UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

CURSO DE 2º CICLO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL E DOS SEUS FAMILIARES NO PROCESSO DE TRATAMENTO

ANA RAQUEL FERREIRA DE CASTRO

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR J.C. GOMES DA COSTA

VILA REAL, 2012

Dissertação submetida à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, elaborada de acordo com o modelo aprovado pelo Conselho Pedagógico da Escola de Ciências Humanas e Sociais da mesma Universidade, para efeitos de conclusão do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica, ao abrigo do Art.º 23 do Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que todos os dias percorrem os caminhos do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital de Magalhães Lemos e que foram as grandes impulsionadoras deste trabalho.

À Dra. Lídia pela diligência com que me recebeu e aos utentes da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

À Professora Otília Fernandes pelos conselhos de acalmia nos momentos desesperantes e pelas aulas mais memoráveis durante o curso.

Ao meu orientador, o Professor Gomes da Costa, pela paciência e perseverança e cuja dedicação e ensino ao longo dos meus anos de estudo na Utad marcaram a minha formação profissional e pessoal.

À Ligia, que veio de Terra de Vera Cruz para ajudar a alavancar este trabalho e que esteve presente nas horas de loucura, quando tudo parecia estar perdido.

Ao Alexandre, Alfredo, Rita, Raquel, João Lousada, João Vilela e Sara que dentro e fora do rompante ativista acreditam em mim.

À minha cidade, o Porto, que me deu o alento e inspiração necessária.

À Ana Bravo, pelos longos debates de exposição de dúvidas, pela presença nas eternas horas de falta de motivação e desânimo e pela infinita dedicação ao longo de todo este percurso.

À minha Irmã, Denise, à minha Mãe, Eugénia, à minha Avó, Emília e ao meu Avô, Fernando, pela tolerância, por acreditarem em mim, por estarem sempre do meu lado e por me darem todo o espaço que eu preciso sem nunca o abandonarem.

O Minotauro

Em Creta
Onde o Minotauro reina
Banhei-me no mar

Há uma rápida dança que se dança em frente de um toiro
Na antiquíssima juventude do dia
Nenhuma droga me embriagou me escondeu me protegeu
Só bebi retsina tendo derramado na terra a parte que pertence aos deuses

De Creta
Enfeitei-me de flores e mastiguei o amargo vivo das ervas
Para inteiramente acordada comungar a terra
De Creta
Beijei o chão como Ulisses
Caminhei na luz nua

Devastada era eu própria como a cidade em ruína
Que ninguém reconstruiu
Mas no sol dos meus pátios vazios
A fúria reina intacta
E penetra comigo no interior do mar
Porque pertenço à raça daqueles que mergulham de olhos abertos
E reconhecem o abismo pedra a pedra anémona a anémona flor a flor
E o mar de Creta por dentro é todo azul
Oferenda incrível de primordial alegria
Onde o sombrio Minotauro navega

Pinturas ondas colunas e planícies
Em Creta
Inteiramente acordada atravessei o dia
E caminhei no interior dos palácios veementes e vermelhos
palácios sucessivos e roucos

Onde se ergue o respirar da sussurrada treva
E nos fitam pupilas semi-azuis de penumbra e terror
Imanentes ao dia –
Caminhei no palácio dual de combate e confronto
Onde o Príncipe dos Lírios ergue os seus gestos matinais

nenhuma droga me embriagou me escondeu me protegeu
O Dionysos que dança comigo na vaga não se vende em nenhum mercado negro
Mas cresce como flor daqueles cujo ser
Sem cessar se busca e se perde e se desune e se reúne
E esta é a dança do ser

Em Creta
Os muros de tijolo da cidade minóica
São feitos com barro amassado com algas
E quando me virei para trás da minha sombra
Vi que era azul o sol que tocava o meu ombro

Em Creta onde o Minotauro reina atravessei e vaga
De olhos abertos inteiramente acordada
Sem drogas e sem filtro
Só vinho bebido em frente da solenidade das coisas –
Porque pertenço à raça daqueles que percorrem o labirinto,
Sem jamais perderem o fio de linho da palavra

Sophia de Mello Breyner Andersen
Dual (1972)

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS XI
ÍNDICE DE ANEXOS XIII
RESUMO XV
ABSTRACT XVII
INTRODUÇÃO XIX

PARTE I - RECENSÃO CRÍTICA DA LITERATURA

CAPÍTULO I - CONCEPTUALIZAÇÃO HISTÓRICA 3
1. Da loucura à Doença Mental 5
2. O surgimento da Reabilitação Psicossocial 9
CAPÍTULO II - REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL 13
1. Definição de Reabilitação Psicossocial 15
2. Objetivos, Valores e Princípios da Reabilitação Psicossocial 15
2.1 Objetivos gerais da Reabilitação Psicossocial 17
2.2 Valores da Reabilitação Psicossocial 18
2.3 Princípios da Reabilitação Psicossocial 20
3. Recovery e Empowerment na Reabilitação Psicossocial 24
CAPÍTULO III - REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM PORTUGAL 29
1. Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial em Portugal 31
2. Participação no processo de tratamento 35

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. INTRODUÇÃO 39
2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO 39
3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO 40
4. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS 41
5. PARTICIPANTES 42
6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO 42
6.1 Procedimentos éticos 43
7. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO 43
8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 45

8.1 Sistema de categorias e subcategorias 45
8.2 Apresentação dos resultados 46
8.2.1 Participação no tratamento por parte dos utentes 46
8.2.1.1 Envolvimento dos utentes no tratamento 46
8.2.1.2 Participação dos utentes em atividades terapêuticas 47
8.2.1.3 Instituição de tratamento 48
8.2.2 Participação no tratamento por parte dos familiares 49
8.2.2.1 Ajuda familiar 50
8.2.2.2 Participação dos familiares no tratamento 50
8.2.2.3 Formação dos familiares 51
8.2.3 Tratamento da perturbação mental 52
8.2.3.1 Inclusão dos utentes na escolha do tratamento 52
8.2.3.2 Opinião sobre tratamento psiquiátrico 53
8.2.3.3 Psiquiatria e Psicologia 53
8.2.3.4 Sugestões para a melhoria do tratamento 54
8.2.3.5 Tratamento ideal 55
8.2.4 Conceito de Reabilitação Psicossocial 56
8.2.5 Estigma na doença mental 57
9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 58
10. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXOS 69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos, Valores e Princípios da Reabilitação Psicossocial ……...14
Tabela 2 - Objetivos de investigação ……..…..…..34
Tabela 3 - Sistema de categorias e subcategorias da análise das entrevistas …….…....41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Formulário de consentimento informado ……...…...63
Anexo II - Guião da entrevista semi-estruturada ……..….....65
Anexo III - Transcrição das entrevistas ……...…..68

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo principal explorar a opinião de pessoas, com o diagnóstico de perturbação mental, sobre a importância não só da sua participação no processo de tratamento, como também dos seus cuidadores e/ou familiares. Com este intuito, foi realizada uma entrevista semi-estruturada a uma amostra constituída por sete participantes (seis mulheres e um homem) diagnosticados com uma perturbação mental. Os principais resultados corroboram a literatura no que concerne à importância da participação de utentes e familiares no tratamento, à sua frequência em terapias complementares à farmacoterapia, à definição de Reabilitação Psicossocial e ainda ao impacto do estigma na doença mental. Pretende-se, com este estudo, apresentar um contributo para a compreensão deste fenómeno de modo a melhorar a prestação de cuidados nos serviços de Reabilitação Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Psicossocial, participação de utentes, participação de familiares, tratamento na perturbação mental

ABSTRACT

This research aims to explore the opinion of people with a diagnosis of mental disorder, not only about the importance of their participation in the treatment process, as well as the participation of their caregivers and family. For this purpose, we performed a semi-structured interview to a sample of seven participants (six women and one man) diagnosed with a mental disorder. The main results corroborate the literature regarding the importance of involving patients and their families in treatment, their frequency in therapies complementary to pharmacotherapy, the definition of Psychosocial Rehabilitation and the impact of stigma on mental illness. This study pretend to present a contribution to the understanding of this phenomenon in order to improve the delivery of care services of Psychosocial Rehabilitation.

KEY-WORDS: Psychosocial Rehabilitation, participation of mental services users, family participation, treatment of mental disorders

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende dar a conhecer o que é a Reabilitação Psicossocial na atualidade, o que se entende por Reabilitação Psicossocial, qual o contexto do seu surgimento como estratégia de tratamento fundamental na Saúde Mental e o vasto leque dinâmico de estruturas que abrange para dar resposta às necessidades das pessoas com perturbação mental.

Assim, com este trabalho, pretende-se saber de que modo se orientam os serviços de Reabilitação Psicossocial em Portugal, quais as suas estruturas e o seu modo de funcionamento, de que modo deverão evoluir de acordo com as exigências de tratamento em Saúde Mental e qual e o estado da arte em Portugal dos programas de Reabilitação Psicossocial para pessoas diagnosticadas com perturbação mental. Estas questões tornam-se pertinentes perante a situação atual em Portugal de reestruturação das instituições de prestação de cuidados em Saúde Mental e da transição destas unidades, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, para unidades de cuidados inseridos nos hospitais gerais.

Desta forma, este trabalho divide-se em duas partes. A Parte I considera três capítulos: o primeiro faz uma conceptualização que aborda a evolução do conceito de loucura até à conceptualização de doença mental e o surgimento da Reabilitação Psicossocial como paradigma subjacente à evolução deste conceito; o segundo capítulo aborda o estado atual da Reabilitação Psicossocial, os objetivos, os valores e os princípios que a regem e os conceitos que estão subjacentes a uma boa prática; finalmente, o terceiro capítulo é dedicado ao estado atual da Reabilitação Psicossocial com especial atenção à sua implementação em Portugal, às recomendações das entidades responsáveis pelas recomendações para a prática da Reabilitação Psicossocial e para a reestruturação dos serviços de atendimento para a Saúde Mental e, por fim, aos programas de Reabilitação Psicossocial implementados em Portugal documentados na literatura. Este capítulo aborda também a importância da participação das pessoas que usufruem da Reabilitação Psicossocial e dos seus familiares como forma de introdução à segunda parte deste trabalho.

A Parte II diz respeito ao estudo empírico sob o tema Reabilitação Psicossocial e participação de pessoas diagnosticadas com perturbação mental e dos seus familiares no processo de tratamento. Nesta parte do trabalho são descritos os objetivos da investigação, as características do estudo, a técnica de recolha de dados utilizada, os participantes da investigação, os procedimentos de recolha de dados, os procedimentos de

tratamento da informação recolhida, a apresentação e discussão dos resultados da investigação e, por fim, as conclusões e limitações do estudo.

Abordar a Reabilitação Psicossocial e salientar a importância da sua prática como componente essencial para a prestação de cuidados de Saúde Mental e para o aumento da melhoria da qualidade de vida das pessoas com este problema é importante na medida que assistimos ao aumento do número de pessoas que manifestam problemas mentais.

PARTE I

RECENSÃO CRÍTICA DA LITERATURA

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

1. DA LOUCURA À DOENÇA MENTAL

O conceito de doença mental está estreitamente ligado à cultura de determinada sociedade. Assim sendo, a sociedade caracteriza de diferentes formas a doença mental de acordo com a época e os acontecimentos históricos.

O surgimento do conceito de doença mental percorreu um longo caminho até à sua atual conceptualização. Nas civilizações greco-romanas, a loucura, conceito que designava um comportamento que caracterizava um indivíduo como diferente, era atribuída à existência de demónios (*daimons*), a entidades exteriores ao ser humano (Gonçalves, 2004). No entanto, é também neste período que surge, pela descrição dos filósofos pré-socráticos, a definição de conceitos imprescindíveis para a história da conceptualização de doença mental. Pitágoras (século IV a.C.) utilizava provas para a admissão de novos estudiosos que são consideradas as antecessoras dos testes psicológicos (Pélicier, 1973). Alcméon, discípulo de Pitágoras, reconhece também o papel do cérebro no pensamento e nas sensações humanas e define a saúde como um equilíbrio entre os músculos antagonistas e a harmonia dos humores (Pélicier, 1973). Hipócrates e os seus seguidores (460-367 a.C.) conceptualizaram a existência de doenças através de uma conceção naturalista, baseada nos elementos da natureza (ar, terra, água e fogo), elementos estes que se traduzem no equilíbrio dos humores. Segundo esta visão, a doença provém do excesso, insuficiência ou deslocamento do humor. Hipócrates esforça-se também por desmistificar a doença e a loucura como consequência de possessões demonológicas (Teixeira, 2008). Na sua perspetiva, a génese da doença é originada tanto a nível divino como a nível natural e cabe ao médico descobrir o fundamento natural da doença e tratá-lo (Pélicier, 1973). Neste período, a explicação das doenças mentais assenta na perversão do humor, perversão que origina as mais diversas patologias mentais e físicas (Pélicier, 1973).

Já na Idade Média, a conceptualização da loucura é vista como consequência de possessões demoníacas provocadoras de comportamentos estranhos. Apesar de no início deste período histórico dominar ainda uma certa liberalização em relação à experiência da loucura, liberalização que decorre, segundo Foucault (1954), da perceção do louco como sábio e demente, a expansão do Cristianismo durante a Idade Média veio a exacerbar a visão de que a loucura era consequência da fúria divina. Neste período, a terapêutica para combater este problema fazia-se através de exorcismos com o objetivo de erradicar os espíritos malignos do corpo. A própria fé e a prática da eucaristia eram o "medicamento"

para a salvação do indivíduo enfermo, estabelecendo-se assim um paralelo entre pecador e doente (Pélicier, 1973). Neste período, à Igreja fica incumbido o papel de assistência dos doentes através do seu acolhimento nos hospícios (Pélicier, 1973). A relação entre o pensamento e os dogmas do Cristianismo é indissociável nesta época e a confusão entre desordem mental e doença faz-se regularmente. A tristeza é vista como fonte de todos os vícios que leva a pôr em causa os bens espirituais devido à luxúria e à leviandade (Pélicier, 1973).

No século XV e XVI, com a chegada do Renascimento, procura-se compreender a loucura à luz da razão com o objetivo de ocultar o irracional e o insano de modo a proteger a sociedade. Esta corrente racionalista dá origem à investigação anatómica do corpo humano. Na era renascentista, o louco é proposto como imagem invertida do homem e apresenta-se como entidade que diverte ou amedronta, que demonstra sabedoria, mas que escarnece das regras (Pélicier, 1973). Foi neste período que abriram os primeiros locais reservados aos "loucos", em primeiro lugar em Espanha e depois em Itália (Foucault, 1954).

Foucault (1954) aponta o século XVII como a época que ditou uma mudança na visão da loucura e na constituição do conceito de doença mental, designando que, durante este século, deu-se a abertura à exclusão, não apenas dos "loucos", mas também de todos aqueles que eram considerados diferentes e estranhos à sociedade e à ordem da moral e da razão estabelecida. Ainda durante este período, a abertura de asilos estende-se a toda a Europa.

Durante o século XVIII, com o Iluminismo, inicia-se uma era de institucionalização massiva em França, denominada por Foucault de "grande encarceramento", em que os loucos e os doentes são excluídos da sociedade e confinados ao isolamento (Pichot & Fernandes, 1984). Durante este período, e sob a égide da Revolução Francesa e dos ideais humanistas, foi iniciado um movimento por Pinel (França), Tuke (Inglaterra) e Riel (Alemanha) que almejava a libertação dos asilados através de uma estrutura de apoio financeiro e de cuidados médicos. Este movimento veio a modificar os locais de internamento dos "alienados". Passam a existir asilos exclusivamente destinados aos indivíduos com este problema, onde os mesmos recebiam cuidados médicos que, na altura, eram considerados como tratamento adequado à loucura (Foucault, 1954; Pichot & Fernandes, 1984).

A par desta mudança, ao "louco" passa a ser atribuído o estatuto de doente, alvo de cuidado médico. Substitui-se assim a "loucura" pela alienação mental, estado este que

traduz um processo pelo qual se atribui à loucura uma fenomenologia em que o "louco" deve estar constantemente vigiado, por um lado para ser tratado da sua doença, e por outro para ser afastado da sociedade (Foucault, 1954).

O desenvolvimento ocorrido até ao século XIX quanto ao tratamento da perturbação mental continuou a incluir a construção em massa de asilos considerados como locais seguros e como sendo a melhor forma de conter as pessoas afetadas pela doença mental (Carrier & Kendall, 2000). Em Portugal, em 1848, assiste-se à abertura do primeiro serviço dedicado ao tratamento dos "alienados" no Hospital de Rilhafoles em Lisboa. Mais tarde, no Porto, em 1883, dá-se a abertura do Hospital do Conde de Ferreira especializado no tratamento da doença mental (Pichot & Fernandes, 1984).

Segundo Foucault (1954), a viragem do século XIX para o século XX marca profundamente o reconhecimento do conceito de doença mental. Até então, as doenças físicas e as doenças do espírito não eram formalmente distinguidas. A psiquiatria continuava a ser dominada pelo paradigma organicista contribuindo para esta visão (Marques, 2007). No entanto, no final do século XIX e início do século XX, os avanços no conhecimento científico e o surgimento de novos paradigmas, ditaram o estabelecimento da doença mental (Foucault, 1954). Esta conceptualização foi possibilitada através do conhecimento difundido por determinadas obras e estudos que permitiram não só classificar os fenómenos existentes como originados por causas psicológicas, como por exemplo os *Estudos sobre Histeria* de Breüer e Freud (1893) considerados como o ponto de partida para a psicanálise (Strachey, 1955), como também estudar o comportamento humano através dos estudos de Pavlov, Wundt, Watson e outros.

Os contextos de guerra (I e II Grandes Guerras) propiciaram também o desenvolvimento de sistemas de intervenção terapêutica baseados na utilização do trabalho e da ocupação. Nos EUA, aplicada aos tratamentos psiquiátricos nasce a Terapia Ocupacional como forma de reabilitação dos soldados que apresentavam perturbações físicas e emocionais (Marques, 2007). A introdução de técnicas analíticas aplicadas ao tratamento de grupo, como a grupo-análise de Foulks e o desenvolvimento de técnicas psicodramáticas por Moreno, foram também marcos importantes para o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção (Marques, 2007).

Os avanços tecnológicos e no campo das ciências médicas contribuíram também para a formação do significado de doença mental. Em 1939, Egas Moniz executa as primeiras lobotomias, tratamento de efeito imediato em relação ao comportamento dos

indivíduos internados com doença mental (Foucault, 1954). Em 1938, o eletrochoque é introduzido como tratamento de controlo das perturbações psiquiátricas mais graves como as psicoses (Foucault, 1954).

Na segunda metade do século XX, assiste-se a outro marco para o tratamento das perturbações mentais através da descoberta dos neurotransmissores e de estudos que permitem um conhecimento mais vasto sobre neuroanatomia (Pichot & Fernandes, 1984). Esta descoberta levou, em 1954, à criação de um dos primeiros fármacos que atuava na doença mental, a cloropromazina, que tornou possível a diminuição da agitação observada em indivíduos com psicose (Teixeira, 2008).

A par da proliferação dos fármacos antipsicóticos, a abertura de hospitais psiquiátricos aumentou sem cessar em número e dimensão até aos anos 50 (Leff, 2000). Em Portugal, em 1942, é inaugurado em Lisboa o Hospital de Júlio de Matos em plena II Guerra Mundial. A abertura deste hospital trouxe consigo uma inovação nas terapêuticas utilizadas no tratamento da doença mental, tanto a nível científico como psicopedagógico. Neste período foi possível criar em Portugal um ambiente propício para a implementação gradual de uma nova posição psiquiátrica em que a "loucura" era encarada como doença, semelhante a outras enfermidades, e assumir perante as pessoas que sofriam de doença mental uma atitude de compreensão que permitisse ajudá-las (Pichot & Fernandes, 1984).

Através desta linha de pensamento, assistiu-se em Portugal a uma nova abertura da psiquiatria que permitiu criar um novo ambiente terapêutico favorável à melhoria dos sintomas com ênfase no funcionamento das atividades quotidianas das pessoas diagnosticadas com problemas mentais e, como resultado final, da sua melhoria para uma vida autónoma em sociedade (Pichot & Fernandes, 1984).

Mas não foi só a descoberta de novas técnicas de tratamento que marcaram o surgimento de um novo rumo na abordagem da doença mental. A par destas descobertas, a situação económica e política verificada após o final da II Grande Guerra permitiu que se desse mais atenção às estruturas de saúde existentes. Nos EUA, em 1943, introduziu-se na discussão das estruturas de reabilitação deste país o direito a tratamentos de reabilitação, apoio social, comunitário e financeiro às pessoas com perturbação psiquiátrica, à semelhança dos direitos que as pessoas com deficiência física e motora já tinham (Marques, 2007). Neste período, verifica-se também que os asilos e hospitais destinados ao tratamento psiquiátrico não conseguiam dar uma resposta eficiente às necessidades das pessoas com perturbações mentais. Paralelamente assiste-se ao desenvolvimento da psiquiatria social, corrente responsável pela implementação de uma

visão que atribui a intervenção terapêutica das perturbações mentais através de interações sociais realizadas em meio comunitário.

O contexto histórico e social e as descobertas científicas aliadas a uma nova conceptualização da doença mental e à atribuição fundamental da dimensão psicológica presente nas perturbações mentais abriram caminho para que, nos anos 50 do século XX, se iniciasse um novo paradigma no tratamento da doença mental focado na abertura das instituições psiquiátricas à comunidade.

Um dos marcos que ajudou a estruturar os acontecimentos que marcaram este contexto como fronteira de adaptação de novos conceitos à ciência foi o movimento da antipsiquiatria desenvolvido principalmente nos finais dos anos 60 e início dos anos 70. O movimento da antipsiquiatria constituiu um conjunto de ideias que desafiaram o conceito de doença mental, os modos de tratamento que lhe estavam subjacentes e a relação existente na época entre profissionais e pacientes, bem como o modo como estavam configuradas as estruturas de Saúde Mental (Gameiro, 1990).

Este contexto de mudança vai permitir a criação de condições para o estabelecimento da Reabilitação Psicossocial como paradigma essencial no tratamento da doença mental.

2. O SURGIMENTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Como já foi evidenciado no capítulo anterior, a forma como o conceito de doença mental e o seu tratamento evoluíram ao longo do tempo são o resultado de processos dinâmicos e evolutivos que foram sofrendo alterações e que influenciaram o surgimento da Reabilitação Psicossocial. Deste modo, e no sentido de perceber de que forma surge a Reabilitação Psicossocial, há que conhecer o contexto social e ideológico e as modificações e reformas ocorridas nas instituições de Saúde Mental que levaram ao desenvolvimento desta área como forma de tratamento proeminente e como componente essencial ao *setting* das instituições que interagem com pessoas com perturbação mental.

É durante os anos 50 do século passado, nos Estados Unidos e no governo de J.F. Kennedy, que surge um movimento caracterizado pela abertura das instituições psiquiátricas à comunidade denominado por desinstitucionalização (Hirdes, 2001; Marques, 2007). Este movimento constitui-se por meio da tomada de consciência das dificuldades dos indivíduos geradas pela doença mental crónica e da necessidade de

estabelecer novas formas de tratamento que facilitassem a melhoria destas pessoas (Giraud-Baro, 2007).

O movimento de desinstitucionalização caracteriza-se pela passagem de um sistema asilar, focado no alívio dos sintomas e no internamento como controlo da perturbação mental, para a abertura das instituições psiquiátricas à comunidade. Neste contexto, o hospital psiquiátrico deixa de ser o local onde as pessoas com perturbação mental são confinadas a um tratamento e internamento inevitável e com soluções exclusivas, para ser uma estrutura de apoio e suporte à vida das pessoas diagnosticadas com doença mental (Anthony & Margues, 1974; Ballus & Tusquets, 1996). O foco passa do internamento e da contenção da perturbação mental para a vida em comunidade, recorrendo-se apenas às instituições de Saúde Mental quando necessário.

Para ocorrer esta mudança, as instituições de prestação de cuidados em Saúde Mental tiveram que sofrer alterações na sua estrutura e na conceptualização do tratamento prestado na perturbação mental. Deste modo, a Reabilitação Psicossocial surge como resposta à complementaridade necessária ao tratamento das pessoas com perturbações mentais. Vários foram os fatores que levaram à transformação das instituições prestadoras de cuidados em Saúde Mental e à introdução da Reabilitação Psicossocial como paradigma de intervenção na doença mental.

Nos anos 60, a Reabilitação Psicossocial nos Estados Unidos não era ainda considerada como parte essencial dos serviços de Saúde Mental. No entanto, com o tempo, a necessidade de uma abordagem focada na Reabilitação Psicossocial foi-se tornando cada vez mais evidente como componente essencial no tratamento psicológico. Parte da necessidade de alterar a abordagem no tratamento da perturbação mental tornou-se evidente através da perceção por parte dos profissionais que trabalhavam em Saúde Mental que o tratamento poderia ser mais eficaz se o indivíduo estivesse corretamente inserido na comunidade (Anthony, 1977).

O desenvolvimento de uma abordagem específica em Reabilitação Psicossocial deu-se também através da separação entre tratamento psiquiátrico e reabilitação, o que conduziu a um novo paradigma compreensivo. Assim, é a presença ou ausência de capacidades, e não de sintomas, que é determinante no sucesso do tratamento da pessoa. Consequentemente, a Reabilitação Psicossocial desenvolveu-se também através da constatação, por parte dos serviços de Saúde Mental, de que apenas fornecer tratamento com o objetivo de aliviar os sintomas subjacentes à perturbação mental não garante que o

indivíduo consiga adaptar-se a longo-termo à vida na comunidade (Anthony & Margules, 1974; Giraud-Baro, 2007).

Outro fator importante que ajudou no surgimento da Reabilitação Psicossocial foi a perceção, por parte dos profissionais de Saúde Mental, que não é suficiente apenas colocar o indivíduo em ambiente não institucional. Se a Reabilitação Psicossocial apenas se traduzisse na passagem das vivências da pessoa do meio institucional para a comunidade, o indivíduo deixaria de ser dependente da instituição e passaria a sê-lo de um sistema diferente de suporte, a comunidade. Deste modo, o nascimento da Reabilitação Psicossocial apoia-se numa abordagem cujo objetivo é dotar os indivíduos com capacidade físicas, intelectuais e emocionais necessárias para viver, aprender e trabalhar na comunidade onde se inserem, com o mínimo suporte possível a nível institucional (Anthony, 1997).

Segundo Anthony (1997), a introdução da Reabilitação Psicossocial surgiu também como resposta a índices elevados de hospitalização, devido a taxas elevadas de recaídas ao longo do curso da doença mental e como resposta ao facto de apenas uma pequena percentagem de indivíduos diagnosticados com perturbação mental estarem inseridos profissionalmente no mercado de trabalho.

Deste modo, a Reabilitação Psicossocial era assim vista, nas primeiras décadas da sua implementação, como uma tentativa de restaurar as capacidades dos indivíduos para o seu funcionamento autónomo na comunidade, sendo que os critérios primeiramente utilizados para determinar a eficácia da Reabilitação Psicossocial eram o número de vezes que o indivíduo recaía sendo necessário o seu internamento, e a taxa de inserção profissional das pessoas diagnosticadas com perturbação mental (Anthony & Margules, 1974). Assim, inicialmente os programas de intervenção com vertentes reabilitativas na perturbação mental focavam-se em capacitar os indivíduos de competências que lhes permitissem uma correta inserção profissional na comunidade.

Deste modo a Reabilitação Psicossocial foi-se estabelecendo como uma abordagem integrada de programas de intervenção para as perturbações mentais que tem como objetivo a conquista da autonomia e o funcionamento pleno do indivíduo na comunidade. Parte desta perceção e do sucesso do estabelecimento da Reabilitação Psicossocial como abordagem de tratamento foi beneficiada pelo *insight* social sobre as possibilidades da Reabilitação Psicossocial como tratamento eficaz no tratamento das perturbações mentais (Ballus & Tusquets, 1996).

A Reabilitação Psicossocial surge como um conjunto coerente de teorias interdisciplinares e de programas de intervenção para as perturbações mentais que visam promover melhorias, tanto quanto possível, nas capacidades dos indivíduos que sofrem de perturbação mental (Giraud-Baro, 2007).

CAPÍTULO II

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL

1. DEFINIÇÃO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo King, Lloyd e Meehan (2007), o conceito de reabilitação reporta ao restabelecimento do funcionamento do indivíduo, sendo utilizado geralmente num contexto mais alargado na área da saúde. Por outro lado, a Reabilitação Psicossocial, segundo os mesmos autores, refere-se ao restabelecimento do funcionamento psicológico e social do indivíduo e é um conceito especificamente utilizado quando nos referimos à doença mental.

A Reabilitação Psicossocial é também caracterizada por ser um processo que ajuda as pessoas diagnosticadas com uma perturbação mental a conseguirem um nível de funcionamento que permita ter uma vida independente na comunidade e diminua as incapacidades físicas e psicológicas destas pessoas (Hirdes, 2001; Hirdes & Kantorski, 2004).

O conceito de Reabilitação Psicossocial, considerada no início como intervenção terciária, evoluiu para um conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas de intervenção e ainda um modo de organizar serviços que se unem para intervir na prevenção e recuperação de incapacidades ligadas à perturbação mental (Hirdes, 2001). Apesar da Reabilitação Psicossocial ter nascido em contexto institucional hospitalar, uma das componentes mais importantes da Reabilitação Psicossocial é a integração das pessoas diagnosticadas com perturbação mental na comunidade de modo a que estas possam atingir o seu funcionamento pleno.

A Reabilitação Psicossocial surge da necessidade de integração dentro da comunidade, através da desinstitucionalização, dos indivíduos diagnosticados com perturbação mental. No entanto, numa vertente prática, a Reabilitação Psicossocial não pode ser simplesmente caracterizada como um programa de tratamento isolado. A Reabilitação Psicossocial compreende um conjunto alargado de elementos que asseguram as estruturas necessárias ao processo reabilitativo do indivíduo. Desta forma, a Reabilitação Psicossocial, aplicada na prática, pode ser caracterizada como um serviço amplo composto por um conjunto de estruturas que servem de suporte ao estabelecimento de um plano de reabilitação adequado a cada indivíduo.

2. OBJETIVOS, VALORES E PRINCÍPIOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reabilitação Psicossocial de pessoas com perturbação mental compreende um conjunto de objetivos, valores e princípios que a caracterizam como uma disciplina com

os seus próprios pressupostos (Marques, 2007). Estes objetivos, valores e princípios são essenciais para descrever a Reabilitação Psicossocial e para melhor entender o seu funcionamento pois estão subjacentes ao que atualmente se considera uma boa prática em Saúde Mental.

Os objetivos gerais que permeiam a Reabilitação Psicossocial são identificados com base nos valores e estabelecem as metas que se pretendem ver atingidas durante o processo de reabilitação. Os objetivos são mais específicos e permeáveis do que os valores, ou seja, aqueles podem surgir de acordo com a especificidades de cada pessoa e podem ser criados consoante a necessidade de cada indivíduo (Pratt, Gill, Barrett & Roberts, 2007). Os objetivos da Reabilitação Psicossocial devem ser entendidos como características intrínsecas à Reabilitação Psicossocial, independentemente das diferenças que possam existir quanto aos programas de reabilitação utilizados no tratamento da perturbação mental no que diz respeito ao modelo teórico seguido, às técnicas e estratégias de intervenção, ou tipo de profissionais envolvidos (Marques, 2007).

Os valores são crenças relacionadas com a Reabilitação Psicossocial, que guiam a sua prática e são ponderados como determinantes profundamente enraizados e que podem influenciar comportamentos, atitudes e ideias (Pratt et al., 2007). Estes valores são de extrema importância, uma vez que atribuem significado à prática da Reabilitação Psicossocial (Anthony et al., 2002).

Os princípios que norteiam a Reabilitação Psicossocial são essenciais à sua prática na medida em que servem de guia ao quotidiano dos profissionais que trabalham nesta área e auxiliam na tomada de decisões clínicas respeitantes à reabilitação na perturbação mental. Os princípios são declarações criadas para promulgar os valores e objetivos da reabilitação, pois eles geram guias de atuação em situações específicas (Pratt et al., 2007).

Marques (2007) refere que os valores, objetivos e princípios da Reabilitação Psicossocial surgiram ao longo do tempo e foram construídos por especialistas (Anthony et al., 1990; Pratt et al., 2007) e entidades (Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1996; World Association of Psychossocial Rehabilitation, 2006; cit. por Marques, 2007), consideradas muito relevantes na Reabilitação Psicossocial de pessoas com perturbação mental. Mediante isto, estes objetivos, valores e princípios, que assumem um acordo entre especialistas e entidades, são apresentados a seguir e estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1

Objetivos, Valores e Princípios da Reabilitação Psicossocial

(adaptado de Pratt et al., 2007)

Objetivos
1. Promoção do *recovery* e da funcionalidade do indivíduo 2. Integração na comunidade 3. Melhoria da qualidade de vida
Valores
1. Orientação do processo de Reabilitação Psicossocial para a pessoa 2. Promoção do desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo 3. Envolvimento ativo do indivíduo e opção de escolha 4. Orientação dos serviços de Reabilitação Psicossocial de acordo com as necessidades da pessoa 5. A Reabilitação Psicossocial deve ocorrer em contexto específico 6. Orientação para os resultados e satisfação do indivíduo 4. Otimismo quanto ao potencial de recuperação (*recovery*) do indivíduo
Princípios
1. Individualização dos serviços de Reabilitação Psicossocial 2. Envolvimento do indivíduo nas decisões 3. Parceria entre o serviço de Reabilitação Psicossocial e a pessoa 4. Inserção em serviços e programas promotores da integração na comunidade 5. Foco do processo reabilitativo nas qualidades e capacidades da pessoa 6. Avaliações do processo de recuperação situacionais e específicas 7. Integração entre o processo de Reabilitação Psicossocial e o tratamento 8. Os serviços de Reabilitação Psicossocial devem ser acessíveis, coordenados e não impor limite de tempo 9. Introdução de uma vertente vocacional no processo de Reabilitação Psicossocial 10. Os profissionais dos serviços de Reabilitação Psicossocial devem ajudar a pessoa a adquirir e desenvolver as competências necessárias ao seu funcionamento 11. Ajudar a negociar modificações ambientais essenciais 12. Integração da família como elemento essencial no processo de recuperação do indivíduo 13. Os serviços de Reabilitação Psicossocial devem fazer avaliações periódicas

2.1 Objetivos gerais da Reabilitação Psicossocial

Os objetivos representam diretrizes para os serviços de Reabilitação Psicossocial (Pratt et al., 2007). Os objetivos andam a par dos valores da Reabilitação Psicossocial e são premissas que orientam, guiam e motivam as ações dos profissionais que fazem parte dos serviços de Reabilitação Psicossocial (Marques, 2007). Os programas de Reabilitação

Psicossocial deverão também reforçar a participação da pessoa com perturbação mental na definição dos objetivos do processo de reabilitação (Anthony, 2002).

São três os objetivos gerais que caracterizam os programas de Reabilitação Psicossocial.

O primeiro objetivo da Reabilitação Psicossocial diz respeito à promoção do *recovery* e da funcionalidade do indivíduo. O conceito de *recovery*, explicado com mais atenção noutro ponto deste trabalho, representa a mudança de um estado prévio de desadaptação para uma situação de vida considerada adaptada (Jorge-Monteiro & Matias, 2007). Os objetivos para atingir este fim podem variar de pessoa para pessoa (Pratt et al., 2007). A recuperação e a melhoria sintomática em alguns ou em todos os aspetos da vida da pessoa possibilitam ao indivíduo uma melhor integração na comunidade (Marques, 2007).

O segundo objetivo refere-se à integração da pessoa na comunidade. Esta premissa aborda a importância de ajudar as pessoas a alcançarem o máximo de independência dentro da comunidade em que escolhem viver (Pratt et al., 2007). Viver dentro da comunidade oferece à pessoa com perturbação mental uma maior oportunidade de reabilitação e recuperação e uma maior adaptação aos outros e a si própria (Pratt et al., 2007).

O terceiro e último objetivo geral da Reabilitação Psicossocial diz respeito à melhoria da qualidade de vida. Cada intervenção deve ser delineada de modo a que a pessoa alcance a sua melhor perspetiva de qualidade de vida independentemente da fase da perturbação mental em que se encontra ou da severidade dos sintomas apresentados (Pratt et al., 2007). Este objetivo anda de mãos dadas com a promoção da recuperação (*recovery*) e da funcionalidade do indivíduo e com a sua integração na comunidade (Pratt et al., 2007).

Segundo Marques (2007), quando estes objetivos são atingidos em conjunto no processo de Reabilitação Psicossocial, representam alterações essenciais e muito importantes nas condições de vida das pessoas com o diagnóstico de perturbação mental.

2.2 Valores da Reabilitação Psicossocial

O primeiro valor diz respeito à orientação do processo de Reabilitação Psicossocial para a pessoa. Este valor indica que este processo tem de ter em conta os interesses, motivações, receios e capacidades do indivíduo. Os programas de reabilitação devem ser adequados às necessidades da pessoa (Anthony et al., 2002).

O segundo valor indica que a Reabilitação Psicossocial deve promover o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo de modo independente e para que este consiga integrar-se na comunidade. Esta intervenção deverá ser centrada no desenvolvimento de competências funcionais e não na remissão de sintomas (Anthony et al., 2002; Pratt et al., 2007). Isto indica que a pessoa deve ser orientada de acordo com as suas capacidades e não na diminuição das suas competências potenciada pela perturbação mental (Marques, 2007).

O terceiro valor da Reabilitação Psicossocial faz referência à opção de escolha e ao envolvimento ativo do indivíduo. A pessoa em processo reabilitativo tem direito a expressar a sua autodeterminação, o que significa que lhe deve ser dada a oportunidade de escolha quanto ao seu tratamento e ao modo como quer viver a sua vida face à perturbação mental. As estruturas de Reabilitação Psicossocial devem, por isso, segundo Marques (2007), possibilitar à pessoa a opção de escolha quanto a estes aspetos permitindo-lhe, dentro do que for possível, manter o controlo da sua vida. Pratt et al. (2007) referem o direito à autodeterminação (*empowerment*) e a importância da participação da pessoa com o diagnóstico de perturbação mental na tomada de decisão em qualquer aspeto que afeta a sua vida, mesmo que essa decisão seja arriscada e leve a um resultado negativo. As pessoas com perturbação mental têm direito a assumir riscos na sua vida, mesmo que a decisão tomada não esteja de acordo com a opinião dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação do indivíduo (Pratt et al., 2007).

O valor seguinte (quarto) diz respeito ao contexto específico de inserção do indivíduo no tratamento. Os serviços de apoio têm de estar disponíveis enquanto forem necessários à pessoa e sempre que estes forem solicitados pelo indivíduo (Anthony et al., 2002; Pratt et al., 2007). Assim sendo, os programas de tratamento dentro da Reabilitação Psicossocial devem ser orientados de acordo com as necessidades, a quantidade e o tipo de apoio que a pessoa deseja.

O quinto valor refere que a Reabilitação Psicossocial deverá ter lugar em contexto específico. Marques (2007) refere que a forma como cada indivíduo funciona resulta da interação entre as suas capacidades e o contexto onde este as utiliza, sendo que o meio ambiente onde a pessoa interage tem implicações no funcionamento do indivíduo independentemente de estar diagnosticado com uma perturbação mental ou não. Deste modo, a Reabilitação Psicossocial deverá centrar-se no apoio focado nas necessidades das pessoas e este apoio deverá ser enquadrado de acordo com os contextos em que cada indivíduo em tratamento escolhe para viver (Anthony et al., 2002).

O sexto valor diz respeito à orientação para os resultados e à satisfação do indivíduo com os resultados alcançados com o processo de tratamento. A orientação para o resultado aponta para a promoção de alterações na vida da pessoa que possibilitem alcançar sucesso e qualidade de vida dentro das escolhas que o próprio indivíduo fez (Marques, 2007).

O sétimo e último valor refere-se à importância na crença no potencial de recuperação (*recovery*) do indivíduo. Este potencial de recuperação é altamente influenciado pela existência de uma atitude otimista e motivacional, tanto por parte do próprio indivíduo e das pessoas que lhes estão mais próximas, como também por parte dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação (Marques, 2007; Pratt et al., 2007).

Estes valores assumem uma grande importância na prática não apenas da Reabilitação Psicossocial, devendo ser respeitados por todos os intervenientes no processo de reabilitação, como também são de máxima importância para a prática da psicologia qualquer que seja o seu âmbito de intervenção. Assim sendo, é importante referir que uma das orientações éticas e deontológicas recentemente editada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), contempla nos princípios gerais o respeito pela dignidade e direitos da pessoa. Neste princípio, a prática da psicologia deve reger-se pelo respeito das decisões e direitos das pessoas desde que se delimitem dentro da racionalidade e no respeito pelos outros. O psicólogo deve também assegurar a dignidade e propiciar a autonomia e a autodeterminação da pessoa, tendo sempre em conta a vontade da pessoa, as suas opções de vida e a sua opinião.

Este princípio, abordado no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, vai ao encontro dos valores da Reabilitação Psicossocial e resume em parte como deverá ser a atitude dos psicólogos e restantes profissionais que trabalham em serviços de Saúde Mental em que a Reabilitação Psicossocial é a abordagem vigente.

2.3 Princípios da Reabilitação Psicossocial

Os princípios que regulam a prática em Reabilitação Psicossocial devem ser levados em conta independentemente dos tipos de programas de intervenção aplicados, dos contextos onde são praticados e da área de cada profissional envolvido (Marques, 2007). Para além disto, segundo Pratt et al. (2007), os princípios devem ser entendidos como um conjunto de regras que devem ser aplicadas em contextos específicos com a

finalidade de atingir os objetivos delineados e refletir os valores da Reabilitação Psicossocial. Pratt et al. (2007) referem treze princípios que devem reger a prática dentro da Reabilitação Psicossocial.

O primeiro refere a necessidade de individualização de todos os serviços. Esta individualização diz respeito às necessidades e vontades individuais de cada pessoa e à necessidade de adaptar a avaliação, formulação e intervenção a cada caso. Assim sendo, a individualização destas etapas é muito importante para o processo de recuperação (*recovery*) do indivíduo.

O segundo princípio aborda a importância do envolvimento da pessoa na tomada de decisões de acordo com as suas preferências e escolhas. Considerando que cada pessoa tem diferentes perspetivas dos objetivos a atingir e que essas perspetivas podem diferir das perspetivas dos profissionais dos serviços de Reabilitação Psicossocial, deve ter-se em atenção a opinião da pessoa com perturbação mental nas fases do processo de reabilitação, desde a avaliação inicial, formulação, intervenção e finalmente a reavaliação (Marques, 2007; Pratt et al., 2007).

O terceiro princípio refere a importância da parceria entre o serviço de Reabilitação Psicossocial e a pessoa com diagnóstico de perturbação mental que irá ali ser apoiada e tratada. É importante que se estabeleça uma boa comunicação entre o serviço e a pessoa de modo a desenvolver estratégias terapêuticas eficazes no tratamento do indivíduo e a trocar informação que poderá ser muito relevante para que os profissionais saibam por que motivo aquele indivíduo ali se encontra e qual a melhor abordagem para as fases do seu processo de reabilitação.

O quarto princípio dita que as pessoas devem estar inseridas durante o processo de reabilitação em programas e serviços que promovam a sua integração na comunidade e que invistam na promoção de papéis sociais relevantes para a vida do indivíduo e para aquela integração. Esta aproximação à comunidade possibilita que a pessoa tenha acesso a interações sociais e aprendizagens importantes que, de outro modo, não seriam possíveis se o processo reabilitativo se desenrolasse apenas a nível institucional.

O quinto princípio indica que se deve focar o processo de reabilitação nas qualidades e capacidades do indivíduo em vez de dar ênfase aos sintomas manifestados. Esta tarefa pode ser difícil de cumprir tanto para a pessoa diagnosticada como para os profissionais envolvidos no processo de reabilitação, uma vez que, por norma, as pessoas em processo reabilitativo têm uma longa história de hospitalizações e estão habituadas a

que o tratamento seja focado nos sintomas manifestados não conseguindo muitas vezes identificar quais as suas melhores capacidades e qualidades.

O sexto princípio refere que as avaliações realizadas para verificar melhorias na pessoa ao longo da reabilitação devem ser situacionais em detrimento de avaliações globais. As avaliações situacionais permitem verificar se as modificações necessárias para a reabilitação do indivíduo estão a ocorrer em situações específicas que precisam de ser trabalhadas de acordo com as necessidades individuais da pessoa para a sua integração nos contextos de sua escolha. As avaliações globais trazem a desvantagem de impossibilitar a avaliação de situações que não estão especifica e diretamente relacionadas com os objetivos individuais traçados para determinada pessoa.

O sétimo princípio indica que o processo de Reabilitação Psicossocial e o tratamento devem ser integrados numa abordagem holística. Por tratamento refere-se as terapêuticas administradas com vista à melhoria sintomática da perturbação mental. Assim sendo, devem ser tomados em conta todos os aspetos da vida da pessoa e o impacto dos mesmos ao longo do tratamento e do processo de reabilitação. Estes dois planos, tratamento e processo reabilitativo, quando aplicados complementarmente, visam melhorar as perspetivas de melhoria sintomática do indivíduo e fazer com que a sua adaptação à perturbação mental e a sua integração na comunidade de sua escolha andem a par e passo.

O oitavo princípio refere que os serviços de Reabilitação Psicossocial devem ser acessíveis, coordenados e não devem estabelecer limite de tempo. O apoio à pessoa com perturbação mental deve ser continuado e pelo tempo que o sujeito e/ou os profissionais considerem necessário, mesmo que, transitoriamente, potencie a dependência. Segundo Marques (2007), os programas de Reabilitação Psicossocial caracterizam-se por uma longa duração, uma vez que pressupõem um grande envolvimento entre os seus participantes e os profissionais que neles trabalham, tendo como um dos principais objetivos a criação de rotinas e práticas benéficas ao processo de reabilitação do indivíduo. Estas características poderão assemelhar-se à dependência, mas a dependência no processo de Reabilitação Psicossocial deverá antes ser entendida como uma das fases que integra a reabilitação do indivíduo através da promoção da segurança como fator indispensável para alcançar a autonomia e alcançar satisfação ao longo de um processo reabilitativo que, normalmente, é longo (Marques, 2007). A coordenação dos serviços é também um ponto importante, na medida em que a pessoa pode frequentar mais do que um serviço e/ou programa de Reabilitação Psicossocial ou pode ter frequentado mais do

que um serviço de Reabilitação Psicossocial ao longo do seu processo de reabilitação. Esta coordenação é essencial para alcançar sucesso na reabilitação de uma pessoa com perturbação mental.

O princípio nove indica que o processo de reabilitação deve ter uma vertente vocacional. Os sintomas presentes na perturbação mental impossibilitam muitas vezes que o indivíduo consiga ter uma vida adaptada ao trabalho. No entanto, o trabalho é um aspeto importante para a vida e no processo de reabilitação deve estar contemplada a reabilitação vocacional. Alguns estudos sugerem que a integração da pessoa com doença mental no mercado de trabalho propicia benefícios a nível terapêutico e aumento da satisfação de vida (Mueser et al., 2004).

O décimo princípio refere que os profissionais dos serviços de Reabilitação Psicossocial devem orientar e ajudar as pessoas em processo de recuperação a adquirir e a desenvolver as competências necessárias para o seu funcionamento no contexto de sua escolha e que lhe permitam ter uma vida mais adaptada.

O princípio onze indica que os serviços de Reabilitação Psicossocial devem ajudar as pessoas a negociar modificações ambientais e o apoio necessário para uma melhor adaptação ao contexto escolhido pela pessoa. Este suporte pode incluir, por exemplo, ajudar a fazer adaptações de um espaço físico de uma pessoa diagnosticada com perturbação mental para que este espaço se adeque às suas incapacidades (e.g. incapacidade visual).

O princípio doze diz respeito à importância da família como suporte essencial para o processo de reabilitação da pessoa com perturbação mental. Envolver a família no processo de recuperação da pessoa com perturbação mental promove melhorias no estado de Saúde Mental do indivíduo a nível emocional, da perceção da doença por parte dos familiares, na prevenção da recaída e no desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com a perturbação mental (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urízar, & Ferrer-Gárcia, 2009; Lefley, 2010; Sota et al., 2008; Tomaras, Mavreas, Economou, Ioannovich, Karydi, & Stefanis, 2000). Devem por isso existir programas de intervenção familiar, nomeadamente de psicoeducação, que ajudem a família e/ou os cuidadores a lidar melhor com a perturbação mental (Yacizi, Temiz, Erkoç, & Ildiz, 2008).

O último princípio enunciado por Pratt et al. (2007), refere que os serviços de Reabilitação Psicossocial devem fazer avaliações periódicas de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e identificar as necessidades inerentes à população que atendem.

3. *RECOVERY* E *EMPOWERMENT* NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Em Saúde Mental o *recovery* caracteriza-se por ser um processo de mudança de atitudes, valores, objetivos, sentimentos, competências e papéis que possibilitam construir uma vida mais satisfatória (Marques, 2007). O *recovery* reporta-nos a uma mudança qualitativa resultante de um processo onde crenças, valores, sentimentos, objetivos e competências são alterados (Turner-Crowson & Wallcraft, 2002).

O conceito mais próximo de *recovery* em português é o de "recuperação". No entanto, considerando que o vocábulo "recuperação" não traduz por completo todo o significado atribuído ao conceito de *recovery*, será utilizado neste capítulo o conceito na língua inglesa.

O *recovery*, termo que representa a mudança de um estado prévio de desadaptação para uma situação de vida considerada adaptada, refere-se, num contexto em que a perturbação mental tem um curso ao longo da vida, a uma reformulação da vida da pessoa e à sua adaptação à doença (Jorge-Monteiro & Matias, 2007; Pratt et al., 2007). Segundo esta visão, a própria pessoa que é diagnosticada com perturbação mental tem que ajustar e modificar aspirações de modo a que consiga viver de forma adaptativa com a perturbação mental. Ajudar a pessoa neste processo de reconstrução do próprio autoconceito é uma etapa importante do processo de *recovery* e deve ser encarado pelos profissionais envolvidos na Reabilitação Psicossocial como um dos objetivos a ser atingido (Pratt et al., 2007).

Segundo King et al. (2007), o *recovery* é um conceito contemporâneo utilizado no contexto da Saúde Mental que, neste âmbito, assume uma definição específica que difere do significado atribuído comummente quando pensamos na recuperação de um estado adverso. O *recovery* na Reabilitação Psicossocial pode ser descrito, segundo King et al. (2007), através de três dimensões essenciais para uma melhor compreensão deste conceito e da relação que este tem com a Reabilitação Psicossocial. Elas são: (1) *recovery* como fenómeno objetivo; (2) *recovery* como fenómeno subjetivo; e (3) *recovery* como base de uma estrutura de trabalho para os serviços de Saúde Mental.

O *recovery* como fenómeno objetivo surge como uma dimensão descritiva de dados que podem ser traduzidos estatisticamente através de indicadores objetivos (e.g. número de recaídas, níveis de funcionamento social e cognitivo, utilização de instrumentos estandardizados que permitem avaliar determinados sintomas, etc.). Um exemplo claro deste tipo de avaliação, acontece quando se verifica se uma pessoa continua ou não a preencher os critérios necessários para o diagnóstico de uma

determinada perturbação. Este tipo de indicadores ajuda a recolher dados epidemiológicos sobre o *recovery* nas diversas perturbações mentais e a determinar a eficácia objetiva dos programas de Reabilitação Psicossocial (King et al., 2007; Pratt et al., 2007).

O *recovery* subjetivo compreende uma dimensão mais abrangente que se baseia não na recolha de dados para tratamento estatístico, mas pretende antes dar resposta à parte existencial e subjetiva de cada indivíduo (King et al., 2007; Pratt et al., 2007). Assim, o *recovery* como fenómeno subjetivo tem em atenção a perceção que cada utente, como frequentador dos serviços de cuidados de saúde, tem sobre a sua própria melhoria e a experiência subjetiva com que cada pessoa experiencia os seus próprios problemas. A este nível subjetivo, não é tão importante o foco na sintomatologia que incapacita a pessoa, mas antes como a pessoa se vê a si própria e perceciona de forma mais ampla o seu *self* (King et al., 2007).

O *recovery* como estrutura de trabalho para os serviços de Saúde Mental é verificado quando os profissionais nesta área acreditam na filosofia da recuperação e reconhecem que cada utente perceciona de diferentes maneiras este processo. Isto obriga a que os serviços evoluam para uma perspetiva capaz de envolver estas dimensões, ou seja, se os profissionais não acreditarem e não derem esperança de que a reabilitação e o *recovery* são possíveis, tornar-se-á difícil facilitar o processo de *recovery* para os utentes. Os serviços de Reabilitação Psicossocial não podem, por isso, focar-se apenas na manutenção básica dos problemas que cada pessoa apresenta, sob o risco de estagnação da melhoria de cada uma das pessoas que frequenta o serviço. Deve, antes, servir como base de inspiração para possibilitar que as pessoas com perturbações mentais atinjam as suas máximas potencialidades (King et al., 2007; Pratt et al., 2007).

Outras considerações, que também têm de ser levadas em conta, estão relacionadas com o facto de o *recovery* não ser um processo que significa um regresso das pessoas ao estado anterior do aparecimento da perturbação mental. Assim sendo, todas as experiências de tratamento, a hospitalização, o estigma e a descriminação, associados com a perturbação mental do indivíduo, interferem sempre no processo de tratamento de cada pessoa e modificam a forma como esta passa a encarar a sua vida (Duarte, 2007). O *recovery*, segundo Duarte (2007), envolve algumas dimensões que não estão apenas relacionadas com o indivíduo, mas também com aspetos sociais e políticos que se manifestam através das relações com os outros, da participação em atividades sociais inseridas na comunidade, da (re)aquisição de papéis sociais importantes (na

família, no emprego, na educação, etc.), do direito à igualdade de oportunidades, dos direitos civis e do exercício da cidadania.

Assim, o *recovery* é, através desta visão, um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e coletivos e que sofre influências não só através das características e oportunidades dos contextos, como também pela qualidade das relações e interações entre os indivíduos e os contextos que os envolvem.

Nalguns contextos, os conceitos de *recovery* e de Reabilitação Psicossocial podem muitas vezes ser entendidos como sinónimos. No entanto, segundo King et al. (2007), o termo "reabilitação" pode ser aplicado para nos referirmos a um programa concreto de intervenção planeado para facilitar o *recovery*. Neste sentido, estes dois conceitos diferem entre si na medida em que o *recovery* pode ocorrer na ausência de um programa específico e a reabilitação pressupõe sempre a implementação de um programa e/ou de estratégias que têm como finalidade alcançar determinado tipo de objetivos (King et al., 2007). Assim, a Reabilitação Psicossocial pode focar-se em indicadores objetivos do *recovery* como a melhoria sintomática ou a avaliação através de escalas de medida, ou ainda focar-se no *recovery* subjetivo através da ênfase da participação da pessoa no seu processo de recuperação. A Reabilitação Psicossocial terá mais sucesso quando os programas de reabilitação contemplarem estas duas dimensões do *recovery*, em conjunto com o otimismo da parte dos profissionais ao acreditarem que a recuperação é possível.

A orientação do processo de reabilitação para o processo de *recovery* implica ainda fatores como o *empowerment*, que se traduz nas competências do indivíduo e no alcance de uma vida satisfatória baseada na esperança e no otimismo (Marques, 2007).

Segundo o Guia de Recursos de Reabilitação para a Saúde Mental do Instituto Nacional de Reabilitação (Oliveira & Filipe, 2009), o *recovery* pretende incluir as pessoas que usufruem dos serviços de Reabilitação Psicossocial como parte integrante e ativa no seu processo reabilitativo, sendo que todas as pessoas, independentemente da gravidade da perturbação mental, têm potencial para melhorar o seu funcionamento e qualidade de vida. Deste modo, o *empowerment* é um conceito que traduz a ideia que se deve atribuir à pessoa em processo de *recovery* a importância de que a sua participação e tomada de decisão em todas as etapas da sua vida é essencial para o processo de Reabilitação Psicossocial. Apesar de não haver consenso na definição de *empowerment*, este conceito tem sido amplamente considerado como parte essencial da Reabilitação Psicossocial e está resumido no primeiro valor da Reabilitação Psicossocial referido na Tabela 1

(Orientação do processo de Reabilitação Psicossocial para a pessoa) e no ponto 2.3 deste mesmo capítulo (Valores da Reabilitação Psicossocial).

CAPÍTULO III

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM PORTUGAL

1. SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM PORTUGAL

Hoje em dia assistimos a uma preocupação crescente quanto aos cuidados prestados às pessoas diagnosticadas com perturbação mental. Esta preocupação denota-se, em primeiro lugar, devido ao facto das perturbações mentais se terem tornado uma das principais causas de incapacidade e de morbilidade, o que indica que a doença mental tem um grande impacto na vida das pessoas e na sociedade atual.

De acordo com o Plano de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional Para a Saúde Mental, 2008), cinco das 10 causas de maior incapacidade devem-se à perturbação mental. Deste modo, a Saúde Mental é motivo de preocupação para os governos como principais agentes de execução de políticas de prestação de cuidados e financiamento dos mesmos. A falta de organização e definição clara de objetivos para a prática na Saúde Mental e para a gestão dos recursos disponíveis para a mesma, é um obstáculo grave à prestação de cuidados de Saúde Mental, tendo repercussões muito negativas no impacto geral na saúde de uma população, uma vez que a Saúde Mental, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2002), representa 12% dos encargos totais dos cuidados de saúde nos países desenvolvidos.

No caso de Portugal, a prevalência de problemas relacionados com perturbações mentais não difere muito significativamente da prevalência verificada noutros países europeus, com algumas diferenças nalguns grupos considerados mais vulneráveis (mulheres, idosos e pobres). Nestes grupos, Portugal tem uma prevalência mais frequente de problemas relacionados com a Saúde Mental. Deve-se ainda atender ao facto de não apenas as pessoas diagnosticadas com perturbação mental serem alvo de preocupação e os únicos utentes dos serviços públicos de Saúde Mental. Para além destas, há pessoas que sofrem de perturbações mentais que não preenchem os critérios de diagnóstico, quando este é realizado através de sistemas categoriais (e.g. DSM, CID), mas que não deixam de ser alvo de tratamento e preocupação para os serviços de Saúde Mental.

No que diz respeito aos cuidados de Saúde Mental em Portugal, a criação de uma nova legislação e a descentralização dos serviços psiquiátricos, impulsionou a implementação de movimentos como a psiquiatria social e o modelo comunitário, levando ao desenvolvimento de programas e estruturas de Reabilitação Psicossocial na década de 90 (Plano de Saúde Mental 2007-2016, 2008). Embora estas mudanças tenham ocorrido mais tardiamente do que noutros países europeus, permitiram iniciar um novo ciclo de prestação de cuidados em Saúde Mental que quebrou com as práticas de cuidados anteriormente prestados. Estas alterações foram, em parte, provocadas pela

implementação de serviços de Saúde Mental guiados pelo paradigma da desinstitucionalização iniciado noutros países por volta dos anos 50.

Em Portugal, a alteração da prestação de cuidados em Saúde Mental tornou-se mais notória a partir dos anos 90. Até esta altura não existiam qualquer tipo de serviços de apoio comunitário (e.g. residência protegidas, assistência social) que permitissem uma reabilitação adequada às pessoas com perturbação mental. Perante esta situação, a implementação de estruturas que permitissem a Reabilitação Psicossocial em Portugal tiveram um início mais tardio, tendo isto levado à reestruturação acelerada dos serviços de Saúde Mental. Se, por um lado, a reestruturação acelerada dos serviços de Saúde Mental permitiu grandes avanços em Portugal no modo como se estruturava a prestação de cuidados nesta área, por outro, a aceleração destas mudanças foi bastante precoce na medida em que, segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), levaram a que os serviços de Saúde Mental sofressem insuficiências graves no seu funcionamento, nomeadamente no que diz respeito à sua acessibilidade e à qualidade de prestação de cuidados.

Quanto à acessibilidade, apenas uma parte da população com perturbação mental em Portugal tem acesso a serviços públicos de especialidade em Saúde Mental. Sendo de esperar que 5 a 8% da população portuguesa sofre de uma perturbação mental grave em cada ano, os dados indicam que apenas 1,7% desta população tem acesso a serviços públicos especializados em Saúde Mental (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, 2008). É também importante referir que dos 5 a 8% de pessoas anualmente referenciadas como sofrendo uma perturbação mental grave, não fazem parte as pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos não diagnosticados e que também necessitam de serviços especializados em Saúde Mental, o que agrava ainda mais a situação da acessibilidade desta população a este tipo de cuidados.

Em parte, este problema deriva do facto da maioria dos serviços públicos de Saúde Mental a funcionar em pleno se localizar em pontos específicos do país (Lisboa, Porto e Coimbra) o que, já por si, reduz drasticamente o acesso igualitário das pessoas que necessitam de cuidados especializados em Saúde Mental. A existência de serviços de Saúde Mental noutros pontos do país não é inexistente, mas estes apenas funcionam a tempo parcial e/ou não dispõem de recursos para fazer o atendimento e acompanhamento regular das pessoas que deles necessitam.

A falta de profissionais, nomeadamente de psicólogos, é também um problema grave nos serviços públicos de Saúde Mental. As políticas de saúde até agora

implementadas não contemplam a importância dos profissionais especializados em Saúde Mental para a existência de um bom funcionamento deste tipo de serviços, apenas focalizados em garantir o funcionamento mínimo, sendo que esta situação não é notoriamente suficiente para fazer face às necessidades atuais da população. Para além disto, continua a dar-se importância exclusiva aos chamados profissionais de primeira necessidade que, em Saúde Mental, se traduzem na figura do médico psiquiatra. Os dados do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional Para a Saúde Mental, 2008) apontam apenas a distribuição de médicos psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e hospitais gerais como indicador crítico da necessidade de mais profissionais na área da Saúde Mental. A ênfase na psiquiatria e na figura do médico psiquiatra continua a ser central quando nos referimos à prestação de cuidados em Saúde Mental.

No entanto, a Reabilitação Psicossocial, que nasce sob o paradigma da abertura das instituições à comunidade, envolve necessariamente a existência de muitos mais profissionais de igual importância na prestação de cuidados e no tratamento de pessoas com perturbação mental. É por isso fundamental que, em serviços em que se pretende dar a melhor prestação de cuidados às pessoas com perturbação mental, devem também estar contemplados profissionais de áreas distintas que trabalhem em equipa multidisciplinar. Estas áreas abrangem principalmente a enfermagem, a terapia ocupacional, o serviço social, a psicologia e também outros profissionais como os monitores (necessários, por exemplo, aos ateliers terapêuticos) e os auxiliares de saúde. Os serviços de Reabilitação Psicossocial em Portugal dispõem destes profissionais para integrar uma equipa multidisciplinar que faz a ponte entre as instituições que prestam cuidados de Saúde Mental e a integração na comunidade. Contudo, estes continuam a ser em número reduzido tendo em conta o número de pessoas que é encaminhada para serviços de Reabilitação Psicossocial (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

A existência em número e qualidade destes profissionais assume uma importância elevada, pois eles permitem a prestação de serviços baseados no apoio comunitário. Uma prestação de cuidados baseada na integração comunitária revela-se mais eficaz na medida em que ajuda a diminuir em grande escala a taxa de recaída das pessoas que sofrem de perturbação mental e aumenta a qualidade de vida e bem-estar não só das pessoas que sofrem de perturbação mental, como também dos seus familiares ou cuidadores. Por sua vez, a diminuição da taxa de recaídas traduz-se em menor número de internamentos

psiquiátricos, reduzindo não só os custos do tratamento, como também possibilitando a melhoria da qualidade de vida do doente.

Apesar destas evidências, a aposta em estruturas reabilitativas que permitem a integração comunitária das pessoas com perturbação mental continua a ser manifestamente reduzida. A prestação de cuidados em Saúde Mental continua a orientar-se pelo sistema asilar e o alívio dos sintomas assume a principal estratégia de tratamento. Exemplos disto são os dados apontados pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) que indicam que o internamento, o serviço de consulta externa e o hospital de dia, continuam a ser as principais formas de tratamento utilizadas pelos serviços de Saúde Mental em Portugal, evidenciando também a falta de equipas multidisciplinares que façam a ponte entre os serviços de Saúde Mental e a integração comunitária.

Para além disto, o modelo de intervenção e as equipas que fazem parte dos serviços de Saúde Mental continuam a ser orientadas pelas necessidades inerentes ao internamento institucional psiquiátrico em lugar de serem vocacionadas para um padrão mais funcional e moderno, baseado em equipas multidisciplinares que façam a integração de todos os cuidados necessários à implementação de novas estruturas de tratamento (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, 2008).

O recurso preferencial às urgências psiquiátricas e a dificuldade em marcar consultas, continuam a ser também os principais motivos que demonstram a dificuldade de acessibilidade a cuidados em Saúde Mental continuados, essenciais a uma estabilização mais eficaz da perturbação mental e, consequentemente, a uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis. Sabendo que a aposta em equipas que façam uma correta transição entre as instituições de Saúde Mental e a integração na comunidade ajuda a prevenir as taxas de recaída através da diminuição do número de internamentos e da melhoria significativa da qualidade de vida destas pessoas, alterações com vista a fomentar estas estruturas deveriam ser implementadas. Neste sentido, com estas medidas, pretende-se melhorar significativamente a prestação de cuidados em Saúde Mental e gerir de modo mais eficiente os recursos financeiros, uma vez que a redução da taxa de recaídas teria um impacto bastante positivo nas despesas inerentes ao internamento institucional.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) evidencia também a fraca disponibilização de recursos financeiros e humanos face aos encargos que a Saúde Mental representa para o total dos encargos com a saúde. Estes recursos encontram-se ainda distribuídos de forma díspar entre os hospitais psiquiátricos e os serviços psiquiátricos

dos hospitais gerais (24% dos utilizadores foram atendidos nos hospitais psiquiátricos e 71% nos hospitais gerais) e entre o internamento e as outras estruturas de tratamento, nomeadamente as intervenções na comunidade, sendo que 83% dos recursos para a Saúde Mental são utilizados no internamento em detrimento de outras estruturas de tratamento (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, 2008).

2. PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE TRATAMENTO

Um dos princípios centrais que rege a Reabilitação Psicossocial, e que vem evidenciado em vários aspetos desta abordagem de tratamento, inclui a inclusão e participação ativa das pessoas que usufruem dos serviços orientados para a Reabilitação Psicossocial e dos seus cuidadores/familiares.

Nos valores e princípios da Reabilitação Psicossocial, apresentados no Capítulo II deste trabalho, vêm enunciadas orientações que denotam a importância da participação e envolvimento de utentes e familiares no processo de tratamento. Nos valores da Reabilitação Psicossocial é descrito que deve haver um envolvimento ativo do indivíduo e as suas opções de escolha, o que significa que deve ter-se em atenção a autonomia, a autodeterminação e a forma como a pessoa decide viver perante a perturbação mental. Outro dos valores da Reabilitação Psicossocial remete para a importância da orientação para os resultados e a satisfação do indivíduo, o que indica que no processo reabilitativo deve promover-se alterações que vão ao encontro das escolhas da pessoa, de modo a que esta consiga alcançar qualidade de vida.

Os princípios da Reabilitação Psicossocial também abrangem orientações que remetem para a importância do envolvimento dos utentes e seus cuidadores e familiares no processo reabilitativo. Estas orientações indicam que a pessoa deve ser envolvida no processo de decisão no que diz respeito às opções de tratamento, aos objetivos a atingir e à sua opinião quanto ao processo reabilitativo desde o início ao fim. Outro dos princípios refere a importância na comunicação entre o serviço de Reabilitação Psicossocial e a pessoa que irá ser tratada, de modo a que possam ser desenvolvidas estratégias de sucesso no tratamento. Um bom nível de comunicação permitirá trocar a informação necessária para que se possa delinear da melhor forma possível o processo de reabilitação.

Por fim, outro dos princípios que aborda esta questão está relacionado com a importância da participação da família no processo de Reabilitação Psicossocial. O

envolvimento da família nas etapas do processo de reabilitação é essencial para promover melhorias no estado psicopatológico das pessoas.

A participação dos utentes e dos seus familiares é uma das componentes essenciais no processo de reabilitação no âmbito da Saúde Mental. As evidências empíricas demonstram que a participação ativa e o envolvimento das pessoas em Reabilitação Psicossocial no processo terapêutico e em todos os aspetos que envolvem a sua recuperação são essenciais para a melhoria do seu estado de saúde mental e para uma vida mais adaptada na comunidade. Segundo LaBoube et al. (2012), envolver as pessoas que usufruem de serviços baseados na Reabilitação Psicossocial, não só no processo de reabilitação através de componentes como o *empowerment*, a responsabilidade e a auto-orientação, como também na avaliação dos serviços de prestação de cuidados, promove um sucesso mais significativo na melhoria da pessoa.

Deste modo, a investigação na área da Reabilitação Psicossocial tem-se orientado para este tema de forma a perceber como é que as pessoas com diagnóstico de perturbação mental que se encontram inseridas em serviços de Reabilitação Psicossocial e os seus familiares podem contribuir para tornar o processo reabilitativo mais eficaz e adaptativo. De que modos poderão as pessoas contribuir para o próprio processo terapêutico? E os seus familiares? É o que procuraremos esclarecer na Parte II deste trabalho referente ao estudo empírico.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL E DOS SEUS FAMILIARES NO PROCESSO DE TRATAMENTO

1. INTRODUÇÃO

Na Parte II deste trabalho pretende-se apresentar o estudo sobre o tema Reabilitação Psicossocial e participação de pessoas diagnosticadas com perturbação mental e dos seus familiares no processo de tratamento. Este estudo será realizado segundo a perspetiva das pessoas diagnosticadas com perturbação mental, pelo que, com vista a cumprir os objetivos desta investigação, foram selecionadas apenas pessoas com o diagnóstico de perturbação mental, não tendo sido incluídos os seus familiares.

Em primeiro lugar são explicitados os objetivos deste estudo exploratório e a metodologia utilizada. Em seguida, é descrito em que consiste o método de recolha de dados utilizado e quais as suas especificidades. Apresenta-se, seguidamente, a caracterização dos participantes do estudo, bem como os procedimentos utilizados com a finalidade de recolha de informação, sendo ainda explicado quais foram os procedimentos de tratamento da informação e descrito o método de análise dos dados. Finalmente apresentam-se os principais resultados obtidos. A clarificação das características deste processo servirá de ponto de partida para os pontos seguintes, em que serão discutidos os resultados e sublinhadas as respetivas conclusões.

2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação tem como objetivo principal explorar a opinião de pessoas, com o diagnóstico de perturbação mental, sobre a importância não só da sua participação no processo de tratamento, como também dos seus cuidadores e/ou familiares.

Pretende-se também entender de que modo as pessoas com o diagnóstico de perturbação mental são informadas sobre o seu estado de Saúde Mental e, ainda, como são incluídas na escolha do tratamento mais adequado para o seu problema.

Outro propósito do estudo é entender de que forma é que as pessoas diagnosticadas com perturbação mental acham que a sua participação e a dos seus cuidadores e/ou familiares pode ser mais ativa no processo de tratamento.

Por fim, procurou-se entender de que modo as estruturas de Reabilitação Psicossocial têm um papel preponderante na vida destas pessoas no processo de tratamento e melhoria do estado de saúde relacionado com a perturbação mental.

Tabela 2

Objetivos de investigação

Objetivos
Explorar a importância da participação de utentes e familiares no processo de tratamento
Perceber como as pessoas com o diagnóstico de perturbação mental são informadas e incluídas na escolha do tratamento
Perceber de que modo a participação dos utentes e dos seus familiares pode ser mais ativa no processo de tratamento
Entender de que modo as estruturas de Reabilitação Psicossocial são importantes na melhoria do estado de saúde e no tratamento das pessoas

3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

O estudo realizado insere-se no paradigma qualitativo de investigação, que tem vindo a ganhar relevo, a partir da década de 60, nas Ciências Sociais e Humanas, na sua base hermenêutica, interpretativa e de compreensão dos fenómenos a partir da indução. De acordo com Mucchielli (1991), a investigação qualitativa configura-se como uma estratégia de pesquisa que privilegia técnicas qualitativas de recolha e análise de dados, com a finalidade de explicitar um facto humano, sendo que a caracterização dessas técnicas se prende, principalmente, com a natureza da relação do investigador com o instrumento que utiliza e com o objeto de estudo. No âmbito desta relação, é inevitável a implicação do investigador sendo-lhe exigida experiência e esforço intelectual.

Bogdan e Biklen (1994), por sua vez, referem-se à investigação qualitativa considerando tratar-se de um termo genérico onde é possível inserir e agrupar diferentes estratégias de investigação com características próprias. Além disso, elencam também as suas características fundamentais, das quais se salientam as mais relevantes para a caracterização do estudo: (1) o instrumento principal é o investigador; (2) é descritiva; (3) os dados analisam-se de forma sobretudo indutiva; e (4) o significado é de importância fulcral para os investigadores.

A investigação qualitativa, visto ter como matéria-prima a palavra, é descritiva. Este é um aspeto alvo de críticas pela subjetividade que as produções das investigações

qualitativas possam ter. No presente estudo, esta característica está patente no método de análise de dados que foi utilizado, cuja produção de conhecimento é um discurso que se fundamenta nas citações dos participantes para ilustrar e sustentar os dados em estudo. A presente investigação pretende situar-se neste quadro pelo facto de se tratar de um estudo de carácter exploratório, procurando-se retirar dele indicações e não certezas.

4. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A técnica de recolha de dados utilizada neste estudo é a entrevista. A entrevista é um instrumento que se pode caracterizar pelo tipo de diretividade (Ghiglione & Matalon, 1992) e que permite obter informações através da relação de diálogo entre duas ou mais pessoas, de forma a que uma delas obtenha informações relativas a um determinado assunto. De acordo com Quivy & Campenhoudt (2008), na técnica da entrevista existe, por um lado, um elevado grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos e, por outro, flexibilidade e fraca diretividade (variante nos diferentes tipos de entrevista) que possibilitam a recolha das interpretações e dos testemunhos dos entrevistados, respeitando os seus quadros de referência. Estas características fazem com que a entrevista se constitua como uma técnica vantajosa em relação a outras no âmbito da investigação nas Ciências Sociais e Humanas.

As entrevistas variam no que diz respeito ao grau de estruturação. Ghiglione & Matalon (1992) dividem a entrevista, classicamente, em três tipos de diretividade crescente e, consequentemente, de liberdade de resposta decrescente do entrevistado: a entrevista não diretiva (livre ou não-estruturada), a entrevista semi-diretiva (ou semi-estruturada) e a entrevista diretiva ou estandardizada (ou entrevista estruturada mais próxima do questionário de questões abertas).

O tipo de entrevista considerado mais pertinente para o presente estudo é a entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista parte de um quadro temático de referência do tema e objetivos que o investigador quer abordar. O entrevistador elabora um guião no qual figuram uma série de temas e tópicos a abordar durante a entrevista. Com base neste guião inicial, o entrevistado tem a liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, sendo que a ordem pela qual os temas são abordados é livre, permitindo que o desenvolvimento da entrevista se vá adaptando ao entrevistado.

Na entrevista semi-estruturada existe um guião que é apenas orientador da entrevista. Para além de não existir uma ordem rígida na colocação das questões, há também uma flexibilidade na exploração das respostas podendo até surgirem novas questões (Marconi & Lakatos, 2001). A ambiguidade neste tipo de entrevista é menor do que na entrevista não-estruturada, uma vez que o esquema da entrevista estrutura as questões a serem abordadas, fornecendo ao entrevistador e ao indivíduo entrevistado um quadro de referência.

No presente estudo, a entrevista semi-estruturada (Anexo II) é constituída por três partes. Nas primeiras duas partes, as questões colocadas são questões de caraterização e têm como objetivos não só recolher dados que poderão ser relevantes para o tema, como também introduzir o tema ao entrevistado. A primeira parte orienta-se para a recolha dos dados sociodemográficos do entrevistado (idade, estado civil, habilitações literárias e ocupação). A segunda parte diz respeito à situação clínica do entrevistado, recolhendo informações como o diagnóstico de perturbação mental, data do início do problema, o número de internamentos e a toma de medicação atual. A terceira e última parte diz respeito às perguntas exploratórias e é constituída por 11 questões.

5. PARTICIPANTES

O estudo contou com a participação de sete indivíduos, seis do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 51 anos. Todos os participantes estão diagnosticados com uma Perturbação Mental (Perturbação Bipolar, Perturbação Depressiva ou Perturbações Psicóticas – Esquizofrenia).

Como critérios de inclusão na amostra, procurou-se que os participantes no estudo já tivessem frequentado ou frequentassem estruturas de Reabilitação Psicossocial. Os participantes foram recrutados numa instituição que abrange estruturas de Reabilitação Psicossocial.

6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Num primeiro contacto, os participantes foram previamente selecionados pelo psicólogo da instituição. Assim, foi pedido aos técnicos das instituições para referenciarem utentes que se encontrassem compensados do ponto de vista psicopatológico e que concordassem em fazer a entrevista para o estudo.

6.1 Procedimentos éticos

Antes de se dar início à entrevista foi explicado a cada participante o objetivo do estudo e foi-lhes solicitada a sua participação, sublinhando-se a importância do seu contributo e assegurando-se o carácter confidencial no tratamento dos dados. Após esta introdução foi pedido a cada participante que lesse e assinasse o formulário de consentimento informado (Anexo I) onde se pedia autorização para a gravação das entrevistas para posterior tratamento da informação. Todos os participantes consentiram a gravação. As entrevistas realizaram-se nas instituições onde foram recrutados os participantes em sala reservada e adequada à recolha de dados.

7. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Como procedimentos de tratamento de informação, procedeu-se, em primeiro lugar, à transcrição das entrevistas (Anexo III). Os dados foram tratados de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo pelo recurso ao *software* NVIVO.8.

Segundo Bardin (1988), a análise conteúdo caracteriza-se como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens" (p. 42). Na sua essência, a análise de conteúdo permite retirar compreensões e significações não consideradas numa leitura *a priori*, no que se refere às comunicações (com a análise descritiva) e inferências relativas às suas condições de produção.

L'Écuyer (1990) apresenta um modelo geral para a análise de conteúdo, constituído por seis etapas: (1) leituras preliminares e estabelecimento de uma lista de enunciados; (2) escolha e definição das unidades de classificação; (3) processos de categorização e de classificação; (4) quantificação e tratamento estatístico; (5) descrição científica; e (6) interpretação dos resultados.

Tendo presente a literatura existente sobre possíveis procedimentos a adotar, a análise efetuada baseou-se sobretudo em Bardin (1988) e L'Écuyer (1990) e seguiu as quatro etapas abaixo descritas.

Etapa 1 – Leituras Preliminares

Esta etapa iniciou-se com a leitura integral de todo o material disponível (L'Écuyer, 1990), fase a que Bardin (1988) se refere como "leitura flutuante", na qual o analista captura as características básicas do material a analisar. Repetindo-se a leitura, foram identificadas ideias-chave das entrevistas, referidas por Bardin (1988) como "ideias força", inventariando-se expressões e frases que ilustrem e clarifiquem o seu sentido. Foram ainda selecionadas as "unidades de significação", ou seja, as partes em que o texto é separado com vista à descoberta da sua significação profunda por classificação e que, de acordo com os objetivos da análise, devem possuir um sentido que transmita as ideias identificadas.

De acordo com L'Écuyer (1990), a "unidade de sentido" é mais adequada a uma análise qualitativa de conteúdos e a "unidade de numeração" mais adequada à comparação entre grupos. Assim sendo, na análise do presente estudo adotou-se como unidade de significação a "unidade de sentido".

Etapa 2 – Processo de Categorização e Classificação

Este processo teve como finalidade a definição e enunciação das categorias de análise do discurso dos entrevistados, procurando-se agrupar as unidades de significação por analogia de sentido. Desta forma, os enunciados cujo sentido se aproximam foram agrupados em categorias, conjuntos ou temas, de forma a evidenciar a significação profunda dos discursos em estudo. Uma categoria é a representação de uma classe de significados que detém um sentido que é comum aos vários enunciados que lhe correspondem. À categoria é, por norma, atribuído um título, que traduzem os aspetos em comum que dela fazem parte.

O objetivo da categorização, de acordo com Bardin (1988), é o fornecimento de uma representação, de um significado mais simples de dados brutos através da sua condensação. L'Écuyer (1990) a isto acresce que as categorias devem ser diferentes o suficiente para que evitem sobrepor-se e devem ser definidas de modo a não existirem dúvidas relativamente à pertença deste ou daquele enunciado.

Etapa 3 – Descrição Qualitativa.

Esta etapa consistiu na descrição das particularidades específicas dos vários entrevistados, reagrupados sob cada uma das categorias. Nela se evidenciaram relações de significados no interior de uma categoria e entre as diversas categorias.

Etapa 4 – Interpretação e discussão dos resultados

De acordo com L'Écuyer (1990), a interpretação e discussão dos resultados de uma análise de conteúdo pode ser realizada de três formas diferentes: (1) pode ser tirada diretamente da análise qualitativa; (2) pode ir para além dos dados, recorrendo-se, então, a uma interpretação simbólica; e/ou (3) pode ser feita por referência a conceitos e modelos teóricos. O mesmo autor refere que, no primeiro caso, a interpretação dá origem a temas centrais ou tipologias que podem incluir a referência a constructos teóricos.

A análise de conteúdo nesta investigação recorreu a uma interpretação simbólica do discurso dos participantes, extraindo-se as principais ideias vinculadas pelos participantes do estudo.

8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

8.1 Sistema de categorias e subcategorias

O sistema de categorização a seguir apresentado realizou-se através do processo descrito no ponto 7. A análise de conteúdo efetuada através das entrevistas deu origem ao sistema de categorias e subcategorias apresentado na Tabela 3.

O sistema categorial é constituído por cinco categorias: (1) participação no tratamento por parte dos utentes; (2) participação no tratamento por parte dos familiares; (3) tratamento da perturbação mental; (4) conceito de Reabilitação Psicossocial; e (5) estigma na doença mental.

A primeira categoria, *participação no tratamento por parte dos utentes*, divide-se nas subcategorias *envolvimento dos utentes no tratamento*, participação *dos utentes em atividades terapêuticas* e *instituição de tratamento*. A categoria *participação no tratamento por parte dos familiares* está dividida nas subcategorias *ajuda familiar*, *participação dos familiares no tratamento* e *formação dos familiares*. A terceira categoria, *tratamento da perturbação mental*, encontra-se dividida nas subcategorias *inclusão dos utentes na escolha do tratamento*, *opinião sobre tratamento psiquiátrico*, *Psiquiatria e Psicologia*, *sugestões para a melhoria do tratamento* e *tratamento ideal*.

8.2 Apresentação dos resultados

Neste ponto serão expostos e discutidos os resultados da investigação desenvolvida. A sua apresentação terá em conta cada uma das categorias e subcategorias enunciadas no ponto anterior e na Tabela 3.

No final será elaborada uma breve discussão dos resultados com vista a servir de mote para a elaboração das principais conclusões deste estudo.

8.2.1 Participação no tratamento por parte dos utentes

A primeira categoria, "participação no tratamento por parte dos utentes ", reflete as ideias manifestadas pelos entrevistados no que diz respeito à sua participação no processo de tratamento e à forma como estes se envolvem no seu tratamento. Desta categoria emergiram três subcategorias que abrangem os diferentes subtemas que foram abordados pelos participantes ao longo da entrevista. Estas subcategorias serão seguidamente analisadas.

8.2.1.1 Envolvimento dos utentes no tratamento

Nesta subcategoria os entrevistados referiram no seu discurso a importância de se envolverem ativamente na participação nas estruturas que lhes são disponibilizadas pela instituição que frequentam, sendo que esse envolvimento é essencial para a melhoria do seu estado de Saúde Mental. A este respeito, a E4 refere *"Acho que é muito importante as pessoas pensarem para si e verem exatamente aquilo que querem, aquilo que gostam ainda, porque nós temos momentos que despegamos de tudo."*. Algumas pessoas também consideram que uma das formas que encontram de se envolverem mais ativamente no seu tratamento é falar sobre o seu problema, dando-o a conhecer às outras pessoas. A E2 diz *"É assim, eu por exemplo, o facto da pessoa dar o testemunho é importante e eu já fui à televisão uma vez naqueles programas da Praça da Alegria."*. Salientaram também a importância de procurar atempadamente ajuda de modo a promover mais cedo melhorias no que diz respeito à perturbação mental (E3: *"Há doentes que não conseguem dizer A nem B porque estão de tal maneira doentes, mas no meu caso devia ter vindo mais cedo à ADEB por exemplo."*)

Tabela 3

Sistema de categorias e subcategorias da análise das entrevistas

Categorias	Subcategorias
Participação no tratamento por parte dos utentes	Envolvimento dos utentes no tratamento Participação dos utentes em atividades terapêuticas Instituição de tratamento
Participação no tratamento por parte dos familiares	Ajuda familiar Participação dos familiares no tratamento Formação dos familiares
Tratamento da perturbação mental	Inclusão dos utentes na escolha do tratamento Opinião sobre tratamento psiquiátrico Psiquiatria e Psicologia Sugestões para a melhoria do tratamento Tratamento ideal
Conceito de Reabilitação Psicossocial	
Estigma na doença mental	

8.2.1.2 Participação dos utentes em atividades terapêuticas

Nesta subcategoria os entrevistados ressaltaram a importância da frequência de atividades terapêuticas e de ocupação como elemento essencial à melhoria da sua qualidade de vida no que diz respeito à doença mental. No seu discurso referiram os grupos terapêuticos e atividades de ocupação. Referem também que na sua experiência de internamento hospitalar sentiram a falta de atividades com as quais pudessem ocupar o tempo (E6: *"O que é importante é ter o tempo ocupado! É ter atividades. Mesmo que não arranje um emprego que agora está um bocado complicado, há uns programas, aqui não sei, mas no hospital onde eu estive foi horrível. Estive lá um mês e saí de lá com mais 10kg e depois o tempo não passava."*; E4: *"Eu não consegui melhorar até fazer qualquer atividade. Acho que é muito importante as pessoas pensarem para si e verem exatamente*

aquilo que querem, aquilo que gostam ainda, porque nós temos momentos que despegamos de tudo. (…) A pessoa pode não pensar em nada, ser confusa, mas suponhamos, põem-lhe um vaso e uma planta à frente e a pessoa sabe logicamente que a planta precisa de água, precisa de uma terra e precisa de um sítio. É o meu ponto de vista! E quem diz isso outra coisa… Seja lá o que ela for, mais até a própria pessoa ela se vir é capaz até aos pouquinhos de recuperar."; E1: *"eu própria sugeria à médica quando me apercebia que no Magalhães Lemos eles tinham piscina, tinha ateliers e não sei quantos e tal, e eu pedia à médica olhe, deixe-me ir, deixe-me sair daqui, deixe-me fazer qualquer coisa, deixe-me ir para a piscina." (…) Quando os animadores envolvem as pessoas, as pessoas sentem-se bem, trabalham e ficam em termos mentais e isso mais saudáveis."*).

Referiram também os grupos terapêuticos que frequentam como uma componente essencial na melhoria e manutenção do seu estado de saúde mental e como estímulo para se manterem ativos em meio social. A E6 diz *"Por vezes os grupos de ajuda ajudam-nos mais porque conhecemos pessoas que têm os mesmos problemas e daí outros interesses na vida e é um passo para sair de casa, porque embora até nem falemos dos problemas comuns, pronto quando estamos aqui é diferente, mas quando há sessão psicopedagógica, almoço e isso tudo, até falamos de outras coisas e até vemos que até há interesses comuns, sei lá, e depois combinar coisas para sair de casa"*.

Ainda sobre os grupos terapêuticos, foi abordada a questão de aprendizagem mútua que se proporciona através do diálogo entre pessoas com problemas semelhantes como elemento positivo de aprendizagem (E2: *"Para nós e para os outros também. Porque no fundo há uma comunicação entre nós e exemplos similares não é? A nível da aprendizagem uns com outros, uma pessoa pensa… olha afinal não sou o único. Os outros também têm problemas semelhantes, pelo menos tem o mesmo cariz de problemas."*; E3: *"Estas sessões de grupo são sessões espetaculares. Aprende-se muito e lida-se com colegas com pessoas que têm o mesmo problema que nós e isso aí é fundamental."*).

8.2.1.3 Instituição de tratamento

Esta subcategoria manifesta a importância que os entrevistados atribuem à instituição que os acompanha no seu tratamento, quer através de psicoterapia, quer através de da frequência em grupos terapêuticos e outras atividades ligadas à doença mental que são dinamizadas pela instituição que frequentam. Ao longo das entrevistas os

participantes ressaltaram diversas vezes o apoio da instituição como uma componente essencial na melhoria do seu estado de saúde e a sua entrada para a instituição como momento chave para conseguirem lidar de modo mais informado com a perturbação mental (E3: *"A primeira vez que estou a fazer terapia, digamos assim, é aqui na ADEB. (…) tenho vindo já há algum tempo e tenho-me sentido bastante bem (…) A mudança de médico e a informação que me deram que eu agora considero-me muito mais informado desde que vim para a associação. (…) Eu considero a ADEB essencial à minha melhoria significativa que tenho vindo a ter desde que vim para cá. Já não pareço a mesma pessoa. A medicação já é muito menos e pronto, tenho outra qualidade de vida."*).

Os participantes referiram-se também à instituição que frequentam como agente de apoio constante a quem podem recorrer sempre em caso de necessidade, sendo este aspeto evidenciado pelos entrevistados como uma segurança que lhes permite sentirem-se acompanhados (E4: *"Eu acho que é muito de louvar estas instituições, mas tem que se ajudar as instituições certas, instituições que estejam voltadas para doentes com problemas mentais."*; E5: *"Tipo… nos grupos, aqui também com a Dra. Lídia que ajuda imenso mesmo. Sempre que nós precisamos, quando estamos mais em baixo, podemos ligar para o número de telefone que a Orlanda também fala connosco."*; E6: *"Eu posso dizer que a minha primeira saída social ao fim de 2 anos de ser internada foi para a ADEB que houve uma sessão." (…) quem me deu a ajuda foi a ADEB. Voltar a ter autoestima e voltar a sair de casa."*; E7: *"Aqui a ADEB, eles explicam e informam e isto vai ajudar a minha filha a nunca mais deixar de tomar o remédio. (…) Isso é o que ADEB faz, é bom, fiquei a saber o que eu sentia e o que a associação fala, já estava cheia de ter passado isso por mim, pois a experiência da vida nos traz mas acho bom haver estas associações a explicar e assim."*).

8.2.2 Participação no tratamento por parte dos familiares

Esta categoria diz respeito à opinião dos participantes quanto à participação dos seus familiares no tratamento e ao modo como estes podem ser envolvidos de forma mais ativa neste processo. Desta categoria fazem parte três subcategorias, descritas nos pontos a seguir, que expõem os diferentes tipos de participação dos familiares no tratamento descritos pelos entrevistados (subcategorias *ajuda familiar* e *participação dos familiares no tratamento*) e as necessidades que os familiares têm, segundo os entrevistados, de formação para poderem compreender melhor a perturbação mental (subcategoria *formação dos familiares*).

8.2.2.1 Ajuda familiar

Esta subcategoria descreve a importância atribuída pelos entrevistados à família como elemento essencial para ajudar a lidar com a perturbação mental. Os participantes referiram que a família tem que estar envolvida principalmente nos momentos de crise (E1: *"Eu saí do hospital mais cedo do que era necessário, porque ela sabia e a própria médica também sabia que eu que tinha um grande apoio lá em casa e os meus irmãos e essas coisas todas apoiavam desde, por exemplo, sair comigo, porque eu estava muito tempo na cama e essas coisas todas, portanto."*; E2: *"(…) ajudaram naquilo que tiveram que me ajudar, quando eu fui internada e assim… tiveram ali ao meu lado."*; E3: *"Olhe, eu tenho esta doença há 11 anos e se não fosse a minha esposa ainda hoje eu se calhar não estava aqui a falar consigo muito sinceramente. E hoje por acaso eu vim sozinho à sessão, mas todas as vezes que venho à associação a minha mãe acompanha-me. Nunca estou sozinho e essas duas mulheres em questão e mais alguém da família têm-me dado muita força e têm sido o meu ex libris na doença que dura há muitos, muitos anos. A família é essencial na ajuda da doença."*; E6: *"Tem de haver envolvimento da família, nem que seja para estar alerta. (…) é importante para quem tem um familiar seja com que perturbação for, é importante estar atento. Quer dizer, não é estar ali a fazer marcação cerrada, mas é importante haver envolvimento."*; E7: *"É importante que tenham outras pessoas que se envolvam e nos apoiem porque a gente quando está a ter crises e está mais doente a gente acha que está boa e é só as pessoas de fora que reconhecem e a gente não. Se tivermos pessoas amigas e familiares que nos ajudem isso é muito bom."*).

8.2.2.2 Participação dos familiares no tratamento

Esta subcategoria descreve o modo como os participantes abordam a participação dos familiares no processo de tratamento e a sua opinião de como esta participação pode ser realizada. Em primeiro lugar, é importante referir que nem todos os familiares dos participantes se envolvem mais ativamente no processo de tratamento. Com envolvimento ativo está-se a referir à participação dos familiares nas atividades disponibilizadas pelas instituições. Alguns entrevistados referiram apenas que os familiares ajudam, mas a ajuda resume-se à ajuda familiar referida na subcategoria anterior (E2: *"Estou muito sozinha, fora o facto de fazer a psicoterapia e o psiquiatra do Magalhães Lemos. Eu tenho as duas coisas. Mas a nível de família não tenho assim propriamente. Há grupos familiares daqui, mas eles não vêm. Isso não lhes interessa."*; E4: *"Eu acho que a família não está*

preparada e hoje em dia as pessoas não sabem lidar e não querem. Há pessoas que não querem, não sabem lidar mas também não querem informação.").

No entanto, a maioria dos participantes consideram de extrema importância a participação dos familiares no processo de tratamento no que diz respeito à sua frequência em atividades terapêuticas e de formação (E1: *"Acho importante. Sei que é muito difícil enquanto eles não tiverem conhecimento do que é a doença, da forma como eles podem ajudar e às vezes tem a ver com o feitio das pessoas em saber lidar, porque isso é uma coisa nova, não é?"*; E2: *"Aquela partilha de experiências semelhantes, por isso é que é bom e benéfico para a pessoa e benéfico para o resto do grupo. Normalmente é por isso que os grupos existem e que se chamam autoajuda."*). Ainda sobre esta questão, E3 refere *"Olhe, eu por acaso, por caso, agora nós aqui na ADEB estamos a fazer um ciclo de conferências, não é conferências que se diz, mas um grupo que nos estamos a reunir as últimas duas sextas-feiras de cada mês e falamos sobre a doença e eu acho que há aqui um erro. Já recebi o calendário com os vários temas e acho que há aqui um erro neste calendário que é não haver aqui um dia para a família. Acho que a família tinha direito a uma sessão, sem nós."*. Assim sendo, a participação dos familiares, segundo o discurso dos participantes, não se deverá apenas resumir aos cuidados externos às estruturas de tratamento, mas também estes deverão ser, quando possível e se essa for a sua vontade, incluídos nessas estruturas.

8.2.2.3 Formação dos familiares

Esta subcategoria apresenta a opinião dos participantes no que diz respeito à necessidade de formação dos familiares quanto à perturbação mental como componente essencial não só para que os familiares consigam lidar melhor com a doença mental, como também para ajudar as pessoas que sofrem de perturbação mental a lidar de modo mais adaptado com os seus problemas. (E1: *"Portanto, acredito que é preciso que eles também tenham informação e formação."*; E4: *"Eu acho que é muito importante, principalmente no início de uma doença dessas a família estar alertada, saber o que é essa doença que a pessoa tem."*; E7: *"A informação é sempre bom, aqui a ADEB achei que é como coisa boa para a minha filha porque a gente no início da doença acha que não precisa do medicamento e, deixa de o tomar, porque eu já fiz isso e, a minha filha já caiu na asneira de fazer isso também e depois entra numa crise profunda e, acho bom a informação. (…) A informação que a ADEB me dá tem sido útil para eu saber como é que*

a minha filha se comporta, se ela está a ter crise se não, se precisa de tomar mais medicamentos se precisa de ir ao psiquiatra, como eu vivo sozinha com ela.").

Os participantes entendem também que esta formação deve ser dada por parte das instituições e de profissionais qualificados (E4: *"A família tinha que ser elucidada por profissionais para estarem preparados para poderem ajudar a pessoas, porque enquanto não criamos estabilidade, nós temos muitas alterações."*).

8.2.3 Tratamento da perturbação mental

Esta categoria manifesta o tema abordado pelos participantes que diz respeito ao tratamento da perturbação mental. Desta forma, esta categoria divide-se em cinco subcategorias que abordam diferentes aspetos relacionados com o tratamento. As subcategorias são descritas a seguir.

8.2.3.1 Inclusão dos utentes na escolha do tratamento

Quando questionados durante a entrevista se foram incluídos no processo de escolha do tratamento para a perturbação mental e se lhes foi explicado em que consistia esse tratamento, alguns participantes referiram que não lhes foi explicado em que consistia o tratamento nem lhes foi dado a escolher que tipo de tratamento poderiam efetuar (E1: *"Não. Nunca me foi explicado isso. (…) Lá está, também acho que isso aí é extremamente essencial para um doente bipolar. Haver uma explicação."*; E7: *"(…) por exemplo eu não sabia bem o que era o humor em baixo, muita tristeza, muita alegria, não sabia bem, só há pouco tempo é que fiquei a saber que era sobre isso, sabia que era da doença mas não sabia que eram esses sintomas."*).

No geral, o discurso dos participantes denota que o início do tratamento foi algo que lhes foi imposto como algo necessário, como inevitável (E7: *"Não nunca fui informada, as pessoas acharam que eu estava doente e levaram-me ao psiquiatra e, receitavam-me medicação e eu tomava."*; E1: *"Você é descompensada. Está descompensada. São apenas os únicos termos que me foram ditos, pronto..."*). Ainda sobre este assunto, E7 disse *"Sim, acho importante as pessoas que tenham a doença ter muita informação sobre a doença, coisa que eu não tive no início e se eu tivesse no início seria mais fácil para mim."*.

8.2.3.2 Opinião sobre tratamento psiquiátrico

Esta subcategoria surgiu de forma espontânea nas entrevistas e foi um tema abordado pela grande maioria dos participantes, apesar do guião da entrevista não contemplar nenhuma questão diretamente relacionada com este assunto. Os participantes abordaram este tema de forma muito assertiva, sendo que no geral as suas opiniões refletem as suas experiências com as consultas de psiquiatria e os internamentos psiquiátricos.

As críticas centraram-se na falta de humanização no tratamento psiquiátrico através de fármacos e na necessidade do tratamento não se basear apenas em farmacoterapia, mas também em psicoterapia (E2: *"Uma coisa muito importante é os psiquiatras normalmente são só químicos e a parte humana dos psiquiatras nem se vê muitas vezes apaga-se. Estão ali máquinas que estão a debitar os químicos e que não falam com a pessoa. É mais um número e acabou. Principalmente nos hospitais. Esse era aspeto que deveria ser melhorado, a humanização da psiquiatria. Em vez de ser só a parte química. (…) Os médicos é que estão ali a ditar as leis como se fossem pronto… este é um coitadinho."*; E1: *"(…) acho que de facto os psiquiatras não ajudam assim tanto, porque eu acho que lhes falta a parte psicológica. O paciente, portanto, tratam mais através do medicamento e falta-lhes, digamos assim, entender melhor ou então dar dicas, estratégias… portanto, ao paciente. (…) Achava que, de vez em quando, a parte da psiquiatria não estava a ajudar." (…) um maior esclarecimento, portanto, sobre a eficácia, sobre o tratamento que estamos a iniciar por parte dos psiquiatras e que eles tenham uma formação mais à base de psicologia."*).

Apesar das críticas, todos os participantes reconhecem a importância da medicação no tratamento da perturbação mental (E3: *"Os psiquiatras são os psiquiatras, quem receita os medicamentos, os medicamentos são necessários para tratar as doenças psíquicas."*).

8.2.3.3 Psiquiatria e Psicologia

Esta subcategoria emerge do discurso dos participantes quanto às importância do trabalho complementar entre a Psiquiatria, a Psicologia e as instituições. Assim como a subcategoria anterior, também esta subcategoria surgiu de forma espontânea, não estando contemplada no guião da entrevista. A opinião dos participantes centra-se na necessidade de Psiquiatria e Psicologia trabalharem como áreas complementares, de modo a possibilitarem um tratamento mais eficaz na perturbação mental (E3: *"este mundo é*

muito complexo, porque há uma guerra aberta, digamos assim entre aspas, entre os psiquiatras e os psicoterapeutas, os psicólogos e aí é que está o cerne da grande questão. Para mim, apesar de haver gabinetes médicos que têm isso, todo o psiquiatra devia de trabalhar juntamente com o psicólogo e ao trabalhar com um psicólogo ajudaria de forma mais rápida e eficiente o doente."; E6: *"Talvez nestes casos a psiquiatria e a psicologia tivessem de andar mais de mãos dadas. Uma coisa não substitui a outra. (…) Mesmo a questão da autoestima, eu acho que a psicologia faz mais do que a psiquiatria."*).

Um dos entrevistados referiu também a necessidade de trabalho complementar entre os médicos psiquiatras e as associações (E1: *"E dos próprios médicos que, por exemplo, muitas vezes não nos mandam para as associações que têm um papel importante e se calhar até fazem com que os médicos, digamos assim, não tenham, enquanto estão 50 minutos ou meia hora com o doente, há um determinado trabalho que as associações podem fazer em complemento com o próprio médico psiquiatra não é? Pronto. Trabalhar… no fundo, acaba por ser trabalhar em conjunto."*)

8.2.3.4 Sugestões para a melhoria do tratamento

Durante as entrevistas foram surgindo algumas sugestões da parte dos participantes para a melhoria do tratamento da perturbação mental. Estas sugestões relacionam-se principalmente sobre a necessidade da formação dos profissionais e a melhoria do serviço de psicoterapia (E3: *"Eu acharia que deveria haver formação mais específica nesta doença e noutras doenças mentais e psicoterapeutas mais bem formados ou com outros currículos quer em hospitais (…) devia haver uma formação específica para a esquizofrenia, uma formação específica para as doenças bipolar, devia haver para as várias vertentes médicas, para as várias doenças, massa humana mais, digamos, com mais experiência e formação específica para ajudar os doentes."*; E1: *"(…) um maior esclarecimento, portanto, sobre a eficácia, sobre o tratamento que estamos a iniciar por parte dos psiquiatras e que eles tenham uma formação mais à base de psicologia."*).

Também foi sugerido a realização de conferências informativas e a utilização dos meios de comunicação social que visam não só informar as pessoas com o diagnóstico de perturbação mental, como também consciencializar a sociedade sobre a doença mental (E3: *"Podiam fazer as palestras, os colóquios, correr os centros de saúde todos do país de lés a lés, explicar as doenças às pessoas e podiam quem manda na saúde em Portugal*

para chegar mais depressa às pessoas para as começar a habituar de uma vez por todas e era ir para a televisão. Quando eu digo isto ir para a televisão não é ir para a televisão falar só. Devia haver programas específicos sobre este tipo de doenças, mas pequenos sketchs publicitários a alertar este tipo de doenças e aí as pessoas consciencializavam-se mais e viam que essas doenças não são assim tão monstruosas quanto parecem."; E2: *"E quanto às perturbações mentais, às doenças do foro psicológico, a nível dos hospitais, a nível dos centros de saúde, acho que a informação peca, chega tarde. Eu não conheço nenhum centro de saúde que faça conferências ou colóquios sobre a doença mental."*; E1: *"Olhe, programas televisivos não só a nível de entrevistas, mas explicação como a ADEB faz, portanto, filmes, mais debates, mais publicidade. (…) um maior esclarecimento, portanto, sobre a eficácia, sobre o tratamento que estamos a iniciar por parte dos psiquiatras e que eles tenham uma formação mais à base de psicologia."*).

8.2.3.5 Tratamento ideal

O tratamento ideal referido por parte dos participantes deste estudo está principalmente relacionado com a frequência de consultas de psicoterapia e outras abordagens psicoterapêuticas, a frequência nos grupos e atividades terapêuticas, a continuação do apoio recebido pela instituição que frequentam, e a estabilidade a nível psicopatológico (E1: *"E se calhar fazer um bocadinho mais de psico psicodrama, psicoterapia, porque também houve uma altura que fiz qualquer coisa relacionada com o renascimento, portanto, trabalhar bloqueios, bloqueios, que eu acho que é muito importante, pronto, e mal-estar, problemas de agressividade, problemas de… Sim sim, os aspetos mais negativos, fricções que a gente tem com outras pessoas. Trabalhar essas áreas. Participar em, portanto, o aspeto físico de ir ao ginásio, fazer caminhadas, é muito importante também."*; E2: *"O ideal é assim... A pessoa gostava de nunca mais ter crises e ter uma estabilidade emocional interessante, porque isto é uma doença afetiva, também. Obviamente que se houvesse um comprimido, um único comprimido que fizesse esse efeito e tivesse que se tomar diariamente mas que não tivesse efeitos secundários e que permitisse à pessoa permanecesse estável com as variações, oscilações de humor normais, de uma pessoa normal, entre aspas não é, em vez de ser picos para cima e para baixo como eu tenho… isso era o ideal."*; E3: *"Estas sessões de grupo são sessões espetaculares. Aprende-se muito e lida-se com colegas com pessoas que têm o mesmo problema que nós e isso aí é fundamental."*; E4: *"O tratamento neste momento e por aquilo que eu passei é basicamente informação e o apoio que temos nesta instituição, o*

carinho que também recebemos e o carinho que também podemos levar para a nossa família e a nossa família também pode adquirir isso nestas instituições que estão preparadas para isso. Haver um espaço para saberem lidar com a pessoa."; E5: *"Começava logo a fazer desporto. Nunca estar em casa… eu estou muito em casa e ter muitas mais atividades."*.

Uma das participantes abordou também a necessidade de conseguir manter uma ocupação profissional como uma componente importante para a manutenção do seu estado de Saúde Mental (E2: *"Arranjar um emprego. Também é muito importante, arranjar um bom emprego também. E conseguir conservar o meu emprego, é muito importante."*). O discurso dos participantes focou-se também na satisfação com o tratamento através do equilíbrio entre a farmacoterapia e a frequência em psicoterapia e/ou grupos e atividades terapêuticas (E1: *"Olhe, eu estou satisfeita neste momento no tratamento que estou a fazer. Digamos que é a médica psiquiatra ter acertado com a medicação, estar aqui na associação e ter apoio psicológico."*).

8.2.4 Conceito de Reabilitação Psicossocial

Quando foi colocada a questão sobre o significado de Reabilitação Psicossocial aos participantes, alguns referiram já ter ouvido falar do conceito, mas não sabiam exatamente qual o seu significado. No entanto, associaram o conceito de Reabilitação Psicossocial à integração no mercado de trabalho (E1: *"Eu estou a pensar na questão do trabalho. (…) Acho que a reabilitação faz com que se procure um trabalho, portanto, uma nova colocação dessa pessoa num trabalho que esteja mais adequado. Digamos que é encontrar o perfil mais adequado, portanto, um trabalho mais adequado para o perfil daquela pessoa."*; E4: *"Eu acho que estas pessoas, nós temos que ser admitidos perante a sociedade não como doentes mas sim como pessoas, porque nós a doença deixamos ficar em casa. Quando uma pessoa tem uma ocupação, nós deixamos a doença em casa. Portanto, o que sai de nós é a pessoa que vai fazer aquele trabalho."*).

O conceito de Reabilitação Psicossocial foi também amplamente associado à integração na sociedade das pessoas diagnosticadas com uma doença mental (E2: *"Eu acho que também é importante uma psicoterapia para fazer isso não é? Reintegrar a pessoa na sociedade."*; E3: *"Será integrar os doentes na sociedade? Os doentes estão à margem, estão à margem estão postos de lado, não é, e será uma corrente para os tentar integrar no mundo do trabalho, na sociedade, com amigos, com amizades com trabalho e assim vivem em sociedade, não são discriminados."*).

A Reabilitação Psicossocial também foi associada por duas participantes como processo de aquisição de aptidões (E6: *"Inserir na sociedade? Reabilitação leva-me mais para aquelas pessoas que têm uma doença, que estão inaptas e depois voltam a estar aptas."*; E7: *"Reaver os pensamentos da pessoa."*).

A Reabilitação Psicossocial foi ainda associada à ocupação através de atividades em associações (E5: *"É para ajudar as pessoas a fazerem outras coisas para não estarem em casa. Eu quis dizer em casa, mas não é em casa, é numa associação. Estarem tipo a fazerem atividades."*).

8.2.5 Estigma na doença mental

Por fim, esta última categoria, tal como as subcategorias *opinião sobre tratamento psiquiátrico* e *Psiquiatria e Psicologia*, surgiu espontaneamente no discurso dos participantes, uma vez que nenhuma questão sobre este tema estava no guião da entrevista.

De facto, este tema foi abordado com alguma regularidade pelos participantes no decorrer da entrevista e surgiu muito naturalmente no discurso dos mesmos. O estigma foi abordado principalmente através da visão que os participantes têm sobre o modo como as pessoas diagnosticadas com uma doença mental são tratadas e vistas não só pelas outras pessoas que não têm conhecimento sobre este tipo de psicopatologias, como também por profissionais de saúde, como os médicos psiquiatras (E2: *"Acho que os doentes neste caso são considerados uns coitadinhos. Os médicos é que estão ali a ditar as leis como se fossem pronto… este é um coitadinho. Põe-se a etiqueta na testa. É o rótulo e acabou. Vai ser assim tratado com este rótulo e muitas vezes tem que se pensar que as pessoas não são todas iguais, podem ter a chamada mesma patologia não é, mas são pessoas completamente diferentes e únicas, tem coisas diferentes e únicas cada um deles. Por isso tem que se ter uma atenção particular em cada caso e não tratar tudo como a manada dos coitadinhos."*; E3: *"Porque se reparar, as doenças do foro psicológico, toda a gente fala nelas, toda a gente trata os doentes com doença de foro psicológico de diferentes maneiras. Olha para nós de outra maneira. Não encaram o doente do foro psicológico normal, encaram de outra maneira. Ou chamam-me maluco, ou não bato bem da cabeça, ou uma coisa do género. (…) todas as doenças do foro psicológico são recriminadas pelas outras pessoas que não padecem desse problema."*; E6: *"Isto ainda está muito atrasado a nível de mentalidades. As pessoas ainda não se capacitaram, e ninguém está livre de ter uma crise, tendo o gene ou não."*; E4: *"Todas essas pessoas não sejam*

inferiores, porque nós não somos inferiores, eu acho que estas pessoas têm muito para dar aos outros e para dar a si próprias e temos partes de nós que desconhecemos.").

O estigma na doença mental foi também evidenciado por um dos participantes como limitante na sua vida social, pois não se sente à vontade para falar sobre o seu problema com as pessoas que fazem parte da sua vida quotidiana (E3: *"Eu a coisa que sinto mais na pele e que mais me impressiona é que eu vivo num meio e trabalho com pessoas e não sei quê, sabem que eu ando em médicos e não sabem a minha perturbação e não posso dizer que sou doente bipolar, porque se eu disser que sou doente bipolar vou ser considerado digamos como maluco ou louco melhor dizendo. Eu queria que as pessoas olhassem para as doenças do foro psicológico como outra doença qualquer crónica e as pessoas não olham e por vezes tratam os doentes com doenças do foro psicológico não as tratam bem. Tratam-nas mal, põem-nas à margem da sociedade e é isso."*).

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos através da análise de conteúdo permitiram dar resposta aos objetivos de investigação delineados no início do estudo.

Deste modo, através do discurso dos participantes, conclui-se que as informações que receberam sobre o seu diagnóstico de perturbação mental foram inexistentes e pouco claras. Do mesmo modo podemos falar da inclusão dos participantes na escolha do tratamento mais adequado ao seu caso e a explicação do mesmo. O facto de não se incluir os utentes na escolha do tratamento e de não se explicar claramente em que o tratamento consiste é contraditório com um dos valores básicos da Reabilitação Psicossocial (Tabela 1) que indica que o indivíduo deve ser ativamente envolvido no tratamento e deve ser-lhe dada a possibilidade de escolha. A não inclusão do utente nas opções e informação sobre o tratamento vai também contra um dos princípios da Reabilitação Psicossocial que refere que a pessoa deve ser envolvida nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento (Tabela 1).

A falta de informação sobre o tratamento e de inclusão na escolha do mesmo, quer este seja somente através de farmacoterapia ou através da combinação desta com outro tipo de terapias (terapêutica cruzada), vai contra as recomendações enunciadas pela Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (2007) que refere

que, tanto o utente como os seus familiares, devem ser incluídos e informados sobre as decisões que dizem respeito ao seu tratamento.

Quanto ao objetivo de perceber de que modo os participantes consideram que a sua participação e a participação dos seu familiares e/ou cuidadores pode ser mais ativa no processo de tratamento, o discurso dos participantes permite-nos perceber que a sua participação e a dos seu familiares é essencial para a melhoria do seu estado de saúde mental. De facto, a opinião dos participantes converge com os objetivos, valores e princípios da Reabilitação Psicossocial (resumidos na Tabela 1), bem como às evidências da literatura que referem que a participação ativa no tratamento das pessoas que sofrem de doença mental é benéfica para a melhoria do seu estado psicopatológico (LaBoube et al., 2012).

No que diz respeito à participação da família no tratamento, os entrevistados referiram também que a participação destes é essencial para lidarem melhor com a doença mental. Esta participação por parte da família foi evidenciada pelos entrevistados através da valorização da prestação de ajuda familiar no apoio para lidar com a doença mental e a necessidade destes terem acesso a formação sobre a doença mental. Foi também evidenciada a necessidade da participação dos familiares em grupos terapêuticos inseridos nas estruturas de tratamento oferecidas pelas instituições de Saúde Mental. A opinião dos participantes no estudo converge com as orientações da Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (2007) sobre a participação dos familiares no processo de tratamento do utente. Estas orientações referem que a família constitui um recurso de apoio das pessoas com doença mental e que esta tem direito não apenas à informação sobre os direitos do utente no que diz respeito aos planos de tratamento, como também ao acesso à formação e apoio necessários para lidar com a doença mental.

O último objetivo propunha averiguar de que modo as estruturas de Reabilitação Psicossocial têm um papel preponderante na vida destas pessoas no processo de tratamento. É interessante notar que os entrevistados referiram que a frequência em estruturas terapêuticas que caracterizam a intervenção dentro da Reabilitação Psicossocial, como é o caso dos grupos e atividades terapêuticas e o apoio da instituição que frequentam, são essenciais à manutenção do seu estado de Saúde Mental.

Ainda neste ponto, evidenciaram a instituição que frequentam como um pilar fundamental no seu processo de tratamento. Deste modo, é de salientar a importância que a instituição de tratamento teve no discurso dos participantes, como componente essencial à manutenção do seu estado de Saúde Mental e na melhoria da qualidade de vida dos

utentes. A instituição foi referida amplamente pelos participantes do estudo sempre como algo positivo e preponderante nas suas vidas e das suas famílias. Um dos motivos que talvez explique este aspeto, e que emerge do discurso dos entrevistados, poderá estar relacionado com o acompanhamento personalizado e regular que é efetuado na instituição através da disponibilização de psicoterapia, grupos terapêuticos, sessões de formação e outras atividades terapêuticas que os utentes referiram. Este aspeto sublinhado pelos participantes reforça a necessidade de frequência de outras formas de tratamento que não apenas a farmacoterapia como decisivo para a satisfação dos utentes com o seu tratamento e a melhoria do seu estado se saúde.

Apesar de não ser objetivo abordar certos temas com este estudo, a riqueza do discurso dos participantes permitiu ainda extrair das entrevistas efetuadas uma análise mais profunda das suas experiências e opiniões. A Psiquiatria foi abordada como tratamento com a necessidade de englobar uma componente mais humana, focada na pessoa e nas suas necessidades. Assim sendo, o facto dos participantes terem manifestado na maioria a sua opinião sobre o tratamento psiquiátrico e o desempenho dos psiquiatras é uma mais-valia para entender o modo como esta abordagem de tratamento deverá ser repensada à luz da opinião das pessoas que usufruem de tratamento psiquiátrico e que também têm uma opinião a manifestar quanto a este assunto. A visão sobre a Psiquiatria foi manifestada denotando uma necessidade muito forte da parte dos participantes em procurar outro tipo de ajuda complementar ao tratamento farmacológico, mesmo que essa ajuda não fosse primeiramente indicada pelo médico psiquiatra.

Deve ainda ser salientado o facto dos participantes terem referido com veemência a importância da complementaridade entre as abordagens psiquiátricas e psicológicas. Foi considerado pela maioria dos entrevistados que a melhoria do seu estado é mais eficaz quando estas duas áreas de intervenção agem em conjunto e em complementaridade. A opinião manifestada pelos participantes vai de encontro aos resultados demonstrados pela literatura que indicam que a combinação de tratamento farmacológico em conjunto com a psicoterapia é mais eficaz e promove melhorias mais significativas do que a utilização de apenas uma abordagem de tratamento (Hofmann & Tompson, 2004).

A descrição do conceito de Reabilitação Psicossocial por parte dos participantes como integração da pessoa diagnosticada com doença mental na sociedade e no mercado de trabalho, como processo de aquisição de aptidões e como participação em atividades de ocupação, vai de encontro à descrição de Reabilitação Psicossocial realizada na literatura, como evidenciado no ponto 1 do Capítulo II deste trabalho. Isto indica que, no

geral, os participantes têm noção a que se refere esta abordagem terapêutica, embora a abordem de forma leve e desconhecendo que estão ou já estiveram inseridos em estruturas de Reabilitação Psicossocial.

É também de salientar que outro dos temas abordados pelos participantes que constituiu uma das subcategorias de análise foi o estigma na doença mental. Esta dimensão foi abordada como assunto que causa algum mal-estar na vida das pessoas diagnosticadas com perturbação mental. O modo como os participantes se referiram ao estigma é concordante com a descrição dos efeitos do estigma na doença mental encontrados na literatura. O estigma ainda é evidente na sociedade atual e prejudica não só a reabilitação e inclusão das pessoas com doença mental, como também o seu processo de *recovery*, autoestima e qualidade de vida (Sousa, 2011). Deste modo, os serviços de Reabilitação Psicossocial deverão estar atentos ao impacto do estigma na vida das pessoas com o diagnóstico de doença mental e promover programas que ajudem a reduzir o impacto que o estigma tem.

Os resultados deste estudo devem ser, em última instância, utilizados pelas instituições de Saúde Mental para melhorar os seus serviços no que diz respeito a incluir de modo mais inclusivo a opinião e sugestões dos utentes no que diz respeito ao seu próprio tratamento e ao direito de opção quanto às decisões respeitantes ao seu estado de saúde. Neste seguimento, os resultados salientam que os familiares deverão também fazer parte na melhoria da prestação de serviços e na participação na tomada de decisão quando às opções de tratamento disponibilizadas.

Num panorama em que a Reabilitação Psicossocial se apresenta como abordagem mais atual no tratamento da perturbação mental, é importante perceber o modo como utentes e seus familiares podem contribuir e participar de modo mais ativo no processo de tratamento recorrendo às opiniões e sugestões destas pessoas.

10. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora os resultados do presente trabalho não tenham a pretensão de serem generalizados à população alvo por se tratar de um estudo exploratório, podem, no entanto, constituir-se como um contributo para a compreensão do tema que se pretendeu estudar nesta investigação, a participação dos utentes e dos seus familiares segundo a perspetiva dos utentes.

Um dos propósitos deste estudo, para além dos objetivos inerentes a uma investigação com este tipo de metodologia, foi pôr as pessoas a falar, a manifestar a sua opinião. São vários os estudos que abordam a Reabilitação Psicossocial e que referem a importância dos seus objetivos, valores e princípios que resumem a necessidade de integração na comunidade das pessoas com doença mental e do seu envolvimento ativo no tratamento. No entanto, por norma, estes temas tendem a ser abordados nas perspetivas dos investigadores e dos profissionais de Saúde Mental, mas não das pessoas que frequentam os serviços de Saúde Mental. Assim, seria desejável que os utentes e também os seus familiares fossem chamados a participar neste debate de modo mais preponderante, uma vez que é mais eficaz a nível de tratamento que estes estejam mais envolvidos no processo de tratamento.

Embora este estudo assuma um carácter exploratório, circunscrevendo-se a um pequeno grupo de participantes, a apresentação e discussão dos resultados leva-nos a concluir algumas confirmações que, na sua generalidade, estão de acordo com as tendências da investigação no que se refere ao estudo da Reabilitação Psicossocial.

Importa também referir as principais limitações deste trabalho para que sirvam de base reflexiva no planeamento e realização de estudos posteriores neste domínio. A dificuldade de acesso à população foi uma das maiores dificuldades encontradas neste estudo. Nem todas as instituições disponibilizam o seu espaço para que o investigador tenha acesso à população necessária. Outra dificuldade prende-se com o facto dos participantes terem de estar estabilizados a nível psicopatológico para que a recolha de dados não seja enviesada. Não é possível recolher dados se a pessoa se encontra com sintomatologia ativa, sendo que esta questão é mais difícil de controlar quando se trata de doença mental.

Outra limitação deste estudo foi apenas se ter conseguido recorrer a uma instituição para recolha de informação, devido às dificuldades e mesmo inexistência de resposta de diversas instituições contactadas. Algumas instituições não responderam ao pedido de recolha de informação e outras responderam negativamente, o que limitou a recolha de informação a um grupo específico de uma instituição com estruturas de Reabilitação Psicossocial. Estudos futuros deverão alargar a recolha de informação a várias instituições que dispõem de serviços de Reabilitação Psicossocial de modo a alargar a compreensão da temática da participação de utentes e familiares no tratamento segundo a perspetiva dos utentes.

Apesar deste estudo apenas ter utilizado a entrevista como fonte primária de recolha de informação, outros estudos que pretendam dar continuidade a este tema e aprofundá-lo poderão utilizar outras técnicas de recolha de informação complementares à entrevista, nomeadamente os grupos de discussão. Assim, poderão contribuir de modo mais preponderante para o enriquecimento de ideias que ajudem os utentes e os seus familiares a participarem de forma mais ativa no tratamento da doença mental.

Por fim, este estudo teve como um dos seus objetivos explorar formas de participação ativa no tratamento da perturbação mental segundo a perspetiva das pessoas que usufruem de estruturas de tratamento na doença mental. Seria também interessante e, a nosso ver, de grande valia que outros estudos contemplassem não só a perspetiva dos utentes como também a perspetiva dos familiares quanto a formas de tornar a sua participação mais ativa no processo de tratamento e de perceber melhor as necessidades deste grupo específico no que diz respeito, por exemplo, à sua relação com os serviços de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anthony, W. (1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist, 32*(8), 658-662.

Anthony, W., Cohen M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2ª ed.). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W., & Margues, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation: A skills-training approach. *Rehabilitation Psychology, 21*(3), 101-105.

Ballus, C., & Tusquets, J. L. (1996). The psychosocial rehabilitation in Spain. *European Psychiatry, 11*(2), 97-100.

Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Carrier, J., & Kendall, I. (2000). Evolução da política. In J. Leff (Ed.), *Cuidados na comunidade: Ilusão ou realidade?* (pp. 23-45). Lisboa: Climepsi Editores.

Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Retirado em Junho-30, 2011, de https://www.ordemdospsicologos.pt /ficheiros/documentos/caodigo _deontolaogico.pdf

Coordenação Nacional Para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica, 1*(25), 127-133.

Federação Nacional das Associações de Família Pró-Saúde Mental. (2007). *Saúde Mental: Posições de EUFAMI (Necessidades dos cuidadores familiares, medicamento, tratamento e cuidados, reabilitação e "recovery").* Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.

Foucault, M. (1954). *Doença mental e psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia.

Gameiro, J. M. (1990). *Epistemologia sistémica da psicopatologia contemporânea: Anti-psiquiatria, esquizofrenia e terapia familiar como analisadores epistémicos*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Giraud-Baro, E. (2007). Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico Psychologiques, 165,* 191-194.

Gonçalves, A. (2004). A doença mental e a cura: um olhar antropológico. Retirado em Maio-30, 2011, de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/556/1/A%20doen%c 3%a7a%20mental%20e%20a%20cura.pdf

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urízar, A., & Ferrer-Gárcia, M. (2009). Effects of a psychoeducational intervention program on attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 44*(5), 343-348.

Hirdes, A. (2001). *Reabilitação Psicossocial: Dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim: Edifapes.

Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação Psicossocial: Objetivos, princípios e valores. *Revista Enfermagem UERJ, 12,* 217-221.

Hofmann, S., & Tompson, M. (2004). *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions*. New York: Guilford Press.

Jorge-Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?. *Análise Psicológica, 1*(25), 111-125.

King, R., Lloyd, C., & Meehan, T. (2007). Key concepts and definitions. In R. King, C. Lloyd, & T. Meehan (Eds.), *Handbook of Psychosocial Rehabilitation* (pp. 1-11). Oxford: Blackwell Publishing.

LaBoube, J., Pruitt, K., George, P. R., Mainda, D., Gregory, W., Allen, B., et al. (2012). Partners in change: Bringing people in recovery into the process of evaluating recovery oriented services. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 15*, 255-273.

Leff, J. (2000). *Cuidados na comunidade : Ilusão ou realidade?*. Lisboa: Climepsi Editores.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu-métode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de L'Université du Québec.

Lefley, H. P. (2010). Treating difficult cases in a psychoeducational family support group for serious mental illness. *Journal of Family Therapy, 21,* 253-268.

Marconi, M., & Lakatos, E. M. (1990). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Marconi, M., & Lakatos, E. M. (2001). *Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos.* São Paulo: Atlas.

Marques, A. (2007). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Metal em Portugal*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris: PUF.

Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond G. R., et al. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 479-490.

Oliveira, S., & Filipe, S. (2009). *Guia de recursos: Reabilitação Psicossocial para a saúde mental* (1ª ed.). Caldas da Rainha: Instituto Nacional de Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

Pélicier, Y. (1973). *História da Psiquiatria*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Pichot, P., & Fernandes, B. (1984). *Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química.

Pratt, C. W., Gill, K. J., Barret, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation* (2ª ed.). London: Elsevier.

Quivy, L., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Rodriguez, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid: Edicionnes Pirámide.

Sota, S., Shinji, S., Masaru, K., Kayoko, O., Koichirou, S., Mitsuru, S., et al. (2008). Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatric and Clinical Neurosciences, 62*, 379-385.

Sousa, S. (2011). *Auto-estigma na doença mental grave: Desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao e-learning*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Strachey, J. (1955). A relação dos estudos com a psicanálise. In S. Freud (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 7-11). Rio de Janeiro: Imago.

Teixeira, C. (2008). *Reabilitação Psicossocial de pessoas com esquizofrenia: Estudo de caso*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V., & Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: A 3 year study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 35,* 487-493.

Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A british perspective. *Psychiatric Research Journal, 25*(3), 245-254.

Yacizi, A., Temiz, M., Erkoç, S., & Ildiz, Ö. (2008). Psychiatric rehabilitation services in Turkey. *International Journal of Mental Health, 36*(3), 15-20.

ANEXOS

ANEXO I

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado(a), _____
estou de acordo em participar no projeto de investigação subordinado ao tema **"Reabilitação Psicossocial e Importância da Participação dos Utentes e dos seus Familiares e/ou Cuidadores"** a realizar pela aluna de 2º ciclo (mestrado) em Psicologia Clínica da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Ana Raquel Ferreira de Castro, sob a orientação do Prof. Doutor J. Gomes da Costa, da mesma Universidade.

Declaro que fui informado que a entrevista efetuada servirá para a recolha de dados no âmbito do referido projeto de investigação.

Para assegurar o rigor da análise de dados recolhidos na entrevista, consinto que se proceda à gravação da mesma, sendo que tanto a entrevista como a gravação poderão ser interrompidas quando e se assim eu o entender.

Concordo que os dados recolhidos na entrevista sejam analisados pela investigadora envolvida no estudo, sendo que a minha identidade jamais será revelada.

Porto, ___ de _____ de 2012

Assinatura: _____

Investigadora: _____

ANEXO II

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Número _____ Data da entrevista ____ - ____ - 2012

Nome da Instituição _____

A. Dados Sociodemográficos

1. Nome _____

2. Idade _____ Data de Nascimento ____ - ____ - 19___

3. Estado civil

	Solteiro(a)
	Casado(a) ou união de facto
	Divorciado(a) ou separado(a)
	Viúvo(a)

4. Habilitações literárias _____

5. Ocupação _____

	Empregado
	Desempregado
	Baixa médica
	Pensão social
	Reformado
	Estudante

B. <u>Situação clínica do entrevistado</u>

1. Diagnóstico _____
2. Data de início do problema _____
3. Número de internamentos _____
4. Medicação _____

C. <u>Guião da entrevista</u>

Introdução: Esta entrevista diz respeito à sua opinião e áquilo que considera importante.

1. Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticado(a)?
2. Como foi encaminhado(a) para os tratamentos? (família, urgência, polícia, etc.)
3. Foi informado(a) em que consistiam esses tratamentos?
4. Considera que tem/teve acesso à informação necessária para iniciar tratamento psiquiátrico?
5. De acordo com a sua experiência, o que considera importante melhorar e introduzir no tratamento da doença mental?
6. Considera importante que as **<u>pessoas com doença mental</u>** sejam envolvidas ativamente na escolha e no processo do tratamento que lhe é disponibilizado?
7. E os **<u>familiares e/ou cuidadores</u>** das pessoas com doença mental? Considera importante envolvê-los na escolha e no processo de tratamento?
8. Tomando em conta a sua experiência no que diz respeito ao tratamento da doença mental, de que forma acha que as pessoas com doença mental poderiam envolver-se de modo mais ativo no processo de tratamento?
9. E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? De que modo poderiam estas pessoas ser envolvidas mais ativamente no processo de tratamento?
10. Já alguma vez ouviu falar de Reabilitação Psicossocial? O que entende por Reabilitação Psicossocial?
11. No que diz respeito à perturbação mental, qual seria o tratamento ideal para si?
12. Comentários e/ou sugestões.

ANEXO III

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA Nº 1

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 17 - 12 - 1960 **Idade:** 51
Estado civil: Solteira
Habilitações literárias: Licenciatura línguas e literaturas modernas
Ocupação: Empregada **(**Professora)

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: Adolescência; aos 20 anos teve o primeiro episódio maníaco
Número de internamentos: 5/6 internamentos

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 1 (E1): Posso-lhe dizer que… inicialmente eu fui tratada pelo psiquiatra, mas acho que nós não nos entendíamos porque eu estava fixada, digamos assim, num determinado assunto e o médico dizia que, como é que hei-de dizer isso, que não tinha importância nenhuma e não sei que mais… Eu hoje já sou capaz de entender, mas… portanto, entender aquilo que ele terá dito e se calhar até concordar com ele, só que eu era muito novita e, portanto, o diálogo, ele era uma pessoa chata, tinha muita idade portanto quer-se dizer, acho que de facto os psiquiatras não ajudam assim tanto, porque eu acho que lhes falta a parte psicológica. O paciente, portanto, tratam mais através do medicamento e falta-lhes, digamos assim, entender melhor ou então dar dicas, estratégias… portanto, ao paciente. Ah!... depois, desculpe! Portanto, passei para outra médica psiquiatra após um outro internamento. Também durante muito tempo até foi profícuo. Depois cheguei a uma determinada altura também, ou porque às vezes é assim,

às vezes a gente volta a ser internada, o tipo de discurso também é relativamente semelhante e a gente chega a uma determinante altura e diz assim: afinal isto não está a resultar. Eu volto outra vez ao hospital, volto a ter recaídas e não me ajuda. Digamos assim. Pronto. Então eu fui fazer psicoterapia num médico que à partida não era a favor de medicamentos e inicialmente eu deixei os medicamentos, porque também acreditava, que dizer, eu no início não acreditava que era uma pessoa doente… ou não queria acreditar, digamos assim… não estava a aceitar e eu acho que a maior parte das pessoas, dos doentes, numa fase inicial, não aceitam a sua doença, porque não a entendem, não é? Eu era uma pessoa relativamente normal, aparentemente, como todas as outras. Tive essa recaída e as outras não tinham. As outras que não têm internamentos, que não têm, como é que eu hei-de dizer, que não têm baixas por este, por este motivo. Hoje em dia já conheço mais, mas na altura não tinha conhecimento.

Entrevistadora: A opção de ir fazer psicoterapia foi sua ou foi-lhe aconselhado?

E1: Foi minha, foi minha. Foi minha apesar de também ter tido um conselho, quer dizer, foi em simultâneo quase. Alguém me sugeriu um nome.

Entrevistadora: Quem foi esse alguém?

E1: Da minha escola e que se calhar já teria passado por lá. Porque era assim, eu não compreendia muito bem porque é que eu estava doente. Achava que, de vez em quando, a parte da psiquiatria não estava a ajudar. Também havia momentos ou fases em que eu de facto não tomava os medicamentos porque já estava melhor e portanto, agora eu já não preciso como as outras coisas também não precisam e portanto, se calhar há bloqueios que eu tenho e então tenho que os tratar de outra forma. Não é?

Entrevistadora: Foi informada em que consistiam os tratamentos que efetuou até ao momento?

E1: Não. Nunca me foi explicado isso. Não. A única coisa que eu posso dizer é que o que eu sei, também não perguntei não é, pronto. Ou se perguntei também rodearam a questão. Dizem assim: "o medicamento x é um neuroléptico". Por exemplo: "Você tem falta de serotonina, como é que eu hei-de dizer, os vasos comunicadores no cérebro, portanto, têm

dificuldade em se comunicarem uns com os outros. Você é descompensada. Está descompensada." São apenas os únicos termos que me foram, pronto... Lá está, também acho que isso aí é extremamente essencial para um doente bipolar. Haver uma explicação.

Entrevistadora: Considera que tem e teve acesso à informação necessária para iniciar tratamento psiquiátrico?

E1: Acho extremamente importante. Não, não. Eu sei que, por exemplo, a nível de net agora se calhar poderei encontrar qualquer coisa, mas… Não, não acho muito [falando d a prestação de informação pelos profissionais de saúde].

Entrevistadora: De acordo com a sua experiência, o que considera importante melhorar e introduzir no tratamento da doença mental?

E1: Olhe, programas televisivos não só a nível de entrevistas, mas explicação como a ADEB faz, portanto, filmes, mais debates, mais publicidade. Publicidade não é, como é que eu direi, tem a ver, grande reportagem, por exemplo. Não é? Depois, um maior esclarecimento, portanto, sobre a eficácia, sobre o tratamento que estamos a iniciar por parte dos psiquiatras e que eles tenham uma formação mais à base de psicologia. Olhe e depois também, por iniciativa própria, também lia, que eu acho que fiz assim alguns exercícios e que foram extremamente úteis. Sei que nem toda a gente vai por essa via, mas de facto a mim ajudou-me muito e no fundo eu considero que andei a batalhar num processo constante ou por fases para superar as minhas dificuldades e o meu problema.

Entrevistadora: Considera importante que as pessoas com doença mental sejam envolvidas ativamente na escolha e no processo do tratamento que lhe é disponibilizado?

E1: Eu acho que sim, mas se pudesse dar alguns exemplos de diferentes tratamentos eu agradecia.

Entrevistadora: Por exemplo, tratamento através de medicação, psicoterapia, participação em grupos de apoio ou em ateliers terapêuticos.

E1: É assim… Olhe, eu vou-lhe dizer… Eu… eu acho que sim. Só que tem um senão. Quando a gente está internada, os primeiros dias nós não sabemos escolher nada nem temos capacidade para isso. Eu por acaso quando entrava no hospital tinha um pavor de lá ficar que tentava recuperar o mais depressa possível e, portanto, e eu própria sugeria à médica quando me apercebia que no Magalhães Lemos eles tinham piscina, tinha ateliers e não sei quantos e tal e eu pedia à médica "Olhe, dei-me ir, deixe-me sair daqui, deixe-me fazer qualquer coisa deixe-me ir para a piscina, mesmo que a gente… a gente está tão em baixo, tão em baixo que não tem forças nenhumas para fazer nada. Mas, por exemplo, havia psicodrama… e eu participei. Acho que a maior parte dos doentes que lá estavam recusavam-se a participar porque de facto ainda estavam bem piores do que eu.

Entrevistadora: E pensando fora do internamento, numa situação em que a pessoa está estável. De que modo poderá a sua participação no seu próprio processo de tratamento ser mais ativa?

E1: Olhe, eu a essa não sei responder assim muito bem porque olhe aqui na ADEB de vez em quando há umas sugestões de participar e eu no início quando vim para cá ainda participava nos encontros de grupo. Agora neste momento a vida não me permite fazer isso. Sugeriram-me aqui, como é que hei-de dizer, o atelier de pintura ou uma coisa qualquer. Já tentei lá na minha terra, mas é assim, às vezes uma pessoa acaba por desistir por vários motivos e eu sou uma pessoa que se puder envolver-me faço. Às vezes há outras que não o fazem e também reconheço que o faço quando ando bem. Quando não ando bem não tenho controlo nenhum. Pronto. É isso.

Entrevistadora: Considera que a participação nesse tipo de atividades, como a pintura ou outro tipo de ateliers, são importantes?

E1: São. Eu acho que são muito importantes. Eu acho que até se nota isso com as pessoas de terceira (pausa) e não devemos, como é que eu hei-de dizer, a minha mãe já tem uma idadezinha, ia para um centro de dia, não é? Não todos os dias, mas por exemplo, quando os animadores envolvem as pessoas, as pessoas sentem-se bem, trabalham e ficam em termos mentais e isso mais saudáveis. Portanto, nessa perspetiva também vejo que o doente bipolar ou um doente mental também está nessa situação.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? Considera importante envolvê-los na escolha e no processo de tratamento?

E1: Acho importante. Sei que é muito difícil enquanto eles não tiverem conhecimento do que é a doença, da forma como eles podem ajudar e às vezes tem a ver com o feitio das pessoas em saber lidar, porque isso é uma coisa nova, não é? Agora perdi-me. O que é que eu queria dizer? Pronto, eu acho que é extremamente importante eles participarem na ajuda, por exemplo, vou-lhe dar o exemplo da minha história. Portanto, a primeira pessoa a ficar doente lá em casa com problemas de maníaco-depressão, portanto bipolaridade, foi a minha mãe. Eu aí assustei-me. Foi um tratamento à moda antiga, digamos assim. Ela é uma pessoa muito determinada e muito disciplinada e conseguiu superar a sua doença com altos e baixos, naturalmente, e quando eu fiquei doente ela apoiou-me. Tive muito apoio. Eu saí do hospital mais cedo do que era necessário, porque ela sabia e a própria médica também sabia que eu que tinha um grande apoio lá em casa e os meus irmãos e essas coisas todas apoiavam desde, por exemplo, sair comigo, porque eu estava muito tempo na cama e essas coisas todas, portanto. E não é fácil um familiar viver com outro que tem doença mental. Portanto, acredito que é preciso que eles também tenham informação e formação. Ah! E há um pormenor que é importante. A minha mãe diz que se ela não tivesse passado por aquela doença, nunca me iria compreender. E a minha mãe levava-me para casa, portanto, eu agora tenho um apartamento, mas quando regresso do hospital ou estou pior, vou para casa dela. Ela controla-me, sem me controlar, a nível da medicação, exige, portanto, manda-me sair, manda-me ir às comprar, manda-me ir para o quintal fazer uma atividade, diz-me para eu me levantar da cama. Pronto, são pequenos gestos que são fundamentais, porque a gente não quer fazer essas coisas, mas ela também às vezes dizia assim: "Pronto… Ela hoje também não está nos seus dias, não está melhor." Lá me deixava ficar mais tempo na cama não é? Pronto. É isso, acho que ele teve muita compreensão para comigo.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? De que modo poderiam estas pessoas ser envolvidas mais ativamente no processo de tratamento?

E1: Olhe, dando sugestões através de folhetos, fazendo sessões de esclarecimentos, dando apoio através de telefone.

Entrevistadora: Está a falar da parte, por exemplo, das associações ou…

E1: Das associações e dos próprios médicos, não é? E dos próprios médicos que, por exemplo, muitas vezes não nos mandam para as associações que têm um papel importante e se calhar até fazem com que os médicos, digamos assim, não tenham, enquanto estão 50 minutos ou meia hora com o doente, há um determinado trabalho que as associações podem fazer em complemento com o próprio médico psiquiatra não é? Pronto. Trabalhar… no fundo, acaba por ser trabalhar em conjunto.

Entrevistadora: Na sua experiência isso aconteceu nalgum momento do seu tratamento?

E1: Está a acontecer mais no presente. Digamos que ouve ali assim um processo gradativo.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar de Reabilitação Psicossocial? O que entende por Reabilitação Psicossocial?

E1: Já, já ouvi. Não estou assim muito dentro deste assunto. Ainda não precisei, mas pronto. Já ouvi falar sim.

Entrevistadora: Daquilo que ouviu e para si, o que é que acha que poderá ser a Reabilitação Psicossocial na doença mental.

E1: Hmmm… Pronto. Eu estou a pensar na questão do trabalho. Também não tenho assim tantos conhecimentos, por exemplo, estou a ver pessoas bipolares, estou a ver esquizofrenia e pouco mais ou unipolar. Portanto, das doenças mentais é aquilo que eu conheço e portanto por vezes profissionalmente, que eu acho que é assim um aspeto muito muito importante e que nos deita muito abaixo e que se calhar depois leva a outros processos que também vão por água abaixo, a nível familiar, relações interpessoais e afetivas. Acho que a reabilitação faz com que se procure um trabalho, portanto, uma nova colocação dessa pessoa num trabalho que esteja mais adequado. Digamos que é encontrar o perfil mais adequado, portanto, um trabalho mais adequado para o perfil daquela pessoa. Não é fácil porque também nem todas as empresas querem uma pessoa que trabalhe mais devagar… enfim… pronto. É dentro desse género.

Entrevistadora: No que diz respeito à perturbação mental, qual seria o tratamento ideal para si?

E1: Olhe, eu estou satisfeita neste momento no tratamento que estou a fazer. Digamos que é a médica psiquiatra ter acertado com a medicação, estar aqui na associação e ter apoio psicológico. Basicamente é isso. E agora perdi-me, não se importa de…

Entrevistadora: Estava a perguntar-lhe qual seria o tratamento ideal para si.

E1: Pois. E se calhar fazer um bocadinho mais de psico psicodrama, psicoterapia, porque também houve uma altura que fiz qualquer coisa relacionada com o renascimento, portanto, trabalhar bloqueios, bloqueios, que eu acho que é muito importante, pronto, e mal-estar, problemas de agressividade, problemas de… Sim sim, os aspetos mais negativos, fricções que a gente tem com outras pessoas. Trabalhar essas áreas. Participar em, portanto, o aspeto físico de ir ao ginásio, fazer caminhadas, é muito importante também.

Entrevistadora: Agora que já acabamos vou-lhe pedir que se tiver algo a acrescentar, uma sugestão ou comentários sobre o que nós falamos ou sobre outro tema que considere importante referir.

E1: Olhe, eu gostei das questões que agora aqui abordou e acho, acho, acho muito importante o trabalho que está a fazer.

ENTREVISTA Nº 2

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 29 - 10 - 1961 **Idade:** 50
Estado civil: Divorciada
Habilitações literárias: 3º ano de relações internacionais incompleto
Ocupação: desempregada (antes trabalhava como secretária e outras coisas)

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: 21 anos (morte do irmão)
Número de internamentos: 4/5 vezes internadas (iniciou tratamentos há 3 anos atrás; refere menopausa)

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 2 (E2): Em termos de internamento também?

Entrevistadora: Sim. Desde psicoterapia, a farmacoterapia…

E2: Durante bastante tempo, umas vezes há interrupções, mas desde 2001, mais ou menos.

Entrevistadora: Mas que tratamentos é que tem feito?

E2: Psicoterapia, mas a nível de psiquiatra também tenho tido sempre tratamentos químicos, sempre. Desde que fui diagnosticada e fui diagnosticada com 25 anos.

Entrevistadora: No início começou a ser seguida logo por psicoterapia e psiquiatria ou…

E2: Primeiro só psiquiatria, primeiro só psiquiatria.

Entrevistadora: Depois então é que iniciou a psicoterapia. E para além da psiquiatria…

E2: No fundo, quando a psiquiatria era particular. Eu ia a um psiquiatra particular. No fundo já era uma psicoterapia também porque era muito prolongado, falava-se, falava-se… Juntava dois em um, mas depois quando comecei no psiquiatra do hospital não. Tinha a psicoterapia diferente por exemplo aqui com psicóloga e lá com o médico para mais para os químicos mesmo.

Entrevistadora: Como foi encaminhada para os tratamentos?

E2: Porque eu estava muito mal e os meus comportamentos eram muito desequilibrados e os meus pais acharam que deveria de ir a um psiquiatra, embora na altura não se considerava, achava-se que a psiquiatria era um bicho de sete cabeças, mas na altura depois fui e o psiquiatra diagnosticou-me logo com a doença bipolar. Na altura doença maníaco-depressiva como se chamava. E foi aí que eu comecei a tomar lítio, depois nunca mais parei de tomar lítio desde aí.

Entrevistadora: Então quando é que começou a fazer psicoterapia?

E2: Depois fui conciliando as duas coisas.

Entrevistadora: Mas foi vontade sua iniciar a psicoterapia?

E2: Foi.

Entrevistadora: Ou foi aconselhada por alguém?

E2: Ah! Fui aconselhada, mas foi por vontade minha que fui. Por exemplo, conheci a ADEB porque a minha mãe tem Alzheimer, já está na última fase, mas durante o tempo

que começou a ser tratada foi por um doutor que era geriatra, psiquiatra geriatra e que era, o consultório dele era em frente à ADEB em Júlio Dinis ali à beira da Avenida da Boavista. Então era mesmo em frente. Então ele sabia, eu como disse que era bipolar, ele disse olhe há ali uma associação que é exatamente para doentes bipolares e eu fui lá e a partir daí também comecei a fazer psicoterapia.

Entrevistadora: Foi informada em que consistiam os tratamentos que efetuou até ao momento?

E2: Sim…

Entrevistadora: Considera que tem/teve acesso à informação necessária para iniciar tratamento psiquiátrico?

E2: Se tenho a informação necessária? Tenho a informação necessária, só que há uma altura quando a pessoa se sente muito bem que acha que não precisa de medicamentos para nada e deixa os medicamentos e depois tem crises muito mais agudas, mas eu, de resto a informação sim.

Entrevistadora: De acordo com a sua experiência, o que considera importante melhorar e introduzir no tratamento da doença mental?

E2: Uma coisa muito importante é os psiquiatras normalmente são só químicos e a parte humana dos psiquiatras nem se vê muitas vezes apaga-se. Estão ali máquinas que estão a debitar os químicos e que não falam com a pessoa. É mais um número e acabou. Principalmente nos hospitais. Esse era aspeto que deveria ser melhorado, a humanização da psiquiatria. Em vez de ser só a parte química.

Entrevistadora: Considera importante que as pessoas com doença mental sejam envolvidas ativamente na escolha e no processo do tratamento que lhe é disponibilizado?

E2: Sim. Claro.

Entrevistadora: Tomando em conta a sua experiência no que diz respeito ao tratamento da doença mental, de que forma acha que as pessoas com doença mental poderiam envolver-se de modo mais ativo no processo de tratamento?

E2: É assim, eu por exemplo, o facto da pessoa dar o testemunho é importante e eu já fui à televisão uma vez naqueles programas da Praça da Alegria. Fui dar o meu testemunho de que precisamente sofria da perturbação bipolar e que tentava lutar e para as pessoas não deixarem de tomar os remédios e não sei quê e nesse aspeto dar o testemunho é uma coisa importante para alertar as outras pessoas para não caírem nos mesmo erros muitas vezes que nós caímos porque eu já caí muitas vezes nisso, no deixar de tomar a medicação sabendo que, na altura não se sabe não é, na altura a pessoa deixa e tem uma crise, um disparate completamente para as alturas e depois tem a queda que é muito mais grave ainda.

Entrevistadora: Para além desse testemunho e pensando mais na sua experiência ao longo dos tratamentos que já fez, tanto a nível de medicação como a psicoterapia ou até a participação num grupo terapêutico, um grupo de apoio.

E2: Sim, temos os grupos de autoajuda.

Entrevistadora: De que modo acha que a sua participação neste tipo de atividade poderá ser uma peça fundamental para o processo terapêutico da pessoa e para uma melhoria significativa.

E2: Claro. Para nós e para os outros também. Porque no fundo há uma comunicação entre nós e exemplos similares não é. A nível da aprendizagem uns com outros, uma pessoa pensa… olha afinal não sou o único. Os outros também têm problemas semelhantes, pelo menos tem o mesmo cariz de problemas.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? Considera importante envolvê-los na escolha e no processo de tratamento?

E2: É claro. É.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? De que modo poderiam estas pessoas ser envolvidas mais ativamente no processo de tratamento?

E2: É assim, eu a nível de família, a minha mãe como eu lhe disse está com Alzheimer. Coitadinha já não conhece ninguém. Ela não conhece ninguém e o meu pai já morreu, por isso quem eu tenho e eu sou divorciada. Por isso pronto, não me dou propriamente muito bem com o meu ex-marido. O que se passa é que a nível familiar quem tenho é um filho de 14 anos que ainda não está apto a ver, esse até já passou por vários momentos maus meus, tanto que tem atenuantes no resultado escolar, tem uma avaliação muito má a nível de aproveitamento muito mau, mas em termos de família família… Aliás, o que eu tenho é dois irmãos que têm as vidas deles e é muito complicado, pronto. E eles têm-me ajudado nas crises, mas de resto não interferem mais, por isso eu estou sozinha nesse aspeto a lidar com a própria doença. Estou muito sozinha, fora o facto de fazer a psicoterapia e o psiquiatra do Magalhães Lemos. Eu tenho as duas coisas. Mas a nível de família não tenho assim propriamente. Há grupos familiares daqui, mas eles não vêm. Isso não lhes interessa, mas ajudaram naquilo que tiveram que me ajudar, quando eu fui internada e assim… tiveram ali ao meu lado.

Entrevistadora: Portanto, considera que a participação dos seus familiares é relevante para o seu tratamento.

E2: É importante claro.

Entrevistadora: Considera que se os seus familiares participassem mais ou tivessem acesso a mais informação ou participassem eventualmente num grupo de apoio familiar, por exemplo, que seria mais benéfico para si?

E2: É assim, eu nem penso tanto porque realmente eles não estão virados para aí, por isso não estou a pensar se viessem ou se não viessem. Pronto. É assim que são as coisas. Já houve uma altura em que tentei, tentei principalmente que a minha irmã viesse, mas ela disse que não lhe interessa. Já sabem a informação básica, não lhe interessa. Por isso é que eu não vou tentar.

Entrevistadora: Mas de que forma acha que os familiares e utente poderiam participar mais ativamente no processo de tratamento?

E2: Era exatamente aquilo que eu estava a dizer há pouco. Aquela partilha de experiências semelhantes, por isso é que é bom e benéfico para a pessoa e benéfico para o resto do grupo. Normalmente é por isso que os grupos existem e que se chamam autoajuda.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar de Reabilitação Psicossocial? O que entende por Reabilitação Psicossocial?

E2: Sim sim. Eu acho que também é importante uma psicoterapia para fazer isso não é? Reintegrar a pessoa na sociedade. É um bocado isso não é?

Entrevistadora: No que diz respeito à perturbação mental, qual seria o tratamento ideal para si?

E2: O ideal é assim... A pessoa gostava de nunca mais ter crises e ter uma estabilidade emocional interessante, porque isto é uma doença afetiva, também. Obviamente que se houvesse um comprimido, um único comprimido que fizesse esse efeito e tivesse que se tomar diariamente mas que não tivesse efeitos secundários e que permitisse à pessoa permanecesse estável com as variações, oscilações de humor normais, de uma pessoa normal, entre aspas não é, em vez de ser picos para cima e para baixo como eu tenho… isso era o ideal.

Entrevistadora: Há mais alguma coisa que acha que facilitava lidar com a perturbação mental?

E2: Sim. Arranjar um emprego. Também é muito importante, arranjar um bom emprego também. E conseguir conservar o meu emprego, é muito importante. Outra coisa que me vem à cabeça é o meu filho, porque eu às vezes não consigo lidar com o meu filho porque me irrito imenso e essa irritabilidade passo logo esse stress para ele e quanto mais estável eu estiver mais consigo lidar com essas situações. Basicamente é isso.

Entrevistadora: Para finalizar, tem algum comentário ou sugestão sobre alguma coisa que considere importante dizer.

E2: Eu acho é importante fazerem esse tipo de trabalhos que é para se ter mais conhecimento das patologias. Quanto mais conhecimento se tiver eu acho que mais investigação haverá sobre elas, mais facilmente se encontrará soluções. Podem não ser soluções definitivas, mas soluções parciais que enriquecem sempre a cura. Pode não ser, lá está, a cura total, mas pode ser um tipo de ajudas muito grandes, cada vez maiores, neste caso nesta patologia.

Entrevistadora: Perante aquilo que me disse agora, considera importante haver uma aproximação entre os serviços de saúde e a opinião das pessoas que deles usufruem?

E2: Exato. Sim sim. Exatamente. Acho que os doentes neste caso são considerados uns coitadinhos. Os médicos é que estão ali a ditar as leis como se fossem pronto… este é um coitadinho. Põe-se a etiqueta na testa. É o rótulo e acabou. Vai ser assim tratado com este rótulo e muitas vezes tem que se pensar que as pessoas não são todas iguais, podem ter a chamada mesma patologia não é, mas são pessoas completamente diferentes e únicas, tem coisas diferentes e únicas cada um deles. Por isso tem que se ter uma atenção particular em cada caso e não tratar tudo como a manada dos coitadinhos.

ENTREVISTA Nº 3

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 11 - 06 - 1973 **Idade:** 39
Estado civil: Casado
Habilitações literárias: 12º ano
Ocupação: Funcionário público (trabalha numa biblioteca municipal)

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: manifesta sintomas desde os 14 anos, mas apenas foi diagnosticado há 4 anos
Número de internamentos: nunca esteve internado devido ao diagnóstico de perturbação mental

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 3 (E3): Olhe, eu os tratamentos que fiz até agora foi essencialmente tratamentos com fármacos. A primeira vez que estou a fazer terapia, digamos assim, é aqui na ADEB. Anteriormente já funcionei com duas psicólogas, já trabalhei com duas psicólogas, ah… mas não entendi muito bem. Não deu resultados, prontos.

Entrevistadora: Portanto, já fez psicoterapia, mas não teve resultados práticos.

E3: E abandonei a meio, quer numa psicóloga quer noutra, mas essencialmente aquilo que eu tive foi tratamento com fármacos. Posso-lhe dizer que poderia estar aqui, não digo meia hora, mas algum bom tempo a enumerar-lhe os fármacos todos que já tomei até agora. Já corri quase os antidepressivos todos e só há cerca de 3 anos para cá é que estou

a tomar estabilizadores de humor que é próprios para a doença bipolar, para os picos de depressão e para os pios de euforia. Mas essencialmente foi fármacos que eu, que eu tomei para o meu problema.

Entrevistadora: Então até agora está a dizer que a maior parte dos tratamentos que fez foi através sempre de fármacos e então quando é que iniciou, não sei se neste momento se encontra a fazer psicoterapia individual ou em grupo.

E3: Neste momento, desde que vim para a ADEB, encontro-me a fazer psicoterapia e agora porque neste momento temos tido grupos terapêuticos.

Entrevistadora: E antes de frequentar a ADEB já tinha tido outra forma de tratamento para além dos fármacos?

E3: Não. Não, nunca. E minha decisão da vinda para a ADEB foi uma decisão difícil. Demorou-me a tomar cerca de uma ano e meio, talvez com medo, com receio, com vergonha, tudo à mistura, com a doença, um pouco de tudo à mistura, custou-me a vir para a ADEB, mas tem resultado.

Entrevistadora: Então como é que foi encaminhado para a ADEB e para os tratamentos que fez anteriormente desde que iniciou os sintomas?

E3: Eu conheci a ADEB na internet, sem querer, portanto, através de pesquisa da doença conheci o site da ADEB com o qual fiquei logo todo entusiasmado e também a minha médica psiquiatra me propôs que eu poderia vir à ADEB ver como é que isto funciona, ver como é que funcionava, mas eu sempre tive um certo receio em vir, sempre uma certa vergonha, uma certa retração na vinda aqui à associação, mas tenho vindo já há algum tempo e tenho-me sentido bastante bem.

Entrevistadora: Então foi aconselhado a conhecer e a fazer psicoterapia e a frequentar o grupo terapêutico pela sua médica psiquiatra.

E3: Sim sim e pela internet também claro.

Entrevistadora: Sim, porque descobriu a associação pela internet.

Entrevistadora: Foi informado em que consistiam os tratamentos que efetuou até ao momento?

E3: Os primeiros fármacos que tomei não me esqueço. Foi quando teria aí uns 14 anos, mais ou menos. Tive um esgotamento. Os primeiros fármacos que tomei foram… não me lembra o nome agora, mas o meu diagnóstico clínico nessa altura era uma ansiedade extrema. Já nessa altura a ansiedade era uma coisa muito forte. Foi o meu primeiro grande diagnóstico clínico foi a ansiedade que eu tinha comigo que ainda hoje tenho.

Entrevistadora: Mas quando iniciou a farmacoterapia, foi-lhe informado em que consistia o tratamento psiquiátrico através da toma da medicação e qual o objetivo?

E3: Foi. O objetivo era pôr-me mais calmo mesmo. Eu fiquei em casa, parei a escola. Fiquei em casa no primeiro tratamento e foi mesmo para ficar mais calmo, porque o tratamento consistia era bastante forte e não conseguia ter um funcionamento porque estava sempre a dormir constantemente e eram antidepressivos e calmantes basicamente que era mesmo para descansar o cérebro.

Entrevistadora: Considera que tem/teve acesso à informação necessária para iniciar tratamento psiquiátrico?

E3: Eu acho que sim, porque eu há pouco tempo mudei de psiquiatra, por exemplo, não sei se estou a responder à sua questão?

Entrevistadora: Sim sim.

E3: Eu mudei de psiquiatra e foi a conselho médico, foi um conselho aqui da ADEB, porque a ADEB trata os doentes bipolares e aquele psiquiatra identifica e estuda, tem uma formação específica em doentes bipolares e eu troquei de psiquiatra e fui lá a essa senhora, à doutora psiquiatra e sinto-me muito melhor. A mudança de médico e a informação que me deram que eu agora considero-me muito mais informado desde que

vim para a associação. Considero-me um doente bipolar super bem informado porque eles aqui dão todo o tipo de informação que nós precisamos e ajudam-nos nesse sentido.

Entrevistadora: E anteriormente? Como é que se informava?

E3: Anteriormente, há aqui uma coisa importante que eu aconselho as pessoas a não fazerem que é pesquisar este tipo de doenças na internet. Que foi o meu caso. Eu pesquiso na internet o que dizem dos doentes bipolares, por exemplo, ou das depressões e não corresponde minimamente à realidade, porque cada caso é um caso, cada doente é um doente e só o seu médico ou só inserido numa associação é que poderá ter o seu valor, digamos que, o doente ter o seu real valor da forma como está, porque não é a internet que vai fazer dar a informação certa. É completamente errado. Os diagnósticos estão completamente errados. Então há sites brasileiros que são, que são demais mesmo!

Entrevistadora: Então considera importante que o início da sua vinda aqui para a associação e a sua frequência nas estruturas que a associação oferece é importante para melhorar a sua qualidade de vida no que diz respeito ao seu problema? É isso?

E3: Eu considero a ADEB essencial à minha melhoria significativa que tenho vindo a ter desde que vim para cá. Já não pareço a mesma pessoa. A medicação já é muito menos e pronto, tenho outra qualidade de vida.

Entrevistadora: De acordo com a sua experiência, o que considera importante melhorar e introduzir no tratamento da doença mental?

E3: Eu vou responder doutra maneira. Eu acharia que deveria haver formação mais específica nesta doença e noutras doenças mentais e psicoterapeutas mais bem formados ou com outros currículos quer em hospitais que em… eu não vou dizer de onde venho, mas posso dizer que venho de muito longe e faço um sacrifício muito grande em vir aqui ao Porto de 15 em 15 dias e devia haver uma formação específica para a esquizofrenia, uma formação específica para as doenças bipolar, devia haver para as várias vertentes médicas, para as várias doenças, massa humana mais, digamos, com mais experiência e formação específica para ajudar os doentes.

Entrevistadora: Quando fala dos profissionais, falou agora na massa humana, que tipo de profissionais deveriam ter melhor formação?

E3: Para esta doença?

Entrevistadora: Sim. Para lidar com as pessoas que estão diagnosticadas com uma perturbação mental.

E3: Com uma perturbação mental eu indicaria os psiquiatras, eu acho que ninguém tira o lugar aos psiquiatras. Os psiquiatras são os psiquiatras, quem receita os medicamentos, os medicamentos são necessários para tratar as doenças psíquicas, mas eu acho que faz falta, digamos que, uma maior formação nos psicólogos. Acho que os psicólogos não têm a formação suficiente ou a experiência suficiente para nos aconselhar a nós doentes. Aconselham de uma maneira muito leve. Eu acho que deviam de estar mais bem preparados. Não é o caso aqui na ADEB. Aqui na ADEB estão bem preparados. Mas eu estou a dizer de um modo geral com as experiências que já tive. Os psicólogos funcionam, como se costuma dizer, como os nossos anjos da guarda. São os nossos anjos da guarda e precisavam de estar um bocadinho mais bem preparados. Eu acho. Porque se reparar, as doenças do foro psicológico, toda a gente fala nelas, toda a gente trata os doentes com doença de foro psicológico de diferentes maneiras. Olha para nós de outra maneira. Não encaram o doente do foro psicológico normal, encaram de outra maneira. Ou chamam-me maluco ou não bato bem da cabeça ou uma coisa do género.

Entrevistadora: Então acha que devia haver mais sensibilidade.

E3: Sim.

Entrevistadora: Considera importante que as pessoas com doença mental sejam envolvidas ativamente na escolha e no processo do tratamento que lhe é disponibilizado?

E3: Por exemplo, eu falo no meu caso, porque cada caso é um caso. Há doentes que não conseguem dizer A nem B porque estão de tal maneira doentes, mas no meu caso devia ter vindo mais cedo à ADEB por exemplo. Se eu tivesse vindo mais cedo à ADEB eu se calhar já estava muito melhor do que o que estou, porque tenho liberdade de escolha, até a

própria expressão, eu a exprimir-me exprimo-me com mais satisfação, com verdade, com rigor. As pessoas ouvem-me, acarinham-me, ou seja, as pessoas têm sempre algo a dizer, porque quem sofre é que tem que falar.

Entrevistadora: Então acha importante haver uma escuta da parte das pessoas que recebem tratamento.

E3: Exatamente. Enquanto que o médico psiquiatra receita os medicamento, faz a consulta e doente vai para casa, mas o doente não vai curar. O doente vai meio aliviado, mas vai para casa sofrer. Se não tiver uma psicoterapia por trás muito forte que o acompanhe, o doente não vai lá só com os comprimidos. Vai sofrer muito e bastante com a perturbação mental.

Entrevistadora: Tomando em conta a sua experiência no que diz respeito ao tratamento da doença mental, de que forma acha que as pessoas com doença mental poderiam envolver-se de modo mais ativo no processo de tratamento?

E3: Eu acho que as pessoas doentes deviam ser sinceras a 100%, coisa que muitas delas não são nas perturbações mentais, porque as doenças do foro psicológico são bastante complexas e, repito mais uma vez, cada caso é um caso, mas as pessoas esquecem-se às vezes de contar a verdade toda ao médico. E isso ajudaria a que a pessoa se libertasse mais e exprimisse perante os médicos ou perante a psicoterapia tudo aquilo que lhe vai na alma, que fosse honesta com ela própria. Eu acho que muitas delas não vão ao fundo da questão, escondem sempre qualquer coisinha e isso limita o médico, limita o psicoterapeuta e a própria pessoa fica limitada porque fica sempre com algo escondido dentro dele.

Entrevistadora: E pensando da parte dos profissionais e dos serviços de saúde, o que é que acha que eles podiam alterar para que a participação dos doentes fosse mais significativa?

E3: Olhe, eu tenho 38 anos e já ando neste mundo desde os 14 e este mundo é muito complexo, porque há uma guerra aberta, digamos assim entre aspas, entre os psiquiatras e os psicoterapeutas, os psicólogos e aí é que está o cerne da grande questão. Para mim,

apesar de haver gabinetes médicos que têm isso, todo o psiquiatra devia de trabalhar juntamente com o psicólogo e ao trabalhar com um psicólogo ajudaria de forma mais rápida e eficiente o doente.

Entrevistadora: Então acha que isso é uma peça fundamental…

E3: Eu acho que devia de haver uma lei que ditasse um psiquiatra com um psicólogo. Havia de haver uma lei que ditasse mesmo isso. Não há lei nenhuma, há muitos consultórios de psiquiatras e psicólogos, mas não estão diretamente juntos! Um dá consultas às quartas, outro dá consultas às terças, não passam a bola um ao outro. Cada psiquiatra devia de ter uma psicóloga ou psicólogo, digamos, da sua confiança e trabalharem os dois em conjunto e assim fariam um trabalho muito melhor sobre os doentes, mas mesmo muito melhor.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? Considera importante envolvê-los na escolha e no processo de tratamento?

E3: Olhe, eu tenho esta doença há 11 anos e se não fosse a minha esposa ainda hoje eu se calhar não estava aqui a falar consigo muito sinceramente. E hoje por acaso eu vim sozinho à sessão, mas todas as vezes que venho à associação a minha mãe acompanha-me. Nunca estou sozinho e essas duas mulheres em questão e mais alguém da família têm-me dado muita força e têm sido o meu *ex libris* na doença que dura há muitos muitos anos. A família é essencial na ajuda da doença.

Entrevistadora: Uma vez que considera importante a participação dos familiares, como é que acha, do seu ponto de vista, que estes poderão participar mais ativamente no processo de tratamento?

E3: Primeiro, tentam-se informar da doença que está em causa não é? E depois tentar puxar para a vida ativa. Quando nós estamos deprimidos, estamos de cama, não nos levantamos, não nos apetece tomar banho, não nos apetece fazer nada… Não é levarem-nos um chazinho à cama ou um cafezinho que resolvem o problema, antes pelo contrário. É o oposto. Elas com a força delas e com o que conhecem da doença porque já leram, sabem os sintomas que têm a doença, é tirar-nos da cama para fora. Essa é a parte mais

difícil, mas só assim é que elas nos estão a ajudar. Não é com os mimos que nos dão que nos vão tirar a doença ou nos vão fazer sofrer menos. Têm que nos contrariar. E ao contrariar-nos, porquê contrariar-nos? Não é como estar internado! Porquê? Porque elas contrariam-nos com amor. Não sei se me faço entender?

Entrevistadora: Faz sim.

E3: Elas estão-nos a contrariar, mas estão-nos a dizer que estão ali e estão ali com amor para nós e assim estão-nos a ajudar. Acho que a família é… basicamente é isso.

Entrevistadora: E agora pensando da parte das instituições de saúde, de que modo é que acha que estes poderão ajudar os familiares a participarem também na vida das pessoas com perturbação mental?

E3: Olhe, eu por acaso, por caso, agora nós aqui na ADEB estamos a fazer um ciclo de conferências, não é conferências que diz, mas um grupo que nos estamos a reunir as últimas duas sextas-feiras de cada mês e falamos sobre a doença e eu acho que há aqui um erro. Já recebi o calendário com os vários temas e acho que há aqui um erro neste calendário que é não haver aqui um dia para a família. Acho que a família tinha direito a uma sessão, sem nós.

Entrevistadora: Sim. Acha que há a necessidade da criação de um dia para que os familiares também pudessem participar nas sessões.

E3: E quanto às perturbações mentais, às doenças do foro psicológico, a nível dos hospitais, a nível dos centros de saúde, acho que a informação peca, chega tarde. Eu não conheço nenhum centro de saúde que faça conferências ou colóquios sobre a doença mental.

Entrevistadora: Para as pessoas…

E3: E para as famílias. Exatamente.

Entrevistadora: No que diz respeito à perturbação mental, qual seria o tratamento ideal para si?

E3: Essa é uma pergunta uma bocado difícil, porque a perturbação bipolar é uma doença crónica onde temos altos e baixos, mas o tratamento ideal é andarmos sempre medicados com um estabilizador de humor. Temos que andar sempre com um estabilizador de humor medicados e fazer muita psicoterapia.

Entrevistadora: E há assim mais alguma coisa que ache importante e que tenha sentido falta?

E3: Lidar com esta nova experiência que estou a lidar é enriquecedora e é pena não ser sempre seguida. Vai parar em Julho que é ter estas sessões de grupo. Estas sessões de grupo são sessões espetaculares. Aprende-se muito e lida-se com colegas com pessoas que têm o mesmo problema que nós e isso aí é fundamental. É pena ser só um ciclo de 2 meses e terminar. Mas se calhar vou frequentar outra vez, não sei!

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar de Reabilitação Psicossocial? O que entende por Reabilitação Psicossocial?

E3: Sinceramente já ouvi falar. Agora na prática não estou a ver o que poderá ser. Será integrar os doentes na sociedade? Os doentes estão à margem, estão à margem estão postos de lado, não é, e será uma corrente para os tentar integrar no mundo do trabalho, na sociedade, com amigos, com amizades com trabalho e assim vivem em sociedade, não são discriminados. Mas eu não acredito nisso, volto a repetir, porque todas as doenças do foro psicológico são recriminadas pelas outras pessoas que não padecem desse problema.

Entrevistadora: Já chegamos ao fim. Vou só perguntar-lhe se tem algum comentário ou algo que queira acrescentar.

E3: Eu a coisa que sinto mais na pele e que mais me impressiona é que eu vivo num meio e trabalho com pessoas e não sei quê, sabem que eu ando em médicos e não sabem a minha perturbação e não posso dizer que sou doente bipolar, porque se eu disser que sou doente bipolar vou ser considerado digamos como maluco ou louco melhor dizendo. Eu

queria que as pessoas olhassem para as doenças do foro psicológico como outra doença qualquer crónica e as pessoas não olham e por vezes tratam os doentes com doenças do foro psicológico não as tratam bem. Tratam-nas mal, põem-nas à margem da sociedade e é isso.

Entrevistadora: E acha que, de certo modo, as pessoas em tratamento com o diagnóstico de uma perturbação mental, também têm alguma responsabilidade em também alterar esse conceito que as pessoas têm sobre elas?

E3: Eu considero a sua pergunta inteligente, mas repare, como é que vou mudar o conceito quando as pessoas me recriminam a mim. É muito difícil combater as pessoas e explicar às pessoas que eu sou uma pessoa igual às outras que tenho que tomar um medicamento para ficar mais ou menos. É complicado.

Entrevistadora: E agora de outra perspetiva, o que é que acha que os serviços de saúde poderiam fazer para esse tipo de preconceito fosse alterado?

E3: Podiam fazer as palestras, os colóquios, correr os centros de saúde todos do país de lés a lés, explicar as doenças às pessoas e podiam quem manda na saúde em Portugal para chegar mais depressa às pessoas para as começar a habituar de uma vez por todas e era ir para a televisão. Quando eu digo isto ir para a televisão não é ir para a televisão falar só. Devia haver programas específicos sobre este tipo de doenças, mas pequenos *sketchs* publicitários a alertar este tipo de doenças e aí as pessoas consciencializavam-se mais e viam que essas doenças não são assim tão monstruosas quanto parecem.

Entrevistadora: De certo modo é desmistificar o que está à volta desse tipo de problemas.

E3: Exatamente! Exatamente!

ENTREVISTA Nº 4

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 03 - 09 - 1960 **Idade:** 51
Estado civil: Divorciada
Habilitações literárias: 12º ano
Ocupação: Reformada; exposição de pintura

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: refere morte do pai e após 1 ano deste acontecimento a morte da avó, a responsabilidade de cuidar de uma sobrinha com paralisia cerebral e o divórcio há cerca de 29 anos atrás
Número de internamentos: esteve internada 8 dias por inadaptação à medicação

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 4 (E4): Eu nunca tive ajuda tão pouco, nem o psiquiatra nunca me ajudou, nunca me explicou o que era uma doença bipolar nem tão pouco o que era um medicamento. Eu própria é que sentia em mim uma vontade "Eu não posso estar assim. Eu tenho que fazer alguma coisa para sair disto porque…". E então e cheguei à conclusão que tinha que fazer as coisas que mais gostava. A primeira coisa foi plantas. Dediquei-me muito a plantas. Acabei por comprar um livro destes de pintar a lápis e quando me sentia com mais força eu sentava-me a pintar, mas tudo por iniciativa própria. Não que dissessem. Eu não frequentei grupos, nem o psiquiatra me disse nada, nem terapia de grupo.

Entrevistadora: Portanto, iniciou o seu tratamento…

E4: Por mim.

Entrevistadora: Mas foi primeiro vista por um psiquiatra. É isso?

E4: Exatamente.

Entrevistadora: O que me estava a dizer era que achou necessário para além do acompanhamento do psiquiatra fazer outro tipo de atividades que pudessem ajudar no seu tratamento.

E4: Exatamente. Por iniciativa própria. Não que ele me dissesse.

Entrevistadora: Como é que foi encaminhada tanto para o psiquiatra, como para essas atividades que começou a fazer?

E4: Esse médico, portanto, eu não fui encaminhada, porque quando estava doente automaticamente eu, eu desde sempre ainda agora ajudo-me a mim própria. Eu não fico à espera que me mandem, procuro ajuda e depois e depois os próprios médicos… cheguei primeiro a ir a uma neurologista e a neurologista disse que, contei-lhe o que se passava comigo e ela disse que não era bem da área dela, mandou-me para um psicólogo. Acontece que eu andei mais de um ano num psiquiatra. Ele não me havia de ter receitado medicação. Receitava-me um medicamento e o medicamento ia sempre subindo de dosagem e cada vez quer-se dizer olhando aos problemas que eu tinha, até que a própria farmacêutica é que me disse "Como é que você esta a tomar tanto tempo este medicamento e como é que o médico lhe está sempre a aumentar a dosagem.". Eu acho que aí eu parei e tentei procurar ajuda de psiquiatria que a tive em Espinho numa médica, numa psiquiatra que por coincidência era amiga do médico que me depois ficou a seguir.

Entrevistadora: Considera que foi informada em que consistiam os tratamentos que fez?

E4: Não… Eu tinha reações físicas muito bruscas e de repente estava de diarreia, cheguei a sujar até e depois lá está como eu lhe disse, o meu organismo foi difícil adaptar-me à medicação, mas também nunca me foi dado indicação. Mesmo que eu perguntasse não

me davam. Nunca me perguntaram como é que eu me sentia, se eu me sentia bem, se eu me sentia a melhorar…

Entrevistadora: E, de acordo com a sua experiência, o que é que considera importante introduzir ou melhorar no tratamento da perturbação mental?

E4: Eu neste momento assim sem pensar muito a melhor maneira de nós conseguirmos superar a doença é não pensarmos em nós e não estarmos a pensar nas nossas dores, mas estarmos dedicados a algo que a gente goste. Explorar aquele campo que temos dentro de nós desconhecido. Que até tinha um bocado de jeito para pintar e neste momento até tenho uma exposição dedicada ao dia da mãe. Já fiz feiras também, mas tudo por iniciativa própria. Mas eu sou uma pessoa que não espero que me digam, eu busco.

Entrevistadora: Então considera importante que o tratamento para a perturbação mental, para além dos fármacos e psicoterapia, deverá também haver uma atividade em que as pessoas se possam envolver?

E4: Exatamente.

Entrevistadora: Considera que essa ocupação foi importante para a melhoria do seu estado de saúde?

E4: Foi. Eu não consegui melhorar até fazer qualquer atividade. Acho que é muito importante as pessoas pensarem para si e verem exatamente aquilo que querem, aquilo que gostam ainda, porque nós temos momentos que despegamos de tudo. Eu tive nesse momento. A pessoa fica… parece que nada nos diz nada, nada nos diz nada. Mas eu acho que o mais importante nesse momento, mesmo que nos estejamos nesse plano de escuridão há sempre uma luzinha e essa luzinha a gente que a deixe crescer e que tente nem que seja confrontar-se ou ajudar outra pessoa. Eu acho que a gente a ajudar os outros estamos a ajudar-nos a nós próprios. Eu acho que muitas pessoas, não digo nem todas, nas pessoas que as doenças não sejam tão, pronto, violentas, eu acho que se as pessoas se dedicarem um bocadinho a muitas coisas, eu acho que vão ter uma melhora muito significativa.

Entrevistadora: E segundo a sua experiência, acha importante que as pessoas que estão diagnosticadas com uma perturbação mental e que estão em processo de tratamento, acha importante que estas sejam envolvidas ativamente nesse processo?

E4: Eu continuo a dizer a mesma coisa, porque nós durante esses momentos, nós temos momentos confusos, nós não temos muitas vezes aqueles momentos de lucidez, muitas vezes não sabemos o que queremos. Eu continuo a dizer que mesmo nesses momentos eu acho que a ajuda ao próximo é muito importante ou fazer qualquer coisa mesmo, qualquer coisa que seja o mínimo.

Entrevistadora: Considera que essa ajuda, no seu caso, se traduz no seu envolvimento numa atividade?

E4: Sim.

Entrevistadora: Portanto, esse envolvimento pressupõe que as pessoas participem ativamente no tratamento.

E4: Sim! A pessoa pode não pensar em nada, ser confusa, mas suponhamos, põem-lhe um vaso e uma planta à frente e a pessoa sabe logicamente que a planta precisa de água, precisa de uma terra e precisa de um sítio. É o meu ponto de vista! E quem diz isso outra coisa… Seja lá o que ela for, mais até a própria pessoa ela se vir é capaz até aos pouquinhos de recuperar.

Entrevistadora: E o que é que acha que os serviços de saúde ou as associações poderão fazer para envolver de forma mais ativa as pessoas no processo de tratamento?

E4: Eu acho que as pessoas já estão a fazer muito dado as circunstâncias, dado à crise que estamos a passar e tudo o que se pode fazer faz-se com sacrifício, mas eu acho que é muito de louvar estas instituições, mas tem que se ajudar as instituições certas, instituições que estejam voltadas para doentes com problemas mentais. Porque há muitas instituições que não sabem o que é uma doença bipolar, não sabem o que é uma esquizofrenia. Eu acho que teriam mais sucesso se as pessoas do outro lado saberem mais do que nós.

Entrevistadora: E os familiares e/ou cuidadores das pessoas com doença mental? Considera importante envolvê-los na escolha e no processo de tratamento?

E4: Acho que sim. Acho que sim, porque nós temos momentos de muito sofrimento, precisamos de muito carinho e não precisamos, nós próprios, a pessoa sentindo um carinho é quase como a pessoa consegue crescer melhor, consegue suportar melhor a dor, mas eu acho que a família não está preparada e hoje em dia as pessoas não sabem lidar e não querem. Há pessoas que não querem, não sabem lidar mas também não querem informação.

Entrevistadora: E o que é que acha que os serviços e as associações podem fazer para ajudar a que os familiares participem mais ativamente no processo de tratamento?

E4: Eu acho que, pessoalmente eu acho que eles podem fazer muito pouco, dado que são médicos que passam 3-4 meses e depois vão-se embora. Eles próprios desligam-se um bocado dos doentes, porque sabem que estão ali aquele tempo e depois acabou. Como isto está tudo, torno a voltar ao mesmo, está tudo tão incerto, ninguém sabe o dia de amanhã eu acho que os próprios médicos, as próprias pessoas, não se esforçam, não dão aquele, porque eles sabem que dali a 2 meses já não estão ali, portanto já não podem ajudar aquela pessoa.

Entrevistadora: Mas do ponto de vista dos familiares. Há pouco estava a dizer que acha importante que os familiares participem…

E4: Acho muito importante que eles participem.

Entrevistadora: Então de que forma é que acha que os familiares poderiam através de ideias contribuir para a melhoria das pessoas que têm uma perturbação mental?

E4: Em primeiro lugar eles têm que ser elucidados. A família tinha que ser elucidada por profissionais para estarem preparados para poderem ajudar a pessoas, porque enquanto não criamos estabilidade, nós temos muitas alterações. Eu acho que é muito importante, principalmente no início de uma doença dessas a família estar alertada, saber o que é essa

doença que a pessoa tem. A partir daí acho que a ajuda é muito importante, o carinho e isso tudo acho que é muito importante. Em primeiro lugar eles têm de saber o que é que o doente tem.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar em Reabilitação Psicossocial?

E4: Já.

Entrevistadora: E o que entende por Reabilitação Psicossocial? Já ouviu falar alguma vez?

E4: Eu acho que estas pessoas, nós temos que ser admitidos perante a sociedade não como doentes mas sim como pessoas, porque nós a doença deixamos ficar em casa. Quando uma pessoa tem uma ocupação, nós deixamos a doença em casa. Portanto, o que sai de nós é a pessoa que vai fazer aquele trabalho. Suponhamos, eu acho que a jardinagem é muito boa, porque a pessoas às vezes neste estado a pessoa não quer pensa, esgota-se, não tem, não tem condições de pensar, então eu acho que era mesmo estes trabalhos que a pessoa faz sem pensar, tudo aquilo que nós fazemos que sai de nós. Eu acho que isso ajuda muito, porque nesses momentos em que a pessoa tem que passar a crise, em que não está definida, em que não sabe não aceita, eu acho que tem de ser fazer coisas que não puxem muito pela pessoa. Simplesmente que lhe saiam das mãos.

Entrevistadora: Qual seria para si o tratamento ideal?

E4: O tratamento neste momento e por aquilo que eu passei é basicamente informação e o apoio que temos nesta instituição, o carinho que também recebemos e o carinho que também podemos levar para a nossa família e a nossa família também pode adquirir isso nestas instituições que estão preparadas para isso. Haver um espaço para saberem lidar com a pessoa.

Entrevistadora: Então considera importante haver locais que estejam informados e que possam prestar tratamento adequado à pessoas.

E4: Exatamente.

Entrevistadora: Em algum comentário ou mais alguma coisa que queira dizer?

E4: Eu quero dizer que eu tenho esta doença. Sofri muito. Lutei muito. Eu quero dizer que não há necessidade das pessoas sofrerem tanto, porque em dia não se justifica a pessoa andar… eu acho que a pessoa não precisa de andar tanto tempo a sofrer, porque nós sofremos, temos momentos de muito sofrimento interior que nós guardamos muitas vezes para nós e não damos a conhecer aos outros. Eu acho que ajudava muito a tala ajuda aos familiares. Esclarecer eu acho que era meio caminho andado. Todas essas pessoas não sejam inferiores, porque nós não somos inferiores, eu acho que estas pessoas têm muito para dar aos outros e para dar a si próprias e temos partes de nós que desconhecemos. Eu acho que era bom partirmos para essa parte que nós desconhecemos em nós e tentarmos explorar essa parte.

ENTREVISTA Nº 5

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 02 - 06 - 1988 **Idade:** 23 anos
Estado civil: Solteira
Habilitações literárias: 12º ano
Ocupação: desempregada

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: 15 anos
Número de internamentos: 3 internamentos (aos 15, aos 16 e aos 20 anos)

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 5 (E5): Desde que eu soube, não vim logo para aqui. Só ando aqui vai fazer 3 anos e tal, não sei.

Entrevistadora: Faz medicação, não é?

E5: Faço desde o início, sempre certinho. Andei no início não aceitava bem a doença, claro como toda a gente, rejeitei a doença foi muito difícil para os colegas e tudo, não conseguia como hei-de explicar, não conseguia, estou nervosa, não conseguia estar com amigos nem com familiares rejeitava toda a gente.

Entrevistadora: Isso foi quando soube que tinha perturbação bipolar, começou desde logo a fazer medicação?

E5: Sim.

Entrevistadora: E agora faz psicoterapia?

E5: Sim, ando num psicólogo.

Entrevistadora: Tem consultas individuais?

E5: Sim e ando no grupo e tenho psiquiatra no Hospital de S. João.

Entrevistadora: Portanto, faz psiquiatria e tem aqui as consultas de psicoterapia com a Dra. Lídia.

E5: Antes andava no Magalhães Lemos até fazer 18 anos, na psicóloga.

Entrevistadora: Na Psicóloga para além da psiquiatria.

E5: Sim, dos 15 aos 18 andei lá, ao fazer 18 anos a minha maior idade é que tive de vir para aqui. Fui de urgência para o Hospital e o Psiquiatra descobriu pela Net que havia o grupo e então o meu pai foi mesmo ao grupo e viu.

Entrevistadora: Então agora está a fazer psicoterapia e também participa no grupo de apoio, não é? Já falou um bocadinho dos encaminhamentos começou por ser seguida por psiquiatria por fazer mediação, não é e, depois foi encaminhada para aqui para a ADEB e já tinha feito Psicoterapia no Magalhães Lemos e foi encaminhada para a ADEB pelo psiquiatra então?

E5: Sim nas urgências eu nem se quer o conhecia.

Entrevistadora: Tinha conhecimento da associação através da internet. Então o seu pai entrou em contato e foi mesmo lá?

E5: Sim foi mesmo lá. Fomos lá.

Entrevistadora: E desde que começou a ser tratada tanto a nível de medicação e depois como quando veio para aqui.

E5: Mudou a minha vida completamente.

Entrevistadora: Lembra-se de ter sido informada em que consistiam os tratamentos? Tanto a nível de medicação como de psicoterapia?

E5: É assim, eu posso-lhe dizer, desde que eu me lembre, desde os meus 15 anos até agora sempre foi muito vigiada, tanto na escola, tive psicóloga na escola como aqui sempre fui muito acompanhada, por acaso, não me posso queixar. Agora perdi-me.

Entrevistadora: Portanto, eu estava a perguntar-lhe se nesse acompanhamento a informaram para que é que servia a medicação, para que é que servia a psicoterapia?

E5: Isso foi o psicólogo da escola que me explicou tudo.

Entrevistadora: Então considera que esteve informada durante esse período?

E5: Eu andava meio rebelde quando andava na escola, foi quando eu soube da doença, andava meia perdida mas, a minha psicóloga da escola é que me orientou,

Entrevistadora: E hoje em dia e também no passado, considera que tem informação necessária para procurar por exemplo outro tipo de tratamento ou outro tipo de atividade que acha que lhe faça bem a nível… atividade não profissional, atividade por exemplo que possa beneficiar a melhoria do seu estado de saúde.

E5: Sim, atividade eu não faço nenhuma. Isso sim eu agora já consigo controlar a doença, eu antes não conseguia. Irritava-me muito, agora não.

Entrevistadora: Agora já está mais estável?

E5: Sim, muito mais.

Entrevistadora: E de acordo com a sua experiência, pensando desde que soube que tinha perturbação bipolar e que teve o primeiro contato com essa realidade. O que é que acha que poderia ser melhorado e introduzido na prestação de cuidados de saúde a nível da doença mental? O que é que para si é importante melhorar, tanto nas associações como nos hospitais?

E5: Sei lá… tanta coisa.

Entrevistadora: Qual é a primeira coisa que lhe vem à cabeça para si tendo em conta a sua experiência?

E5: E assim, eu quando estive no Magalhães Lemos eu fui bem cuidada, quer dizer… entre os 15 e os 16 anos fui bem cuidada, mas depois quando o meu último internamento foi horrível porque fui para a parte dos adultos e foi uma experiência mesmo horrível.

Entrevistadora: E partindo dessas experiências e de outras que já teve, o que é que acha que poderia ser melhorado que iria ajudar no tratamento da perturbação mental?

E5: Sempre que eu fui internada sempre me trataram bem. Enquanto fui jovem tinha lá tudo. Tinha jogos… até bolo eu fazia. Eu acho que é isso que você está a dizer não é?

Entrevistadora: Sim sim.

E5: A sério! Tinha. Enquanto jovem… Depois quanto mais crescida, que eu estive internada com 20 anos, já não dava para fazer muita coisa. A única coisa que eu fiz quê… lia. Lia porque o meu pai trazia livros. Porque é assim… nós não podemos ter nada lá dentro. Não podemos ter telemóveis, não podemos ter… nem sequer mp3 podemos ter. Pelo menos podiam deixar-nos ter mp3, porque aquilo é muito secante mesmo. Só nos deixam ver televisão. Nem descansar deixam.

Entrevistadora: Sentiu necessidade de uma atividade com a qual pudesse ocupar o tempo?

E5: É assim, eu quando estou assim mais nervosa e não sei quê, quando tenho esses despiques, tento dormir. Eu por acaso tive sorte porque tinha lá uma amiga da minha tia que trabalhava no Magalhães Lemos e a minha tia falava com ela e deixavam-me dormir, por isso não posso me queixar muito!

Entrevistadora: Considera importante que as pessoas com doença mental sejam envolvidas ativamente na escolha e no processo do tratamento que lhe é disponibilizado?

E5: É assim, a mim sempre me disseram tudo, não é?

Entrevistadora: Agora pensando nos serviços de saúde, o que é que acha que eles poderiam fazer para incluir mais as pessoas de modo a que as pessoas participem mais ativamente?

E5: Sei lá! Eles já fazem tanta coisa.

Entrevistadora: Como por exemplo?

E5: Sei lá! Eles já metem folhetos pela net. Já metem a informação pela internet. Até já divulgam pela televisão. Já há folhetos e tudo. Já há imensas coisas.

Entrevistadora: Já há muita informação?

E5: Já.

Entrevistadora: E para si? Acha necessário introduzir mais alguma coisa que pudesse contribuir para isto?

E5: Claro que é sempre necessário, porque esta doença há pouco tempo, entre aspas, ninguém conhecia. Eu posso-lhe dizer que quando fui diagnosticada com a minha idade, com 15 anos, foi um tabu para muita gente e mesmo para mim. Eu não sabia o que era e sofri muito na altura, porque os meus colegas, os meus familiares e mesmo a minha família e a minha mãe não sabem lidar com a doença porque não conhecem.

Entrevistadora: E como é que foi feito esse conhecimento?

E5: Quem me ajuda muito é o meu pai, muita gente da minha família, mas também há muita gente da minha família que ainda não sabe o que é.

Entrevistadora: Acha importante a participação dos familiares no processo de tratamento?

E5: Sim, a ADEB faz, como é que? Aqueles…

Entrevistadora: Grupos de apoio?

E5: Não é só grupos de apoio.

Entrevistadora: Conferências?

E5: Sim, ao sábado. Não são todos os sábados, mas acho que é uma vez por mês para ir os familiares e os amigos dos doente e é fixe. Ajuda muito!

Entrevistadora: Era isso que eu lhe ia perguntar. Se esse tipo de iniciativa…

E5: Ajuda muito os familiares. É assim, no meu caso, vai sempre o meu pai e de resto só foi a minha prima ainda. Tento arrastar a minha melhor amiga, mas ela nunca vai! Tá-se bem!

Entrevistadora: Então o que é que acha que as instituições poderiam fazer para que os familiares e as pessoas que fazem parte da nossa vida participem mais no processo de tratamento?

E5: Sei lá! Já fazem tanta coisa! Eu não me posso queixar da ADEB, porque desde que estou aqui sou outra pessoa mesmo! Eu posso-lhe dizer que quando estudava eu era uma pessoa mesmo completamente diferente. Eu havia alturas que chegava a casa, que as horas passavam assim completamente por mim entende?

Entrevistadora: Sim.

E5: E agora não, agora passam devagarinho! E havia alturas que não. Eu dava um passo e olhava para o relógio e eram 2 horas, olhava outra vez para o relógio e já eram 9 horas da noute. Era horrível! Era horrível mesmo.

Entrevistadora: Então com o que é que acha que esta associação contribui para a sua vida tenha mudado tanto?

E5: Tipo… nos grupos, aqui também com a Dra. Lídia que ajuda imenso mesmo. Sempre que nós precisamos, quando estamos mais em baixo, podemos ligar para o número de telefone que a Orlanda também fala connosco. Quer dizer, eu nunca ligo!

Entrevistadora: Mas se precisar, sabe que pode ligar.

E5: Às vezes ligo! Por acaso no outro dia liguei e falei com Dra. Lídia.

Entrevistadora: Então considera que esse tipo de apoio é essencial para que consiga lidar melhor com o seu problema?

E5: Claro que sim. Ajuda mesmo.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar de Reabilitação Psicossocial na perturbação mental?

E5: Nunca.

Entrevistadora: Mas o que é que lhe parece que poderá ser?

E5: É para ajudar as pessoas a fazerem outras coisas para não estarem em casa. Eu quis dizer em casa, mas não é em casa, é numa associação. Estarem tipo a fazerem atividades.

Entrevistadora: No que diz respeito à perturbação mental, qual seria o tratamento ideal para si?

E5: Sei lá… Eu já tomo medicação há algum tempo, há 8 anos. Sinto-me bem com ela. Claro que há alturas que há picos, que eu tenho picos, mas isso… é normal.

Entrevistadora: E não há mais nada que ache que poderia ajuda-la a nível de tratamento que gostasse muito de fazer?

E5: Dizia logo para deixar de tomar medicação. Isso era de certeza.

Entrevistadora: E mais?

E5: Começava logo a fazer desporto. Nunca estar em casa… eu estou muito em casa e ter muitas mais atividades.

Entrevistadora: De que género?

E5: Eu adoro desporto e quando andava na escola fazia muito desporto, saia muito e agora não faço nada disso.

Entrevistadora: E mais atividades para além do desporto que gostaria de frequentar?

E5: Sei lá… Adoro teatro!

Entrevistadora: Teatro…

E5: Gostava de ser atriz, mas não posso por causa disto... ser bipolar… Esqueça pronto!

Entrevistadora: Tem algum comentário ou sugestão que queira fazer sobre o que estivemos a falar aqui ou outro assunto?

E5: Não! Foi rápido!

ENTREVISTA Nº 6

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 25 - 02 - 1968 **Idade:** 44 anos
Estado civil: divorciada
Habilitações literárias: 12º ano (técnica de ação educativa)
Ocupação: desempregada

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: 2002 com episódio de hipomania
Número de internamentos: teve um internamento em 2008

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada? Com tratamentos quero dizer medicação, psicoterapia, participação em grupos de apoio.

Entrevistado 6 (E6): Aqui na ADEB comecei em 2010 e recorro sempre aos grupos de ajuda mútua que são mensais, pronto… não é propriamente um tratamento, quer dizer, não é um tratamento prescrito. É nesse sentido que eu quero dizer, mas que ajuda e de resto a medicação anda à volta ahh, só houve uma altura em que tive de tomar um antidepressivo, mas foi praí em 2008, mas de resto tem estado tudo estabilizado.

Entrevistadora: Desde que foi diagnosticada tem feito medicação e tem participado nos grupos de apoio.

E6: Sim, daqui da ADEB.

Entrevistadora: E já alguma vez fez psicoterapia?

E6: Não.

Entrevistadora: Como é que foi encaminhada para os tratamentos?

E6: É assim, eu fui internada porque, porque felizmente quis senão… provavelmente, estava estourada por causa do episódio hipomaníaco e comecei a tomar medicação desde que tive alta, quer dizer, deram-me medicação quando tive internada e quando tive alta e puseram-me a par do diagnóstico e houve outro tipo de medicação. Mas felizmente, quer dizer, tenho tido certas destabilizações, mas não acusa bipolaridade, é problemas familiares, problemas de desemprego… eu não vou estar a misturar e dizer que é por ser bipolar, não. São problemas da vida que destabilizam independentemente de ser ou não ser.

Entrevistadora: E como é que foi encaminhada depois aqui para a ADEB?

E6: Eu tinha visto o programa da Júlia quando andava em estado depressivo e andei uma temporada sentada no sofá a ver esses programas todos, mas mesmo assim desde que vi o programa da Júlia Pinheiro até recorrer à ADEB demorei quase 2 anos.

Entrevistadora: Então teve conhecimento da ADEB através da televisão.

E6: Exatamente. E na altura até ainda não eram aqui as instalações. Eram perto de minha casa, mas tive, pronto, em estado depressivo durante quase 2 anos até quase de 2010.

Entrevistadora: Então a iniciativa de recorrer à associação foi sua.

E6: Foi.

Entrevistadora: E considera que teve e continua a ter a informação necessária para recorrer a tratamento psiquiátrico e psicológico?

E6: Quer dizer, a partir do momento em que eu fui internada continuo a ter consultas de psiquiatria lá no Hospital Santos Silva, lá no psiquiatra e felizmente temos um bom

relacionamento doente/paciente e o que ela diz para mim, quer dizer, não é lei, porque no ano passada ela queria receitar-me uns antidepressivos e eu não me sentia depressiva, sentia era que tinha problemas para resolver e depois de conversarmos ela chegou à conclusão que não se justificava os antidepressivos e depois não foi mesmo necessário. Mas desde que fui diagnosticada como bipolar, o meu pai o é e o meu avô o foi, eu não me arrisco a brincar com a doença, nem me arrisco a deixar de tomar a medicação, porque era um risco muito grande. Não vou estar a brincar com coisas sérias.

Entrevistadora: Então considera que conseguiu informar-se…

E6: Sim, informar-me, até porque já tinha casos de familiares e quando me deram o diagnóstico até não foi uma coisa que eu estranhasse muito, tive a informação toda.

Entrevistadora: De acordo com a sua experiência, o que considera importante melhorar ou introduzir no tratamento da perturbação mental?

E6: Quem sou eu… Com a experiência que eu tive eu acho que é muito importante no caso de depressão ou seja no que for eu acho que os psiquiatras deviam encaminhar também para a psicologia, porque os psiquiatras têm a mania que, desculpe o termo, que uma pessoa ganhar ânimo, sair de casa e inscrever-se num ginásio e fazer isto e fazer aquilo, mas uma pessoa está tão em baixo que sair de um esgotamento os espaços fechados é impossível, barulho é impossível. Por vezes os grupos de ajuda ajudam-nos mais porque conhecemos pessoas que têm os mesmo problemas e daí outros interesses na vida e é um passo para sair de casa, porque embora até nem falemos dos problemas comuns, pronto quando estamos aqui é diferente, mas quando há sessão psicopedagógica, almoço e isso tudo, até falamos de outras coisas e até vemos que até há interesses comuns, sei lá, e depois combinar coisas para sair de casa… Talvez nestes casos a psiquiatria e a psicologia tivessem de andar mais de mãos dadas. Uma coisa não substitui a outra. Eu posso dizer que a minha primeira saída social ao fim de 2 anos de ser internada foi para a ADEB que houve uma sessão… Mesmo a questão da autoestima, eu acho que a psicologia faz mais do que a psiquiatria.

Entrevistadora: E considera importante que as pessoas diagnosticadas participem ativamente no processo de tratamento e com isso quero dizer que as pessoas tenham opção?

E6: O optar e o não optar é bocado relativo. Depende do estado em que a pessoa estiver não é? Tem é de confiar e arranjar um bom psiquiatra e não é cá "eu não quero tomar este eu quero tomar aquele". O doente tem é de ter sorte no psiquiatra que lhe calha e na medicação que lhe receitam.

Entrevistadora: E do ponto de vista das instituições de saúde, de que modo é que estas poderiam contribuir para que a participação das pessoas com uma perturbação mental fosse mais ativa?

E6: Para mim, quer dizer, como me têm chegado as consultas de psiquiatria no hospital e aqui a ADEB, eu não sinto falta de mais nada. Agora, para aqueles doentes que entram muitas vezes em depressão, talvez seja mais importante terem mais as psicoterapias, talvez ajudasse mais. Mas eu para mim talvez precise daqui a uns tempos! Estou a brincar!

Entrevistadora: Mas a nível pessoal sente que há um equilíbrio…

E6: Sim, sinto-me bem apoiada.

Entrevistadora: A nível dos familiares e cuidadores? Considera importante que haja uma participação mais ativa no tratamento das pessoas com o diagnóstico da perturbação mental?

E6: Tem de haver envolvimento da família, nem que seja para estar alerta. Não estou a falar no meu caso. Estarem atentos se o doente toma a medicação ou não. Eu falo um bocadinho por mim, porque estou a viver com os meus pais e noto quando o meu pai anda um bocadinho mais eufórico, comento com o psiquiatra, mais em baixo, é importante para quem tem um familiar seja com que perturbação for, é importante estar atento. Quer dizer, não é estar ali a fazer marcação cerrada, mas é importante haver envolvimento.

Entrevistadora: E de que modo os familiares ou outras pessoas que fazem parte da vida das pessoas com o diagnóstico de uma perturbação mental poderiam participar mais ativamente no processo de tratamento?

E6: Um bom apoio familiar acho que já é suficiente. Desde que estejam alerta e que apoiem. Agora a nível de alargar a rede, dos amigos estarem a par. Não vale a pena estar a explicar o que é que é ou deixa de ser porque é estar a criar confusão.

Entrevistadora: Mas está a falar do que é dar a conhecer o que é a perturbação mental?

E6: Eu acho que quem tem uma perturbação qualquer neste momento mais vale estar caladinho.

Entrevistadora: Em que sentido? Acha que vai prejudicar a relação que há entre as pessoas?

E6: Acho que sim, a não ser que haja uma base de confiança muito grande, caso contrário… Isto ainda está muito atrasado a nível de mentalidades. As pessoas ainda não se capacitaram, e ninguém está livre de ter uma crise, tendo o gene ou não, mas o apoio familiar… Agora a família envolver-se muito nas instituições. Claro que às vezes é necessário que acompanhem o doente a uma consulta de psiquiatria. Isso acho importante, mesmo para dar a versão ao médico de como acha que está o doente, mas também agora a fazer marcação cerrada não, também dar o espaço.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar em Reabilitação Psicossocial?

E6: Inserir na sociedade? Reabilitação leva-me mais para aquelas pessoas que tem uma doença, que estão inaptas e depois voltam a estar aptas. Eu no meu caso ainda não saí da sociedade patronal, mas ao fim ao cabo passei por esse processo e quem me deu a ajuda foi a ADEB. Voltar a ter autoestima e voltar a sair de casa. Sim… ao fim ao cabo foi uma reabilitação que eles conseguiram comigo! É fundamental!

Entrevistadora: Para si, qual seria o tratamento ideal para si?

E6: Uma boa terapia era não existir problemas à face da terra e o tempo estar estável!!! Viver num planeta perfeito, ter uma vida perfeita… não era preciso medicação!

Entrevistadora: Mas há algum tipo de tratamento…

E6: Isto é uma brincadeira, mas para uma pessoa bipolar que é uma pessoa que *a priori* é uma pessoa mais sensível, se vivesse num mundo cor-de-rosa não existia bipolaridade praticamente, percebe o que eu estou a querer dizer? Agora o tratamento para cada um tem de ser o que cada psiquiatra e se o doente tivesse alta psiquiátrica e eu acredito que há aí muito doente bipolar que está ou com medicação mais ou com medicação a menos. Eu tive a sorte com a minha psiquiatra e de estar com pouco medicação. Quando questionei quando tomava o zyprexa, mesmo passado um ano, ela acabou por retirar. Isto também é preciso termos confiança mútua não é? Mas o importante é conseguir ir a um psiquiatra.

Entrevistadora: Então acha que arranjar um profissional que…

E6: Acerte na medicação. Eu nunca fui de tomar medicação, mas a partir do momento em que estabeleceram que eu tinha de tomar, comecei a tomar, mas que questionei sempre porque que é que tomava isto, porque que é que tomava aquilo, qual era a necessidade. Mas também há aquele doente que só se sente bem se o médico receitar. Tudo depende.

Entrevistadora: Considera a sua frequência no grupo de apoio aqui da associação uma peça fundamental para conseguir estar estabilizada?

E6: Eu neste momento venho à mesma porque pronto… gosto sempre de fazer parte do grupo, não que sinta necessidade para me sentir melhor, porque às vezes estão pessoas muito em baixo e acabam por mexer um bocadinho. Se estamos mais sensíveis então, estamos naquela fase, mas depois no final até é satisfatório, porque já não estão com aquela carga de quando entraram e isso tudo, por isso também tento continuar no grupo independentemente de me sentir melhor ou pior. Eu às vezes não me apetece, mas tento vir não às vezes pela minha necessidade, mas também porque há pessoas que estão a precisar e como já me valeram muito, se calhar não as pessoas que estão agora no meu grupo, mas foram importantes quando eu estava em baixo tento ir ao grupo mesmo quando estou bem para tentar de alguma forma fazer o que fizeram por mim.

Entrevistadora: Tem algum comentário ou sugestão que ache importante acrescentar sobre o que estivemos a falar ou sobre outro assunto que importante?

E6: Ah! O que é importante é ter o tempo ocupado! É ter atividades. Mesmo que não arranje um emprego que agora está um bocado complicado, há uns programas, aqui não sei, mas no hospital onde eu estive foi horrível. Estive lá um mês e saí de lá com mais 10kg e depois o tempo não passava. E hospitais e associações era importante que criassem tempos, oficinas para promover atividades ou pintura ou disto ou daquilo para as pessoas. Isso é que era importante haver a nível social.

ENTREVISTA Nº 7

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Feminino
Data de Nascimento 27 - 12 - 1963 **Idade:** 48 anos
Estado civil: Divorciada
Habilitações literárias: 6º ano
Ocupação: desempregada

B. SITUAÇÃO CLÍNICA DO ENTREVISTADO

Data de início do problema: 21 anos (depressão pós-parto)
Número de internamentos: aos 21 e aos 22 anos

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistadora: Que tratamentos já fez desde que foi diagnosticada?

Entrevistado 7 (E7): Medicação já fiz muito tipo de medicação. Já tive algumas crises e, antes de haver o risperdal, não havia risperdal e, então tomava vários medicamentos para fazer o mesmo efeito, depois de haver no mercado comecei a tomar o riperdal e tenho me dado muito bem com ele. Era mesmo só medicação e consulta do psiquiatra. Só agora aqui nesta associação, comecei a vir a Associação, porque a minha filha herdou a mesma doença que eu e, ela queria saber mais sobre a doença e é que quis vir para esta Associação e foi por isso que eu vim, e por ela querer vir é que eu vim, vim acompanhar a minha filha e participar também, porque também ela participa.

Entrevistadora: Ela participa em quê? Nos grupos de apoio?

E7: Sim, ela participa nos grupos de apoio.

Entrevistadora: Há quanto tempo é que vem aqui à ADEB, recordar-se mais ao menos?

E7: Recordo-me há mais ao mesmos 2/3 meses.

Entrevistadora: Agora para além da medicação também participa nos grupos de apoio?

E7: Sim, comecei agora a participar.

Entrevistadora: E qual a impressão que tem depois de ter começado a participar?

E7: Sim até este momento em mim não notei diferença nenhuma e também eles não falavam nada que eu já não soubesse mas, estou a gostar e mais empenhada em vir por causa de fazer companhia à minha filha.

Entrevistadora: Como é que descobriu a ADEB?

E7: Descobri, muito simples, comentei com a minha dentista sobre o problema de a minha filha ter a doença e eu ter a doença e foi assim. A minha dentista é que disse, olhe que deve haver alguma associação que dê a apoio a doentes bipolares e, depois comentei com a minha filha em casa e ela foi na internet, e por intermédio da internet é que descobrimos. Entramos em contato e viemos.

Entrevistadora: E quando começou a fazer medicação relacionada com a doença bipolar, foi informada em que é que consistia esse tratamento?

E7: Não porque fui internada no Brasil e foi lá que eu estive internada e nunca fui informada. Andei num psiquiatra de lá.

Entrevistadora: E quando veio aqui para a ADEB e começou a frequentar os grupos, foi informada do que consistia e, para que é que servia este tipo de ajuda?

E7: Sim, para a gente conhecer melhor a doença.

Entrevistadora: Então desde que começou a ter problemas relacionados com a perturbação bipolar e a depressão, acha que teve acesso a informação necessária para fazer um tratamento psiquiátrico?

E7: Não nunca fui informada, as pessoas acharam que eu estava doente e levaram-me ao psiquiatra e, receitavam-me medicação e eu tomava.

Entrevistadora: E de acordo com a sua experiência, de internamento como aqui na ADEB, tudo o que fez para contribuir para a o tratamento do seu problema, o que acha que era importante melhorar, introduzir fazer coisas novas para melhorar no tratamento da perturbação mental?

E7: Não sei o que poderia ser melhorado. Eu ando a ser tratada pelo Dr. Coelho e sempre me tratou, já me trata há 21 anos, já há muito ano, desde que vim para Portugal de vez ele sempre me tratou. Nunca tive razão de queixa dele, os tratamentos que ele me fez logo me punha boa.

Entrevistadora: Acha importante que as pessoas que estão diagnosticadas com uma perturbação mental participem de uma forma mais ativa no processo de tratamento?

E7: A gente quando está a ser tratada está numa faze que não dá para escolher o que quer fazer, porque a gente está doente. Cheguei a precisar de tomar remédios e a dizer que não precisava e mesmo quando foi no Brasil as primeiras vezes que me queriam dar remédios, eu dizia que era para me matar. É por isso que nessa altura não dá para escolher o que é que quer que nos trate. A informação é sempre bom, aqui a ADEB achei que é como coisa boa para a minha filha porque a gente no início da doença acha que não precisa do medicamento e, deixa de o tomar, porque eu já fiz isso e, a minha filha já caiu na asneira de fazer isso também e, depois entra numa crise profunda e, acho bom a informação. Aqui a ADEB, eles explicam e informam e isto vai ajudar a minha a nunca mais deixar de tomar o remédio. A informação que a ADEB me dá tem sido útil para eu saber como é que a minha filha se comporta, se ela está a ter crise se não, se precisa de tomar mais medicamentos se precisa de ir ao psiquiatra, como eu vivo sozinha com ela.

Entrevistadora: E acha importante que os seus familiares façam parte do processo de tratamento?

E7: Sim, eu vivo sozinha com a minha filha, ela agora também tem a mesma doença e, quando eu tive crises ela não dava para se aperceber que eu estava com a doença porque ela não estava informada sobre isso. Também convivo muito com os meus pais, com os meus irmãos. Tenho 5 irmãos convivo com eles e tenho o meu irmão mais velho que é médico e sabe totalmente da doença. Não acho importante, eles quando vêm que eu estou doente me encaminham para o psiquiatra. A minha irmã quando eu tive crises ela me ajudou. É importante que tenham outras pessoas que se envolvam e nos apoiem porque a gente quando está a ter crises e está mais doente a gente acha que está boa e é só as pessoas de fora que reconhecem e a gente não. Se tivermos pessoas amigas e familiares que nos ajudem isso é muito bom.

Entrevistadora: De que modo acha que as instituições, associações ou Hospitais devem contribuir para que os familiares e pessoas em geral possam ajudar as pessoas com esta doença?

E7: Isso é o que ADEB faz, é bom, fiquei a saber o que eu sentia e o que a associação fala, já estava cheia de ter passado isso por mim, pois a experiência da vida nos traz mas, acho bom haver estas associações a explicar e assim.

Entrevistadora: Já alguma vez ouviu falar ou leu em algum sítio de reabilitação psicossocial na perturbação mental? Já ouviu falar sobre isso?

E7: Não, não.

Entrevistadora: O que acha que poderá ser Reabilitação Psicossocial, na doença mental?

E7: Reaver os pensamentos da pessoa, não é?

Entrevistadora: Tem algum comentário sugestão que queira fazer sobre o que nós estivemos a falar ou sobre outra coisa ligada à perturbação mental?

E7: Eu acho, eu por exemplo já tenho a doença há muitos anos e só soube o nome da doença pela minha filha ter adoecido, também nunca me interessei muito em saber o nome da doença mas, uma vez perguntei ao meu irmão para ele me dizer e ele não quis dizer e eu também não dei importância em saber o nome da doença e em saber informações sobre a doença mas, agora como a minha filha adoeceu e achei útil saber.

Entrevistadora: Acha que teria sido importante para si saber o nome da doença e do que se tratava?

E7: Eu saber o nome da doença, por um lado achei bom saber um bocado saber falar mais da doença porque comecei a realizar, por exemplo eu não sabia bem o que era o humor em baixo, muita tristeza, muita alegria, não sabia bem, só há pouco tempo é que fiquei a saber que era sobre isso, sabia que era do doença mas não sabia que eram esses sintomas.

Entrevistadora: Acha que isso é importante de algum modo para lidar melhor com as coisas e para conseguir perceber, estar mais atento?

E7: Sim, é. Mais atento, porque a gente fica muito triste e pensa, será que eu estou a entrar numa crise. Eu não sabia que o estar contente e estar triste era a doença bipolar mas, sabia eu em, mim quando ficava sempre a pensar na mesma coisa ou assim já conhecia, antes não mas agora mais por diante já conhecia em mim que estava a precisar de consulta de psiquiatra. Eu própria já não precisava de estar à espera que os outros me dissessem que eu tinha de ir a uma consulta. Enquanto no início da doença eu não me apercebia, eles é que se apercebiam que eu precisava de consulta.

Entrevistadora: Para si é importante que haja informação para as pessoas saberem lidar com este tipo de situações?

E7: Sim, acho importante as pessoas que tenham a doença ter muita informação sobre a doença, coisa que eu não tive no início e se eu tivesse no início seria mais fácil para mim. É uma opinião minha que eu acho.