

SAÚDE MENTAL REABILITAÇÃO E CIDADANIA



Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das
Pessoas com Deficiência

Capa: Eugénia Santos

Local e Data de Edição: Lisboa, 2006

Colecção: Folhetos SNR, N.º 56

ISBN: 972-9301-99-9
978-972-9301-99-5

Montagem e Impressão: Tipografia Macarlo, Lda.

Depósito Legal: 245294/06

SAÚDE MENTAL REABILITAÇÃO E CIDADANIA



Índice

Prefácio

de *Maria João Heitor dos Santos* 3

Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania

de *Isabel Fazenda* 6

Prevenção do Estigma Social da Doença Mental

de *Fátima Jorge-Monteiro* 16

Estigma & Saúde Mental

de *Delfim Oliveira* 25

PREFÁCIO

Em Portugal, tem vindo a ocorrer um movimento progressivo, no sentido de uma prestação de cuidados de saúde mental, baseada num espectro comunitário e hospitalar. É certo que tem havido uma evolução nos serviços de saúde mental mas também sabemos que uma mudança de atitudes, quer de profissionais, quer do público em geral, é indispensável.

Os autores dos textos que são aqui apresentados, figuras de referência no panorama nacional da saúde mental, descrevem aspectos do modelo que hoje em dia é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, o modelo de Saúde Mental Comunitária. Conceitos e questões como saúde mental e direitos humanos, doença mental e estigma, são aqui exemplarmente desenvolvidos. A complexidade dos problemas colocados pela perturbação mental e pela exclusão social devida ao estigma exige a união de esforços e de recursos, numa acção concertada e articulada, a valorização de redes de suporte social e o estabelecimento de parcerias.

Há questões que embora latentes só agora se começam a debater mais amplamente e de forma articulada, tais como os problemas associados à deficiência e à doença mental, sobretudo nas franjas etárias com maior insuficiência de respostas.

No que se refere ao planeamento e avaliação de serviços, embora se tenha vindo a assistir a um trabalho regular mas lento neste âmbito, estamos presentemente num momento mais propício para uma (re)organização dos cuidados de saúde mental e do apoio social. Esta (re)organização deverá ser encarada numa perspectiva de reabilitação psicossocial e de

desinstitucionalização, incluindo, por definição, a não institucionalização e a mobilização de respostas comunitárias, não necessariamente de serviços e estruturas, mas de cuidados e apoio.

As medidas a implementar, centradas na pessoa que sofre, deverão passar pela participação dos utentes e familiares como exercício de cidadania plena. Temos de ser pragmáticos e inovadores, racionais e criativos, procurando evitar sobreposições e lacunas e utilizando modelos complementares e integradores, em que a prestação de cuidados e de apoio é modulada pelas necessidades de cada indivíduo, tendo em vista o seu projecto de vida.

A análise do histórico associado ao papel de diferentes correntes psiquiátricas e da experiência em diversos países revela-nos sucessos e fracassos com os quais podemos aprender.

É preciso acabar com mitos e, quer as medidas mais estratégicas que se tomem, quer as intervenções mais práticas, no terreno, todas elas devem ser baseadas na evidência. A existência de canais de comunicação e informação entre a ciência e investigação e os decisores políticos e profissionais é necessária, para que sejam tomadas as decisões mais adequadas e efectuadas as melhores abordagens na prática do dia-a-dia.

Temos de estar preparados e dispor de tecnologias, quer biológicas, quer psicossociais, para fornecer as respostas com melhor custo-efectividade e, simultaneamente, dar espaço e permitir processos como os de *empowerment* e de *recovery*.

O Ministério da Saúde tem um Plano Nacional de Saúde com duração até 2010. A saúde mental é uma das prioridades deste plano e está a ser elaborado, na Direcção-Geral da Saúde, um plano nacional de saúde mental. Por outro lado, Portugal assumiu compromissos em 2005 na Conferência de Helsínquia e na Conferência do Luxemburgo.

Pela primeira vez, há um plano europeu da Organização Mundial de Saúde para a saúde mental e brevemente existirá uma estratégia para a saúde mental na União Europeia, que incluirá a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental.

A Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, homologada em 31 de Outubro de 2005 pela Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, reconhece que, para além dos serviços de saúde mental da rede oficial, as instituições do sector social da saúde são peças fundamentais na prestação de cuidados nesta área. Quando falamos de recursos não nos podemos esquecer das autarquias e das IPSS que, a par com os serviços oficiais, da saúde e de outros sectores, são cruciais quer para as pessoas com doença mental, quer para aquelas com deficiência mental ou com comorbilidade.

O Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência constitui um parceiro inquestionável numa área como a da saúde mental.

Vamos pois desenvolver sinergias para a promoção de uma saúde mental, numa perspectiva de bem-estar, transversalmente e intersectorialmente, na doença, na deficiência e na população em geral.

Maria João Heitor dos Santos*

* Directora de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção-Geral da Saúde
Representante da Saúde Mental na Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde.

SAÚDE MENTAL: DO HOSPITAL À COMUNIDADE, DOS CUIDADOS À CIDADANIA

Isabel Fazenda *

As questões relacionadas com a saúde mental e a doença mental são complexas porque afectam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e o meio envolvente. Por isso é necessário debruçarmo-nos sobre os conceitos de saúde mental e doença mental e sobre os mitos que estão associados a esta doença, herança que recebemos de muitos séculos e que está ainda fortemente enraizada na nossa cultura.

A forma de encarar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, desde a exclusão e a encarceração à abordagem na comunidade.. Vou traçar em linhas gerais esta evolução e caracterizar o modelo que hoje em dia é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, o modelo de Saúde Mental Comunitária. Deter-me-ei sobre o tema da Reabilitação Psicossocial e apontarei algumas tendências inovadoras, como a perspectiva dos direitos humanos, o *empowerment* e a participação dos utentes e familiares no planeamento e avaliação de serviços. Estas tendências vão no sentido de acrescentar à organização da prestação de cuidados de saúde mental e de apoio social a perspectiva da cidadania.

* Assessora do Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

1. Conceitos de deficiência mental, doença mental e saúde mental

É necessário desfazer uma confusão muito comum entre deficiência e doença mental, que impede que tenhamos uma visão correcta das necessidades e das formas de tratamento adequadas a cada situação.

A deficiência mental não é, em si mesma, uma doença, embora possa resultar de uma afecção orgânica ou uma alteração genética, que ocorre à nascença ou na infância. Está definida na ICD10 (International Classification of Diseases) como uma condição interrompida ou incompleta do desenvolvimento da mente, caracterizada por limitações das capacidades cognitivas durante o período de desenvolvimento, do que resultam dois aspectos:

- Funcionamento intelectual abaixo da média;
- Incapacidade de adaptação às exigências culturais da sociedade.

Embora seja possível aumentar as competências da pessoa com deficiência mental através da aprendizagem e da reabilitação, nunca será possível atingir um funcionamento intelectual e social completo.

A doença mental é mais difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades.

A Organização Mundial de Saúde divulgou em 2001 a seguinte definição: “A perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais.” (Relatório Mundial da Saúde 2001).

Portanto, na doença mental não existe uma insuficiência mas uma alteração, com diversos graus de gravidade, que pode ser tratada, em muitos casos curada, podendo ser aguda ou crónica (de curta ou de longa evolução). Se se verifica uma deterioração das capacidades ela é um resultado da doença e não uma condição inicial.

O conceito de saúde mental é ainda mais lato, mas foi também definido pela OMS em 2001, como :

- Um estado de bem-estar subjectivo
- Capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal
- Competências na vida pessoal e social
- Capacidades de autonomia e escolha de um projecto de vida
- Auto-realização intelectual e emocional
- Adequação à realidade

A saúde mental depende tanto de factores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do stress e outros factores de risco, e da luta contra o estigma.

2. Mitos associados à doença mental

O mito da incurabilidade, que tem origem em épocas em que de facto não se conhecia nenhum tratamento para as doenças mentais, está hoje mais atenuado devido à descoberta dos psicofármacos e de novos métodos psicoterapêuticos e psicossociais. Mesmo assim ainda é uma crença comum a ideia de que uma doença mental é para toda a vida.

O mito da perigosidade, ligado à necessidade de controlo da agressividade atribuída às pessoas com doenças mentais, ainda se encontra muito difundido na opinião pública, e é reforçado por referências nos meios de comunicação a crimes

cometidos por doentes mentais. De facto, vários estudos têm demonstrado que a percentagem de doentes mentais que são perigosos não é superior à percentagem de indivíduos violentos que se encontra na população em geral.

O mito da incapacidade é aquele que mais contribui para a marginalização e exclusão das pessoas com perturbações mentais. A ideia de que estas pessoas não são capazes de trabalhar, de assumir responsabilidades, de gerir os seus bens, de educar os seus filhos, de gerir um negócio, de tomar decisões, está muito difundida, mas já não se coaduna com os progressos do tratamento e da reabilitação.

Finalmente o mito da perda de direitos é o mais grave do ponto de vista da discriminação porque produz invisibilidade. É uma prática comum ainda em alguns sistemas legais, negar às pessoas com perturbações mentais os direitos civis, o direito de votar, de casar e constituir família, de perfiar ou adoptar, de dispor dos seus bens. É necessário salvaguardar que estas medidas se aplicam apenas em situações indispensáveis para a protecção do doente ou dos seus familiares que dele dependam.

Os direitos sociais estão já garantidos pelas normas em vigor na maior parte dos países, tal como o direito de viver na comunidade, de ter um emprego, de ter acesso aos cuidados médicos e à protecção social, de participar na sociedade, mas de facto, na prática nem sempre são respeitados nem promovidos.

3. Do Hospital à Comunidade

A evolução das formas de encarar e tratar as doenças mentais teve uma viragem significativa no sec.XIX, quando a loucura começou a ser considerada uma doença, um problema de saúde, e já não uma questão de manutenção da ordem pública. O início da Psiquiatria como profissão e como disciplina médica implica a mudança de nome dos asilos, que até aí acolhiam não só os loucos como os pobres, indigentes e outros marginalizados da sociedade, e que passam a ser

chamados Hospitais Mentais, assim como a preocupação com o diagnóstico e o tratamento dos doentes mentais.

A psiquiatria custodial caracteriza-se assim pelo afastamento dos doentes da sua família e comunidade para serem encerrados em grandes instituições fechadas e isoladas, construídas fora dos centros urbanos. A perda da individualidade e da identidade, a degradação das condições de vida, a ruptura com os laços familiares e sociais, e muitas vezes os maus tratos físicos, a negligência e o abandono, produziram uma nova doença – o hospitalismo, e uma nova alienação – a exclusão social.

Só a partir da descoberta dos psicofármacos, e através do impacto do Movimento para a Desinstitucionalização, foi possível começar a mudar estas atitudes da sociedade. Primeiro pela melhoria das condições de vida nos Hospitais, da terapia ocupacional, da psicoterapia institucional, e mais tarde pela contestação radical dos Hospitais Mentais como instituições totalitárias. A anti-psiquiatria veio pôr em questão os métodos de encarceramento e tratamento dos doentes mentais, e a desinstitucionalização iniciou, nos Estados Unidos e por toda a Europa um processo de encerramento dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por serviços na comunidade.

O Movimento da Desinstitucionalização iniciou-se no Estados Unidos onde se verificou um impacto muito negativo, porque o esvaziamento dos Hospitais não foi acompanhado por uma adequada criação de estruturas na comunidade, o que fez com que muitos doentes se tornassem sem abrigo ou fossem presos por delitos menores.

A desinstitucionalização teve o seu expoente máximo em Itália, com o Movimento da Psiquiatria Democrática, iniciado por Franco Basaglia. Este movimento teve um carácter claramente político e levou à publicação pelo governo, da Lei 180, em 1978, que decretou o encerramento de todos os Hospitais Psiquiátricos e a criação de Centros de Saúde Mental e de residências para alojamento dos doentes saídos dos Hospitais.

O advento da Psiquiatria Comunitária veio finalmente propor uma nova forma de tratar os doentes mentais na comunidade, sem os afastar da sua família e das suas redes de

pertença, através de Centros de Saúde Mental ou de Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais. Os internamentos passaram a ter uma duração limitada, pois o seu objectivo é ultrapassar a crise, a fase mais aguda da doença, fazer um diagnóstico e instituir um plano terapêutico, e a seguir o doente é acompanhado em ambulatório.

Este modelo de tratamento implica várias mudanças e princípios bem definidos, tais como:

- Existência de uma rede de serviços que prestam cuidados diferenciados, desde a consulta externa, o hospital de dia ou unidade de dia, o internamento de curta duração, as equipas de intervenção na crise, as unidades de reabilitação, as residências protegidas, etc.
- Integração no Serviço Nacional de Saúde, ou seja, os serviços de saúde mental já não são uma estrutura à parte, estão integrados nos Hospitais Gerais e Centros de Saúde.
- Continuidade de cuidados, que significa que a mesma equipa deve ocupar-se do doente ao longo da evolução do seu tratamento e reabilitação, ou haver articulação estreita entre as diversas equipas que intervêm na situação do doente e da sua família.
- Articulação com os serviços da comunidade, visto que o objectivo do tratamento já não é apenas a eliminação dos sintomas, mas também a melhoria da qualidade de vida e da integração social e profissional. Para atingir estes objectivos, os serviços de saúde mental têm que se articular com outros serviços que dispõem de recursos diferentes e adequados a esse fim, como escolas, centros de emprego e formação profissional, serviços de segurança social, instituições particulares de solidariedade social, centros paroquiais, juntas de freguesia, etc. A complexidade dos problemas postos pela perturbação mental e pela exclusão social devida ao

estigma exige a união dos esforços e dos recursos numa acção concertada, a valorização das redes de suporte social, e o estabelecimento de parcerias.

- Importância da reabilitação psicossocial, da integração social e do apoio às famílias.
- Participação dos utentes e familiares no planeamento e avaliação dos serviços.

4. Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial é uma perspectiva relativamente recente, que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Também é necessário sensibilizar a comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer, na família. É preciso promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* das pessoas que têm perturbações mentais e da advocacia junto da sociedade. É preciso criar redes de suporte social que dêem apoio às competências adquiridas e a desenvolver.

A definição de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001) inclui todas estas vertentes: “A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais...Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.”

A Reabilitação Psicossocial intervém em diversas áreas, tais como:

- Treino de competências pessoais e sociais
- Formação profissional
- Emprego apoiado e emprego protegido
- Empresas de inserção
- Residências comunitárias
- Actividades ocupacionais, culturais e de lazer
- Grupos de auto-ajuda com utentes ou famílias
- *Empowerment*
- Luta contra o estigma

5. Filosofia de cuidados

No nosso país, o processo de desinstitucionalização e a reforma dos serviços de psiquiatria tem sido lenta e difícil, com vários acidentes de percurso e propostas de reorganização deixadas na gaveta. No entanto, a partir de 1998, verificaram-se alguns avanços nas políticas de desinstitucionalização, reabilitação e criação de estruturas na comunidade.

A integração dos cuidados de saúde mental nos Hospitais Gerais e no Serviço Nacional de Saúde veio beneficiar o sistema de saúde mental com uma filosofia de cuidados que foi sendo implantada pelo Ministério da Saúde, e que assenta em alguns pressupostos:

- Melhoria da qualidade de vida dos utentes e não apenas tratamento dos sintomas
- Avaliação das necessidades de saúde e sociais
- Intervenção centrada no utente
- Sistema integrado de cuidados de saúde e de apoio social
- Articulação dos serviços de saúde com outros sectores
- Preocupações de avaliação e qualidade

- Definição de metas em termos de ganhos em saúde (eficácia e eficiência)
- Parcerias entre serviços públicos e privados

Foi conseguida uma cooperação entre o Ministério da Saúde e a Segurança Social para a criação de estruturas na comunidade, através do Despacho Conjunto 407/98 que prevê o financiamento de unidades residenciais (Unidades de Vida) e ocupacionais (Fóruns Sócio-ocupacionais).

O desenvolvimento e expansão das ONG ou IPSS permitiu pôr em prática estas unidades, assim como diversos serviços de reabilitação profissional. Aliás, é de referir o papel inovador e dinamizador destas organizações, desde o início dos anos 90, na implantação dos serviços de reabilitação psicossocial, que não existiam até aí, colmatando assim uma grave lacuna do nosso sistema de cuidados de saúde mental.

Os hospitais psiquiátricos também investiram na reabilitação com a criação de Unidades de Reabilitação dentro do hospital e/ou parcerias com as IPSS. Os Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais gerais desenvolveram Unidades de Dia e parcerias com as IPSS para os serviços de reabilitação na comunidade.

6. Filosofia de participação

A evolução que acabei de descrever, ainda que muito positiva, não me parece suficiente. É necessário introduzir também uma filosofia de participação, que permita, além da prestação de cuidados, a promoção da cidadania, e isso implica:

- A participação dos utentes e familiares na detecção das necessidades, no planeamento de medidas e na avaliação dos serviços. Para que isto aconteça é preciso que utentes e famílias tenham oportunidades e apoio para se organizarem, e que os órgãos do poder estejam abertos à sua participação

- O reconhecimento dos direitos das pessoas com perturbações mentais a fazerem-se ouvir, manifestarem os seus desejos e opções, e assumirem o controle das suas vidas
- A promoção dos grupos de auto-ajuda e do associativismo, como forma de *empowerment* e de representação de interesses
- A luta contra o estigma e a discriminação, pelo desafio aos preconceitos e pela demonstração em situações reais e participação nos contextos naturais, que as pessoas com doenças mentais têm capacidades e direitos

Para complementar esta perspectiva de participação e cidadania, incluo aqui as prioridades definidas na Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre a Saúde Mental, que se realizou na Finlândia em Janeiro de 2005:

- i. Fazer compreender a importância do bem-estar mental
- ii. Lutar colectivamente contra a estigmatização, a discriminação e a desigualdade, e responsabilizar e apoiar as pessoas com problemas de saúde mental e a sua família de forma a que possam participar activamente neste processo
- iii. Conceber e pôr em prática sistemas de saúde mental completos, integrados e eficazes, englobando a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a integração social
- iv. Responder à necessidade de dispor de pessoal competente e eficaz em todos estes domínios
- v. Reconhecer a experiência e a competência dos utentes e dos cuidadores, inspirando-se nela para a planificação e a organização dos serviços de saúde mental.

PREVENÇÃO DO ESTIGMA SOCIAL DA DOENÇA MENTAL

Fátima Jorge-Monteiro *

Apesar de as doenças mentais serem uma realidade bastante comum, os dados da O.M.S. (2001) referem que uma em cada quatro pessoas poderá ser afectada, ao longo do seu percurso de vida, por um problema de ordem mental. Contudo, este é um assunto sobre o qual se debate pouco de forma alargada e, quando se debate, normalmente surge associado a factos ou ocorrências de carácter negativo.

Este tipo de situações e circunstâncias são redutores e veiculam apenas informação particular e específica, sendo frequentemente, por isso, desajustada e até contraditória em relação à situação da maioria das pessoas com experiência de doença mental.

A concentração da atenção da opinião pública em episódios negativos ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas, tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e a contribuir para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social.

* Presidente da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais

A comunicação social, tal como outras instituições sociais, partilham o pensamento dominante da sociedade em relação às pessoas com doença mental, pelo que, não realizando uma abordagem mais alargada aos contextos específicos para promover a aproximação do público a essa realidade vivida, contribuirão também para o reforço dessa visão distorcida da doença mental.

Com frequência vemos e somos confrontados com caricaturas ou programas que ridicularizam as vivências das pessoas com doença mental. Neste caso, trata-se de acentuar um imaginário público através de representações irrealistas e de utilização de linguagem discriminatória para descrever e identificar as pessoas com doença mental.

Paralelamente, até anos recentes, e devido à dificuldade em apoiar as pessoas com doença mental, as soluções mais conhecidas e frequentes - os grandes hospitais psiquiátricos - isolavam as pessoas com doença mental das suas comunidades e das suas redes familiares.

Para além da apreensão que resulta do aparecimento da doença em si mesma e do receio provocado por uma situação que não se compreende, a manutenção das pessoas com doença mental numa organização que limitava a liberdade de circulação e o contacto com as outras pessoas, tem tido como consequência o desconhecimento e o aumento do receio e até a incapacidade em relacionar-se com as pessoas que vivem uma doença mental, aparecendo esta como um forte estigma do qual as pessoas em geral procuram distanciar-se.

Existem, assim, mitos frequentes acerca da doença mental, como alguns que podemos enunciar aqui.

Mito - as pessoas com doença mental são violentas e perigosas

Acontece que (de acordo com as estatísticas), as pessoas com doença mental podem ter tantos problemas de violência como outros grupos populacionais. Pelo contrário, con-

sidera-se até que, nas estatísticas de vitimação, os doentes mentais apresentam maior risco de serem vítimas de violência eles próprios do que a maioria das pessoas (agressão, abuso...);

Mito - a doença mental deve-se à pobreza e/ou pouca inteligência

Em relação a estes aspectos, não existem até agora estudos que comprovem esta relação causal. Em geral, a doença mental, tal como outras doenças físicas, pode afectar qualquer pessoa, independentemente da sua idade, emprego ou habilitações escolares;

Mito - a doença mental é causada por fraqueza individual

Embora a vontade das pessoas com doença mental seja uma parte fundamental do seu próprio “recovery”, estas não escolhem ficarem doentes, trata-se de uma doença e não de uma fraqueza de carácter;

Mito - a doença mental é uma doença rara

Efectivamente, existem muitas perturbações de ordem psicológica e psíquica que provocam bastante sofrimento e perda de oportunidades a muitas pessoas em todo o mundo.

Tendo em consideração todas estas circunstâncias, o estigma e a discriminação são um grande obstáculo à participação social e para o “recovery” da doença mental, pelo facto de restringirem as oportunidades a que as pessoas com doenças mentais têm direito.

Diversos estudos revelaram que, devido à discriminação, as pessoas com doença mental são bastante afectadas na sua auto-estima, devido à percepção que têm da desvalorização que lhes é atribuída e da rejeição social que constantemente os atinge (Link, Bruce-G; et al, 2001).

Estes autores identificaram mesmo três formas específicas de discriminação: a discriminação directa, a discriminação estrutural e a discriminação pessoal, quando as próprias pessoas com doença mental acabam por interiorizar os estereótipos que estão instituídos socialmente.

COMO PREVENIR O ESTIGMA E A DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA MENTAL?

O forte impacto destas circunstâncias na vida das pessoas com doença mental tem levado ao surgimento de campanhas e iniciativas levadas a cabo por organizações de defesa cívica (*advocacy*) e, mais recentemente, aos primeiros estudos de investigação acerca dos factores que estão na origem do próprio fenómeno, bem como acerca da eficácia da informação disponibilizada nas campanhas contra o estigma (Watson, Corrigan, 2005).

Por exemplo, numa pesquisa recente (Corrigan, et al., 2001) os autores referem que existe uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença mental, devido à raridade dos contactos.

Defendem, por isso, que a abordagem à mudança social implica intensificar a familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental e dessa forma combater o estigma e a discriminação.

Outros autores referem também (Read e Harre, 2001), que os programas anti-estigma devem abandonar as estratégias assentes em explicações com base na doença porque, apesar de aumentarem o nível de informação disponível junto da população, não revelaram ter qualquer impacto na redução do medo, devendo, pelo contrário, focalizar-se no aumento do contacto porque o “factor contacto directo com pessoas com doença mental” revelou estar relacionado com atitudes mais positivas por parte da população, ou seja, as experiências de comparação realizadas concluíram que a estratégia de contacto directo

apresentava melhores resultados na mudança de atitudes do público.

Encontramos, por isso, propostas (Corrigan et al., 2001) que vão no sentido de apresentar estratégias para mudar as atitudes discriminatórias, através de acções de **crítica** (protesto) que procuram denunciar as atitudes estigmatizantes, as de tipo **educativo** que procuram reformular os mitos sobre a doença mental através da apresentação de interpretações alternativas e as de **contacto directo** que estabelece uma forte proximidade e coloca desafios às representações partilhadas pela maioria das pessoas.

Watson e Corrigan (2005) explanam que, em relação às estratégias de crítica/protesto, estas procuram trazer à luz do dia a injustiça causada por determinados estigmas e apelam para que as pessoas parem de pensar de determinado modo. Muitas organizações de defesa cívica dedicam-se a esta estratégia de forma regular com o propósito de conseguir com isso mudanças de atitudes e a sua acção tem grande impacto junto dos meios de comunicação, por exemplo. Contudo, esta abordagem pode ter um efeito contrário de acentuar ou alargar um preconceito junto de outras pessoas que nunca tinham pensado daquela maneira, porque não aceitam “lições” de como pensar. Paralelamente, esta actuação denuncia, mas só por si não fornece um modelo alternativo ou uma referência que as pessoas possam observar e adoptar.

Em relação às estratégias educativas / sensibilização, estes autores referem que se procura alterar os estereótipos sobre a doença mental através do fornecimento de informação e elementos factuais, confrontando as audiências com argumentos fortes acerca de uma determinada realidade. No entanto, também neste caso, mesmo perante informação fidedigna que revela que as pessoas com doença mental não são mais perigosas do que outras pessoas quaisquer, por exemplo, pode acontecer que os ouvintes/participantes possuam um referencial que, pelo contrário, reenquadra a informação de modo a concluir de forma diferente. Ou seja, os estereótipos podem ser muito resistentes a nova informação e, neste caso, as aborda-

gens educacionais apresentam-se insuficientes para alterar as atitudes de discriminação.

Daí que, o contacto interpessoal com membros do grupo estigmatizado se apresente como um meio eficaz para reduzir o preconceito intergrupai, devendo abranger quatro elementos (Pettigrew e Topp cit por Watson e Corrigan, 2005): estatuto equitativo entre os grupos; objectivos comuns; ausência de competição e que o contacto seja enquadrado ou patrocinado por uma entidade reconhecida socialmente (eg: organização de empregadores, uma organização comunitária,...). Alguns estudos, que controlaram as condições enunciadas, revelaram que existia uma importante redução do preconceito e promoção de atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental mas, principalmente, quando o contacto envolvia uma relação face-a-face e em contextos de trabalho ou organizacionais.

Tendo por base esta informação, resultante de recentes estudos e investigação, mas também a inspiração e a aprendizagem do movimento de ajuda mútua das pessoas com doença mental, considero determinante a implementação de um conjunto de processos colectivos de *empowerment* com vista à diminuição do estigma e da discriminação da doença mental.

Ou seja, a vivência das pessoas com doença mental nos contextos naturais (comunidade), o exercício da cidadania com base na possibilidade de escolha e da existência de oportunidades reais de participação, bem como a defesa de direitos através das suas diversas formas, a existência de organizações de representação de pessoas com experiência de doença mental e de familiares e ainda a criação de uma agenda académica inclusiva e socialmente responsável e que se apresenta no quadro seguinte:

MECANISMOS DE “EMPOWERMENT”/ /DIMINUIÇÃO ESTIGMA
Integração das pessoas com doença mental na comunidade / desinstitucionalização dos hospitais
Exercício da cidadania, promoção e defesa de direitos das pessoas com doença mental
Promoção de organizações independentes de representação das pessoas com doença mental
Realização de investigação sobre a integração e participação na comunidade / doença mental

Para a construção deste modelo de referência é significativa a noção de liderança comunitária apresentada pelo National Extension Task Force on Community Leadership (1986 cit por Langone, 1992), que refere que a liderança envolve influência, poder e intervenção nas tomadas de decisão públicas e numa ou mais esferas de actividade, sendo que as esferas de actividade podem incluir uma organização, uma área de interesse, uma instituição, uma cidade, uma localidade ou uma região.

O *empowerment* comunitário remete-nos para a dimensão sócio-política e diz respeito à capacidade de uma comunidade responder aos problemas colectivos (Rich et al, 1995).

Em relação a esta dimensão de liderança das pessoas com experiência de doença mental, aquela onde existe um forte *déficit* no nosso contexto nacional, devem ser equacionadas as estratégias de *empowerment* e as etapas que podem promover um sentimento de comunidade, através de ligações formais e informais com vista à implementação de estruturas iniciais de

liderança comunitária e também promover a mudança da imagem tradicional das pessoas com doença mental junto da comunidade em geral, nomeadamente, através do aumento da frequência de contacto e participação na comunidade, da divulgação de informação e formação junto da população em geral sobre as possibilidades de *recovery* da doença mental.

Referências Bibliográficas

Canadian Mental Health Association –CMHA. (1993). *The Myths of Mental Illness*.

Corrigan, P-W; River, L. P.; Lundin, R.; Penn, D.; Uphoff-Wasowski, K.; Champion, J.; Mathisen, J.; Gagnon, C.; Bergman, M.; Goldstein, H.; Kubiak, M. (2001). Three Strategies for changing attributions about severe mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, vol 27 (2), pp. 187-195.

Langone, C. A. (1992). Building Community Leadership. *Journal of Extension*, vol. 30 (4).

Link, B.; Struening, E.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, vol 52 (12), pp. 1621-1626.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Consultado em 8 de Novembro de 2004 através de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>

Read, J., Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients”, *Journal of Mental Health*, Vol. 10 (2), pp. 223-235.

Rich, R.C., Edelstein, M., Hallman, W., Wandersman, A. (1995). Citizen Participation and Empowerment: the case of local hazards. *American Journal of Community Psychology*, vol. 23 (5), pp. 657-675.

Watson, A., Corrigan, P., (2005). Challenging Public Stigma: a Targeted Approach. In Corrigan, P. (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*, (pp.281-295) American Psychological Association: Whashington.

Zimmerman, M. (1998). Empowerment and community participation: a review for the next millenium. *Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária*, ISPA, pp. 17-42.

ESTIGMA & SAÚDE MENTAL

*Delfim Oliveira**

A doença mental é com frequência relacionada com o mendigo que deambula pelas ruas, que fala sozinho, com a mulher que aparece na TV dizendo ter 16 personalidades e com o homicida “louco” que aparece nos filmes.

Palavras como “maluco”, “esquizofrénico”, “psicopata” e “maníaco”, são vulgarmente utilizadas na linguagem do dia-a-dia.

As pessoas olham-se e dizem: “Isto não me vai acontecer de modo nenhum, não sou maluco, venho de uma família sólida”, ou, então, “ a doença mental não me afecta, isso é problema dos outros.”

O Estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

Com este texto, procura-se que haja uma melhoria do conhecimento, desmistificando falsas crenças e estereótipos e fornecendo novos dados acerca da doença mental e das pessoas que dela sofrem.

ALGUNS CONCEITOS ERRADOS SOBRE DOENÇA MENTAL

As pessoas que sofrem de doenças mentais não irão nunca recuperar?

As doenças mentais tratam-se e muitos doentes recuperaram a saúde.

As doenças mentais devem ser encaradas do mesmo modo como se olha para as doenças físicas. Tal como o cancro

* Presidente da Associação de Doentes Depressivos e Bipolares

e as doenças de coração, sabe-se que muitas doenças mentais têm causas definidas, requerendo cuidados e tratamento. Quando os cuidados e o tratamento são prestados, é de esperar uma melhoria ou recuperação, permitindo às pessoas regressarem à comunidade e retomarem vidas normais.

Infelizmente, os preconceitos impedem que as pessoas, uma vez recuperadas das doenças mentais, consigam dar os passos para reingressar na vida vocacional, familiar e social, com total plenitude. Este obstáculo, vem bloquear os esforços que permitiriam que as suas vidas seguissem cursos tão normais e produtivos quanto possível.

As pessoas com doenças mentais são violentas e perigosas para a sociedade?

Essas pessoas apresentam tantos riscos de crime como os outros elementos da população em geral. Depois de recuperados e de regresso à comunidade, estes doentes têm maior tendência para se mostrarem ansiosos, tímidos e passivos, mais sujeitos a serem vítimas de crimes violentos, do que autores dos mesmos.

Uma pessoa que tenha tido acompanhamento psiquiátrico, mas sem passado criminal, tem menos probabilidades de vir a ser preso do que a média dos cidadãos.

As pessoas que receberam tratamento psiquiátrico são instáveis podendo perder o controlo a qualquer momento?

A maioria das pessoas com doenças mentais têm maior tendência para se afastarem do contacto social, do que de se confrontarem agressivamente com outros.

O receio que a sociedade tem da sua violência é infundado, não sendo uma razão válida para lhes serem negadas oportunidades de emprego, casa ou amizades. Os peritos afirmam que a maior parte das recaídas aparecem gradualmente e não de forma abrupta. Se os médicos, amigos, família e os próprios doentes estiverem atentos aos sinais premonitórios da doença, as crises podem facilmente ser detectadas e tratadas convenientemente, antes de se tornarem demasiado graves.

As pessoas que foram tratadas de perturbações mentais são empregados de baixa qualidade?

Muitas pessoas recuperadas de uma doença mental revelam-se excelentes empregados, havendo muitos patrões a declarar que são mais pontuais e assíduos que outros colegas. Demonstram serem iguais no que se refere à motivação, qualidade de trabalho e duração de tempo no emprego.

Entenda-se que algumas destas pessoas estão sujeitas a recaídas, que podem causar períodos de ausência dos seus empregos. No entanto, através de programas que permitam horários flexíveis e períodos laborais que se acomodem a estas interrupções, estas pessoas podem vir a ser empregados produtivos. É justo que lhes seja dada uma oportunidade.

As pessoas que recuperaram de uma doença mental estão mais indicadas para exercerem trabalhos de nível inferior, mas nunca posições de responsabilidade?

Em todas as pessoas, a capacidade de progressão numa carreira depende dos talentos pessoais, da destreza, da experiência e motivação. O mesmo se passa com as pessoas com doenças mentais. Tem havido muitos exemplos de pessoas que, tendo recuperado, foram colocadas em lugares de muita responsabilidade. Podem mesmo ser personalidades destacadas. É apenas necessário algum encorajamento para que aqueles que recuperaram das doenças mentais possam levar a cabo as suas tarefas com todas as suas potencialidades.

TIPOS DE DOENÇAS MENTAIS

A primeira coisa a ter presente para se compreender um indivíduo com doença mental, é o facto das doenças mentais ou psíquicas serem efectivamente doenças e o comportamento disfuncional pode ser mais doloroso para o próprio do que para os outros.

Deve-se também reconhecer que um comportamento problemático, sem uma causa aparente, pode ser o resultado de uma doença emocional e não uma falha de carácter.

Há diversos exemplos de comportamentos problemáticos que, manifestados durante um longo período de tempo, podem indicar que a pessoa tem uma perturbação emocional.

Inclui-se neste caso a agressividade, a tristeza excessiva, a preocupação exagerada, a falta de confiança nos outros, o egoísmo e avareza, o abandono e dependência, o fraco controlo emocional e a hipocondria.

Há muitos tipos diferentes de doenças mentais, tais como:

DEPRESSÃO E DOENÇA MANÍACO-DEPRESSIVA

A Depressão é uma doença mental que pode afectar o humor durante longos períodos de tempo. Os sintomas incluem: perturbação do apetite e do sono, fadiga e perda de energia, sentimentos de inutilidade, culpa e incapacidade, falta de concentração e preocupação com a morte, desinteresse, apatia e tristeza.

A Depressão pode afectar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade e, sem tratamento, pode conduzir ao suicídio.

A Doença Maníaco-Depressiva ou Doença Bipolar é também uma doença mental caracterizada por oscilações do humor, havendo períodos de extrema exaltação e outros de depressão profunda.

A fase maníaca manifesta-se por um comportamento hiperactivo, com euforia ou irritabilidade, insónia, discurso e pensamento rápido e, por vezes, ideias de grandeza.

ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é uma doença mental grave e crónica que, sem tratamento, impossibilita a pessoa de se comportar normalmente na família, no trabalho e na comunidade.

Os sintomas incluem: - Alucinações (“vozes” e outras), delírios ou falsas crenças patológicas que não são corrigíveis

pela razão, pensamento desorganizado, alterações dos afectos, das emoções, do juízo crítico e da vontade.

A pessoa que sofre de esquizofrenia pode falar incoerentemente, deixar de falar, ter respostas emocionais desadequadas, humor embotado ou neutro, ausência de respostas emocionais ou períodos longos de exaltação ou depressão, ideias de perseguição e grandeza ou outras de conteúdo fantástico. Com um tratamento farmacológico adequado, grande parte destes sintomas atenuam-se ou desaparecem.

PERTURBAÇÕES ANSIOSAS

Há três principais tipos de perturbações ansiosas:

- Fobias
- Perturbação de Pânico
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva

As pessoas com Fobias sentem imenso terror quando confrontadas com situações específicas (estarem em locais superlotados ou terem de falar em público) ou com certos objectos (pontes ou animais, por exemplo).

As fobias podem impedir a pessoa de ter uma vida normal, obrigando o indivíduo a fazer adaptações na actividade diária, evitando essas situações ou objectos.

A Perturbação do Pânico é caracterizada pelo aparecimento repentino de um sentimento de terror (pânico), sem causa aparente. Durante o ataque de pânico, a pulsação aumenta, a respiração torna-se rápida e o doente pode suar ou ficar com vertigens. A pessoa passa a recear constantemente que as crises se repitam.

Quem sofre de Doença Obsessivo-Compulsiva tem pensamentos repetitivos, persistentes, involuntários, de conteúdo estranho ao Eu e propensão a comportamentos ritualizados, que o doente não consegue controlar, tais como lavar constantemente as mãos, verificar repetidas vezes, contar, arrumar etc...

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A Anorexia Nervosa e a Bulimia são doenças do comportamento alimentar, em ligação com a imagem corporal e o controle do impulso alimentar. Podem ser graves. Na Anorexia o doente não come, chegando a passar fome, devido a uma distorcida imagem corporal, que lhe causa aversão à comida.

A Bulimia é um ciclo de “encher” (consumindo grandes quantidades de comida) e “purgar” (quer induzindo o vómito, quer pelo abuso de laxantes).

Quem sofre de Anorexia ou Bulimia tem uma preocupação excessiva com a comida e um medo irracional de ficar gordo. 90% dos doentes com Anorexia e Bulimia são do sexo feminino.

ESTIGMA

Ninguém duvida que há um estigma ligado a quem tenha doença mental. Este estigma ou preconceito isola o indivíduo em relação aos outros, como se fosse uma pessoa marcada pelo passado de doença.

O estigma abrange aqueles que tiveram ou têm uma doença mental.

As relações sociais ficam muitas vezes prejudicadas, como se o doente fosse um ser à parte, objecto, por isso, de uma discriminação rejeitante.

A discriminação contra as pessoas com doença mental pode tomar diversas formas:

- Uma rapariga que não é admitida na universidade porque supostamente não conseguiu os mínimos requeridos para a sua admissão, sem que lhe tivesse sido dada qualquer explicação.
- Um homem requereu a obtenção de uma casa subsidiada, tendo-lhe sido dito que não havia apartamentos vagos. Mais tarde vem a saber que duas casas tinham

sido arrendadas a outras pessoas duas semanas depois de lhes terem sido negadas;

- Outra mulher trabalhou 6 meses como recepcionista. Quando explicou ao patrão que iria faltar algumas vezes ao trabalho por estar a fazer uma nova medicação para a sua doença mental, foi despedida.

Com base nesta discriminação, aqueles que se recompueram de uma doença mental escondem-se frequentemente atrás de um “disfarce”, de modo a manter o seu passado secreto, quando se candidatam a novos empregos. À pergunta se já tiveram um colapso nervoso, respondem que não. Se um patrão previdente lhes pergunta a razão de uma falta mais prolongada ao trabalho, respondem que fizeram uma viagem.

Se têm problemas com uma nova medicação, explicam ser um tratamento para a diabetes ou para a tiróide.

A necessidade de esconder resulta de um receio fundado de se ser rejeitado e desvalorizado, devido a uma doença, como se esta fosse um mal.

O estigma à volta da doença mental pode tomar ainda uma forma menos evidente. A mais prevalente e, simultaneamente, mais difícil de corrigir é a linguagem do dia-a-dia, quer oral, quer escrita. Embora a terminologia estigmatizante seja, em geral, demasiado óbvia, há também formas subtis.

Mesmo o uso generalizado do rótulo “doente mental” para classificar as pessoas com doenças mentais, pode tornar-se estigmatizante, para as pessoas, como se fossem membros de um grupo indesejável, subentendendo-se que serão sempre “doentes mentais”, recusando-lhes o direito de serem considerados cidadãos como os outros.

Os “Media” podem contribuir muito para irradiar o estigma, promovendo a compreensão e educação do grande público acerca destas doenças, mas também podem ser prejudiciais ao divulgar conceitos errados e negativos, reforçando-o em grande escala. Os debates televisivos e outros programas sensacionalistas mostram, com frequência, uma versão unilateral e negativa dos possíveis efeitos secundários causados por

algumas formas de tratamento das doenças mentais, não apresentando ao público os tratamentos bem sucedidos, que ajudaram e ajudam milhões de pessoas a retomarem as suas vidas normais. Alguns comediantes da moda, fazem pouco das pessoas que sofrem de doença mental, usando as suas incapacidades como uma fonte de humor mórbido e insalubre. Alguns publicitários divulgam imagens estigmatizantes de pessoas com doenças mentais, como truques promocionais de anúncios, que vão desde a comida, aos automóveis, aos jogos de família e aos brinquedos.

O mais importante a reter pelos representantes dos “Media” e pelo público em geral é que os doentes mentais são pessoas como todas as outras. E que as doenças se tratam, como as outras.

As pessoas deverão ser julgadas pelos seus méritos próprios, e não pela doença de que sofrem e pelo estigma a ela ligado. Aliás, quando a doença é bem tratada medicamente, sobressai de novo a pessoa saudável numa grande percentagem de doentes. Houvesse os meios humanos, institucionais e terapêuticos à altura das necessidades! Os preconceitos estigmatizantes são fruto da ignorância e de uma consciência social moralmente negativa. São ainda importantes os obstáculos que os doentes que sofrem ou sofreram de doenças mentais têm de desafiar e ultrapassar, no seu caminho para uma recuperação.

Tornando-nos mais atentos às doenças mentais, podemos contribuir para criar as merecidas oportunidades a estas pessoas, permitindo-lhes levar uma vida normal e um regresso à comunidade como membros produtivos, auto-confiantes e capazes de desenvolverem todo o seu potencial.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL



**SECRETARIADO NACIONAL PARA
A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Av. Conde de Valbom, 63
1069-178 LISBOA
Tel.: 217 929 500
Fax: 217 929 509
E-mail: snripd-biblioteca@seg-social.pt
Webpage: www.snripd.pt