver no âmbito do Emprego Protegido, apesar desta situação poder acontecer inicialmente, concomitantemente com um maior suporte clínico, para que mais tarde, a pessoa assuma de forma completamente autónoma o emprego: *“Nós chegamos à conclusão que em muitas situações com um acompanhamento técnico, mais amiudado numa fase inicial e menos amiudado mais lá para a frente, nós podíamos perfeitamente integrar muitos dos nossos doentes num contexto de trabalho.”* (Entrevistada 9).

A verdade é que as respostas de emprego são escassas e pouco diferenciadas, para pessoas com doença mental cada vez com mais formação. A conjectura económica actual é também vista como limitativa, ao qual se acrescem as limitações decorrentes de algumas patologias: “ *Sabemos que muitas vezes as pessoas ficam com handicaps grandes em termos de concentração, as pessoas ficam com défices em termos cognitivos, e se calhar com um ritmo de execução muito mais lentificado, e isso terá interferência no trabalho. Se não há trabalho para alguém que consegue ter um ritmo de trabalho regular, é despachado e polivalente, como é que nós vamos conseguir arranjar trabalho para alguém que pode ser lento, que pode ter algumas dificuldades do ponto de vista do relacionamento interpessoal? Temos que ser realistas, é difícil...*” (Entrevistada 19). É ainda mencionada a falta de sensibilidade das entidades empregadoras para esta problemática, que excluem à partida os potenciais empregados quando sabem da existência de uma doença mental: “ *(...) nós temos muitos utentes que são recusados por serem sinceros e por admitirem que têm uma doença mental e o patrão simplesmente já não querer pôr lá uma pessoa que para eles é uma pessoa maluquinha portanto, de longe, uma pessoa maluquinha estar na empresa.*” (Entrevistada 2), pelo que as empresas familiares são muitas vezes a resposta laboral encontrada.

Os profissionais salientam que o emprego tem um lugar de destaque na sociedade e que há uma tendência para exacerbar a sua importância. Contudo, a escolha das pessoas com doença mental pode não passar pela inserção profissional: “ *Se há tanta pessoa sem doença mental nenhuma e com Rendimento Social de Inserção e sem querer fazer nada, porque é que os doentes têm que trabalhar? Quando eles querem acho muito bem que ajudemos.*” (Entrevistada 14).

Perante a hipótese de serem empregadores, os entrevistados referem maioritariamente que empregavam alguém com doença mental, caso essa pessoa fosse capaz de desempenhar as funções que lhe seriam incumbidas, e uma grande parte diz que empregaria sem quaisquer restrições: “ *Também queremos dar oportunidade aos outros, mas também queremos que aquilo que perspectivamos para aquele posto de trabalho seja cumprido.*” (Entrevistada 10). Referem ainda que gostariam de impulsionar uma empresa que desse resposta aos utentes a quem prestam cuidados. No entanto, alguns dos profissionais hesitam se empregariam numa empresa sua pessoas com doença mental, acentuando que iria depender da doença ou das capacidades apresentadas: “ *Claro que contrataria uma obesidade, uma anorexia, uma depressão, uma ansiedade, uma perturbação obsessiva-compulsiva, uma esquizofrenia para um trabalho de*

menor responsabilidade contrataria sem dúvida nenhuma. Para um trabalho muito desafiante não... uma situação mais rotineira.” (Entrevistada 13).

Alguns dos entrevistados partilharam que trabalham ou já trabalharam com pessoas com doença mental e, se nalguns casos até se esquecem desse facto ou referem que é igual a trabalhar com pessoas sem doença mental, noutros salientam a obrigação de maior atenção e maior tolerância, uma vez que são profissionais nesta área. Há ainda entrevistados que salientam que por vezes é complicado, uma vez que as pessoas em questão se encontram elas próprias a prestar cuidados de saúde mental a outros: “ Às vezes é má (a experiência) porque há uma outra questão que se coloca, porque estamos a falar da área da saúde, e de comportamentos e de obrigatoriedades éticas e deontológicas (...) Muitas vezes levanta questão porque admito que em algumas situações o nível de cuidados prestados não seja o melhor (...)” (Entrevistado 5).

Quando a questão é em torno do casamento, as opiniões são uniformes no que se refere ao direito ao casamento das pessoas com doença mental: “Têm todo o direito de se casar. Não acho que haja limitação nenhuma, acho que até favorece. Têm melhor prognóstico aqueles que têm mulher ou marido do que os solteiros.” (Entrevistada 11). No entanto a situação é vista de forma diferente consoante se são os dois elementos do casal com doença mental ou apenas um: “ Se forem duas pessoas com doença mental a casar uma com a outra, acho que não é um factor de muito bom prognóstico, porque é difícil o tal controlo e tal monitorização de sinais e sintomas e a tal estabilização que a pessoa tem que ter. (...) Se for uma pessoa que encontre alguém que lhe dê essa estabilização, acho que há um bom prognóstico.” (Entrevistada 8); “Claramente um casamento de um doente mental é algo que encaixa na normalidade. (...) e não tem que casar com outro doente mental, pode casar com outra pessoa teoricamente são que, eventualmente, até pode ser um bom suporte. Nada contra.” (Entrevistado 5). Mais uma vez, as doenças psicóticas são vistas como as mais problemáticas, também quando se fala em casamento e são as que, para os profissionais, exigem maior supervisão de familiares: “ (...) acho que a família tem que estar um pouco atenta àquele relacionamento, porque da experiência que tenho daqui acabam por quebrar. (...) a maior parte dos doentes mentais ou são solteiros ou são divorciados.” (Entrevistada 10). Embora não tenha sido alvo de questão, os profissionais lembraram que a possibilidade de ter filhos tem que ser vista com grande ponderação, quer pelas competências de parentalidade e maternidade, quer pela possibilidade de transmissão genética: “ (...) em relação ao ter filhos é que uma situação em que eu tenho algumas dúvidas, põe-me um bocadinho dividida entre o racional e o emotivo... (silêncio) Devemos ser flexíveis, se

calhar não há uma regra rígida, é uma coisa que deve ser avaliada caso a caso, mas as situações que têm alguma carga hereditária acho que devemos ser mais rigorosos e racionais, mas com aquelas que não têm, acho que com alguma ajuda, alguma supervisão, acho que é possível até terem filhos e criarem-nos.” (Entrevistada 11); “ Os psicóticos, os débeis não têm competências de parentalidade ou maternidade.” (Entrevistada 21).

Quando é solicitado que os entrevistados considerem a possibilidade de casar com alguém com doença mental notam-se hesitações, silêncios, estranheza com a questão, aliás é a questão que maior surpresa causa nos entrevistados: “*Que pergunta!*” (Entrevistada 21), “*É uma pergunta complicada!*” (Entrevistada 15). Nota-se dificuldade na resposta, uma vez que nunca tinham colocado essa questão a si próprios: “*Não sei que lhe possa responder... Nunca pensei nisso...*” (Entrevistada 23), pelo que grande parte dos entrevistados referem não conseguir colocar-se nessa situação: “*(...) acho que...não sei! Eu acho que também só vivenciando, eu acho que às vezes uma pessoa acha que sim, outras vezes acha que não, e só mesmo vivenciando é que sabe o que faria.*” (Entrevistada 2).

Após as hesitações e as reflexões em alta voz, os entrevistados admitem que o casamento com alguém com uma doença mental dependeria, para muitos, de factores como estar apaixonado: “*Olha, hmm...Se me apaixonasse por essa pessoa, eu casava, independentemente de ela ter doença ou não.*” (Entrevistada 1) e nalguns casos dependeria de qual a doença em causa, sendo para tal necessário definir o que é a doença mental: “*Voltamos à questão, o que é a doença mental?*” (Entrevistada 21). Se uns respondem tendencialmente que sim: “*A minha tendência é dizer que sim, obviamente.*” (Entrevistada 4), outros confessam não se conseguirem ver casados com alguém com uma doença mental, mesmo reconhecendo que essa não é a resposta “politicamente correcta”. Lembram o sofrimento que os familiares das pessoas com doença mental relatam: “*Mas para ser o mais sincera possível, o primeiro impacto é que não.*” (Entrevistada 10); “*Eu não sei se era tão altruísta a esse ponto. (...) Mantinha, seria motivo para não abandonar, mas casar sabendo à partida se calhar não. Temos que tratar da nossa saúde mental também... Só se ficasse doida, apaixonada para fazer um disparate desses. À partida teria bom senso de não me casar, de me juntar a uma pessoa com doença mental*” (Entrevistada 6). Contudo, evidenciam que não seria a doença mental que levaria a que abandonassem a pessoa, após o casamento, apesar da ruptura inerente ao processo patológico: “*Acho que seria incapaz de acabar a relação por a pessoa ter a perturbação mental, mas não sei se me adaptaria a todas as mudanças que estas doenças implicam, porque a pessoa acaba por mudar.*” (Entrevistada 15).

Quando a questão implica os familiares, de como reagiriam perante a possibilidade de um familiar casar com alguém com doença mental, os profissionais perspectivam que o seu papel seria o de informar, orientar e esclarecer sobre a doença em questão, alertando para alguns dos desafios inerentes a conviver diariamente com pessoas com patologias de foro mental, mas que não se oporiam à escolha do familiar: “ *Que não seja um presente envenenado, porque sem dúvida nenhuma, e nós vemos isso pelos familiares, ou realmente a pessoa gosta da pessoa ao ponto de conseguir lidar com os momentos maus e com os momentos bons, ou então mais vale não entrar por aí.*” (Entrevistada 8). As profissionais entrevistadas que são mães admitem que essa não seria uma situação que lhes agradasse de todo, que tentariam dissuadir os filhos, uma vez que como mães desejam o melhor para os filhos: “ *Como mãe, quero o melhor para o meu filho e não ia gostar nada que ele quisesse casar com alguém com essas problemáticas.*” (Entrevistada 18); “*Se a minha filha me aparecesse com um psicótico, se calhar iria pôr os alertas todos, iria tentar mostrar os defeitos todos das dificuldades que é uma vida ao lado de. Se fosse um irmão, o sangue já é a obrigatoriedade de cuidar dos nossos, agora ir buscar os outros para cuidar, não é preciso ser altruísta a esse ponto. (...)*” (Entrevistada 6).

Concluindo, nesta categoria dissecou-se qual a visão dos profissionais de saúde mental no que se trata da participação social das pessoas com doença mental. Desta análise conclui-se que os entrevistados conceptualizam como positiva e necessária a vivência das pessoas com doença mental na comunidade, alertando que existem algumas condicionantes para que tal seja viável, nomeadamente uma rede de suporte formal e informal, assim como uma vertente ocupacional. Quanto ao emprego, é visto como fundamental, mas as suas exigências devem ser adaptadas à pessoa em questão, pelo que o emprego protegido poderá ser uma boa resposta num momento inicial. Se fossem empregadores, os profissionais empregariam pessoas com uma doença mental, alguns sem qualquer restrição e outros considerariam se a pessoa seria capaz de exercer a função de forma a permitir a produtividade. Seguiu-se a abordagem ao casamento, encarado como um direito que assiste a pessoa com doença mental e como indicativo de um melhor prognóstico. Perante a possibilidade de casarem com alguém com doença mental, responderam com surpresa e grande hesitação e enquanto uns referiram que o faziam se apaixonados, outros confessaram que não estariam capazes de assumir tal compromisso. Se a questão for com um familiar, acentuam a importância de informar e alertar para as contrariedades de viver com alguém com um problema destes.

Após esta última análise, verificou-se que é essencialmente nestas questões, que transcendem os muros dos hospitais e dos tratamentos, que emergem claramente os preconceitos, os estereótipos, quando as pessoas são incentivadas a colocar-se como intervenientes e quando se fala de participação social, o objectivo último do tratamento.

Com esta categoria, dá-se por terminada a análise dos discursos dos profissionais de saúde mental entrevistados e segue-se com a discussão destes.

3. Discussão dos Resultados

Neste ponto serão discutidos os resultados obtidos neste estudo e que foram analisados no ponto anterior. Esta discussão inicia-se com a impressão geral das entrevistas realizadas, à qual se segue a reflexão sobre os achados, confrontando-os com a teoria de quem já estudou estas temáticas, de forma a melhor perceber se existem crenças e atitudes estigmatizantes nos profissionais que foram entrevistados para este estudo. Para finalizar é feita uma reflexão sobre as limitações deste estudo.

Iniciámos esta discussão com as impressões decorrentes das entrevistas realizadas, uma vez que a postura dos participantes nas entrevistas é um aspecto importante a considerar e que as transcrições apresentadas não relatam. Como referido anteriormente, as entrevistas, das quais resultou o material discursivo analisado no ponto anterior, tiveram uma duração variável, fruto das determinações temporais dos profissionais, bem como, da maior ou menor reflexão ou ainda da maior ou menor recorrência a exemplos que ilustrassem as opiniões expostas. Nos casos em que os entrevistados preveniram à partida que não dispunham de muito tempo para a entrevista ou quando alertaram, no seu decorrer, que não teriam muito tempo para a continuar, não se descurou a abordagem de todas as dimensões previamente consideradas, mesmo que o grau de exploração possa ter sido menor. À parte disso, a grande parte dos profissionais alvo do estudo consideraram a entrevista um óptimo exercício de reflexão, que admitiram nunca o ter feito antes de forma estruturada. Confessaram também que estavam a ponderar aspectos que nunca antes tinham sido alvo da sua análise e, como tal, consideraram a entrevista uma experiência enriquecedora. Efectivamente, o exercício de reflexão dos profissionais nas suas próprias atitudes e preconceitos é visto como imperativo, de acordo com Carlisle e colaboradores (2001), para que estes aspectos desfavoráveis sejam minorados e se possam desenvolver

estratégias para os ultrapassar. Grande parte dos entrevistados acentuou ainda que teria todo o gosto em ter acesso ao resultado final deste estudo.

É de realçar que a maioria dos profissionais entrevistados apresentou uma postura descontráida e respondeu com escassas reservas às questões colocadas. Note-se que nalguns casos a entrevistadora já conhecia os participantes no estudo, o que poderá ter contribuído para um maior à-vontade por parte destes. No entanto, a descontração não se verificou em todos os entrevistados, uma vez que alguns pareceram assumir uma postura de menor exposição, defendendo-se com respostas vagas e apelando ao conhecimento teórico, numa tentativa de não expor as suas reais percepções. Contudo, perante algumas questões colocadas, nomeadamente quando era solicitado que assumissem um papel de intervenientes, as opiniões pessoais acabaram por surgir.

No decorrer das entrevistas, notaram-se muitas hesitações, silêncios para reflexão. As hesitações nalgumas respostas, os compassos de espera denunciam por vezes a dificuldade em assumir uma postura “politicamente incorrecta”, às vezes seguida por expressões como “tenho que ser sincera”, quando as atitudes e crenças estigmatizantes emergem.

Foquemos agora os conteúdos das entrevistas. Como vimos, os Psicólogos e os Médicos Psiquiatras foram os profissionais cuja escolha recaiu, ainda durante a formação, para a área da saúde mental, uma vez que esta área sempre lhes despertou interesse. Igualmente, no caso das Terapeutas Ocupacionais entrevistadas houve uma opção por trabalhar nesta área e, pelo contrário, a maioria dos Enfermeiros e Assistentes Sociais salientaram que trabalhar inicialmente nesta área foi uma casualidade ou uma opção condicionada por diferentes factores externos. A pouca exploração desta temática na formação base, especialmente referida por estes profissionais, mas também por Psicólogos, pode ser uma das justificações para que a opção para exercer a função laboral não tenha recaído à partida na área da saúde mental. Nesta análise não podemos descurar que os profissionais alvo deste estudo divergem consideravelmente no que se trata de anos de experiência, ou seja, a sua formação, mesmo dentro da classe profissional, poderá ter sido bastante díspar. Em oposição, as Terapeutas Ocupacionais salientaram a forte componente de formação nesta área, bem como, o facto da própria profissão de Terapeuta Ocupacional ter iniciado no âmbito da psiquiatria e da escola superior onde se formaram ter estado, durante muitos anos, nas instalações do Hospital de Magalhães Lemos. Estes achados vão de encontro aos dados apresentados por Boyd (2008) que afirmam que os estudantes de medicina e de terapia ocupacional, decorrente do contacto com pessoas com doença mental tendem a apresentar atitudes mais favoráveis face às pessoas

com doença mental. Apesar de Boyd (2008) fazer também referência aos estudantes de enfermagem, a verdade é que no presente estudo os profissionais referiram que a sua perspectiva enquanto estudantes, mesmo após o estágio, não era positiva face a esta área de actuação. Também o estudo desenvolvido por Barbosa (2010) com alunos de 1º ano e finalistas dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, mostra que os alunos de Enfermagem e de Terapia Ocupacional são os que apresentam atitudes mais favoráveis, fruto da formação académica, nomeadamente do estágio curricular obrigatório nesta área da saúde. Comparando a população do nosso estudo e as amostras dos estudos de Boyd (2008) e Barbosa (2010) podemos ponderar que a contradição entre os nossos dados e os destes estudos se justifique pelo desfasamento da formação, em termos de anos de término de curso que certamente está associado a distintos planos curriculares de ensino de enfermagem.

Independentemente dos anos de prática na área da saúde mental ou da classe profissional, verificámos que há um reconhecimento de que a experiência com pessoas com doença mental levou a alterações na postura profissional e pessoal. Assim, o desenvolvimento de aspectos como a flexibilidade, a ponderação, o respeito pela pessoa e o ganho de competências de comunicação e de competências de relação são aspectos referidos pelos entrevistados como características adquiridas com a profissão e que, segundo Bond e colaboradores (2008), são desejáveis para quem trabalha com pessoas com doença mental. Este autor refere também a importância da atitude de esperança e optimismo, a vertente motivacional, a escuta empática, a relação de ajuda e confiança como práticas fundamentais para a aliança terapêutica e para uma reabilitação psiquiátrica efectiva, que estão igualmente patentes nos discursos dos diferentes profissionais. Importa aqui sublinhar como os profissionais conceptualizam a relação que estabelecem com as pessoas a quem prestam cuidados. Como vimos, a relação assume contornos de maior proximidade para quem desempenha as suas funções em estruturas comunitárias. Esta maior interacção com os profissionais de saúde mental é relatada por utentes e respectivos familiares de uma estrutura comunitária no Brasil, num estudo desenvolvido por Nunes e Torrenté (2009) e é vista como um aspecto satisfatório na prestação de cuidados. Uma vez que o distanciamento é uma das práticas consideradas como estigmatizantes (Hinshaw & Stier, 2008), os profissionais das estruturas comunitárias podem assim contribuir eficazmente para um menor impacto do estigma. Além desta proximidade, alguns profissionais confessam que o acompanhamento prolongado no tempo, inerente a esta área de actuação, causa algum desgaste e conseqüente necessidade de desdramatizar as situações que nalguns casos poderá justificar algumas práticas estigmatizantes.

Ainda quanto aos cuidados prestados pelos profissionais, alguns dos entrevistados que exercem a profissão em meio hospitalar referem a preferência de prestar cuidados a doentes psicóticos, em detrimento das perturbações da personalidade. Apesar disso, quando analisamos os dados referentes à perspectiva dos profissionais face ao potencial de recuperação, as doenças psicóticas são as que são consideradas como tendo pior prognóstico, o que é contradito por Leff e Warner (2006), bem como por Boyd (2008), que verificaram a prevalência de estudos recentes que prevêem melhores perspectivas a longo prazo do que as que se acreditavam. Por sua vez, situações reactivas, ansiosas, depressivas ou perturbações do comportamento alimentar são vistas com melhor prognóstico e susceptíveis de cura. Bond e colaboradores (2008) acentuam que perspectivar a pessoa a partir da sua patologia pode ser extremamente útil, para compreender os contornos da doença e do seu impacto, mas foca mais as limitações em prejuízo dos pontos fortes da pessoa, exacerbando o sentimento de incompetência e o estigma. Acresce-se que, analisando os discursos, se verifica uma segmentação igualitária entre profissionais que acentuam o diagnóstico como determinante para a recuperação e profissionais que enaltecem a pessoa e o seu contexto, em detrimento da patologia para o sucesso do tratamento. Esta divisão de opiniões não se encontra relacionada com factores de idade, local de emprego ou formação, com excepção para a classe médica que dá maior importância à patologia, o que pode estar relacionado com a ênfase dada por estes profissionais à patologia, na medida em que é esperado que façam diagnósticos clínicos. Nos restantes profissionais serão eventualmente as diferentes características pessoais que dão margem à divisão de opiniões. É de notar que os profissionais mais novos vislumbram em maior escala a possibilidade de uma recuperação total, independentemente da patologia, situação corroborada num estudo desenvolvido por Vibha, Saddichha e Kumar (2008) que identifica atitudes mais positivas face à doença mental nos profissionais de saúde mental mais novos.

Perante estas descobertas, e considerando que centrar o tratamento na patologia e não na pessoa é uma forma de estigmatização, uma vez que implica a utilização de um rótulo (o diagnóstico) que estabelece à partida uma limitação nas suas oportunidades de vida, nomeadamente no que se refere à recuperação, que quando eficaz se traduz numa participação social e qualidade de vida igual aos demais, podemos concluir que parte dos profissionais, nos quais se inserem a totalidade dos psiquiatras, apresentam crenças estigmatizantes sobre as pessoas a quem prestam cuidados, o que já havia sido verificado por Jorm e colaboradores (1999 cit in Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008).

Ainda no que respeita ao tratamento, ficou claro que apesar de parte dos entrevistados perspectivarem o papel da pessoa com doença mental como fundamental e preferencialmente activo para se obter a recuperação desejada, nem todos os profissionais concordam que a pessoa possa escolher os contornos do seu tratamento. Estas perspectivas podem ser preditivas de que o tratamento se baseia na doença e não na pessoa ao qual se destina, como concluíram Figueiredo e Rodrigues (2003) ao observar os tipos de tratamentos propostos por profissionais. A possibilidade de escolha do tratamento, numa perspectiva de incremento da auto-determinação e do *empowerment* de pessoas com doença mental é visto por Carlisle e colaboradores (2001) como uma necessidade crescente nos cuidados de saúde mental e um desafio para os profissionais. Neste estudo, só alguns dos profissionais (menos de metade) com menor tempo de experiência na área da saúde mental, não obrigatoriamente mais novos em idade, consideram que as pessoas com doença mental têm maior direito à auto-determinação no que se relaciona com a escolha do seu tratamento. Concomitantemente, a restrição nas escolhas de tratamento e a referência a “meus doentes” assume-se como um desequilíbrio de poder entre os profissionais e as pessoas com doença mental, pelo que mais uma vez estão presentes atitudes estigmatizantes (Link & Phelan, 2001; Rosenberg et al, 2006).

Quanto à forma de reconhecimento do doente mental, as opiniões divergem. A maioria dos profissionais realça que a doença mental se reconhece através de alterações comportamentais, detectadas com o contacto prolongado no tempo, como corroboram Figueiredo e Rodrigues (2003). Os restantes profissionais relatam que reconheceriam pessoas com doença mental através de características observáveis, sendo essa uma das formas de reconhecimento relatadas pelo público em geral (Bond et al, 2008). Note-se que nenhuma das profissionais que desempenha funções em estruturas comunitárias refere aspectos observáveis como forma de reconhecimento das pessoas com doença mental, o que poderá efectivamente relacionar-se com o facto de prestarem cuidados na comunidade, pois notam que as pessoas a quem prestam cuidados não se destacam das demais presentes na comunidade.

Ao abordarem a perspectiva do público em geral face à doença mental, os profissionais acusam a falta de conhecimento como a principal razão para o estigma verificado, considerando que uma das formas de estigmatizar é a limitação nas oportunidades de vida. No entanto, os profissionais, cujo conhecimento é amplamente superior ao do público em geral, revelam através dos seus discursos, que também eles estigmatizam as pessoas com doença mental, ao considerarem que as pessoas nem sempre estão aptas a trabalhar, a casar ou a assumirem o papel de mãe ou pai. Estes achados vão de encontro aos estudos de Sriram e Jabbarpour

(2005), Wahl (1999) e de Boyd (2008) de que os profissionais assumem um duplo papel, uma vez que interiorizam os sentimentos estigmatizantes que esperam que o público e os seus clientes declinem. Aliás os profissionais referem que os maiores desafios das pessoas com doença mental é lidar com o estigma e sentirem-se membros participativos da comunidade, no entanto são os mesmos profissionais que se tornam agentes de estigma ao delimitarem as oportunidades de participação quando as questões são colocadas na primeira pessoa, ou quando envolvem os seus, nomeadamente na questão do emprego e do casamento. Perante a hipótese de empregar uma pessoa com doença mental a tendência geral dos profissionais é que a empregariam, parte faziam-no sem restrições, no entanto, alguns deles (onde estão incluídos todos os psiquiatras) salientam que teriam atenção se a pessoa era capaz de desempenhar as funções pretendidas e alguns salvaguardam ainda que as pessoas com patologias de ordem psicótica não seriam as mais indicadas para desempenhar tarefas de maior exigência. Uma das razões para que estas atitudes, à partida estigmatizantes, se verifiquem pode ser o receio de que um trabalho a tempo integral ou demasiado exigente leve a uma recaída e a uma experiência frustrada (Boyd, 2008). Nas questões relacionadas com o casamento, as crenças e atitudes estigmatizantes tomam maiores dimensões. Diante da questão se casariam com uma pessoa com doença mental, nenhum dos profissionais assumiu um sim sem dúvidas, mas quem tendeu para essa resposta foram os entrevistados mais novos. A dúvida e perplexidade perante esta hipótese foram evidentes e a necessidade de uma maior ponderação se estivessem nessa situação foi largamente mencionada. Quando a questão se põe para os seus familiares, o estigma está presente nas entrevistadas que são mães que confessam inclusive que incentivavam os filhos a desistirem desse casamento.

Realmente, é nos aspectos inerentes à participação social que as crenças e atitudes estigmatizantes emergem amplamente e mais uma vez as situações de foro psicótico, nomeadamente as esquizofrenias, são as mais penalizadas. A relutância em empregar, casar e viver com pessoas com doenças mentais, bem como pôr em causa a capacidade das pessoas desempenharem bem os seus papéis de pai/mãe, esposa/marido ou mesmo cidadão são aspectos que traduzem o distanciamento face às pessoas com doença mental (Leff & Warner, 2006; Wahl, 1999) que, como acabamos de ver, estão em alguns dos profissionais de saúde mental que fazem parte deste estudo. As experiências profissionais surgem como justificação para estas posturas, uma vez que os profissionais na sua prática acompanham o sofrimento destas pessoas e dos seus familiares e é com os utentes cuja recuperação é mais difícil, ou que têm mais recaídas que mais interagem. Nos casos de situações de doença mais temporárias, os

profissionais perdem o contacto, pelo que acumulam as experiências de menor sucesso e cronicidade (Leff & Warner, 2006; Boyd, 2008). Esta justificação também se poderá aplicar para a tendência reconhecida pelos entrevistados em focar doenças psicóticas aquando das respostas. Ficou assim patente nas entrevistas que as psicoses são as patologias mais estigmatizadas e as neuroses as que são alvo de menor estigma, o que vai de encontro aos estudos realizados na população e com familiares (Li et al, 2002; Leff & Warner, 2006).

A multifacetada relação que se estabelece entre estigma e os profissionais de saúde, referida por Schulze (2007), ficou bem visível na análise dos discursos. Como vimos, parte dos profissionais, em especial os médicos psiquiatras, sentem-se alvo de estigma por trabalharem na área da psiquiatria e saúde mental, sendo que essas atitudes estigmatizantes derivam essencialmente de outros profissionais de saúde. Além disso, nos discursos de alguns profissionais é notório que estes são agentes fundamentais de desestigmatização, pela referência que fazem ao trabalho que têm desenvolvido no âmbito do combate ao estigma, a partir de trabalhos académicos ou de acções junto dos utentes dos locais onde prestam cuidados. Por último, de acordo com o material discursivo e através do cruzamento dos dados resultantes das diferentes categorias, tornou-se claro que existem crenças e atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde mental face à doença mental.

Contraditoriamente, dos discursos sobressai a solidariedade para com as pessoas com doença mental, um constante pôr-se no lugar do outro, lembrando que qualquer pessoa pode ter uma doença mental e que esta pode surgir em qualquer momento da vida, como inclusive alerta a O.M.S. (2005). No entanto, perante a hipótese de eles próprios desenvolverem sintomatologia de doença mental, notam-se receios, receios da doença, das suas consequências e emerge o estigma, que contradiz o discurso recorrente de que ter uma doença mental é igual a ter outra doença qualquer (de ordem física). Alguns dos profissionais mostram hesitações quanto à procura de tratamento, que é concordante com os achados de Hinshaw (2007) que denotam que na presença de sintomatologia, os profissionais tendem a ignorá-la exactamente pelo estigma.

No estudo de Alves (2008), o receio de ser afectado por uma doença mental era uma das razões apontada para a restrição na relação entre as pessoas ditas “sãs” e as “doentes”. Apesar da possibilidade de adoecer estar presente nos discursos, esta surge numa tentativa de compreensão e respeito pela sua condição, uma vez que poderia ser o próprio entrevistado a ter esse papel de “doente”. Este estudo, bem como o estudo de Loureiro, Dias e Aragão (2008), realizados junto da população portuguesa, referem também a associação entre doença mental e perigosidade, que no presente estudo apenas é associada como manifestação de mal-estar ou

resposta a delírios de ameaça em fases de descompensação. Assim, como seria esperado (Leff & Warner, 2006), os profissionais de saúde mental referem que as pessoas com doença mental não são perigosas, até porque nenhum deles vivenciou nenhuma história de agressão e não considera estar exposto ao risco por estar com pessoas com doença mental.

Embora as atitudes estigmatizantes estejam presentes nos profissionais de saúde mental alvo deste estudo, independentemente da idade, tempo de experiência, estrutura onde desempenham funções ou profissão, não se descarta a sua dedicação para com as pessoas a quem se destinam os seus cuidados. Exemplo disso é a motivação que os entrevistados demonstram para aplicação das novas directrizes para a saúde mental, o facto de investirem em formação e investigação na área e o facto de reclamarem direitos para as pessoas com doença mental através de acções de combate ao estigma.

Conclui-se portanto, como prevêem Vibha, Saddichha e Kumar (2008) que um nível educacional superior e um extenso contacto directo com pessoas com doença mental é indicativo de atitudes mais positivas e menos negativas face a estas patologias, contudo, esse maior conhecimento e sensibilidade não é suficiente para que as crenças e atitudes estigmatizantes não estejam presentes (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

Uma vez que os profissionais que participaram neste estudo têm formação superior, e na maioria dos casos a sua formação é acima da licenciatura e direccionada para a área da saúde mental, apresentam prolongado contacto com pessoas com doença mental (média de 10 anos e meio) e, ainda assim, apresentam algumas crenças e atitudes estigmatizantes face à doença mental, talvez se justifique novas abordagens de investigação do estigma, como a utilizada no estudo de Graves, Cassisi e Penn (2005). Lembra-se que neste estudo todas as medidas fisiológicas de stress ampliaram e, conseqüentemente os estudantes experienciaram sensações desagradáveis quando imaginaram encontros com pessoas com o “rótulo” de esquizofrenia, ao contrário do que acontecia nos encontros com as pessoas que não tinham esse “rótulo”. Será que esta excitação fisiológica também se verifica nos profissionais de saúde mental e por isso a manutenção das crenças e atitudes estigmatizantes? Este poderá ser um caminho para aprofundar o estigma presente nos profissionais de saúde mental.

Para finalizar, salienta-se a riqueza dos dados qualitativos recolhidos, que permitiram claramente contornar o politicamente correcto, de forma a possibilitar o surgimento de crenças e atitudes estigmatizantes, como era nosso propósito, além de permitirem entender a forma como os profissionais vivenciam a sua prática. Por outro lado, o recurso à entrevista qualitativa permite

aos participantes a subjectividade nas respostas, que dificulta por vezes a análise do material discursivo. Quanto às limitações do estudo, realça-se a clara assimetria na distribuição dos participantes quanto ao sexo, que não permitiu a análise dos dados de acordo com essa variável e as restrições temporais, já referidas, que condicionaram algumas entrevistas, na medida em que podem ter afectado o aprofundamento das diferentes temáticas.

Ao analisar os dados das entrevistas, pareceu-nos que seria pertinente para a categoria “Participação Social” e mais concretamente na dimensão “comunidade”, colocar questões que implicassem os entrevistados como cidadãos, por exemplo, perguntando-lhes como reagiriam se junto à sua habitação ficasse uma unidade de vida para pessoas com doença mental, que seria uma dimensão interessante de analisar perante as reformas da saúde mental que direccionam o tratamento para a comunidade.

Apesar destes aspectos, conseguimos alcançar o objectivo inicial a que nos propusemos, sendo que, a nosso ver, a metodologia qualitativa foi um elemento-chave para que tal fosse possível.

Conclusões

Como vimos, as atitudes estigmatizantes para com pessoas com condições psiquiátricas baseiam-se em estereótipos, que surgem quando há conhecimento inadequado, equívocos e pouco contacto com pessoas com doença mental para as corrigir (Leff & Warner, 2006). No entanto, a continuidade do contacto dos profissionais de saúde mental com as pessoas a quem prestam cuidados, bem como um maior nível de formação, não parece ser suficiente para que as atitudes estigmatizantes não estejam presentes neste grupo. Este estudo qualitativo permitiu verificar que os profissionais de saúde mental ainda apresentam crenças e atitudes estigmatizantes face à doença mental, independentemente da idade, formação ou local onde exercem funções, salvo escassos aspectos onde parece haver influência da idade e da profissão. Assim sendo, as variações de atitude dos profissionais parecem ser consequência das suas características pessoais.

A presença de atitudes estigmatizantes face à doença mental é particularmente alarmante uma vez que, como foi referido, é a estes profissionais que as pessoas com doença mental recorrem para ajuda. Além disso, as reestruturações inerentes à aplicação do Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro, realçam a importância das atitudes dos profissionais de saúde mental, uma vez que o impacto do estigma dos profissionais de saúde mental pode constituir uma significativa barreira para atingir os objectivos da reabilitação em meio comunitário. Como tal, este é um momento no qual é necessário reflectir e alterar atitudes e práticas, aumentar a sensibilidade e a capacidade de resposta destes, valorizando o aumento do contacto e empatia no tratamento individual e intervenção familiar (Bond et al, 2008; Hinshaw, 2007). Nesse sentido o Plano Nacional de Saúde (2008) reforça a importância de desenvolver acções de divulgação regular da actividade científica, financiamento de projectos de investigação, formação em investigação clínica e avaliação de serviços, assim como promoção de uma experiência de investigação durante a fase do internato da especialidade de psiquiatria, por exemplo.

Este trabalho pretende assim ser mais uma contribuição para o conhecimento dos serviços prestados em saúde mental em Portugal, através da exploração das atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde mental, uma vez que como referido estas têm consequências graves para as pessoas com doença mental e podem ser um importante desencadeador de incapacidade.

Referências Bibliográficas

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

Alves, M. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: Universidade Aberta.

Angermeyer, M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407), 62-67.

Barbosa, T. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia: Área de especialização em Psicologia da Saúde. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4ª Ed.) Lisboa: Edições 70, Lta.

Baumann, A. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 131-135

Bond, G; Corigan, P.; Drake, R.; Mueser, K.; & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice Of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.

Boyd, M. (2008). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice* (4^a ed.). China: Wolters Kuwer Health| Lippincott Williams & Wilkint.

Carlisle, C; Whitehead, E.; Watkins, C. & Manson, T. (2001). Historical developments. In E. Whitehead, C. Carlisle, C. Watkins, & T. Manson, *Stigma and Social Exclusion in Healthcare* (1^a ed., pp. 17-28). New York: Routledge.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2004). *Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carpenter, C. & Hammell, K. (2005) Introduction to Qualitative Research in Occupational Therapy and Physical Therapy (cap. 1, pag. 1-13) in: *Using Qualitative Research: a Practical Introduction for Occupational and Physical Therapists*. (3^a ed.). Edited by: Hammel, K., Carpenter, C. & Dyck I. Churchill Livingstone. Elsevier Limited.

Castro, H. (2005). Estigma y Enfermedad: Un Punto de Vista Historico-social. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1), 33-42

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Fevereiro de 2010.

Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162–179.

Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. (1ª ed.). California: Sage Publications.

Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado : saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.

Figueiredo, M. & Rodrigues, C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia* , 117-125.

Freidl, M., Spitzl, S. Piralic, Prause, W., Zimprich, F., Lehner-Baumgartner, E., Baumgartner, C. & Aigner, M. (2007). The stigma of mental illness: Anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder. *International Review of Psychiatry*,19(2),123-129.

Gabriel, G. & Teixeira, C. (2007). Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Análise Psicológica*, 25(4), 661-673.

Golberstein, E.; Eisenberg, D. & Gollust, S. (2008). Perceived Stigma and Mental Health Care Seeking. *Psychiatric Services* , 59 (4), 392-399.

Graves, R. E., Cassisi, J. E. & Penn, D. L. (2005) Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76, 317-327.

Green, J. & Thorogood, N. (2005). *Qualitative Methods for Health Research*. (2^a ed.). London: Sage publications.

Hinshaw, S. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change* (1^a ed.). New York: Oxford University Press.

Hinshaw, S. & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology* , 367-393.

Jongbloed, L. (2005). Choosing the Methodology to Explore the Research (cap. 2) in: *Using Qualitative Research: a Practical Introduction for Occupational and Physical Therapists*. (3^a ed.). Edited by: Hammel, K., Carpenter, C. & Dyck I. Churchill Livingstone. Elsevier Limited.

Kielhofner, G. (2006). *Research in Occupational Therapy: Methods of Inquiry for Enhancing Practice*. F.A. Philadelphia: Davis Company.

Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Li, F.; Pearson, V.; Phillips, M.; Xu, M. & Yang, L. (2002). Stigma and Expressed Emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 488-493.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363–85.

- Link, B. & Phelan, J. (2004). Fear of people with mental illness: the role of personal and impersonal contact and exposure to threat or harm. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 68-80.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. & Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 511-541.
- Loureiro, L.; Dias, C. & Aragão, R. (2008) Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Referência*, 8 (2), 33-44
- Moraski, T. & Hildebrandt, L. (2005). As Percepções de Doença Mental na Ótica de Familiares de Pessoas Psicóticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* , 195-206.
- Nunes, M. & Torrenté, M. (2009). Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 101-108.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Investing in Mental Health*. Switzerland: Nove Impression.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3^a ed.). California: Sage publications.
- Rosenberg, J.; Rosenberg, S.; Huygen, C.; & Klein, E. (2006). Stigma, Sexual Orientation and Mental Illness: A Community Mental Health Perspective. In J. Rosenberg & S. Rosenberg, *Community Mental Health Challenges for the 21st Century* (pp. 117-123). New York: Taylor & Francis Group.
- Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association* (1^a ed.). New York: Cambridge University Press.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry* , 137-155.
- Silva, A. & Pinto, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data* (3^a ed.) London: Sage Publications.
- Slattery, M. (2003). *Key Ideas in Sociology*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Sriram, T. , & Jabbarpour, Y. (2005). Are Mental Health Professionals Immune to Stigmatizing Beliefs. *Psychiatric Services*, p. 610.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned – discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G; Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193

Vibha, P., Saddichha, S., & Kumar, R. (2008). Attitudes of Ward Attendants Towards Mental Illness: Comparisons and Predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 469-479.

Wahl, O. (1999). *Telling is a Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma* (1^a ed.). New Brunswick: Rutgers University Press.

Anexos

Anexo I

Guião da Entrevista

Guião Entrevista

Dados do entrevistado

Nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Habilitações: _____

Profissão: _____ Tempo de serviço enquanto profissional: _____

Tempo de serviço em Saúde Mental: _____ Instituição: _____

Entrevista

1. Como se proporcionou trabalhar em Saúde Mental? Foi uma opção ou deve-se apenas a uma casualidade?
2. Se pudesse escolher qual seria a área na qual gostaria de trabalhar?
3. Como perspectivava a área da saúde mental, antes de trabalhar nesta?
4. Qual a sua percepção actual da doença mental enquanto profissional a trabalhar na área?
5. E como é ser profissional de saúde mental?
6. Que desafios e oportunidades encontra nesta sua área de actuação?
7. De que forma mudou a sua postura enquanto profissional de saúde mental desde o início da carreira até o momento presente?
8. Como reconheceria alguém com doença mental?
9. Na sua opinião, quais são os maiores desafios para alguém com uma doença mental?
10. O que pensa sobre a violência/agressividade associada à doença mental?

11. Como pensa que o público em geral perspectiva a doença mental?
12. Qual pensa que deve ser o papel da pessoa com doença mental no seu próprio tratamento? Como acontece actualmente?
13. Como vê a possibilidade da pessoa com doença mental escolher o seu tratamento, bem como a frequência e duração do mesmo?
14. Que pensa da medicação actualmente utilizada nas doenças mentais?
15. O que pensa da pessoa poder escolher se quer ou não ser tratada?
16. Na sua opinião, qual o potencial de recuperação no diferente espectro das doenças mentais? Parece-lhe possível a total recuperação?
17. Que respostas existem para as pessoas com doença mental no seu local de emprego? O que pensa delas? O que alterava?
18. E como vê o envolvimento das pessoas com Doença Mental na recuperação das outras pessoas com Doença Mental? Como funciona aqui no seu local de emprego? Que pensa disso?
19. E na sua prática, que informações dá aos seus doentes? (relacionadas com a doença mental e seu tratamento)
20. Como pensa que deve ser o processo de intervenção com estas pessoas?
21. Como é que este acontece na instituição onde trabalha? Que pensa disso? Que alterações faria?
22. Como descreve a sua relação com as pessoas a quem presta cuidados?
23. De que forma pensa que as suas práticas podem contribuir para a recuperação das pessoas com DM?

24. Como vê a institucionalização de pessoas com Doença Mental?
25. Como perspectiva a vivência destes doentes na comunidade?
26. Que apoios pensa serem necessários para que tal seja possível?
27. Quais as restrições para que as pessoas com DM não possam viver na comunidade?
28. Que pensa das respostas comunitárias existentes?
29. Como vê a possibilidade das pessoas com doença mental terem um emprego?
30. Já alguma vez trabalhou com alguém com doença mental? Como foi a experiência?
31. Se fosse empregador como pensa que reagia perante a possibilidade de empregar alguém com DM?
32. E como vê o casamento nestes casos? Casaria com alguém com doença mental?
33. Como reagia se um familiar se casasse com uma pessoa com DM?
34. Como reagia se se apercebesse da presença de sintomatologia de doença mental nos seus familiares ou em si?
35. Procuraria tratamento de saúde mental se sentisse que precisava?
36. Que pensa do estigma em relação à doença mental?
37. Que razões pensa estarem subjacentes ao estigma?
38. Enquanto profissional de saúde sente que é alvo de estigma? De que forma?
39. Na sua opinião, quais as atitudes e práticas que indicam a presença de estigma em relação às pessoas com doença mental?

40. Sabendo que os profissionais de saúde mental também não estão imunes a serem eles próprios agentes de estigmatização, como avalia a sua prestação de cuidados, do ponto de vista do estigma?

41. Gostaria de deixar mais alguma consideração?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo II

Dados dos Entrevistados

Dados dos entrevistados

Nº Entrevista	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Profissão	Habilitações	Tempo de serviço (anos)	Tempo de serviço em Saúde Mental (anos)	Instituição
1	Feminino	32	Solteira	Enfermeira Especialista	Licenciatura e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica	10	7	Estruturas Comunitárias e Hospital especializado
2	Feminino	27	Solteira	Terapeuta Ocupacional	Mestrado em Reabilitação Psicossocial	4,5	4,5	Estruturas Comunitárias
3	Feminino	28	Solteira	Enfermeira	Licenciatura	4	4	Hospital Especializado
4	Feminino	27	Casada	Assistente Social	Licenciatura	2,5	2,5	Estruturas Comunitárias
5	Masculino	51	Divorciado	Enfermeiro	Mestrado em Ciências de Enfermagem	29	12	Hospital Especializado
6	Feminino	57	Divorciada	Assistente Social	Licenciatura	32	32	Hospital Especializado
7	Feminino	26	Casada	Terapeuta Ocupacional	Mestrado em Reabilitação Psicossocial	5	3	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
8	Feminino	32	Casada	Terapeuta Ocupacional	Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental	11	10	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
9	Feminino	47	Divorciada	Assistente Social	Mestrado em Serviço Social e Política Social	12	10	Hospital Especializado e Estruturas Comunitárias
10	Feminino	34	Divorciada	Terapeuta Ocupacional	Mestrado em Sociologia da Saúde	14	12	Hospital Especializado
11	Feminino	53	Casada	Médica Psiquiatra	Licenciatura	28	25	Hospital Especializado
12	Feminino	42	Casada	Enfermeira	Licenciatura	20	7	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
13	Feminino	32	Divorciada	Psicóloga	Pós-Graduação em Saúde Mental e Psiquiatria	8	7	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
14	Feminino	26	Casada	Assistente Social	Licenciatura	2,5	2,5	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
15	Feminino	28	Casada	Psicóloga	Mestrado em Psicologia da Saúde	6	3	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
16	Feminino	37	Casada	Enfermeira Especialista	Licenciatura e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica	16	5	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
17	Feminino	46	Casada	Terapeuta Ocupacional	Licenciatura	23	23	Hospital Especializado
18	Feminino	31	Casada	Psicóloga	Mestrado em Psicologia	9	9	Estruturas Comunitárias
19	Feminino	40	Casada	Psicóloga	Licenciatura	16	16	Hospital Especializado
20	Masculino	29	Solteiro	Médico interno de Psiquiatria	Licenciatura e Pós-Graduação em Direito da Saúde Mental	2,5	1,5	Hospital Especializado
21	Feminino	57	Casada	Psicóloga	Licenciatura e Pós-graduações	25	25	Hospital Especializado
22	Feminino	36	Solteira	Assistente Social	Licenciatura	11	2,5	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
23	Feminino	54	Casada	Médica Psiquiatra	Mestrado em Psiquiatria	31	27	Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral
24	Masculino	28	Solteiro	Médico interno de Psiquiatria	Licenciatura	2,5	1,5	Hospital Especializado

