



# DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## “O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social”

Mariana Figueiredo Silva Bento

---

2014



# DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## “O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social”

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Antropologia Médica realizada sob orientação científica do Professor Doutor Luís Quintais (Universidade de Coimbra)

Mariana Figueiredo Silva Bento

---

2014

## **Resumo**

Os portadores de doença mental constituem um grupo altamente estigmatizado. Esta situação afecta seriamente estas pessoas, bem como a sua qualidade de vida. O estigma associado à doença mental torna-se, assim, numa complexa questão que envolve múltiplas dimensões das vidas sociais e emocionais destas pessoas, famílias e comunidades. O estudo deste problema, certamente uma questão política relevante, torna-se no principal objectivo da presente dissertação. Tomamos como garantida a importância dos meios de comunicação social contemporâneos, no duplo processo de contribuir ou não contribuir para o estigma, sendo que, numa versão optimista, assumimos que devemos ter em linha de conta as implicações benéficas destes dispositivos, bem como o carácter positivo que podem assumir nesta questão.

**Palavras-Chave:** Doença mental, Estigma, Meios de Comunicação Social

# **Abstract**

People with severe mental illness are a social group highly stigmatized. This situation seriously affects this population and its quality of life. Mental illness stigma becomes, thus, a complex issue involving multiple dimensions of the social and emotional lives of individuals, families and communities. The study of this problem, by all means a relevant political question, is the main goal of the present dissertation. We take for granted the contemporary importance of the media in the double process of constructing and deconstructing the stigma, and, in an optimistic bending, we assume that we must further the deconstructive and beneficial implications of the media.

**Key-Words:** Mental Illness, Stigma, Mass Media

# Agradecimentos

À minha irmã, Mónica, que sem os teus conselhos e palavras bruscas de conforto nunca teria conseguido terminar esta dissertação. Aos meus pais, sem dúvida as pessoas mais importantes neste percurso, obrigada pela vossa paciência e fé em mim.

À restante família, que sem se aperceber me acarinhou em momentos mais difíceis. Ao Renato, à Bruna e ao Ricardo pelo auxílio prestado em aspectos mais difíceis da elaboração desta tese.

Ao Professor Luís Quintais pela forma calma e realista com que me orientou e aconselhou durante esta etapa da minha vida, sem nunca me pressionar; muito obrigada por me chamar à razão quando não a tinha.

Aos meus queridos amigos, que ouviram falar mais da minha tese do que gostariam, obrigada por permitirem que eu partilhasse tanto convosco (mais até do que vocês desejariam): Filipa, Cláudia, Emanuel, Rita, Raquel, Júlio, Hugo, João, Micael, Raquel.

A todos aqueles que, directa e indirectamente, participaram nesta dissertação, especialmente aos psiquiatras e jornalistas que entrevistei, muito obrigada pela vossa disponibilidade.

Por último mas de todo não menos importante, uma palavra de extremo apreço ao Dr. Viegas Abreu por ter permitido a minha entrada na Associação Recriar Caminhos e ainda um obrigada extremamente especial aos membros da associação que trabalharam comigo (sei que nas vossas vidas nem sempre é fácil dar a cara e agradeço imenso o facto de terem confiado em mim). Esta dissertação é sem dúvida a pensar em vocês e em todos os outros que não têm voz.

## ÍNDICE

<b>Introdução:</b> .....	<b>2</b>
<b>Estado da arte:</b> .....	<b>4</b>
<b>Metodologia (descrição detalhada):</b> .....	<b>7</b>
<b>A Importância da Antropologia Médica</b> .....	<b>13</b>
<b>Conceptualizar os objectos de Estigma e Doença Mental</b> .....	<b>17</b>
■ <b>O que é o Estigma?</b> .....	<b>18</b>
■ <b>O que é Doença Mental?</b> .....	<b>25</b>
<b>O Estigma da Doença Mental e os Média: Contextualização</b> .....	<b>30</b>
■ <b>Saúde Mental</b> .....	<b>31</b>
■ <b>Como chegamos até hoje?</b> .....	<b>36</b>
<b>Estigma: Um problema de saúde pública</b> .....	<b>42</b>
<b>O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social</b> .....	<b>57</b>
<b>Estigma: Estratégias para um combate</b> .....	<b>79</b>
<b>Considerações Finais:</b> .....	<b>92</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>97</b>
<b>Suporte Informático</b> .....	<b>104</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>105</b>
<b>Entrevistas: Jornalistas</b> .....	<b>107</b>
<b>Entrevistas: Psiquiatras</b> .....	<b>121</b>
<b>Entrevistas: Portadores de Doença Mental (Esquizofrenia)</b> .....	<b>137</b>
<b>Quadro 1: Total e número de notícias respectivas de cada jornal, agrupadas por categorias</b> .....	<b>106</b>

## **INTRODUÇÃO:**

O estigma constitui actualmente um dos fenómenos mais preocupantes relacionados com a saúde pública. Este fenómeno é definido como a identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas, a partir de determinado problema físico, comportamental ou social, sendo entendido como diferente e negativo (Goffman, 1963).

Presentemente, as pessoas portadoras de doença psicopatológica constituem um dos grupos sociais mais estigmatizados. O estigma associado à doença mental encaminha a desfechos negativos e não vantajosos para os estigmatizados, sendo que interfere com as suas vidas sociais, profissionais e económicas.

A crise económica que atravessamos colocou milhares de pessoas num estado de constante ansiedade existencial. Sabendo estas que podem vivenciar cenários particularmente preocupantes como o desemprego, a estabilidade psicológica é imperativa para um completo estado de bem-estar e felicidade, tornando-se ainda imprescindível para o sucesso de uma sociedade saudável. É a partir da saúde mental que o indivíduo realiza o seu potencial intelectual e emocional bem como se torna capaz de cooperar socialmente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental não é apenas a ausência de distúrbios mentais; é também o completo estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza o seu potencial e sabe lidar com os problemas do dia-a-dia, trabalhando produtivamente, sendo capaz de contribuir para a comunidade.

Todavia, os portadores de doença mental vivem actualmente um problema com duas faces: não obstante o facto de terem de lidar com a sua doença, que por si só não se torna certamente numa tarefa fácil, estes enfrentam ainda o estigma e a discriminação que estão associados à doença de que padecem. O estigma associado à doença mental consiste, entre outros problemas, na principal barreira para que estas pessoas procurem serviços especializados e para que dêem continuidade ao tratamento, além de que conduz quase no imediato à exclusão e marginalização destas mesmas pessoas (Corrigan, 2004).

Desta maneira, a presente dissertação surge no âmbito deste tema controverso, almejando poder esclarecer e contribuir para a redução e extinção do fenómeno de que se ocupa. Segundo a União Europeia, a sensibilização do público em geral relativamente a esta temática deve ser promovida, uma vez que este se está a tornar num problema de saúde pública com consequências catastróficas para os que padecem destas patologias (Jornal Oficial da União Europeia, 15/02/2013). Atendendo ao facto de que a saúde mental é um direito<sup>1</sup> de todos os cidadãos, nasce este ensaio numa tentativa de sensibilizar a sociedade portuguesa para este assunto. No fundo, a principal preocupação desta dissertação é agir em conformidade para uma tentativa de extinção do estigma, particularmente associado à doença mental.

Achando que os meios de comunicação social podem e devem desempenhar um papel bastante positivo no combate a este fenómeno, a temática deste trabalho alarga assim a sua abordagem incluindo o estudo do contributo positivo e negativo destes dispositivos de que tanto nos auxiliamos no nosso quotidiano.

Por conseguinte, a presente dissertação visa os seguintes objectivos: esclarecer os conceitos de estigma e doença mental, preparando o leitor para a posterior temática; contextualizar o assunto partilhando os principais aspectos acerca do conhecimento da doença mental bem como dos serviços de saúde mental que hoje possuímos; atender ao fenómeno do estigma, visando fornecer os principais instrumentos para que se reconheça na sociedade em que nos inserimos, (onde surge e porque acontece?), sendo que se traduz basicamente em compreender a sua construção; perceber que tipo de impacto o estigma pode ter nas vidas dos portadores de distúrbios mentais; fazer uma abordagem ao contributo positivo e negativo que os meios de comunicação social podem fornecer nesta matéria, isto é, entender se os meios de comunicação social contribuem para o estigma da doença mental e em que medida podem funcionar com instrumento para a sua redução; e finalmente atender aos principais objectivos para o combate e o encerramento deste preocupante fenómeno que se abate, não só, mas principalmente sobre os portadores de patologias mentais.

O estudo do estigma associado à doença mental com a intervenção dos meios de comunicação social é já um tema bastante bem conseguido em países como os Estados

---

<sup>1</sup> Assembleia da República, 1998. Lei de Saúde Mental. Diário da República I Série A, nº 169



Unidos da América e o Brasil, sendo que o primeiro a elaborar um estudo sobre o presente assunto, já com a abordagem aos meios de comunicação social, foi Otto Wahl<sup>2</sup> no ano de 1992. No entanto, Portugal fica um pouco aquém em termos de estudos científicos e informação sobre esta matéria, no seu próprio território. Nesse caso, parte daqui a preocupação em apresentar esta dissertação à comunidade científica, uma vez que para além de nunca ter sido concluído no nosso país, nesta altura, Portugal reúne algumas condições que infelizmente se tornam ideias, (crise económica e consequentes medidas de austeridade no sector da saúde) para que esta abordagem se torne especialmente pertinente e promissora.

O estigma associado à doença mental transforma-se, assim, numa complexa questão que engloba determinadas problemáticas, sendo que, estudar o modo como a nossa sociedade o cria (com ou sem a ajuda dos meios de comunicação social) me parece uma questão bastante adequada.

Para além disto, esta é uma dissertação que vai também preocupar-se em enquadrar e contextualizar este problema no seio da antropologia médica, esclarecendo muitos sobre o seu valor em questões de saúde social e cultural, tentando promover esta ciência tornando-a interdisciplinar. Penso que é tempo de lhe conferir o devido valor.

## **ESTADO DA ARTE:**

Acha-se imperativo, durante um trabalho de investigação, neste caso, uma dissertação de mestrado, fazer uma referência ao conjunto dos trabalhos mais significativos, previamente elaborados sobre o assunto em questão, no sentido de apurar em que pontos se encontram as opiniões sobre a temática que pretende ser abordada. A este processo dá-se o nome de estado da arte.

---

<sup>2</sup> Wahl O. 1992, Mass Media Images of Mental Illness: A Review of Literature. *In: Journal of Community Psychology*, vol.20, issue 4, pág. 343-352 (Otto Wahl escreveu o primeiro artigo sobre doença mental e as suas representações nos meios de comunicação social, artigo esse que compilou todos os estudos-42- realizados entre os anos de 1950 a 1992. Com este trabalho o autor concluiu que a televisão era o meio de comunicação social com maior impacto na saúde mental)

No que concerne ao tema em questão, O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social, este é já um tema abundantemente tratado em vários países. Tratando-se de uma problemática que pode enquadrar-se em várias disciplinas, variados são também os autores que escreveram sobre o assunto.

Vejamos; o fio condutor de toda esta dissertação é o estigma. Acerca deste fenómeno, o grande pioneiro na matéria foi Erving Goffman, cientista social do século XX, particularmente preocupado em abordar a interação social no dia-a-dia assim como fenómenos como o estigma. A sua obra, *Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity*, datada de 1963, constitui o mais importante contributo para o estudo e compreensão do fenómeno em questão. Através desta análise, Goffman indica o que é o estigma, com a particularidade de apresentar vários pontos de vista em várias situações e contextos distintos, para além de esclarecer o modo como a sociedade estabelece um modelo de categorias tentando catalogar os indivíduos conforme os seus atributos, sendo considerados comuns ou “anormais” (Goffman, 1963). Basicamente, o autor estuda a comunidade estigmatizada, sendo estes, aqueles que funcionam como uma espécie de agregado proibitivo da sociedade, (prostitutas, presidiários, doentes mentais, deficientes). Este trabalho torna-se uma referência imprescindível para qualquer investigação sobre o estigma, uma vez que funciona como base para relacionar este assunto a qualquer outro. Apesar de não ser um livro considerado actual, as ideias e os pontos de vista do autor continuam a ser referenciadas por todos os investigadores em praticamente todos os artigos que abordam o tema.

Seguidamente, por outro lado, há que dar também especial atenção ao conceito de doença mental, uma vez que o que é pretendido é relacionar este, com o conceito de estigma. Surge, então, como a grande referência para a saúde mental, a definição da Organização Mundial de Saúde, que não só nos diz que saúde mental é o estado completo de bem-estar físico e mental, e não apenas a ausência de doença, como também faz referência aos distúrbios mentais, mostrando que são uma gama de problemas com diferentes sintomas, geralmente caracterizados por uma combinação anormal de pensamentos, emoções, comportamentos e relações com os outros, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão. Para além da OMS, usufruímos também do auxílio do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, nas suas várias edições, sendo basicamente a classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseando-se em categorias definidas (DSM-V).

Finalmente, impera referenciar ainda outro autor que além de filantropo, dedicou a sua vida às pessoas portadoras de doença mental, sendo que se deparou variadas vezes com o fenómeno do estigma. Refiro-me a Patrick Corrigan. A profissão que ocupava, (professor de psicologia e advogado de pessoas com doença mental), conferiu-lhe os instrumentos que necessitava para expor a questão de uma forma correcta, uma vez que interpretava os factos que lhe chegavam na primeira pessoa. Para além de desdobrar o assunto do estigma em variadas problemáticas, associou-o também aos meios de comunicação social, mostrando como estes dispositivos podem ser agentes dinamizadores de estigma estrutural. Alguns dos seus artigos são: *Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change* (2000), *Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness* (2001), *How Stigma Interferes With Mental Health Care* (2004), *Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma* (2005) *A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome* (2009), entre muitos outros.

Finalmente cabe ainda referir, acerca dos meios de comunicação social, que Otto Wahl foi o primeiro a realizar um estudo científico, em 1992, que relacionava o estigma da doença mental com os meios de comunicação social. Com este estudo, Wahl definiu que a televisão era o dispositivo social com maior capacidade de informação, transformando-se no principal meio de comunicação social enquanto difusor de propaganda estigmatizante.

Para concluir o estado da arte em relação a esta problemática aludo ao facto de que existe unanimidade entre a grande maioria dos investigadores, concordando que o estigma associado à doença mental constitui a maior barreira na procura de tratamento, contribuindo ainda para uma grande exclusão de pessoas com este tipo de problemas. Os investigadores coincidem ainda na premissa de que se torna imprescindível promover campanhas de sensibilização acerca deste problema, num sentido de tentar acabar com o estigma.

Em Portugal, contudo, a informação acerca deste fenómeno associado a problemas mentais fica muito a desejar em relação a países como por exemplo, o Brasil.

## **METODOLOGIA (DESCRIÇÃO DETALHADA):**

Apontados os objectivos a cumprir, é posteriormente necessário esclarecer e descrever a forma como estes se pretendem alcançar. No fundo é necessário elaborar uma estratégia para delinear o itinerário a percorrer. Num trabalho deste tipo, é natural que surjam diversas formas de se obter informação e neste ponto é pretendido que o investigador explicita o modo como deseja executar os objectivos que estipulou previamente. Para que tal aconteça, é necessário apontar a metodologia de investigação que vai ser empregue na orientação da pesquisa. Assim, passo à descrição da metodologia que apliquei na investigação.

Como referi anteriormente, o meu trabalho desenvolveu-se sob variadas formas de obter informação. Para além da pesquisa e recolha bibliográfica, realizei entrevistas e conversei de uma maneira menos formal com determinadas pessoas que de certo modo ficaram envolvidas com o meu trabalho, executei um pequeno estudo/exercício com dois jornais portugueses, e fui ainda presenciando diversas situações que de algum modo consegui enquadrar no meu trabalho.

Mostrei já que a minha principal preocupação, é entender em que medida o estigma afecta os portadores de doenças psicopatológicas, com ou sem a intervenção dos meios de comunicação social. Ora, não poderia de maneira nenhuma, apenas recolher bibliografia e estudá-la de forma a obter uma conclusão no final da dissertação; desta maneira iria apenas constatar um facto, não contribuindo com novos argumentos para o complemento da informação sobre a temática.

Por conseguinte, pretendi na execução da minha tese, ou melhor dizendo, durante a recolha de informação, presenciar o fenómeno, interagindo não só com a sociedade em geral, (aqueles que durante a redacção da tese são apelidados de “normais”), mas também com os portadores de doença mental, (os estigmatizados). Para tal, foram formulados questionários e entrevistas, posteriormente aplicados, como forma de apurar algumas opiniões relativas a determinados grupos sociais. Só assim consegui gerar e constatar novos fatos e teorias.

Convém apenas lembrar que, no mundo antropológico, a pesquisa qualitativa tem, ao contrário da pesquisa quantitativa, muito mais a oferecer ao investigador, uma vez que esta não procura o quê e o quando, mas sim o como e o porquê. Com base numa

abordagem indutiva, este modelo de pesquisa qualitativo, é o ideal para analisar uma população, pois selecciona o local e os seus participantes, recolhendo e interpretando dados e posteriormente desenvolvendo conceitos. Através do seu carácter interpretativo, permite adquirir uma realidade através de uma relação entre observador e pesquisa, empregando então uma observação participante. Alguns instrumentos de análise populacional, como questionários e entrevistas, são utilizados pelo modelo qualitativo, sendo que me parece então justificada a minha intenção de fazer uso deste método de pesquisa. Ambiciono mostrar **como** o estigma afecta os doentes mentais e **porquê**, porque razão se estigmatiza.

Contudo, existem no fundo, algumas hipóteses da abordagem qualitativa. Adriano Holanda (2006) aponta algumas dessas hipóteses através de Creswell (1998). No que me diz respeito, penso que aquelas que me podem ser mais úteis, são a etnografia e a fenomenologia. Atentemos a cada uma delas, separadamente.

A pesquisa etnográfica serve maioritariamente para descrever e interpretar um grupo social/cultural, a partir da observação dos seus comportamentos. Implica um severo trabalho de campo podendo ser aplicado em diferentes situações sociais, traduzindo-se em observações presenciais das actividades do grupo, interacção com a população e ainda abrindo oportunidades para entrevistas (Holanda, 2006). Para além de diferenciar os modelos comportamentais através de entrevistas a observação participante fornecida por esta abordagem permite criar uma relação entre o pesquisador e os chamados “atores sociais” (Holanda, 2006). O método exige que o pesquisador interaja e se envolva com os observados, participando activamente na pesquisa. A forma como se dirige esta pesquisa é exigente e requer algum detalhe, pois é imprescindível ser bastante atento e descritivo além de que o pesquisador deve envolver-se ao máximo no *setting* em questão, não se esquecendo porém que deve adoptar uma postura analítica (Holanda, 2006). Este método de investigação foi perpetuado por Malinowski na sua obra, “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”.

Por outro lado, a pesquisa fenomenológica é descrita no artigo de Adriano Holanda (2006) como sendo a “*descrição das experiências vividas de vários sujeitos, sobre um conceito ou fenómeno, com vista a buscar a estrutura essencial ou os*

*elementos invariantes do fenómeno, ou seja, o seu significado central*<sup>3</sup> ". A fenomenologia implica que o pesquisador utilize questões que explorem o significado da experiência a partir da recolha de dados dos sujeitos que experienciam o fenómeno (Holanda, 2006). No fundo, o objectivo da pesquisa fenomenológica é tentar compreender que significado teve ou tem a experiência vivida, entendendo que o homem e o ambiente se complementam.

Feito este aparte, retrocedamos um pouco e voltemos à execução dos objectivos. Ora, um dos primeiros objectivos que estabeleci, foi definir os conceitos de estigma e doença mental. Aqui não usei uma metodologia específica, apenas fiz uma alargada pesquisa bibliográfica acerca de ambos os conceitos, para, ao defini-los, poder apresentar informação correcta e completa.

Seguidamente, e complementando com a bibliografia já recolhida, decidi que para conseguir criar novos argumentos e obviamente coloca-los à escala do nosso país, foi necessário ir para o campo, auxiliando-me da etnografia e da fenomenologia, realizar entrevistas a vários intervenientes.

Inicialmente o plano seria a realização não apenas de entrevistas mas também de questionários a alguns sectores da sociedade. Contudo, devido à falta de tempo, estes planos foram abandonados procedendo-se apenas à realização das entrevistas. Desta forma, foi possível formular guiões de entrevistas onde enquadrei perguntas sobre determinadas problemáticas inseridas no fenómeno estigma (os guiões das entrevistas podem ser consultados em anexo), de modo a conseguir de alguma forma englobar alguns dos intervenientes que tinha planeado questionar anteriormente.

As entrevistas ocorreram do seguinte modo: foram escolhidos três grupos sociais distintos, sendo que todos eles estariam de algum modo relacionados com a problemática. Seleccionei então, psiquiatras, portadores de doença mental e ainda jornalistas. Foram entrevistadas então 11 pessoas presencialmente, sendo que quatro são portadores de doença mental, outras quatro psiquiatras e ainda 3 jornalistas. No grupo dos jornalistas estavam planeadas primeiramente quatro entrevistas, no entanto não cheguei a obter as respostas do último entrevistado que seria o director de informação

---

<sup>3</sup> Holanda, 2006: **pág. 370**

do canal público de televisão (RTP 1). Todas estas entrevistas foram compreendidas num período entre Março e Maio (2014) sendo que a informação foi recolhida com um gravador e posteriormente redigida de forma a não se perder nenhuma informação. Ao longo das entrevistas, de acordo com a sua fluidez, fui também colocando perguntas não incluídas nos guiões, como forma a obter informação mais detalhada. Em relação aos entrevistados, no que diz respeito aos psiquiatras três deles pertenciam ao Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, sendo que o restante exerce num consultório particular. No que concerne aos portadores de doença mental, foi contactada uma associação que se disponibilizou a colaborar com o meu trabalho, sendo que foram entrevistados quatro dos seus membros integrantes. (Por uma questão de privacidade o presidente da associação requisitou que se ocultassem as identidades dos participantes sendo que lhes foram atribuídos nomes fictícios). Finalmente acerca dos jornalistas, foram entrevistadas duas jornalistas do jornal Diário de Notícias e uma jornalista do semanário Expresso. De acordo com o grupo pretendido foram realizados três guiões de entrevistas diferentes, de forma a especificar as questões. No entanto, em todos os guiões foram inseridas perguntas que enquadrassem os três grupos de entrevistados. Assim, em todas as entrevistas existiam questões relacionadas com estigma, plano nacional de doença mental e meios de comunicação social. (Ao longo da dissertação estão dispostos trechos das entrevistas de modo a enquadrá-las com o restante discurso. Podem confirmar-se os códigos das entrevistas em anexo.)

Todas as entrevistas realizadas foram semi-estruturadas (ou semi-dirigidas), o tipo de entrevistas mais usadas pelos investigadores. Ao contrário das entrevistas directas, as semi-dirigidas são entrevistas mais dinâmicas e mais subjectivas e que obrigam o investigador a ter um tipo de relacionamento mais próximo com o objecto de estudo. Consequentemente são mais difíceis de gerir. As entrevistas semi-dirigidas não podem ocorrer sem um meticoloso conhecimento prévio e preparação, uma vez que é essencial observar os intervenientes antes de se proceder a uma conversa detalhada deste estilo (Burgess, 2001). Só a partir do momento em que classificamos o entrevistado num determinado papel social é que estamos aptos a delinear os tópicos da entrevista. Fundamentalmente existem três tipos de questões que podem ser colocadas numa entrevista: as questões descritivas, que permitem ao informante fazer declarações acerca das suas acções; as questões estruturais, que procuram determinar como é que os informantes organizam o seu conhecimento; e, por último, as questões de contraste que

permitem aos informantes discutir os significados de certas situações, e proporcionar-lhes uma oportunidade de comparar situações e acontecimentos no seu mundo.

Esta série de entrevistas permitiu-me recolher vários e distintos pontos de vista que interessavam à minha dissertação, sendo que, à medida que fui tentando entrar em contacto com os intervenientes fui também realizando conversas sobre o tema com outras pessoas não entrevistadas como enfermeiros e psicólogos e mesmo com o presidente da associação com quem colaborei. Tanto os guiões das entrevistas como as entrevistas em si podem ser consultadas em anexo.

Finalmente surge ainda por descrever o estudo/exercício que realizei com dois jornais portugueses. Ao ler alguma da bibliografia recolhida rapidamente percebi que muitos são os países com estudos científicos elaborados, que relacionam precisamente esta temática do estigma da doença mental com os meios de comunicação social. Estes trabalhos são variados: perceber qual é o meio de comunicação mais estigmatizante, entender até que ponto os programas infantis contêm propaganda estigmatizante, perceber quais os jornais mais estigmatizantes, etc... Percebi então que seria adequado realizar um estudo semelhante no nosso país.

Inicialmente estava prevista a análise de um jornal diário durante cinco anos. Todavia, mais uma vez devido à falta de tempo, procedeu-se à análise dos números diários de dois jornais no período de um ano. Desta forma, ambos os jornais como o período cronológico foram seleccionados aleatoriamente. Surge então o Jornal Diário de Notícias e ainda o Jornal Público, bem como o ano de 2007. O principal objectivo seria tentar concluir determinados padrões, quando se fala de doença mental e estigma em Portugal, no que concerne a estes meios de comunicação social. Desta forma, mais concretamente no mês de Novembro, empenhei-me na leitura de cada um dos números de ambos os jornais, respectivamente, editados no ano de 2007.

No que concerne ao tipo de notícias escolhidas para a leitura, a selecção foi feita, inicialmente, tendo por base três palavras-chave: doença mental, estigma e Portugal. Contudo, rapidamente percebi que muitas das notícias que procurava não se encontravam por detrás destes conceitos, sendo que acabei eventualmente por ter em conta outras linhas criteriosas de escolha; caso as notícias reportassem crimes, (e aqui os termos imputabilidade e inimputabilidade foram imperativos), ou caso reportassem estudos sobre doença mental. É de salientar que a nível criminal foram seleccionados



apenas os crimes ocorridos em território português, uma vez que o tema do trabalho procurava incidir apenas sobre o nosso país. No fundo, qualquer notícia que mencionasse psiquiatria ou doença mental, mereceu a minha atenção. Desta forma, emergem como resultado deste exercício, um total de 108 notícias, 53 pertencentes ao Jornal Público e 55 resultantes do Diário de Notícias. Seguidamente, é importante referir que estas 108 notícias foram divididas e agrupadas por categorias, (que reflectem os temas que as mesmas abordam). Consequentemente criei então, cinco categorias: a categoria de crimes, a categoria dos estudos sobre doença mental, uma categoria que faz referência ao estado da saúde mental em Portugal, uma categoria que diz respeito a casos que tenham ocorrido, onde a doença mental desempenha um papel fulcral, ou onde o seu protagonista padeça de doença mental, que denominei casos de doença mental e finalmente uma categoria que denominei de “outros”, simplesmente por as notícias que contempla falarem de doença mental, mas não se enquadrarem em nenhuma das categorias anteriores. Para melhor me organizar elaborei uma tabela representativa de cada categoria bem como o número de notícias que cada jornal possui, referente a determinada categoria (ver Quadro.1 em anexo). Dito isto, é imprescindível realçar que o propósito de todo este exercício seria determinar a posição destes meios de comunicação social, no ano de 2007, relativamente às doenças mentais.

Concluindo, foram então várias as formas que utilizei para a recolha de informação para esta dissertação. Todo este trabalho anterior à redacção da tese permitiu-me perceber de uma forma muito mais realista o que é o mundo da doença mental em Portugal, algo que, antes de iniciar este projecto, nunca pensei que fosse tão difícil.

## A IMPORTÂNCIA DA ANTROPOLOGIA MÉDICA

Durante muitos e muitos anos, pelo menos na cultura Ocidental, entendia-se que a doença, o estado enfermo, era um fenómeno puramente corpóreo e biológico. A comunidade médica entendia assim, que as patologias se traduziam em acontecimentos meramente orgânicos.

Com o decorrer das décadas, após a Segunda Guerra Mundial e depois da fundação da Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup>, esta tendência de pensamento começou lentamente a modificar-se. Os profissionais de saúde começam então a compreender e incorporar que de facto existe uma influência da cultura e do contexto, nas ideias relacionadas com a saúde e com os comportamentos. Factores individuais, (como a idade, o género, a personalidade, a experiência), factores educacionais, socioeconómicos, ambientais, etc., passam a mediar todo o funcionamento biológico. A saúde e a doença passam então a ser compreendidas a partir de fenómenos complexos e factores não apenas biológicos mas também sociológicos e culturais.

Surge o aparecimento da Antropologia da Saúde, na qual o antropólogo é chamado para esclarecer ideias e práticas tradicionais que entram em conflito com ideias e práticas biomédicas.

O conceito e definição de cultura empregue é, a essa altura, de uma importância extrema, passando a influenciar o corpo individual, social e político. De acordo com Pool e Geissler (2010) a cultura é vista como um conjunto de regras ou de códigos que influenciam o que as pessoas fazem e como o fazem, (processos sociais). Cultura e corpo são agora conceitos associados que originam variadas e distintas perspectivas. Merleau-Ponty (1942) diz-nos por exemplo que, é através do corpo que entendemos os outros. Michel Foucault (1976) por sua vez, estabelece uma relação entre o corpo e os mecanismos estabilizadores de poder, concentrando-se no aparecimento do poder disciplinar/regulador da modernidade, (desenvolverei este assunto um pouco mais adiante).

---

<sup>4</sup> A OMS foi fundada no dia 7 de Abril de 1948

O sujeito com problemas de saúde experiencia agora o carácter bilateral de estar doente: para além de sentir anormalidades nas funções dos órgãos e sistemas, (*doença*)<sup>5</sup>, o mesmo sujeito experiencia também descontinuidades no seu estado de ser, (*enfermidade*)<sup>6</sup>.

Além disto, surge um sistema de cuidados de saúde onde o sector profissional, popular e tradicional controlam a enfermidade. Estes ditos sectores permitem-nos agora entender que o simples facto de estar doente não significa, em todas as culturas, uma ida ao hospital<sup>7</sup>. Talvez na nossa cultura isso aconteça mas contrariamente, em algumas regiões de África, esta experiência não se perpetua da mesma forma.

A Antropologia Médica nasce, assim, para se ocupar deste lado cultural e social, por nada menos significativa da doença. E foi precisamente este “dissemelhante” lado da doença que me fez interessar por esta questão. Na minha opinião adequa-se especialmente à Psiquiatria, por muitos dita “o parente pobre da medicina”.

Segundo José Morgado Pereira (2008) este **modelo bio-psico-social** “*traduz apenas o reconhecimento contemporâneo da existência de factores biológicos, psicológicos e sociais na génese do adoecer mental*”<sup>8</sup>. Pelo facto de se considerarem em causa os aspectos pessoais e subjectivos da realidade humana, tanto na investigação como na prática clínica, a Psiquiatria encaixa modelarmente nos objectivos da Antropologia Médica, pois deve fundamentar-se em provas e tem que ter em conta determinados valores, sejam eles epistémicos, económicos, éticos ou existenciais (Pereira, 2008).

O papel do psiquiatra é de extrema importância pois este tem como dever tratar o doente. No mesmo sentido o antropólogo médico desempenha também um imprescindível papel neste processo, pois deve acompanhar o portador de doença mental na sua recuperação, amparando-o fora da sala de consulta. Não querendo errar, penso que podemos dizer que são cada vez mais precisos apoios especializados dentro das próprias especialidades. Não que eles não existam já, embora extremamente escassos, contudo o antropólogo médico, juntamente com os restantes técnicos de saúde

---

<sup>5</sup> Ver Eisenberg, 1997

<sup>6</sup> Ver Eisenberg, 1997

<sup>7</sup> Ver Kleinman e Good, 1985

<sup>8</sup> Morgado Pereira, 2008: **pág. 77**

mental, (entenda-se que estou a aplicar ao caso concreto da doença mental mas poderia no entanto aplicar a qualquer patologia), formam a base de uma boa recuperação e “*empowerment*”<sup>9</sup> da pessoa com perturbações mentais. É cada vez mais necessário que existam pessoas especializadas em auxiliar o doente no seu ambiente “normal” fazendo por cuidar dos seus direitos e lutar contra determinadas injustiças a que está sujeito devido ao seu rótulo, como é o caso do estigma.

Com este breve discurso pretendo mostrar a importância da Antropologia Médica nestas questões, e provar que esta é uma ciência necessária à normalização da vida de muitas pessoas.

O estar doente já não representa somente um tratamento, representa todo um ambiente que rodeia a pessoa doente, representa o anterior e o posterior à doença. Representa aquilo que uma pessoa tem que passar a nível económico e profissional, inclusivamente na relação com os familiares e amigos, aquando do aparecimento da perturbação. Representa tudo aquilo que a sua doença vai afectar, para além do seu corpo.

Graças à Antropologia Médica, e indo de encontro às ideias a expor um pouco mais adiante, hoje em dia, o conceito de Saúde Mental pode ter um significado muito mais vasto que Psiquiatria, tendo muito a ver com a elaboração de valores. Citando mais uma vez José Morgado Pereira (2008) “*Hoje em dia a saúde mental, tem como temas recorrentes problemas como a redução do estigma, a informação sobre a doença, os direitos dos doentes, o papel dos grupos de auto-ajuda, reivindicações de carácter social como a ocupação dos doentes, assistência sociopsicológica das famílias e progressos da legislação*”<sup>10</sup>.

Que ciência melhor que a Antropologia Médica pode corresponder e responder a estas dificuldades?

*“(...) era preciso haver mais pessoal de ligação. Haver técnicas que fizessem a ligação. Como por exemplo antropólogos médicos? Sim era interessante, antropólogos médicos seria até muito interessante. Haver uma ligação entre os antropólogos e os psiquiatras ou entre os antropólogos e os doentes? Eu*

---

<sup>9</sup> Ver **pág. 85** da presente dissertação

<sup>10</sup> Morgado Pereira, 2008: **pág.78**

*diálogo entre os psiquiatras e os serviços de psiquiatria, englobando técnicos e doentes. E na sociedade em geral, haver os antropólogos médicos para conseguir contextualizar as coisas, as situações, de forma a apropriar a cada cultura e a cada sistema de valores não é?" **(E03MLV)***

## CONCEPTUALIZAR OS OBJECTOS DE ESTIGMA E DOENÇA MENTAL

Todo e qualquer trabalho de carácter científico seja ele um simples artigo, uma dissertação de doutoramento ou neste caso, uma tese de mestrado, destina-se ou procura um público específico e particular, não obstante a sua índole pública.

Neste caso adequado, o meu trabalho vai de encontro com as linhas da comunidade antropológica, mais concretamente dirigido aos mais interessados na sua vertente médica, e também, se quisermos, à comunidade psiquiátrica num prisma mais social.

Todavia, seria inadequado da minha parte, e de todo e qualquer investigador, não orientar e preparar o seu discurso, de modo a que todas as pessoas, independentemente da sua profissão ou ocupação, o possam compreender. Neste sentido, surge como grande apreensão da minha parte, desenvolver numa primeira fracção do meu ensaio os conceitos de “estigma” e “doença mental”, uma vez que estas noções são a base fundamental do objecto de estudo. Para além deste motivo, encaro neste esmiuçar de conceitos, uma preparação e antecipação da posterior temática, ainda que muito honestamente, dada a complexidade dos termos, como veremos adiante, seja praticamente uma tentativa de defini-los literalmente. Se esta é uma definição necessária, para os críticos, é já algo do qual não tenho plena certeza<sup>11</sup>. Adiante.

Quando anteriormente planeei conceptualizar estes dois termos, julguei ser apenas necessário preparar antecipadamente uma breve pesquisa e a partir daí construir o meu discurso. Só mais tarde me dei conta de que, dado o âmbito da investigação, seria imprescindível dispor de outros conceitos e “jogar” com as ramificações de todos eles para assim produzir argumentos de qualidade. Desta forma, para conseguir conceber aquilo a que me proponho, esclarecer estigma e doença mental, necessito de relacionar com os anteriores, os conceitos de normal/anormal, patológico, orgânico, social e cultural, corpo, medicina, doença... Para além disto, os conceitos em questão acarretam

---

<sup>11</sup> Marques Teixeira J. 2009, É necessária uma definição precisa de doença mental? *In*: Saúde Mental, vol. XI, nº 6, pág. 7-10

consigo, à partida, uma complexa rede de variadas opiniões e controvérsias que demandam ser partilhadas e relacionadas com outras que possam surgir. Assim, tendo por base inicial estes dois conceitos, vou analisar cada um deles, separadamente, e posteriormente relacioná-los de forma a mostrar o quão importante é escrever e pensar sobre este assunto do estigma do doente psiquiátrico, particularmente numa sociedade como a sociedade portuguesa, que parece não mostrar sinais de interesse pela melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

## ■ O QUE É O ESTIGMA?

No fundo, aquilo que é importante aqui é tentar decifrar a complexidade da questão e perceber o estigma do ponto de vista social. Não podendo partir do pressuposto de que as pessoas ou a sociedade em geral sabe o que é estigma, é necessário entender como é que as mesmas o elaboram socialmente. Contudo, penso que apenas será possível responder integralmente a esta pergunta mais adiante no trabalho, quando tratar a questão do estigma inserido e enraizado na sociedade<sup>12</sup>.

Mas vamos por partes; quando nos questionamos sobre o que é o estigma, algumas das respostas mais comuns e corriqueiras são: “*estigma é discriminação*”, “*estigma é preconceito*”, “*estigma é uma marca*”, “*estigmas são aquelas marcas que aparecem nas mãos como símbolo de Cristo*<sup>13</sup>”. Ora, na verdade, nenhuma das afirmações está inteiramente correcta e por outro lado, nenhuma delas está inteiramente errada.

Como várias palavras da língua portuguesa, estigma é um termo com diversos sentidos. É também um término que é, ou se torna aplicável a várias situações e contextos. Neste caso específico, estamos a associar o estigma à doença mental, quando poderíamos perfeitamente introduzi-lo num contexto de surdez, obesidade, mobilidade reduzida<sup>14</sup>, etc... Mais ainda e como mostrarei posteriormente, o estigma existe também sobre algo que não está visível, isto é, estigmatiza-se alguém que não tenha um membro porque a sua condição é visível, no entanto, pode estigmatizar-se também alguém que

---

<sup>12</sup> Ver **pág. 42** da presente dissertação

<sup>13</sup> Estas respostas foram adquiridas no decorrer da realização da dissertação. Quando me questionavam sobre aquilo em que estava a trabalhar e eu respondia “sobre o estigma”, automaticamente as pessoas associavam o fenómeno com o tipo de respostas que referi

<sup>14</sup> Ver Goffman, 1963

não possua uma característica visível como o filho de um presidiário ou o familiar de um corrupto. O estigma tem assim duas dimensões o visível e o invisível.

Vejamos, se procurarmos o significado desta palavra num dicionário de língua portuguesa, (pessoalmente usei como referência o dicionário online da Porto Editora), aparecerá a seguinte expressão: “*marca infamante*”. Simultaneamente, estigmatização aparece como sinónimo de “censura”. No mesmo dicionário, se procurarmos o mesmo conceito no que concerne aos significados médicos, deparar-nos-emos com “*senal persistente e característico de uma dada doença*”, ([www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-aa0](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-aa0), acedido em 07/01/2014).

Ora, com esta momentânea introdução, adquirimos já uma minúscula parcela daquilo que é este objecto. E digo minúscula porque cada autor, ao tentar definir este termo, acrescenta algo que complementa o seu significado. Como autora deste trabalho, também eu procuro dar a minha definição, ou melhor, o meu parecer daquilo que é o estigma. Para isto percebi que tenho de relacionar os vários autores e os seus vários argumentos nesta matéria afim de, no final, obter uma definição de cunho pessoal.

Prosseguindo, vejamos as ideias de alguns dos autores que consultei. Apresento, em primeiro lugar, o ponto de vista de Goffman. Uma vez que me centro nesta temática não podia, obviamente, deixar os argumentos deste autor para trás. “Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity” (1963) é, na minha opinião, a mais importante obra quando se fala de estigma. Nunca o conceito foi tão bem apresentado e desenvolvido como o faz nesta obra Erving Goffman. O autor, “pega” no termo sem receio de o utilizar, mostrando vários exemplos dos significados que a palavra pode adquirir, aplicando-a a diversas situações, acabando por indicar como a sociedade em geral caracteriza o estigmatizado. Certamente, este é o autor que dita ou que lançou as regras ou as primeiras ideias concisas sobre este assunto, pois todos os outros autores que consultei usam este seu importante trabalho como referência, acabando por usar as suas palavras. Continuando, Goffman principia por fazer menção ao uso da palavra “estigma” pelos gregos, definida como “*signos corporais sobre os quais se tentara exhibir algo mau e pouco habitual no status moral de quem os apresenta*<sup>15</sup>”. Especificando, este “*signo corporal*” visível tornar-se-ia na característica negativa que

---

<sup>15</sup> Goffman, 1963: **pág. 5**



interferiria na convivência social do portador. Segundo Goffman, estigma transformava-se então numa advertência, pois para este autor, a sociedade estabelece um modelo de categorias às quais as pessoas devem pertencer, conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa mesma categoria; ou seja, para Goffman, e aproveitando para lançar o meu ponto de concordância com o autor, a sociedade determina um padrão externo ao indivíduo que permite prever a categoria e os atributos, a **identidade social** e as relações com o meio que o anterior possui, (Goffman, 1963). Portanto, nas palavras do autor, estigma traduz-se na situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. Contemporaneamente, o autor refere que o termo é usado aplicado à própria desgraça e não tanto a uma evidência corporal; (surtem novamente aqui as duas dimensões do estigma- visível e invisível).

Complementando, olhemos as ideias de outros autores: Schiling e Miyashiro (2008) entendem o estigma como *“uma marca ou cicatriz deixada por ferida; qualquer marca ou sinal; mancha infamante ou imoral na reputação de alguém; sinal infamante outrora aplicado com ferro em brasa nos ombros ou braços dos criminosos, escravos, etc...; aquilo que é considerado indigno, desonroso; descrédito; infâmia; nódoa; perdição<sup>16</sup>”*. Apesar de, no meu parecer, estas autoras, entenderem o estigma ainda de uma forma muito arcaica, isto é, apenas como algo visível que posteriormente resultaria em desconsideração e não tanto como algo que poderia também ser imperceptível, através das mesmas resulta a mais óbvia conclusão: a de que o estigma, independentemente do significado que usufruir, acha-se sempre de conotação negativa. Por conseguinte, compreendemos que o estigma e o acto de estigmatizar nunca podem conduzir vantagens à pessoa a quem é dirigido; apenas consequências que não contribuem em nada para um pleno estado mental.

Seguidamente, surge a opinião de Keith Brunton (1997). Este escritor, de entre todos os outros, é aquele que mostra como a palavra estigma teve uma evolução. É aquele que se concentra mais concretamente nas suas dimensões de visível e invisível. Com o vantajoso complemento de Goffman, Brunton reinventa o significado de estigma, passando, nas suas palavras, de uma característica visível ou **aparente**, indicadora de alguma qualidade, a uma acção ou circunstância. Basicamente, Brunton

---

<sup>16</sup> Schiling e Miyashiro, 2008: **pág. 248**

permite verificar como o conceito de estigma se metamorfoseia, sendo que nos tempos mais antigos era necessária uma característica observável para se censurar, enquanto hoje em dia o estigma já não se processa da mesma forma. Nos dias que correm, uma mera acção, comportamento ou circunstância pode levar a que se estigmatize. Uma pessoa aparentemente “normal” pode agora ser vítima de estigma.

Concomitantemente, para Scambler (2009) por exemplo, estigma é “*o desvio do “normal”, um processo social experienciado ou antecipado pela rejeição, culpa ou desvalorização, que resulta da experiência, percepção ou antecipação razoável de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou um grupo*<sup>17</sup>”. Este autor introduz uma nova posição do estigma; a antecipação (pré-julgamento, auto-estigma).

Finalmente, e antes de avançar com a minha própria definição de estigma, penso que talvez seja altura de fazer um pequeno desvio no discurso e encaixar agora um novo conceito que apesar de ainda não ter surgido muitas vezes, está umbilicalmente relacionado com a noção de estigma. Refiro-me ao conceito de “normal”.

No fundo, como podemos saber, interiormente na temática, o que é e o que não é normal? Ou melhor, quem consideramos normal (adequado) e anormal (desadequado)? Talvez seja impossível simplificar esta questão mas tento e aproveito para falar de normalidade aplicada à doença mental. Segundo Filho *et al* (1999) a normalidade pode ser equivalente ao comportamento médio dos indivíduos. No entanto, “*embora existam fenómenos ajustados à cultura e por ela considerados normais, tais fenómenos não implicam, necessariamente, normalidade mental*<sup>18</sup>” (Filho *et al*, 1999). Ou seja, o normal é relativo; pode variar culturalmente, uma vez que cada sociedade tem os seus padrões e significados locais. Dou como exemplo o facto de que na sociedade portuguesa seja falta de educação arrotar em frente de outras pessoas enquanto em algumas sociedades mais orientais seja falta de educação não arrotar no fim da refeição, em frente dos cozinheiros/anfitriões. Algo que para estas sociedades é normal, por outro lado, para a sociedade portuguesa é anormal. Contudo, um português que viaje para um destes países e seja confrontado com esta situação não deve partir do pressuposto de que os seus anfitriões sejam doentes mentais; apenas que têm padrões comportamentais

---

<sup>17</sup> Scambler, 2009: **pág. 441**

<sup>18</sup> Filho *et al*, 1999: **pág. 101**

diferentes dos seus. Mais uma vez, segundo os últimos autores que referi, “*a chave para a saúde mental será justamente a capacidade de ajustamento às transformações*”<sup>19</sup>. Desta forma, não podemos caracterizar como “anormal” tudo aquilo que foge ao nosso contexto, aos nossos princípios, ao nosso aspecto. Não posso afirmar que são anormais todos aqueles que não estão de acordo com as minhas normas morais. Para falar de normalidade, há primeiro que inserir a elocução num contexto concreto. Logo, falar de padrões e comportamentos normais é bem mais complexo do que aparenta.

Quando se fala em saúde mental, torna-se ainda mais complexo abordar esta questão da normalidade ou da norma. Contudo Georges Canguilhem, através a sua obra *O Normal e o Patológico* (1943) pode ser-nos extremamente útil. Este médico francês tenta, através deste seu trabalho, adiantar conceitos como o de norma, saúde, patologia e doença. Servindo-se das teorias previamente avançadas de alguns autores como Augusto Comte e Claude Bernard, Canguilhem critica o argumento de que o estado patológico (doença), apenas pode ser entendido como uma variação quantitativa do estado normal (saúde). Segundo esta perspectiva quantitativa, a doença, ou a patologia, consistem na privação/carência ou excesso de excitação dos tecidos, inferior ou superior ao grau que constitui a norma ou o estado normal. Assim sendo, a saúde e a doença, de acordo com esta teoria, fazem parte de um mesmo estado e dependem de estimulações que variem, apenas no grau de intensidade.

Contrariamente à premissa de que fenómenos patológicos sejam apenas meras variações quantitativas dos fenómenos normais, Georges Canguilhem avança com o seu fundamento de que as respostas patológicas jamais se apresentam no indivíduo normal da mesma forma e nas mesmas condições, pois o patológico implica uma relação com um meio novo, mais limitado, já que o doente não consegue mais contrapor-se às reivindicações do meio normal anterior. Desta forma, o autor francês cria uma teoria qualitativa, na qual afirma que a doença difere da saúde como uma qualidade difere da outra; acredita ainda que estes dois estados, normal e patológico, devem ser tratados como distintos não possuindo grau entre eles. Na presente conjectura, pensa-se a doença não como um grau distinto do estado normal mas sim como algo que transforma o indivíduo. Canguilhem propõe ainda que o estado patológico, não se traduz na ausência

---

<sup>19</sup> Filho *et al*, 1999: **pág. 102**

de uma norma. De acordo com as proposições de Lagache e Minkowski, o autor em questão concorda que um sintoma somente possui sentido patológico quando considerado no contexto de uma perturbação global. Aproveitando para lançar o meu ponto de concordância com o autor, e de acordo com a teoria supra citada, existe uma diferença qualitativa entre a saúde e a doença; os estados patológicos descobrem uma estrutura individual modificada qualitativamente distinta do estado normal, cuja particularidade apenas pode ser apreciada na relação do organismo com o meio. Tal como mostrei anteriormente, determinados indivíduos são capazes de se adaptar a um certo tipo de ambiente/situação, enquanto outros são incapazes de se identificar com o mesmo ambiente em questão; porém, o autor afirma que apenas através de dados variáveis, não se torna possível identificar se um determinado indivíduo pode ou não ser normal. A Antropologia Médica contemporânea instruiu-nos para que entendamos os entendimentos e práticas de saúde como culturais, na medida em que uma teoria satisfaz várias exigências e postulados intelectuais no momento histórico-cultural em que é formulada. Assim, qual é o critério que permite identificar ou distinguir a saúde da doença, o patológico do normal? Canguilhem afirma ser a normatividade vital, isto é, a capacidade de o organismo criar novas normas, inclusivamente, normas orgânicas.

Finalizando esta questão da normalidade na saúde, o autor acredita que a saúde seria mais do que ser normal, seria ser capaz de estar adaptado às exigências do meio e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida, uma vez que o normal é viver num meio onde novos acontecimentos são plausíveis. Um organismo completamente fixo e adaptado a uma única norma é doente, por não possuir uma margem de tolerância às variações do seu meio. Não existe facto que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas manifestam outras normas de vida viáveis. Se essas normas forem inferiores, as normas anteriores serão designadas de patológicas. Se, eventualmente, se revelarem iguais (no mesmo meio ou superiores em outro meio) serão chamadas normais. A sua regularidade advirá da sua normatividade (Canguilhem, 1943).

A maneira como falo leva-me apenas a concordar com o carácter de relatividade que a normalidade ostenta. Talvez não seja então um bom propósito tentar mostrar quem é e quem não é normal. Porventura será melhor deixar ao critério do leitor esta parte do discurso; de acordo com os seus padrões, concorde ou discorde dos meus

argumentos. Da minha parte não podia deixar de achar conveniente incorporar esta ideia ainda que não avance muito sobre ela.

Bom, voltemos ao cerne da questão. Depois de toda esta conjuntura sobre o estigma, penso agora estar bem munida para apresentar o meu apontamento pessoal sobre o conceito bem como o seu significado: **estigma, é o atributo ou a característica, acção ou comportamento, visíveis ou invisíveis, que permitem caracterizar o sujeito negativamente, inserindo-o automaticamente numa categoria social, sendo esta excluída à partida, tornando-se sinónimo de descrédito e desaprovação.** Embora não se revele uma definição altamente elaborada, penso que através desta interpretação se torna mais claro entender e relacionar as minhas ideias com as teorias de Goffman e dos outros autores.

Por conseguinte, julgo tornar-se mais fácil entender aquilo a que os variados autores se referem quando afirmam que a pessoa vítima de estigma se torna facilmente identificável como menos desejável, inferior e perigosa. Simultaneamente, este atributo ou comportamento qualificador de estigma, pressupõe também um plano de contágio e contaminação, contribuindo mais ainda para a exclusão do sujeito portador deste estigma, agravando a sua situação. É perfeitamente compreensível que toda esta conjectura ou toda esta complexa rede de conceitos e significados se torne semelhante, ou se confunda com os termos “preconceito” e “discriminação”. Tal como referi anteriormente, estigma também é preconceito e discriminação, embora não signifique o mesmo.

Mostrando-se profundamente relacionados, os três conceitos não pressupõem inteiramente os mesmos significados. Juntamente com o estigma vemos chegar o preconceito, (opinião anteriormente formada, seja ela favorável ou desfavorável, sem fundamento prévio ou análise crítica), e a discriminação; por sua vez esta traduz-se na acção de tratar os indivíduos de forma desigual com base em características sexuais, raciais, religiosas, etc... O estigma é aquilo que permite discriminar. Voltando ao princípio desta questão, e concluindo este fragmento do discurso, estigma é sim uma marca, é preconceito, é discriminação, é símbolo, é acção e comportamento, é muito mais do que todas estas noções relacionadas conjuntamente. É uma vez mais uma forma de a sociedade expor desigualdade entre si.

Desta maneira, julgo ter ficado claro que estigma não possui uma definição “universal” se assim lhe posso chamar. Possui sim várias teorias que associadamente se transformam numa definição. Contudo, esta é uma questão complexa e muito mais lhe poderia ser acrescentado apesar de tudo o que foi exposto. Posteriormente penso que me será mais fácil complementar este conceito, quando o aplicar ao fenómeno concreto da saúde mental.

## ■ O QUE É DOENÇA MENTAL?

Tal como o conceito anterior definir doença mental é também um problema muito mais intrincado do que aparenta. Também aqui há conceitos que se relacionam e inclusivamente que se substituem.

O primeiro apontamento que deve surgir é o de que podemos falar tanto de Doença Mental como de Saúde Mental. Contudo, uma não se traduz exactamente na ausência da outra. Será mais fácil entender se dispusermos as coisas de determinada forma; ou melhor, segundo a Organização Mundial de Saúde que nos presenteia com três ideias base para perceber os dois conceitos.

Assim, esta organização diz-nos que a saúde mental é uma parte integral da saúde; que a saúde mental é mais do que a ausência de doença mental; e finalmente, que a saúde mental está intimamente relacionada com a saúde física e comportamental (OMS, 2005). Isto é, doença mental e saúde mental, podem parecer querer dizer o mesmo mas não se anulam mutuamente. Entendemos, à partida, que uma pessoa doente mental não detém as aptidões necessárias para ser considerado saudável mentalmente. E de facto é verdade. No entanto não é apenas a doença mental que constitui a saúde mental. Desta forma, talvez então seja mais fácil definir saúde mental. Todavia esforçar-me-ei por esclarecer acerca dos dois conceitos, até porque entendo que os dois se rematam.

Ora, o meu primeiro passo foi precisamente olhar os conceitos do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde; (como sabemos, esta é a grande entidade quando se fala de saúde por isso penso que este meu primeiro passo seria expectável). Assim, segundo esta organização, saúde mental define-se como “*o estado físico, mental e social de completo bem-estar e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Seguidamente suplementa: “*Saúde Mental é o estado de bem-estar no qual o indivíduo*

*realiza as suas tarefas, consegue lidar com o stress normal do dia-a-dia, trabalhando produtiva e frutuosa, sendo capaz de contribuir para a sua comunidade*<sup>20</sup>” (OMS, 2005). Adequadamente, ao longo dos seus trabalhos nesta matéria, a Organização Mundial de Saúde lança uma afirmação - que igualmente podemos olhar como questão - pertinente e perfeitamente adequada ao argumento, ou se preferirem, ao debate que aqui pretendo construir. *“Neither mental nor physical health can exist alone”*. (A saúde mental bem como a saúde física não podem existir isoladas).

Mais ainda, para o Dia Internacional da Saúde, em 2001, a organização em questão lançou um conjunto de perguntas e respectivas respostas, que ajudam na compreensão da doença mental, do qual surge a seguinte interrogação: *“Are mental or brain disorders brought on by a weakness in character?”* (Os distúrbios mentais ou cerebrais são despoletados por uma fraqueza de carácter?) Respondendo à questão usando as suas palavras, *“No. They are caused by biological, pshycological and social factors”*. (Não. Eles são causados por factores biológicos, psicológicos e sociais.) Outras afirmações da Organização Mundial de Saúde: *“Influências sociais podem contribuir significativamente para o desenvolvimento de vários distúrbios”*; *“Pobreza extrema, guerra e deslocamento podem influenciar a severidade e a duração do distúrbio mental”*; *“Os profissionais da saúde mental contribuem melhoradamente para a comunidade, se conseguirem compreender o contexto social e cultural, no qual o seu trabalho é desenvolvido*<sup>21</sup>”.

Penso que se torna claro o ponto de vista que tento mostrar. Ao contrário de muitas opiniões, sou apologista de que a saúde mental tem um carácter profundamente social, e não deve ser entendida apenas como entidade biológica e orgânica.

Vejamos de que forma o autor David Ingleby colocou esta questão, no seu trabalho, *A construção social da doença mental*, de 1982. Com este trabalho, Ingleby mostra ao leitor como a psiquiatria, sendo um dos ramos da medicina, se torna na sua actividade mais *“obviamente social”*. Ele justifica esta afirmação, referindo que a psiquiatria se ocupa de fenómenos psíquicos como actos, religiões, razões e emoções, que são precisamente o tipo de fenómenos regrados pela sociedade, e só muito

---

<sup>20</sup> WHO, 2005: **pág. 2**

<sup>21</sup> WHO, 2003: **pág. 3**

tangencialmente assentam num conhecimento neutral e físico, da forma de funcionamento do cérebro (Ingleby, 1982). O autor coloca então a questão fundamental. **“O que significa designar alguém como doente mental?”** Ingleby apresenta portanto três interpretações base para o conceito de doença mental: a) “modelo de afecção”; b) doença mental como desvio; c) critério de “inteligibilidade”.

Atentemos ao que o autor tem a transmitir sobre cada uma das interpretações. Através do “Modelo de Afecção”, vê-se no centro da doença mental uma patologia física subjacente. Ou seja, a imputação de doença mental implica sempre a existência de uma patologia física. Não se considera doença mental se não existir um sintoma corpóreo. Ingleby diz-nos ainda que para alguns autores como Szasz<sup>22</sup>, a ausência de uma patologia orgânica demonstrável torna o termo “doença”, inutilizável para descrever a maioria das situações psiquiátricas. Este último autor partiu do princípio de que os modelos contributivos da saúde e da doença física são neutros, capazes de serem circunscritos por meios científicos, enquanto, pelo contrário, os “*diagnósticos psiquiátricos*” seriam em muitos aspectos evidentes e culturalmente relativos. Inclusivamente dá o exemplo de que “ouvir vozes” pode indicar poderes extraordinários numa determinada cultura e loucura numa outra. No entanto, Ingleby presenteia-nos com outro autor, e com as suas ideias. Mechanic<sup>23</sup>, contrariamente, acredita que mesmo aquilo que é doença física é culturalmente relativo. Assim, doença mental assenta também num carácter de variabilidade, não se tornando num termo inadequado. Discordando de Szasz, aproveito para rematar com a ideia de que a inexistência de uma alteração orgânica não torna insustentável a imputação de doença mental, uma vez que acredito que a doença mental não é puramente biológica mas também social e cultural.

Continuamente surge a segunda interpretação de Ingleby; a doença mental como desvio. Segundo o autor, esta é uma perspectiva que assenta nos fundamentos de que a doença mental é meramente um desvio das normas de conduta moral. Por conseguinte, esta perspectiva vê no tratamento psiquiátrico, uma conseqüente forma de dominação social directa. Portanto, alega-se doença mental quando uma pessoa transgride as regras da acção moral. A doença mental incorre assim em desvio. Contudo, esta teoria incide

---

<sup>22</sup> Psiquiatra e académico húngaro (crítico social dos fundamentos morais e científicos da medicina)

<sup>23</sup> Norte-Americano professor de ciências comportamentais e director do Instituto para a Saúde entre 1985 e 2013



em defectividade. Mais uma vez teria de gerar-se aqui um debate sobre aquilo que é a regra moral. Como o autor indica, esta teoria “*adopta uma noção behaviorista do que significa seguir uma regra*”<sup>24</sup> (Ingleby, 1982). À partida, um doente mental não pode infringir uma regra quando este acto não é consciente e voluntário/intencional. Se se age de forma inconsciente, o censo comum e a lei interpolam a reprovação. Sendo assim, após a interpretação desta teoria, resulta a conclusão de que da mesma forma que apenas podemos qualificar as situações psiquiátricas como doenças, alargando o conceito de doença de forma a incluir as não orgânicas, igualmente apenas podemos aplicar o conceito de desvio ampliando este conceito acabando por abranger também o “*não-imoral*”, pois o que faz sentido, é quase sempre contestável (Ingleby, 1982). E assim, nem todas as acções que não fazem sentido são sinónimas de doença mental.

Finalmente aparece a terceira e última teoria, O Critério da “Inteligibilidade”. Neste ponto, aquilo que está em causa é a explicação da conduta humana. Temos por um lado a “maldade” e por outro, contrariamente, a “loucura”. Complementando a tese anterior, esta advoga que os doentes mentais não se desviam tanto de normas morais como de normas racionais. Se voltarmos um pouco atrás no tempo, aquilo que se dizia perdido, quando deparadas as pessoas com certos “desatinos”, era a razão e não tanto a saúde física. O comportamento simplesmente desatinava - fugia ao tino. Deixava de fazer sentido. Foucault pode ajudar-nos com esta questão. Com a sua *História da Loucura na Idade Clássica* (1972) este constata como do século XV ao século XVIII, o conceito de loucura é definido pela sua conotação negativa, transformando-se no oposto da razão: o desvario. Desta maneira, Ingleby mostra que os existencialistas concordam com a questão de que toda a gente faz sentido, basta colocarmo-nos do seu ponto de vista. Basicamente temos de fazer por ver as coisas como outros vêem. E tudo se resume a esta frase do autor: “*Por certo que a pessoa melhor preparada para saber em que medida alguém está a responder adequadamente a uma situação será um especialista dessa pessoa e dessa situação*”<sup>25</sup>.

Pois bem, percebemos já que o conceito de doença mental acarreta consigo uma grande variedade de polémicas e dificuldades que para serem entendidas devidamente, devem ser encaradas de acordo com o contexto em que se inserem, seja ele profissional,

---

<sup>24</sup> Ingleby, 1982: **pág. 94**

<sup>25</sup> Ingleby, 1982: **pág. 104**

social ou ideológico (Ingleby, 1982). Talvez seja mais fácil compreender aquilo que tento mostrar se considerarmos as duas dimensões da doença (biológica/social e cultural), do ponto de vista de Kleinman e Good<sup>26</sup>.

Estes, agrupam a doença em duas categorias: patologia-disease e enfermidade-illness. A primeira refere-se a alterações de processos biológicos, a segunda por outro lado, revê-se na percepção individual do sujeito, relativamente aos problemas que advêm da patologia. Ou seja, considera tanto significados culturais como significados pessoais e simbólicos. Mais concretamente, refere-se à nossa forma de entender e lidar com o processo de adoecimento (Filho *et al*, 1999). Cria-se então uma barreira natural entre o normal e o patológico, estabelecida pela cultura. “*A doença é um processo de socialização da patologia e da enfermidade*<sup>27</sup>”. A saúde mental não implica, assim, apenas um cérebro plenamente funcional mas também um “*socius saudável*”: emprego, agrado no trabalho/ocupação, vida quotidiana significativa, participação ou integração social, ócio, qualidade das ligações sociais; enfim, uma boa qualidade de vida (Filho *et al*, 1999). Desta forma entendemos então que a doença mental engloba dimensões variadas, acabando por se tornar relativa de um ponto de vista cultural, o que faz com que não se tenha avançado muito no sentido de construir o seu conceito.

Contudo, a doença mental não se transforma numa lenda só porque ninguém a consegue definir, ou melhor, só porque cada um a define à sua maneira, não existindo, tal como no estigma, uma definição concreta. Embora estejamos ainda longe de alcançar este conceito, do ponto de vista social, claro, há que estudar fenómenos como o estigma e a discriminação face à doença mental para percebermos, no fundo, como é difícil lidar com a doença, e ao mesmo tempo, com tudo o que pode advir do contexto social onde nos inserimos, que muitas vezes se pode tornar cruel e humilhante.

---

<sup>26</sup> Ver Kleinman e Good, 1985

<sup>27</sup> Filho *et al*, 1999: **pág. 105**

## O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL E OS MÉDIA: CONTEXTUALIZAÇÃO

Na sociedade portuguesa, existem muitos mitos e entraves associados a determinadas doenças, que levam as pessoas a procurar um tratamento tardio para as mesmas. Muitas pessoas por exemplo, procuram tratamento tardio para o cancro, receando as repercussões que podem advir da quimioterapia. A doença mental não foge a esta regra.

Os intrincados mitos e rótulos que se associam a esta doença impedem que as pessoas portadoras de doença mental procurem um tratamento para a sua condição. O elevado grau de estigma a que estão sujeitas este tipo de pessoas, constitui uma das principais preocupações da agenda de saúde pública europeia<sup>28</sup>. Um dos principais objectivos desta mesma agenda é precisamente assegurar a todas as classes sociais, modernos e melhorados serviços de saúde mental. Contudo, pelo simples facto de as pessoas terem medo de ser consideradas “malucas” não os procuram. Assim, é tempo de se combater esta névoa chamada estigma, que envolve os portadores de doença mental bem como os serviços disponíveis.

Este trabalho visa precisamente incidir sobre esta questão do estigma, percebendo que caminho toma, qual é a situação que se atravessa, e entender fundamentalmente aquilo que se pode fazer para melhorar a situação. Os meios de comunicação social, pela sua enorme capacidade de exposição pública podem e devem ser ferramentas a utilizar neste melhoramento; contudo, existem demasiados factores a ter em linha de conta, quando falamos em combater o estigma da doença mental em Portugal. Há que adicionar ao discurso, variadas questões que se incluem no âmbito da questão. Primeiramente há que analisar a situação económica actual do nosso país, que por si só, constitui já um grande entrave para que se procurem serviços de saúde.

O Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, apontado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos

---

<sup>28</sup> Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (plano de acção 2007-2016): **pág. 12**

Serviços de Saúde Mental, mostra-nos para além do panorama geral, as metas que os altos pelouros pretendem atingir para os anos compreendidos entre 2007 e 2016; contudo, penso que estes não estão 100% inteirados da posição que a doença mental atravessa em Portugal. Para além disto, é também imprescindível ter um breve conhecimento acerca de algumas patologias psiquiátricas existentes, bem como alguns dados estatísticos fornecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Contextualizada a situação, é necessário perceber o papel dos meios de comunicação social na questão do estigma, e que impacto tem a representação da doença mental nos indivíduos. Como é que a doença mental é representada pelos meios de comunicação social? Os rótulos e os estereótipos a que estão sujeitos, e a melhor forma de os combater. Mais ainda, é necessário percebermos quem influenciam os meios de comunicação social e de que maneira o fazem.

A questão do auto-estigma está também ela associada com os meios de comunicação social, pois não podemos esquecer que as pessoas com doença mental também lêem jornais e também estão expostas à televisão nacional e internacional.

No fundo, neste ensaio, trabalho para que seja possível posteriormente mostrar como é imprescindível um “*recovery e empowerment*<sup>29</sup>” do doente mental, sendo que para atingir este fim, é fundamental atender a todos estes factores que anteriormente referi.

## ■ SAÚDE MENTAL

Depois de definidos os principais pontos a debater ao ingressar no fenómeno do estigma da doença mental associado aos meios de comunicação social, parece-me bem inaugurar o discurso começando por introduzir uma breve análise à doença mental propriamente dita, e ainda percorrer de certa forma o percurso que atravessámos até alcançarmos os serviços de saúde mental dos quais hoje usufruímos.

Principiemos então com a saúde mental. Vimos já, anteriormente, quando tentei facultar uma definição de saúde mental, que esta é um componente fundamental e integral da saúde, na qual uma pessoa é capaz de concretizar as suas habilidades cognitivas, afectivas e relacionais.

---

<sup>29</sup> Ver **pág. 85** da presente dissertação

A falta de uma boa saúde mental pressupõe uma perturbação ou uma patologia e por conseguinte significa doença. Como tal, esta pode afectar todo o tipo de pessoas, não fazendo distinção entre género, idade, religião, ou etnia. Todos podem ter doença mental. Claramente, esta pode ser despoletada por variados motivos entre os quais o consumo excessivo de substâncias como o álcool e a droga, sendo que um dos grupos mais susceptíveis de padecer de alguma perturbação mental são precisamente este tipo de pessoas, (alcoólicos e toxicodependentes), especialmente quando este consumo exagerado começa na adolescência. A doença mental associada ao álcool e drogas nunca pode ser benéfica. A Organização Mundial de Saúde estima que 400 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de perturbações psicossociais, muitas delas devido efectivamente ao consumo destas substâncias que acima indico.

A condição de doente mental, podendo afectar todo o tipo de pessoas, abrange igualmente países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Talvez a doença mental seja uma das áreas mais complicadas da saúde, pois para além das suas complexas patologias, suporta demasiados rótulos e mitos, que dificultam e inclusivamente impedem a vida das pessoas portadoras de doença mental. Um destes mitos surge pelo facto de muitas pessoas não acreditarem que a doença mental existe, achando que aquilo que se passa se pode apelidar de “manha”, algo que provoca um grande sofrimento nos doentes mentais.

*“(…) Frequentemente eu ainda ouço pessoas na consulta a dizer, (familiares de doentes), que o doente em questão não tem doença nenhuma, que aquilo é só preguiça, que aquilo é só falta de vontade. Isto é claramente um estigma e claramente se traduz na falta de aceitação destas patologias.” (E02AC)*

Esta situação pode explicar-se se atendermos por exemplo, ao facto de que quando uma pessoa parte um braço e tem dores, o braço partido é algo visível; ou até quando uma pessoa tem dores nos rins por exemplo, um exame pode comprovar que o rim não funciona bem. Com a doença mental isto não acontece. O sofrimento existe mas muitas vezes não é visível. O problema psiquiátrico não se vê. Todavia, não significa que não exista ou que não esteja lá.

*“(…)Se nas escolas se começar a falar de doença mental da mesma forma que se fala da doença física, começar a preparar as miúdas dizendo-lhes que uma pessoa que sofre de ansiedade ou que sofre de um quadro depressivo, ainda que ligeiro, tem uma doença. Se não se fizer distinção entre doença física e doença mental*

*estamos a preparar cidadãos de amanhã que não fazem distinção entre a doença mental e a doença orgânica, a doença física.(...)" (E02AC)*

Existem hoje em dia inúmeras patologias mentais. *O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-V), constitui um objecto importantíssimo para o estudo das mesmas. Nele podemos encontrar perturbações como: delírio, demência, esquizofrenia, depressão, distúrbio bipolar, distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares, distúrbios obsessivo-compulsivos, entre outros.

Inicialmente, chegou a achar-se que a doença mental era despoletada por personalidades e caracteres fracos e mais sensíveis, contudo, com o avançar dos tempos e das técnicas, e muito graças à Segunda Guerra Mundial e ao seu conhecido sintoma “*Shell Shock*”<sup>30</sup>, entendeu-se que a doença mental é provocada por factores biológicos, psicológicos e sociais.

Os factores sociais, ao contrário do que muitos defendem, influenciam significativamente o estado mental e contribuem grandemente para o desenvolvimento de várias desordens. Pobreza extrema, guerra, deslocamento em consequência das mesmas, são alguns dos factores sociais que contribuem, influenciam, e desenvolvem, a nível mundial, uma prolongada duração das perturbações psiquiátricas.

Como já várias vezes referi, existem inúmeros mitos e rótulos acerca da doença mental que devem ser esclarecidos para que problemas como o estigma, a vergonha e a exclusão possam ser batalhados. Outro destes mitos refere-se à ideia errada de que as pessoas portadoras de doença mental, não conseguem sobreviver sozinhas. Muito pelo contrário, estas pessoas conseguem sim viver sozinhas, e inclusivamente devem ser incitadas e encorajadas a fazê-lo. Na grande maioria dos casos, o que estas pessoas anseiam é a sua aceitação na comunidade bem como uma boa reintegração na mesma; obter uma casa, ter um emprego legal e remunerado e ainda uma vida social plena.

*“Eu tenho um apartamento onde tenho as minhas coisas sozinha, e já morei sozinha. Neste momento vivo com os meus pais. É mais fácil. Mas já vivi um ano e tal sozinha...” (E08M)*

---

<sup>30</sup> Young, 1982: **pág. 50**: reacção de alguns soldados da 1ª Guerra Mundial ao trauma sofrido em batalha

*"Eu escrevo. E gostaria de, (tenho um livro editado já), gostaria de editar outro sem gastar dinheiro. Que fosse uma editora, é que no outro paguei parte da edição e gostaria que no próximo não tivesse de pagar." (E07J)*

*"Tenho o apoio da minha mãe e da minha irmã. Mas gostava de viver com uma mulher." (E06G)*

*"Para além de ter um trabalho remunerado, tenho o projecto de ser feliz. Talvez o projecto de ter um curso superior mas isso é uma coisa que são mais as pessoas conhecidas a sugerir e insistir do que eu própria. **E seria um curso relacionado com o desenho?** Vários, jornalismo, música arquitectura, tinha vários" (E06G)*

*"Tenho o apoio da minha família, moro com os meus pais. Se tivesse dinheiro comprava um apartamento mas não era para viver sozinha. **Para constituir família?** Sim sim, gostava de constituir família e ter filhos." (E05H)*

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se na principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades actuais. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas. Mais ainda, as previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais no futuro. O envelhecimento da população tem levado a um aumento da frequência de quadros demenciais e da consequente procura de cuidados especializados (CNRSSM, 2007).

Por outro lado, questões sociais como o desemprego, violência/criminalidade, pobreza, desigualdade social e quadros relacionados com o stress, (basicamente aquilo em que a recessão e a crise económica estão a transformar o nosso país) contribuem grandemente para o agravamento do estado mental, tal como dá origem a novos quadros psiquiátricos.

Assim, esta questão leva-nos a uma conclusão clara: para acabar com problemas como o estigma e a exclusão, é necessário que previamente se acabe com outros problemas sociais, e que se eduquem as pessoas para uma boa saúde mental.

Num país com um quadro económico agravado como o nosso, no combate ao estigma é imprescindível que se tomem medidas antecipadas. Mais ainda, Portugal tem a agravante de, segundo a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, nunca ter sido efectuado um inquérito de morbilidade psiquiátrica, quer de âmbito nacional quer de âmbito regional, não sendo conhecida a prevalência e

incidência da grande maioria das perturbações mentais; Por outro lado, e ainda segundo esta comissão, como não se conhecem os índices epidemiológicos, não é possível estabelecer de uma forma cientificamente rigorosa a associação entre as perturbações psiquiátricas na população portuguesa e os seus eventuais determinantes, incluindo aqui factores sociodemográficos, económicos, comportamentais e estilos de vida. Esta recolha de dados, podia eventualmente vir a ser pensada pelo governo e pelo Ministério da Saúde, originando uma equipa de especialistas da qual um ou mais antropólogos médicos fariam parte, podendo até funcionar como uma situação de experiência, observando-se o relacionamento profissional dos antropólogos médicos conjuntamente com os outros especialistas, concluindo se uma colaboração deste tipo poderia ou não ser ainda mais eficaz no combate aos problemas relacionados com a saúde social. Mais ainda, esta recolha de dados significaria um importante progresso no nosso país porque sem ela, não conseguimos ter um número, e por conseguinte não conseguimos erradicar o estigma e outros problemas. Como tal, percebemos então que no nosso país a situação actual da psiquiatria se encontra de várias formas incompleta, muito por consequência do contexto económico que se atravessa, bem como de reformas impostas anteriormente, e ainda, em consequência de algumas mentalidades.

*“O que me ocorre imediatamente é considerarmos que a doença mental é de alguma forma um parente pobre...há um artigo amplamente citado na literatura cujo título é “Não há saúde sem saúde mental”. A saúde mental é fundamental para que as pessoas tenham saúde e a saúde mental é de alguma forma desvalorizada ou marginalizada, exactamente porque se instalou uma caricatura, a caricatura segundo a qual as pessoas que têm doença mental são “malucas”. E portanto não merece digamos assim, ou não justificam tanto apoio, tanto investimento, como aquelas doenças que são as doenças sérias, as doenças do corpo. Portanto há aqui uma espécie de separação, uma espécie de discriminação na doença mental que naturalmente arrasta os doentes mentais, os doentes portadores de doença mental.” **(E01JQ)***

*“(...)Imagino que falem recursos, nomeadamente recursos financeiros para que as novas políticas de saúde mental possam ser bem-sucedidas. Quanto a recursos humanos não te sei dizer exactamente. Admito que haja por aí algumas assimetrias, que haja, nos hospitais... no sítio em que eu trabalho a sensação que eu tenho é que há para aí médicos a mais. Da mesma forma que imagino que noutros locais, nomeadamente no interior haja médicos a menos.” **(E01JQ)***

Através destas breves linhas resumi os principais aspectos a ter em linha de conta sobre a doença mental, pois considero determinante falar um pouco sobre a



mesma de forma a preparar o leitor para os próximos capítulos. Para me auxiliar nesta pequena exposição, usei como principal referência um panfleto emitido pela Organização Mundial de Saúde, no âmbito do Dia Internacional da Saúde, em Abril de 2001. Deste panfleto constam, tal como apresentei, os principais aspectos para um breve conhecimento acerca da doença mental, sendo que tive por base as informações que constam do mesmo.

## ■ COMO CHEGAMOS ATÉ HOJE?

No fundo, aquilo que se procura com a extinção do estigma, é o bem-estar das pessoas com doença mental, bem como uma reintegração na sociedade. Algo que merece atenção é o chamado fenómeno da desinstitucionalização, que se traduz em extrair os doentes mentais das instituições asilares e ajudá-los no seu regresso à comunidade. Mas vejamos como chegámos à etapa que hoje atravessamos.

A forma como hoje estão distribuídos os serviços de saúde mental, difere da forma com antes estes eram organizados. A doença mental acarreta consigo desde os seus primórdios, uma negativa característica que sempre fez com que se olhasse para ela por cima do ombro. E esta questão deve-se em muito às estruturas que se criaram para dar resposta a este tipo de pessoas. Mostrava-se bastante conveniente afastar os alienados da comunidade, protegendo-a de pessoas perigosas e imprevisíveis<sup>31</sup>.

Inicialmente, a doença mental chegou a comparar-se com invasões espíritas e possuidoras da alma. Desde cedo se tentou afastar estas pessoas da comunidade. Criaram-se os asilos, aqueles locais obscuros e até profanos onde ninguém queria chegar perto e onde o internamento compulsivo era uma regra. A Salpêtrière (pioneiro hospital francês orientado pela mão de Jean-Martin Charcot) era um grande asilo onde se depositavam, muitas vezes para toda a vida, pessoas com uma variedade de situações que iam desde a epilepsia a outras doenças que se viriam a individualizar como neurológicas, e toda uma gama de doenças psiquiátricas, mas que tinham em comum a necessidade de custódia mais ou menos prolongada (Público, Dezembro 2013).

Com o avanço das épocas, começou lentamente a desmistificar-se a doença mental e mais contemporaneamente abandonou-se esta ideia de misticismo. Mais

---

<sup>31</sup> Foucault, 1972

recentemente, criaram-se os hospitais psiquiátricos, afastados dos hospitais gerais, geridos e agregados a congregações religiosas, (Ornelas, 2008). Desta forma, desde logo percebemos que foi desde cedo que a doença mental ganhou os seus rótulos de maliciosa e contagiosa. O estigma surgiu aqui. Neste embrionário afastamento das estruturas de saúde mental da restante comunidade.

Em Portugal, existiram grandes hospitais psiquiátricos, que mais recentemente ainda foram encerrados e convertidos ou integrados em centros hospitalares, a fim de se começarem a integrar os portadores de doença mental na comunidade: foram eles o Hospital Júlio de Matos em Lisboa, o Hospital Sobral Cid em Coimbra e ainda o Hospital Miguel Bombarda (antigo Hospital de Alienados de Rilhafoles criado em 1848, considerado o primeiro hospital para doentes mentais em Portugal), (Público, Dezembro de 2013).

Como a Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – CRSSM- indica, *“em Portugal, tal como na maioria dos outros países, nos últimos 30 anos, verificaram-se esforços importantes no sentido de promover uma reestruturação dos serviços de saúde mental que permita substituir progressivamente os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações<sup>32</sup>”*. Ou seja, é importante integrar os serviços que dão resposta a estas pessoas na comunidade, pois é aqui que devemos começar por diminuir o estigma. À partida é importante que os portadores de doença mental se sintam integrados na comunidade de saúde pois é importante que se sintam um doente como qualquer outro que se dirige a um hospital geral para ser tratado. O facto de não ter de se afastar dos outros doentes para receber tratamento, confere-lhe já um diferente estatuto, perante a restante população. Já não se tende a afirmar que, (e perdoem-me a linguagem menos coloquial), *“aquele é maluco e tem de ser tratado num hospital para malucos”*. Além do mais, o contacto com outras pessoas que não sejam portadoras de doença mental é também um estímulo para uma boa recuperação. Nesta base está uma boa relação com o meio social.

---

<sup>32</sup> Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (plano de acção 2007-2016): **pág. 21**

Mas continuando, nos anos 70 e 80 do último século, começou então a tentar corresponder-se a este objectivo de integrar os serviços de saúde mental, na comunidade. Criaram-se centros de saúde mental a nível distrital para se conseguir dar uma maior resposta a estas necessidades. Foi a primeira vez que se conseguiu este feito a nível local. Contudo, como tudo no nosso país, estes serviços sempre escassearam de recursos, tanto financeiros como humanos e rapidamente se encerraram alguns deles.

*"(...) Neste momento, o que há, são um conjunto de políticas com as quais eu não estou muito de acordo, com muitas delas, em que houve, por exemplo, uma redução muito grande de camas e estamos agora a pagar o preço das camas e neste curto projecto de acção da psiquiatria (que é um projecto que penso iria até 2017), se não estou em erro, não foram criadas muitas das estruturas que estavam previstas. O que nós sentimos na prática é que muitas vezes os doentes... eu estou numa unidade em que temos realmente doentes agudos, em que temos um número não muito grande de camas para dar cobertura às necessidades que temos, e com este número realmente limitado, temos dificuldades em dar resposta em muitas áreas que poderíamos eventualmente dar resposta e temos uma grande dificuldade em colocar os doentes, por exemplo, os doentes crónicos, ou com doenças crónicas, ou com problemas de saúde que requerem depois alguma, digamos, supervisão, depois mais tarde, não temos de facto as instituições para isso. É muito mais crítico nas pessoas da terceira idade em termos de camas, em termos de centros de dia, em termos de estruturas de recuperação de doentes, e portanto aí é que não há digamos... muitas vezes temos a dificuldade de o doente ter alta, ficar ainda a ocupar uma cama aqui a nível hospitalar, que é muito mais cara que qualquer outra estrutura de saúde. Porque não haver depois uma saída correcta, adequada?; portanto este plano de saúde mental foi feito... não criou as estruturas que se propunha criar, para fechar os hospitais dos chamados doentes crónicos não é? **Portanto, não está de acordo com o plano nacional de psiquiatria em vigor?** Não estou muito de acordo, o plano tem coisas positivas e tem de certo modo coisas que apontam para uma modernização sobretudo das estruturas mais antigas que havia, (e que em Portugal havia Porto, Lisboa e Coimbra); mas entretanto não foram depois criadas as estruturas alternativas para os vários problemas, ou mais adaptadas ou mais de acordo com os tempos não é? Não foram portanto criadas para nos darem resposta. Portanto fecharam-se as antigas sem terem sido criadas as novas e portanto isso é o que nós notamos como maior dificuldade. Pronto, depois há tudo aquilo que são as dificuldades que neste momento existem no mundo hospitalar, que veio com a crise e com os cortes que tem havido, quer em termos das pessoas e dos técnicos, quer depois em criação de estruturas novas(...)" **(E04JR)***

No ano de 1992 foram integrados todos os centros de saúde mental nos hospitais gerais. Contudo, esta integração conduziu a uma praticamente impossível criação de

respostas a nível comunitário e local. Alguns são apologistas de que o estigma deve começar a combater-se a nível local, no entanto, se esta situação não se modifica, esta ideia torna-se praticamente impensável. Mais ainda, há que ter em linha de conta que sem serviços a nível local, apenas uma pequena parte das pessoas com doença mental chega aos serviços de saúde mental especializados.

*"Há alguma tendência para que os doentes abandonem os antigos hospitais psiquiátricos. Portanto há uma maior tendência para que os doentes sejam tratados na comunidade. E isso faz sentido, pelo menos do ponto de vista teórico em que a questão crítica que se coloca é sabermos se na comunidade existem estruturas, existem condições de apoio para que os doentes possam ser reintegrados com sucesso. Para que os doentes continuem bem do ponto de vista clínico, para que não sejam tratados com frequência. Muitas vezes isso acontece, infelizmente, e a sensação que se tem é que na comunidade não há respostas para doentes crónicos que precisam de ser vistos com alguma frequência e portanto transformam o hospital muitas vezes numa porta giratória. Portanto, digamos que há boas intenções, tratar os doentes na comunidade, com serviços de apoio especializados mas os resultados nem sempre são os resultados esperados" (E01JQ)*

*"(..)Digamos que há um "gap" muito importante entre os serviços técnicos e a comunidade e a sociedade. Não há uma inter-relação próxima de uma forma a que as pessoas da comunidade e da sociedade em geral vejam uma continuidade entre um doente internado e um doente em ambulatório." (E03MLV)*

Todavia, um alvo prioritário a abater era o internamento compulsivo, e este conseguiu uma menor intensificação no nosso país. Actualmente em Portugal, só os portadores de doença mental grave ou severa se encontram internados. Mais ainda, falta-nos conseguir corresponder e amparar o doente quando este sai do internamento. Para isto existem as instituições e associações que, porém, apesar de bastantes, estas escasseiam de recursos financeiros e nem sempre conseguem vingar. Este progresso relevante de acabar com a prática inaceitável do internamento compulsivo sem qualquer requisito prévio, isto é, só porque se sofre de uma perturbação mental, constitui um passo importantíssimo para a melhoria de vida destas pessoas e para uma conseqüente diminuição do estigma.

No entanto, há ainda muito caminho a percorrer no que concerne aos serviços de saúde pública em Portugal. O contexto económico que atravessamos impede que boas ideias se ponham em prática, pois os recursos financeiros disponibilizados para a saúde mental, correspondem em Portugal a 3,5% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde,

sendo que é consumido, quase na sua totalidade, com os internamentos. A base financeira para a saúde mental a nível europeu é superior a 5%, (CNRSSM, 2007) um pouco mais elevada àquela que é aplicada pelo governo português.

*"(...)A doença mental não dá votos. A doença mental não é uma prioridade política não é? Fica bem aos políticos dizem que se preocupam com os coitadinhos dos doentes mentais mas não...a verdade é que eles não aceitam e não têm dado passos concretos para resolver esta situação. (...)A nível empresarial de local de trabalho a legislação não protege os doentes com outras patologias psiquiátricas. O quadro de ansiedade ou de insónia que gere patologia psiquiátrica não está protegido de trabalhar por exemplo numa fábrica por turnos. Na fábrica por exemplo teria de por baixa. Se não é capaz de fazer turnos tem de meter baixa ou é despedido não é? Ou rescindem o contracto no final não é? Isto é um indicador de que estes doentes não estão protegidos. Não há legislação que o proteja. É um doente que necessita de tomar fármacos e de alguma forma nem todos os psicofármacos são sedativos mas alguns deles são não é? E esse doente não está protegido de forma a ater alguma flexibilidade no horário. Seja um operário fabril ou até mesmo um funcionário público, não é que á partida esteja mais protegido mas noutra tempo estava mais protegido pela legislação, hoje me dia não está. Não tem a facilidade de chegar mais tarde para compensar o ter saído mais tarde ao local de trabalho. Isso demonstra que não há uma protecção para com o doente mental."* **(E02AC)**

Para finalizar esta questão dos serviços de saúde mental, que continuarei a abordar nos outros tópicos do trabalho, apresento a forma como a Organização Mundial de Saúde, bem como outras organizações internacionais, defendem a disposição e organização dos serviços de saúde mental, (CNRSSM, 2007). Atendamos aos seguintes princípios:

- ◆ Os serviços de saúde mental devem ser acessíveis a todas as pessoas com problemas de saúde mental; (O facto de em Portugal não terem a capacidade de chegar a todas as pessoas tem a ver com a questão financeira que o país atravessa.)
- ◆ Os serviços de saúde mental devem ser responsáveis por um sector geo-demográfico específico;
- ◆ Os serviços de saúde mental devem integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral;
- ◆ Os serviços de saúde mental devem ter uma coordenação comum;

- ◆ Os serviços de saúde mental devem envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;
- ◆ Os serviços de saúde mental devem prestar contas da forma como cumprem os seus objectivos;
- ◆ Os serviços de saúde mental devem estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde;
- ◆ Os serviços de saúde devem colaborar com o sector social e organizações não-governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves;

**Sente que o seu país através do SNS o apoia de forma adequada e que os seus direitos enquanto ser humano são respeitados?**

*"Eu tomo uma injeção de 15 em 15 dias e sempre foi gratuita. Agora aqui há uns 3 anos começou a ser paga. Se eles dizem que a esquizofrenia é uma doença crónica, as medicações deviam ser gratuitas. Depois em ralação às taxas moderadoras isso sou isento. Mas por exemplo, fui a uma junta médica, que a minha médica passou-me um relatório para tirar o atestado multiusos e só me deram 30% de incapacidade. Fiquei um bocado revoltado com isso. **Fez alguma coisa ou não havia nada a fazer?** A minha mãe mandou uma carta para lá mas responderam que não havia nada a fazer." **(E05H)***

*"(...)Houve uma altura em que os medicamentos estiveram muito caros e eu gastava 90€ por mês em medicamentos. Acho isso incrível porque é às pessoas mais dificultadas financeiramente, que são os doentes mentais, (se calhar, 90% dos doentes mentais são desempregados), e é a esses que vão buscar o dinheiro e acho inacreditável. De resto o SNS "tá" bem organizado, tendo em conta aquilo que abarca está bem desenvolvido." **(E07J)***

*"Acho que não apoia muito. Não é dos países que apoia muito esta doença. Podiam apoiar mais os doentes, principalmente o centro de internamento que não está muito organizado e acho que há muitas falhas para os internamentos das pessoas com esquizofrenia." **(E08M)***

## ESTIGMA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As pessoas portadoras de doença mental enfrentam, com a sua doença, muitos problemas que os impedem de conseguir uma vida profissional, económica e social plena.

*“Não trabalho mas gostava de trabalhar. No turismo, numa agência de viagens. Não trabalho porque a minha doença não me deixa. Porque não consigo estar muitas horas seguidas concentrada.” **(E08M)***

Para além de terem de lidar com a sua doença, o tratamento e o processo pelo qual passam até conseguirem controlar a sua doença, é desmotivante e desgastante, contribuindo muitas vezes para que o doente mental queira desistir do tratamento.

*“(...)a psicóloga diz que eu estou a encarar bem a coisa. Ela não sabe que eu fiquei sem programa de desenho; ela tem vindo a acreditar em mim, antes não acreditava, agora foi um passo que deu em frente, quer dizer, eu antes chegava lá e dizia as minhas coisas e ela não acreditava em mim, eu “tava” quase para desistir e por último ela lá disse que acreditava. Mas o meu irmão por exemplo não acredita. Diz que são impressões minhas e eu não posso fazer nada quanto a isso.” **(E07J)***

Sabemos que a reintegração do doente mental na comunidade deve ser acompanhada e que este necessita de medicação constante que ajuda no controlo da sua doença. Ora, lidar com estas consequências não se torna, certamente, fácil. Como se não fosse suficiente, a pessoa com perturbação psiquiátrica tem de lidar e enfrentar sempre a opinião social. Afinal somos humanos e quer queiramos quer não o raciocínio, a lógica e o ponto de vista fazem parte de nós. Como tal, a opinião que defendemos acerca de determinado assunto nem sempre está de acordo com as normas morais, com a cidadania e com o bom senso que uma sociedade saudável deve representar. Inclusivamente, o sentimento que determinado fenómeno pode despertar em nós, surge muitas vezes involuntariamente.

Pois bem, tudo isto acontece com a sociedade relativamente aos doentes mentais. O preconceito, a discriminação, a exclusão, a culpa, o medo, a cautela e até a repugnância, são atitudes e sentimentos que a sociedade geral tende a nutrir pelos doentes mentais. Todo este fenómeno tem um nome: chama-se **estigma**. Segundo Erving Goffman (1963) fazemos uso de expressões características ou específicas do

estigma, tais como, “*aleijado, atrasado, doido, maluco, desmiolado*”, nos nossos discursos diários como forma de metáfora e representação, sem muitas vezes nos apercebermos do seu verdadeiro significado e sem nos apercebermos o quanto isso pode ser doloroso para outros.

Neste ponto do trabalho, pretendo explicar como se processa esta grande bola de neve e como a mesma situação pode afectar em grande medida a vida de um doente mental.

Podemos começar por usar a seguinte frase (e penso que se não concordam comigo, no final da leitura vão certamente concordar): Aquilo que afecta o doente mental é um problema duplo: a perturbação psiquiátrica (sintomas da doença) e o estigma (más representações que a sociedade faz da doença). Corrigan *et al*, (2005) comenta inclusivamente que a doença mental resulta não apenas das dificuldades consequentes dos sintomas da doença mas também das desvantagens que a reacção da sociedade pode ter.

Desta forma, vamos então tentar perceber porque é que os doentes mentais constituem um grupo social tão altamente estigmatizado e o que faz com que a sociedade olhe para estes e crie os inúmeros estereótipos que descreverei mais adiante. É importante que se compreenda esta questão, pois só assim, mais tarde, fará sentido a leitura de um capítulo dedicado ao combate do fenómeno de que venho conversando. De onde vem o estigma? Porque acontece?

Parece-me que posso começar por responder a estas perguntas ao citar uma passagem de Dostoievski, celebrada na sua obra *Recordações da Casa dos Mortos* de 1862, onde, ao relatar os acontecimentos quotidianos da vida de muitos condenados nas prisões da Sibéria e falando particularmente acerca de um recluso, o autor escreve: “*O rapaz não confessou, foi privado do seu cargo, dos títulos de nobreza e condenado a vinte anos de trabalhos forçados. Em todo o tempo que lidei com ele, sempre o vi muito bem-disposto. Sem ter nada de tolo, era o ente mais frívolo, mais despreocupado do mundo. Nunca notei nele crueldade particular. Os reclusos desprezavam-no, não pelo crime cometido, mas pelo seu estouvamento, pela falta de propósito*”<sup>33</sup>.” O estigma é

---

<sup>33</sup> Dostoievski, 1862: **pág.36**



visível nestas palavras. Como vemos, os restantes reclusos excluíaam este presidiário pela sua aparente loucura e não pelo crime que cometeu. Pois todos os outros presidiários estão ali porque cometeram, supostamente, um crime. Ou seja, na categoria de criminosos identificam-se com o presidiário em questão. Ainda assim, excluem-no devido ao seu “estouvamento”. Não se considerando estouvados estes adquirem uma superioridade moral que lhes permite afastar e rejeitar o recluso. É precisamente o que acontece com o estigma.

Creio que o estigma, neste ou noutro qualquer contexto, resulta do carácter de superioridade que um sujeito adopta em relação a outro. Isto é, na forma como um individuo acha que é detentor de atributos superiores aos de outro individuo. Se me permitem, vou chamar-lhe **pretensa relação de superioridade**. Mas como se processa esta relação? O que permite a um sujeito evidenciar-se em relação a outro?

Ora, Erving Goffman (1963) mostra-nos como uma determinada sociedade estabelece um padrão de categorias e tenta etiquetar ou catalogar os indivíduos conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa mesma categoria. Para além disto, determina também as categorias a que certo sujeito deve pertencer, assim como os seus atributos, o que representa que a sociedade impõe um padrão exterior ao individuo que permite prever a categoria e os atributos desse mesmo individuo. Para este autor, o estigma estabelece uma relação impessoal com o outro, isto é, surge como uma advertência para evitar contactos sociais num contexto particular e principalmente nas instituições de carácter público. O estigmatizado é anulado no contexto da produção técnica, científica e humana. É basicamente como dizer que não serve para nada, existe meramente. Desta maneira, quanto mais acentuada é a diferença entre “normal” e estigmatizado, maior a anulação do último. Nas palavras de Goffman, este individuo passa a ser uma pessoa “*desacreditada*”, com uma “*identidade social deteriorada*”. Marcando-o como pessoa desacreditada, a sociedade e as suas pretensas personalidades superiores limitam a sua capacidade de acção, determinando o que este sujeito pode agora representar. A sociedade destrói assim os seus atributos e qualidades e ainda o seu poder de controlar as suas acções.

Nas palavras de Giorgio Agamben (1998) este sujeito estigmatizado é agora designado por si de “*homo sacer*”. O “*homo sacer*” é definido ou surge, (na lei romana), como uma figura que é excluída de todos os direitos civis, enquanto a sua vida

é considerada “inócua” num sentido negativo; a sua existência é meramente negativa. Agamben refere como a linguagem e a existência política constituem os atributos que nos diferem dos restantes seres vivos, os “zoé<sup>34</sup>”, que detêm uma existência meramente biológica; ou seja, nas suas palavras, uma vida nua. A pessoa considerada “normal” torna-se então num “zoé-politikón<sup>35</sup>”, num animal político portador de vida biológica e política. Contrariamente, o estigmatizado, desacreditado ou “*homo sacer*”, passa a não ser considerado animal político, apenas animal. Desta forma, segundo a teoria deste autor, o “zoé-politikón” ganha um estatuto superior ao indivíduo considerado apenas “zoé”, o que lhe permite adquirir o papel de soberano. Nesta vantajosa posição, o soberano, detentor do poder, tem a capacidade de incluir e excluir as pessoas na comunidade. Neste caso, o doente mental torna-se então a pessoa desacreditada, torna-se “*homo sacer*”, pois é reduzido por uma grande parte da sociedade, a uma existência meramente biológica. Os seus direitos enquanto ser humano são ignorados, perdendo toda a capacidade de poder opinar sobre qualquer assunto e inclusivamente, participar na vida política, social e económica de uma sociedade. É como se estas pessoas estivessem entregues ao abandono; não são capazes de contribuir positivamente para a vida social, então são meramente viventes.

Àquilo que Michel Foucault apelida de biopolítica<sup>36</sup>, Agamben apelida de tanatopolítica: o poder que o soberano tem de decidir sobre quem tem ou não o direito de viver. Segundo o biopoder de Michel Foucault, são-nos fornecidas categorias prévias (*á priori*) que surgem a partir de fenómenos históricos, que nos permitem pensar e dizer criticamente. A biopolítica surge então como produto de uma articulação de conhecimentos numa equação de saber-poder que define e regula a vida. Quem conhece e está provido deste produto faz parte da vida social e política, e é-lhe atribuída uma posição superior. Neste caso, o saber é poder. Para Michel Foucault o homem é um animal vivente capaz de vida política a menos que, como Agamben refere, este seja considerado “*homo sacer*”. Segundo Foucault, o poder funciona como instrumento de

---

<sup>34</sup> Ver Agamben, 1998: **pág. 1-12**

<sup>35</sup> Ver Agamben, 1998: **pág. 1-12**

<sup>36</sup> Foucault, 1972

repressão, sendo que a “loucura<sup>37</sup>” se transforma num espaço de exclusão, pois sendo louca, uma pessoa não tem qualquer direito a exercer determinadas actividades.

Então, atendendo a estas três teorias (Goffman, Agamben e Foucault) que apesar de distintas podem servir para explicar o mesmo fenómeno, podemos dizer que o estigma funciona da seguinte forma: Uma vez que o doente mental é considerado como uma pessoa “desatinada<sup>38</sup>”, pertencendo a uma categoria que a sociedade criou como inferior ou representativa de algo não benéfico, (Goffman), não sendo capaz de produzir conhecimento sustentado, (Foucault), não se torna, por conseguinte, detentor de poder e é impedido de participar na vida social como a restante sociedade, (Agamben). É por esta considerado como um ser inferior, o que confere ao indivíduo que assim o caracteriza, um estatuto superior; forma-se então a tal relação de superioridade.

*“A minha doença é posterior a isso. Quando eu estava ainda em Lisboa a viver, estive 7 anos sem ser medicado, era um dia-a-dia horrível mas eu achava que era uma coisa contra a qual eu conseguia lutar. Entretanto depois fui parar ao hospital de urgência, ao Júlio de Matos, e estive 10 dias internado e no final pensei logo em sair de Lisboa e escolhi Coimbra. E agora...a miudagem lá do bairro sabe que eu sou doente, (já morei em três bairros diferentes), sabem que eu sou doente e pronto, martirizam-me um bocado por isso. Tentam testar os meus limites. **E lida bem com isso?** Lido bem. Agora ultimamente tenho andado a lidar pior porque eles bloquearam o programa de desenho que é com que eu trabalho, já foi há coisa de três dias; quer dizer, isso não se faz a ninguém, tirar o sustento não se faz a ninguém e acho que...já era má educação, então assim. Mas eu conseguia lidar com isto, com esta parte é que eu lidei muito mal, porque às vezes levam-me mesmo aos limites. E pronto, são grupos que se tentam formar assim...**E está a fazer alguma coisa em relação a isto?** Tenho falado com a psicóloga e falei com o meu irmão, a psicóloga diz que eu estou a encarar bem a coisa.(...)” (E07J)*

Como o “zoé politikón” faz parte da biopolítica este factor permite-lhe então escolher quem deve ou não fazer parte da sociedade. Num determinado contexto, um sujeito pode caracterizar uma pessoa como negativa, excluindo-a, dando origem ao estigma. Este mesmo fenómeno resulta então, a meu ver, e tirando uma conclusão das três teorias que acabo de analisar, de relações de superioridade/inferioridade entre indivíduos.

---

<sup>37</sup> O termo encontra-se entre aspas dado que existem inúmeras formulações do mesmo, enquanto estratégia de nomeação e exclusão

<sup>38</sup> Foucault, 1972

Segundo Bruce e Jo (2001) dois autores que posso mencionar para atestar a minha própria teoria, definimos estigma através da co-ocorrência de componentes como o estereótipo e a discriminação, o que eventualmente nos indica que para haver estigmatização, algum tipo de poder tem de ocorrer. Ainda acerca dos mesmos autores, estes concordam com a hipótese de que, para que se compreenda esta questão do estigma é necessário olhar através destes factores: em primeiro lugar, há que reconhecer que há uma distinção entre pessoas, bem como diferenças entre si; em segundo lugar, temos de entender que crenças culturais dominantes se referem a pessoas “rotuladas” com características valoradas negativamente e daí, advém o estereótipo; em terceiro lugar, compreender que os estereotipados são colocados em distintas categorias para acompanhar um certo grau de separação, ou seja, separar o “nós, deles”; e finalmente reconhecer que as pessoas estereotipadas experienciam perda de “*status*” e discriminação, o que conduz a desfechos desvantajosos. Desta forma, para estes autores, a estigmatização ocorre quando elementos como a separação, o estereótipo, a rotulação, a perda de “*status*” e ainda a discriminação, ocorrem numa situação de poder.

Seguindo estes autores, concluo que o estigma é inteiramente dependente de poder social, político e económico, uma vez que pessoas com maior número de recursos de conhecimento, dinheiro, poder, prestígio e contactos sociais, estão à partida mais aptas para evitar riscos e adoptar estratégias protectoras, seja em que altura for. Assim, pessoas estigmatizadas tendem a vivenciar piores cuidados de saúde; por conseguinte, quando uma pessoa desenvolve uma doença, o estigma associado a essa doença vai influenciar, tanto o curso do tratamento clínico como a sua condição e a sua vida posterior. Tudo isto se traduz então numa relação de superioridade.

Pois bem, como vimos o estigma nasce na sociedade e constrói-se através de relações. Para Manuel Viegas Abreu (2007) esta questão de que falo traduz-se na componente cultural do estigma. Trata-se, segundo este autor, da doença mental como “*negação de valores*”. Ou seja, a pessoa com perturbações psicopatológicas entende-se como incapaz de ser produtiva, a todos os níveis sociais, falhando culturalmente. Para aqueles que estigmatizam, ter uma doença mental significa incapacidade profissional e por conseguinte, incapacidade produtiva e cultural.

De encontro com este argumento que venho apresentando neste capítulo, introduzo agora as ideias de duas autoras que, conjuntamente desenvolveram três teorias

acerca da construção do estigma. Overton e Medina (2008) acreditam então que a construção do estigma pode desenvolver-se a partir da teoria da identidade social, a partir da teoria do auto-estigma e finalmente a partir da teoria do estigma estrutural. Atendamos a cada uma delas, detalhadamente.

A **teoria da identidade social**<sup>39</sup> considera o modo como as pessoas usam construções sociais para julgar ou rotular alguém que é diferente ou desfavorecido. De acordo com este argumento, a sociedade, ou um grande grupo de indivíduos dentro da mesma, avaliam as pessoas, determinando se estas encaixam nas normas sociais. Esta teoria tem pontos em contacto com Goffman, uma vez que vai de encontro com a sua ideia de que a pessoa estigmatizada cria ou forma uma identidade social virtual quando se torna desfavorecida aos olhos da sociedade. As autoras mostram como esta regra se pode aplicar aos doentes mentais já que, historicamente afirmam as mesmas, a doença mental é vista como uma falha moral ou de carácter. As pessoas com perturbações psicopatológicas são na grande maioria das vezes julgadas pelos seus comportamentos, ainda que isto não se reflecta inteiramente na sua maneira de ser.

A segunda teoria apresentada pelas autoras é a **teoria do auto-estigma**<sup>40</sup>. Segundo esta teoria, o auto-estigma revê-se num processo de avaliação interna através do qual uma pessoa se julga a si própria. Este julgamento pode resultar de mensagens ou sinais enviados pelas normas sociais, ou através do estigma social, sendo que, no fundo, é o indivíduo que cria o seu próprio julgamento. Claramente, para além de se sentirem diminuídas pelas consequências da própria doença e do estigma social, as pessoas com auto-estigma emergem em sentimentos negativos para consigo mesmas, tais como atitudes de inferioridade, vergonha e ódio. Corrigan e Watson (2002) apresentam um esquema que compara e contrasta as definições de estigma social e auto-estigma, incluindo nas duas vertentes, os três componentes principais relacionados com o estigma: o estereótipo, o preconceito e a discriminação. Vejamos; no estigma social, o estereótipo apresenta-se como crenças negativas acerca de um grupo específico, considerando-o perigoso, incompetente e fraco de carácter. Contrariamente, no auto-estigma, o estereótipo apresenta-se como crenças negativas acerca da própria pessoa, sendo que é esta que se considera incompetente e fraca. Para exemplificar, uma pessoa

---

<sup>39</sup> Overton e Medina, 2008: **pág.143-144**

<sup>40</sup> Overton e Medina, 2008: **pág. 144**

com auto-estigma nunca suporia que não consegue obter um emprego por causa de uma crise económica e política como aquela que atravessamos mas sim porque julgaria que ninguém lhe daria um trabalho por se considerar incompetente, por exemplo. Seguidamente, no estigma social, o preconceito surge como o reconhecimento, juntamente com a crença, de reacções emotivas negativas como o medo e a raiva; contrariamente, no auto-estigma o preconceito, apesar de criar a mesma atitude, gera diferentes sentimentos como a baixa auto-estima e o fraco desempenho. Finalmente, no estigma social, a discriminação forma-se através de comportamentos resultantes do preconceito como por exemplo o diminuir as oportunidades de arranjar emprego e casa própria, quando por outro lado, no auto-estigma, as pessoas sentindo-se discriminadas falham em procurar elas mesmas emprego e uma casa própria. Felizmente existem ainda muitos doentes mentais, tais como aqueles que entrevistei que não se deixando abater com as consequências do estigma, não produzem auto-estigma, contribuindo assim, para que o estigma social seja ainda muito mais grave do que o contrário. O trecho de entrevista que se segue pode clarificar esta questão.

*"(...) Nas cafés sinto, isso sinto, sinto que há pessoas a apontar e "...ela está sempre aqui..." e "...o que é que ela faz e não faz nada..." Há sempre assim uma recriminação. Mas durante os estudos não. **E como e que lida com essa recriminação? /ignora."** (E08M)*

Finalmente surge a última teoria, a **teoria do estigma estrutural**<sup>41</sup>. Esta teoria revela uma avaliação externa de uma pessoa, baseada em normas morais. Descreve o processo que trabalha para negar aos doentes mentais o seu direito a coisas que, pessoas consideradas normais tomam como garantidas. Aqui o estigma funciona como um sistema dentro de uma cultura. Mas vejamos mais detalhadamente coma a ajuda de Corrigan e colaboradores (2004). Segundo estes escritores, o estigma estrutural ou institucional, inclui as políticas de instituições privadas e/ou governamentais que intencionalmente restringem as oportunidades de pessoas com doença mental. Esta teoria inclui também políticas institucionais que não sendo impostas para discriminar, desenvolvem consequências que acabam por restringir as oportunidades e opções das pessoas portadoras de doença mental. Contudo, ao olharmos para esta teoria, seria esperável que se pensasse que nenhuma sociedade cria políticas em favor do estigma e

---

<sup>41</sup> Overton e Medina, 2008: **pág. 144**

da discriminação. Talvez hoje em dia isso já não aconteça e as pessoas com doença mental tenham apenas, (mas não que isto seja menos grave), de lidar com as consequências de outras políticas. No entanto, estes autores mostram que foram feitos dois estudos nos Estados Unidos da América, referentes aos anos de 1988 e 1999 que indicam que a grande maioria dos estados americanos restringiram propositadamente os direitos das pessoas com doença mental. Direitos simples como votar, poder casar ou adoptar uma criança, ou até mesmo manter um trabalho remunerado, são alguns dos direitos que foram proibidos a pessoas com doença mental neste país, durante estes períodos. (Entre 42% a 52% dos estados norte-americanos, impediram que uma pessoa com doença mental continuasse casada, por exemplo). Hoje em dia, creio que este tipo de situações tende já a não acontecer, pelo menos na sociedade Ocidental<sup>42</sup>. Todavia, as consequências de algumas políticas ainda interferem com a vida de doentes mentais. Em Portugal por exemplo, devido à forte crise económica e à grande recessão que se faz sentir, o governo determinou um certo número de medidas de austeridade direccionadas para o sector da saúde, fazendo com que muitos doentes, inclusivamente doentes mentais, não tenham direito a um simples meio de transporte para se poderem dirigir às consultas<sup>43</sup>. Ora, fazer com que uma pessoa portadora de doença mental vá a uma consulta é já um grande sucesso como sabemos<sup>44</sup>; no entanto se lhe é retirado o meio de transporte esta pessoa acaba por se sentir legitimamente discriminada e estigmatizada. Os meios de comunicação social podem também ser vistos como forma de estigma estrutural, mas trataremos este assunto no capítulo seguinte.

Através deste breve argumento percebemos já onde nasce o estigma. No entanto, não percebemos ainda porque é que ele acontece e porque é que se faz sentir tanto relativamente aos doentes mentais.

Vejamos: Porque é que “eu” tenho de afastar o outro só porque ele é diferente de mim? Porque é que a sociedade tende a excluir e entender como negativo, tudo o que

---

<sup>42</sup> Como fundamento desta afirmação existem as leis de saúde mental implementadas nos vários países ditos da cultura Ocidental, conjuntamente com os esforços da OMS e de outras ONG`s

<sup>43</sup> Durante a realização deste trabalho assisti a inúmeras notícias televisivas que reportavam casos de pessoas que não tinham como se dirigir às consultas, (consequência da crise económica e dos cortes no sector da saúde). Entre estes casos encontravam-se também doentes mentais

<sup>44</sup> Devido ao forte estigma associado à doença mental muitas pessoas preferem não procurar tratamento com receio de represálias devido à sua condição, daí a minha expressão “sucesso”

foge à sua regra? Parece-me que o medo e o receio estão na base das respostas a estas perguntas. Geralmente, o indivíduo tende a fugir e desconfiar de tudo o que não conhece. Talvez possamos usar como exemplo as crianças. Não possuindo ainda as apetências cognitivas que necessitam para identificar e relacionar determinadas situações e contextos as crianças exprimem geralmente medo ou receio, procurando o refúgio daquilo que lhes é familiar. Geralmente o colo da mãe ou do pai, ou até de pessoas que lhes são mais próximas. “Fora” do contexto familiar a que estão habituadas a reconhecer demonstram receio. O mesmo se passa com a doença mental e com o estigma.

Para as pessoas consideradas “normais”, o doente mental representa estranheza. O facto de a doença mental estar tão pouco difundida em termos de informação correcta a seu respeito, faz com que a generalidade das pessoas entendam que o doente mental é alguém a recear. O comportamento que apresentam provoca estranheza, perturbação e ansiedade na maioria das pessoas. Logo estas mostram medo, o que eventualmente faz com que afastem e excluam este tipo de pessoas. Um dos agentes psicológicos em que o estigma está profundamente enraizado é no medo, isto é, medo de tudo o que aparece como estranho, desconhecido e inexplicado (Abreu, 2007). Segundo Manuel Abreu, hoje em dia, as causas, factores e circunstâncias de germinação das doenças mentais permanecem pouco conhecidas, e sobretudo, pouco divulgadas socialmente. Sem conhecimento suficiente, as pessoas receiam o seu semelhante que apresenta sintomas característicos de doença mental. O mesmo autor, à semelhança de todos os outros que estudei ao escrever esta dissertação, defende e sugere que esta situação deve ser combatida organizando e difundindo informação actualizada e verídica acerca das doenças mentais, não apenas entre os doentes e as suas famílias mas em toda a comunidade.

Segundo Goffman (1963) podemos falar em três tipos de estigma: as chamadas deformações físicas, que podem traduzir-se em deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações no rosto, etc.; os desvios de comportamento, que podem representar distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, sexualidade, reclusão prisional, entre outros; e finalmente os estigmas culturais ou tribais que são factores como a raça ou etnia, a nação e a religião.



Como percebemos, a doença mental enquadra-se nos chamados desvios de comportamento ou desvios comportamentais; olhando para as outras características que a acompanham, estas são consideradas aquelas menos desejadas pela sociedade, ou tal como Goffman refere, o agregado proibitivo da sociedade. Mais concretamente, representam tudo aquilo com o que os ditos “normais” não se querem identificar. Talvez resida aqui também um dos motivos pelo qual os doentes mentais sejam um grupo tão fortemente estigmatizado. Ou seja, aqueles que se comportam diferentemente da restante sociedade tendem a ser mais excluídos devido ao maior grau de diferença entre os mesmos e as pessoas consideradas “normais”, tal como vimos anteriormente.

Pois bem, durante este capítulo da dissertação percebemos atempadamente onde nasce o estigma e porque acontece, bem como algumas das suas principais teorias e tipos.

Conseguimos, penso eu, ter a percepção de que o fenómeno do estigma não é, de todo, um objecto simples. Como tal, alguns investigadores insistem que este fenómeno que venho descrevendo, pode entender-se como um sistema ou um processo, uma vez que contorna elementos vários.

Para Overton e Medina (2008) Corrigan e colaboradores (2004) o estigma é um processo que envolve distintos determinantes que fazem com que este fenómeno seja contínuo e dê origem a vários sentimentos e atitudes no seio da população geral. Este processo integra então quatro conceitos decisivos que funcionam, cada um em função do anterior e, por conseguinte, em função uns dos outros: são eles a sugestão (“*cues*”), o estereótipo, o preconceito e a discriminação. Ao longo da dissertação foram já variadas as vezes que nos deparámos com estes conceitos, sendo que percebemos que estão embrionariamente relacionados com o fenómeno do estigma. Vejamos agora em que sentido.

A **sugestão** (“*cues*”)<sup>45</sup>, tal como o nome indica, é um processo social cognitivo que, automaticamente, reconhece que algo se ostenta diferente numa determinada pessoa; esta sugestão pode ser física ou observável ou, por outro lado, um sintoma

---

<sup>45</sup> Overton e Medina, 2008: **pág. 144**

psiquiátrico ou um défice nas aptidões sociais, isto é, algo que não é visível ou observável.

Após o sujeito ter sido identificado como diferente ou caracterizado de certa forma, o **estereótipo** é como que activado interiormente no método de pensamento do sujeito que identifica; é então definido como estruturas de conhecimento que são adquiridas pela maioria dos membros de um grupo social. No caso da doença mental, os estereótipos mais recorrentes são a violência a perigosidade, a infantilidade ou até a comédia. Contudo, na minha opinião, os meios de comunicação social têm um papel definitivo e fundamental no estabelecimento de estereótipos, sendo que esta questão será aprofundada mais adiante. Continuamente, sendo estes estereótipos negativos, aquilo que por conseguinte se gera é o preconceito.

Desta forma, o **preconceito** é o resultado de respostas cognitivas e afectivas ao estereótipo. Por sua vez, o preconceito vai gerar um julgamento desfavorável formado sem razão objectiva ou até funcionando como uma generalização precipitada.

Como a opinião conduz a atitude, o preconceito conduz à discriminação. Ou seja, a **discriminação** é uma resposta comportamental às crenças e emoções geradas pelo preconceito. A anulação ou o acto de evitar alguém é a principal forma de discriminação associada ao estigma. Através da anulação, os grupos estigmatizados tornam-se marginalizados.

Uma consequência gravíssima que advém desta anulação é o mito de que a doença mental é contagiosa, o que contribui muitíssimo para a invalidação dos doentes mentais. A título de exemplo, podemos representar todo este processo estigmatizante da seguinte forma: “o José é diagnosticado com esquizofrenia. Algumas dos seus comportamentos quando não está medicado sugerem que algo se passa. É considerado doido ou “maluquinho” pelos seus pares, o que faz com que, achando que ele pode ser perigoso, estes o afastam do seu meio social. O José acaba por passar os seus dias praticamente sozinho o que contribui para a sua desvalorização, não querendo por conseguinte continuar o tratamento receando represálias das pessoas que o rodeiam”

É devido a esta gigante bola de neve que alguns autores acreditam que o estigma funciona como um sistema ou um processo. Como observamos, as pessoas portadoras de doença mental, quando são estigmatizadas, são alvo de muitos outros fenómenos

internos ao estigma, que se podem considerar com o mesmo grau de gravidade. Assim, para se poder combater o estigma é imprescindível que se combatam o preconceito e a discriminação.

Ora, finalmente, e para concluir esta fase da dissertação, é necessário ainda perceber em que medida o estigma afecta os doentes mentais. Como é que as pessoas portadoras de doença mental reagem a este tipo de atitudes e sentimentos e em que é que as mesmas afectam a sua vida social, económica e profissional? Permitam-me que comece por contar uma breve história que me sucedeu, no CHUC (Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra):

Uma solarenga manhã, enquanto aguardava que o Doutor Relvas se encontrasse disponível para me receber, a fim de o entrevistar, encontrava-me na ala psiquiátrica do hospital, sentada numas cadeiras que funcionam como uma espécie de sala de espera, dispostas através do corredor. Várias pessoas entravam e saíam dos gabinetes dos psiquiatras, alguns para receber tratamento, outros para pedir opiniões, outros não sei porque motivos. O ambiente que se fazia sentir era um ambiente hospitalar perfeitamente “normal”. No gabinete em frente à minha cadeira existia uma tabuleta que indicava “terapia ocupacional”. As pessoas que entravam e saíam eram de ambos os géneros e das mais variadas faixas etárias. Inicialmente achei até que se tratava de uma sala onde estavam reunidos alguns voluntários do hospital. Só mais tarde percebi, através das palavras que consegui ouvir e perceber do lado de cá da porta, que se tratava efectivamente de uma sala de terapia. O tempo ia passando e as pessoas também. Uns acompanhados outros mais sozinhos iam chegando, eram chamados para a consulta e seguiam o seu caminho com a mais perfeita “normalidade”. Entretanto, uma jovem na casa dos 30 sentou-se na cadeira ao meu lado. Passado algum tempo, deduzindo que eu me encontrava ali também para atender a uma consulta (uma vez que me encontrava sentada naquela ala do hospital) perguntou-se muito delicadamente se um dos médicos já tinha chegado. Respondi apenas que não sabia, deixando a jovem acreditar que realmente esperava consulta. Mais um tempinho passado, a porta do gabinete de terapia ocupacional abriu e saiu lá de dentro um rapaz, também na casa dos 30, aparentemente “normal”. A única coisa que poderia denunciá-lo como doente seria a sua cor um pouco mais pálida e as suas olheiras. Contudo a jovem ao meu lado dirigiu-me as seguintes palavras: *“Será que nós também vamos ficar assim? Eu não quero ficar assim. Viu aquele rapaz? Parecia um zombie”*. Não sei muito bem qual foi a minha reacção; quer

dizer na minha cabeça pensei “isto é estigma” mas obviamente não o disse em voz alta. Olhei para a rapariga e disse um simples “não se preocupe”. Talvez tenha errado, devia ter aproveitado para esclarecer a situação e explicar-lhe que aquela não era de todo a atitude correcta a ter. Não sei porque não o fiz.

Esta história serve para nos podermos colocar no papel do rapaz e tentar entender aquilo que ele sentiria se se tivesse apercebido do que ali se tinha passado. Como reagiria ele? Mudaria em alguma coisa o resto do seu dia? Há efectivamente portadores de doença mental que não se deixam afectar pelo estigma, contudo a grande maioria dos doentes mentais não tem força suficiente para o combater individualmente.

Corrigan *et al* (2009) mostram-nos que o estigma pode ser um grande causador de stress para as pessoas portadoras de doença mental e por conseguinte um grande problema de saúde pública e clínica. Este aspecto de tentar perceber em que medida o estigma afecta os doentes mentais pode eventualmente ser uma grande benesse na identificação de alvos de intervenção que procuram reduzir o estigma e o seu impacto (Corrigan *et al*, 2009).

A principal consequência do estigma é sem dúvida a perda de vontade em procurar serviços especializados e a perda de vontade em continuar o tratamento. Falsos conceitos sobre a doença mental tais como a imprevisibilidade, a perigosidade, o não ter cura ou o ser fruto da imaginação faz com que as pessoas portadoras de doença mental falhem em procurar combater a sua doença. Para além disto, as pessoas reagem muitas vezes com vergonha e sem vontade de procurar apoio ou mais grave ainda, não querendo reconhecer os primeiros sinais ou sintomas da doença.

Segundo Overton e Medina (2008) menos de 30% das pessoas diagnosticadas com doença mental procuram tratamento e aproximadamente 40% das pessoas que têm um diagnóstico grave, (esquizofrenia, por exemplo), e tentam procurar tratamento, falham na sua obtenção. Ainda segundo as mesmas autoras, as principais áreas em que o estigma tem um maior impacto na vida destas pessoas são na falta de oportunidades de emprego, nas limitações ao procurar casa, nas barreiras ao tentar obter serviços de tratamento, incluindo atitudes negativas por parte dos próprios profissionais de saúde e finalmente no papel em que os meios de comunicação social perpetuam a imagem negativa destas pessoas.

Para Corrigan *et al*, 2009, o estigma pode provocar ansiedade social e vergonha nas pessoas portadoras de doença mental, podendo ainda originar diferentes resultados. A baixa auto-estima, o desespero, a fraca performance social e ainda o facto de se considerarem marginalizados são algumas das consequências do estigma. Desta forma, é visível que podíamos enumerar uma panóplia de desfechos e sentimentos negativos como consequência do estigma.

É perfeitamente aceitável que os portadores de doença psicopatológica se sintam diminuídos em consequência de tudo aquilo de que são alvos. Assim sendo, é ainda mais claro que as suas vidas não sejam plenas e satisfatórias em nenhum dos níveis. A doença mental é sem dúvida um grande causador de medo e estranheza para a população em geral e neste sentido é indispensável que se desmistifique para que as pessoas diagnosticadas com a mesma possam atingir algum grau de felicidade.

Pois bem, o fenómeno do estigma foi então esmiuçado e analisado nas suas principais componentes. Perceber onde surge e porque surge, bem como saber em que medida pode e afecta a vida de muitos doentes mentais era a principal preocupação deste trecho do trabalho.

Seguidamente, vejamos onde pode ainda actuar e como o podemos combater, testemunhas de que o fenómeno do estigma não se apresenta de todo, como um problema leviano.

## **O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL E OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

O mundo em que vivemos, a época ou a era que atravessamos, são marcadas pela contínua mudança. Um dos principais departamentos em que maioritariamente se sente esta mudança é precisamente no sector tecnológico.

Todos os dias são apresentadas novas plataformas digitais e dispositivos tecnológicos, cada um com melhores e renovadas aplicações e ferramentas que nos assistem no dia-a-dia. Numa altura em que a Internet é a melhor amiga do homem, sendo que é usada como forma de estarmos mais próximos daqueles de quem sentimos falta, como meio de subsistência e ainda como meio difusor de informação, esta não conseguiu ainda fazer com que o respeito e a igualdade sejam comuns a todos. Para além da Internet (sabendo que esta se pode considerar um meio de comunicação social) a televisão, a rádio e os jornais, funcionam como os principais instrumentos difusores de informação.

Sabemos que é através destes três meios de comunicação social que retemos a maior parte da informação que adquirimos, como resultado do grande tempo que lhes disponibilizamos. A partir desta informação estamos então aptos para formar as nossas próprias ideias e teorias acerca de determinado assunto.

Com a expansão dos mesmos, a partir da segunda metade do século XX, a cultura de massas gerada por estes dispositivos provocou na população geral, uma nova forma de encarar o mundo e as situações quotidianas e mais corriqueiras do nosso dia-a-dia. Ocorreram ainda modificações profundas na forma de pensar dos indivíduos e ainda na forma como os grupos sociais passam a ter consciência acerca de si mesmos e sobre o que se passa à sua volta. Daqui resultou a forma como são concebidas as noções de ordem e desordem, normalidade e anormalidade e saúde e doença mental (Gadelha e Paiva, 2009).

Contudo, toda a informação que recebemos pode ser tomada como garantida? É verídica e factual? Se passa na televisão ou na rádio significa que é a mais pura das verdades? Nunca é adulterada?

Este capítulo da dissertação é dedicado ao estigma da doença mental e aos meios de comunicação social, visando perceber como é que a imagem das pessoas com doença mental é transmitida por estes dispositivos, e em que medida estes mesmos podem ser positivos ou negativos para a extinção deste mesmo fenómeno designado por estigma. É importante saber se a representação que os meios de comunicação social fazem acerca dos portadores de doença mental é correcta, para, caso não aconteça, compreender até que ponto se pode contornar esta questão de forma a torná-la fiel à realidade. Uma vez que é através dos meios de comunicação social que o conhecimento é partilhado, é a grande preocupação desta dissertação focar-se na forma como a televisão, a rádio e os jornais, podem ser um instrumento indubitavelmente capaz no combate ao estigma.

Ora, parece-me correcto começar este discurso por tentar fornecer uma definição de comunicação social, para assim permanecermos enquadrados e contextualizados na temática.

Segundo Silva (s/d)<sup>46</sup> os meios de comunicação social ou *mass media* são os meios que permitem a difusão de uma mesma mensagem a uma audiência vasta e heterogénea. Estes podem ser a rádio, a televisão, os jornais, a Internet, revistas, teatro ou cinema, e encontram-se presentes em praticamente todos os aspectos do mundo contemporâneo.

Na sociedade funcionam como principais formadores de opinião e transmissores de conhecimento, sendo que adquirem um papel enquanto veículos de transmissão de conteúdos culturais. Os meios de comunicação social fornecem junto do público, conhecimento acerca de qualquer assunto, inclusivamente sobre a doença mental, sendo que a opinião sobre esta mesma doença é cada vez mais formada por estes dispositivos informativos.

Assim sendo, como meio competitivo que é, a comunicação social preocupa-se com a concorrência e acaba por estar em constante luta pelas audiências e pelos públicos, fazendo com que muitas vezes este motivo se sobreponha à intenção de fornecer aos mesmos, informação de carácter realista e não adulterada. Desta forma, existe informação que acaba por ser transmitida, independentemente de juízos

---

<sup>46</sup> Esta referência não possui data. A única informação que lhe está associada é a autora. (Consultar bibliografia da dissertação)

valorativos. Para além da informação, a televisão, o cinema e o teatro, através das telenovelas, filmes, séries e peças, acabam muitas vezes por adulterar a imagem de determinados grupos sociais. Quando as imagens que transmitem não são precisas e correctas, contribuem significativamente para o estigma e para o preconceito e a discriminação, auxiliando na criação de barreiras para o sucesso de certos grupos ou pessoas (Jorge-Monteiro e Madeira, 2007)

Ora, um dos principais grupos sociais maioritariamente afectados por esta “ambição” são os portadores de doenças psicopatológicas, que são muitas vezes erradamente representados e posteriormente considerados e entendidos como pessoas que não são, e como tendo comportamentos que não correspondem à sua verdadeira forma de ser e estar. Esta adulteração de informação ou até a falta da mesma, bem como a má representação que se faz deste grupo social contribui grandemente para o estigma do doente mental e por conseguinte, estabelece um impedimento na procura de tratamento. Mais ainda, a adulteração de que falo contribui ainda para influenciar os profissionais de saúde, pois como pessoas que são, podem também ser influenciáveis, acabando por perpetuar também eles o estigma, não tratando ou diagnosticando erradamente os seus pacientes.

*“(…)No caso da patologia mental se calhar nós sentimos muito mais isso exactamente porque existe essa discriminação mais ou menos sistemática, inclusivamente a partir dos profissionais de saúde, os profissionais de saúde também têm comportamentos estigmatizantes, incluindo os psiquiatras.” **(E01JQ)***

Para além disto, se a percepção da doença mental é baseada em imagens negativas perpetuadas pelos meios de comunicação social, o governo e os seus governantes vão reagir a estas falsas realidades em vez de responder às verdadeiras necessidades de pessoas com doença mental (Edney, 2004). Esta situação pode revelar-se trágica e com sérias consequências para os portadores de doença mental pois é no governo que reside a esperança de combater o estigma, uma vez que são estes que podem financiar esta questão.

Penso que podemos então afirmar que os meios de comunicação social podem por vezes ser considerados veículos de propaganda estigmatizante. O fenómeno do estigma constitui actualmente um dos principais obstáculos para uma saúde mental melhorada, privando as pessoas da sua dignidade e participação plena na sociedade. Sendo que tem uma enorme capacidade de exposição, conseguindo chegar praticamente



a todo o tipo de pessoas, a comunicação social pode por vezes, através dos seus conteúdos estigmatizantes consistir num gravíssimo problema para o combate do estigma.

Durante a década de 90 do século passado, os meios de comunicação social aumentaram a atenção prestada a questões de doença mental, como consequência da desinstitucionalização (Anderson, 2003). A imagem da loucura que se impõe junto da opinião pública deve combater-se tornando-se numa representação antiquada e obsoleta, pois para aqueles que sofrem de patologias mentais, as implicações que podem advir da representação de imagens negativas são muito significantes.

Representações inadequadas acerca da doença mental podem conduzir a falsas crenças, confusões e ainda conflitos entre grupos bem como atrasos na obtenção de tratamento.

Segundo alguns estudos feitos nos Estados Unidos da América, concluiu-se que os meios de comunicação social são a fonte de informação pública mais significativa acerca da doença mental, (Baun, 2009). Muitas pessoas, nunca ouviram falar sobre doença mental, a não ser nos noticiários, filmes ou reportagens<sup>47</sup>. Segundo o último autor que citei, a televisão constitui o meio de comunicação mais poderoso na modelação da consciência pública. Desta forma, mostra ainda que as representações da doença mental na televisão são tão poderosas que conseguem por vezes fazer uma separação entre as pessoas portadoras de doença mental e o restante tecido social.

Jorge-Monteiro e Madeira (2007) através de Wahl (2003) afirmam que *“aquilo que se conhece sobre determinados assuntos influencia, claramente, as atitudes a eles referentes, assim como as atitudes em relação a determinados temas influenciam, naturalmente, o modo de estrutura, o conhecimento em torno deles e a quantidade e sistematização da nova informação que sobre eles se adquire”*<sup>48</sup>.

Tamanhas associações negativas estão tão profundamente enraizadas na mentalidade de algumas pessoas que o sensacionalismo não necessita mais de ocorrer

---

<sup>47</sup> Determinadas pessoas que não tenham a necessidade de ser confrontadas com a realidade da doença mental não têm conhecimento de vários aspectos acerca desta doença, a não ser através dos meios de comunicação social

<sup>48</sup> Jorge-Monteiro e Madeira, 2007: **pág. 99**

para que determinadas pessoas interpretem mal os doentes mentais. Mais ainda, as pessoas não confirmam as fontes de onde são retiradas as informações que ouvem e por conseguinte tomam tudo como legítimo e verdadeiro sendo que adoptam a postura de “se passa na televisão é porque é verdade”.

Este discurso talvez possa parecer exagerado ou até manipulador fazendo com que o leitor pondere a existência de estigma em tudo o que figura sobre doença mental; no entanto, para os portadores da doença, este é o mundo da comunicação social em que estão inseridos.

Mas como têm os meios de comunicação social tão grande capacidade de persuasão? No fundo aquilo que interessa, para além da representação de certos comportamentos, é a linguagem utilizada.

Todos sabemos que as palavras têm muito poder e aqueles que detêm o “dom da palavra” conseguem mover montanhas (por assim dizer). Através das palavras, um discurso pode magoar, amenizar, honrar, insultar, etc. Os meios de comunicação social usam linguagem sensacionalista que tende a perpetuar mitos e estereótipos acerca da doença mental, promovendo medo e estranheza na comunidade, para além de suposições incorrectas. A falta de conhecimento acerca das patologias mentais faz com que os meios de comunicação social consigam transformar alguns assuntos de saúde mental em problemas de segurança, capitalizando medo, violência e irracionalidade na comunidade, contribuindo mais ainda para a incompreensão da doença em questão (Baun, 2009).

A recorrente utilização de metáforas acerca da doença mental é também uma regularidade que contribui para a estigmatização desta mesma doença. Segundo Susan Sontag (1978) Aristóteles afirmava que “*metáfora*” consiste em atribuir a determinada “coisa”, um nome que pertence a outra “coisa”<sup>49</sup>. Obviamente, todos nós utilizamos metáforas no nosso dia-a-dia e, como tal, seria praticamente impossível fazer desaparecer por completo esta utilização. Contudo, assistimos por vezes a determinadas situações onde a aplicação destas metáforas poderia ser evitada. No que diz respeito à doença mental, temos como exemplo o caso da política; quando entrevistei o Hugo

---

<sup>49</sup> Sontag, 1978: **pág. 93**

(nome fictício) e lhe perguntei se costumava ver ou ler notícias relacionadas com doença mental na televisão e jornais, e em caso afirmativo, se as mesmas notícias correspondiam à realidade, este respondeu: *“Nos filmes e assim dizem que a esquizofrenia tem a ver com dupla personalidade e isso está errado. Também dizem que os esquizofrénicos são mais violentos e também é errado. Por exemplo às vezes dizem no parlamento, “...você é um esquizofrénico...” ou “...o senhor faz uma política esquizofrénica...”*. Ou seja, a grande maioria da população geral pode não se aperceber da utilização de metáforas em determinadas situações, no entanto elas existem e infelizmente acabam por afectar em grande medida os portadores de doença mental que por sua vez, são aqueles que mais se apercebem delas, uma vez que as mesmas se referem à sua condição.

A esquizofrenia constitui a doença mental mais utilizada como metáfora negativa nos meios e comunicação social, sendo que o seu uso inadequado reforça o estigma sobre as pessoas que padecem deste distúrbio (Guarniero *et al*, 2012).

*“(...)Os termos que nós usamos para fazer diagnóstico em psiquiatria, muitas vezes são utilizados como metáforas para se referirem a coisas negativas, coisas horrendas, coisas más, coisas dramáticas, coisas sem solução, sem cura, sem solução não é? E nesse sentido acho que sim, existe uma certa cultura digamos assim, com aspas e sem aspas, existe uma cultura de estigmatização.” (E01JQ)*

Algo muito importante a ter em linha de conta, é o facto de que não podemos esquecer que os portadores de doença mental também vêem televisão, também lêem jornais e assistem a peças de teatro; enfim, fazem tudo o que as pessoas ditas “normais” também fazem. Segundo Wahl, numa entrevista dada à revista *Psychiatric Times*<sup>50</sup>, os portadores de doença mental têm consciência de que é deles que estão a falar e que são mal representados, acabando por prejudicar a sua auto-estima e confiança aumentando a probabilidade de não partilharem com ninguém nada acerca da sua doença, acabando por não procurar tratamento (Edney, 2004). Ora se a sua doença ou a sua condição bem como o estigma associada à mesma faz com que estas pessoas sejam afastadas e excluídas acabando por passar grande parte do seu tempo sozinhas ou apenas com a companhia dos seus familiares, é esperável que estes se refugiem nos meios de

---

<sup>50</sup> Edney, 2004: **pág. 8** (“People with mental illness are also readers and viewers of those (negative) images; they are shamed by them and they’re embarrassed by them”)

comunicação social como forma de obter uma espécie de companhia. Se encontram nestes meios formas visíveis de estigma vão também eles desligar-se destes dispositivos acabando por se sentir ainda mais sozinhos e excluídos. É neste sentido que afirmo que a utilização de metáforas pode e deve ser controlada, não apenas quando se trata de doença mental mas particularmente quando se refere a todo o tipo de doenças, pois, como já foi referido, o estigma associado às doenças contribui para um tratamento tardio das mesmas ou inclusivamente para a anulação do mesmo.

*"(...)eu fujo um pouco a essas notícias. **Então é uma opção?** É. Tenho um pouco de fobia, tenho um pouco de fobia. Para mim, sinto que poderia funcionar um pouco como...de uma forma um pouco depressiva. Passam notícias e eu vejo, não sei se podemos integrar aquele programa que existe na TSF, de um psiquiatra e de uma psicóloga, esse siga todas as dias por acaso mas gosto de ouvir. Esse gosto de ouvir porque é feito de forma positiva. Agora tudo o que seja para ficar em baixo fujo um pouco. Fujo ou não dou atenção. Simplesmente não dou atenção."* (E06G)

A conduta dos profissionais em questão exerce sem dúvida um papel importantíssimo na matéria. Afinal, esquecendo um pouco que eles existem, são as suas palavras que vemos e ouvimos. Desta maneira, o comportamento e o profissionalismo de jornalistas, repórteres e guionistas, influenciam a percepção do meio através da relevância atribuída aos diversos temas de carácter público que tratam (Jorge-Monteiro e Madeira, 2007). Segundo Anderson (2003) o facto de os meios de comunicação social representarem a doença mental de forma tão negativa deve-se ao facto de alguns jornalistas não se encontrarem correcta e integralmente informados sobre aquilo que estão a tratar quando se trata de doença mental, assentando o seu trabalho na premissa de que o sensacionalismo vende. O mesmo acontece com realizadores e guionistas que apesar de saberem que estão a perpetuar uma má representação da doença mental, preferem lançar o seu trabalho desta forma, pois sabem que quanto mais sensacionalista e chocante for, mais lucros irão obter. É então importantíssimo tentar combater esta realidade pois devemos tentar fazer com que o meio da comunicação social se aperceba de que desta forma contribui para o estigma da doença mental.

*"(...)Nós temos na nossa país mas isso não é só no que tem a ver com patologia mental, alguma escassez de pessoas que possam falar com autoridade sobre determinados assuntos. O que está em causa é o grau de informação que as pessoas têm para falar, por exemplo sobre esquizofrenia, sobre depressão, sobre patologia mental, aquilo que nós vemos muitas vezes na comunicação social são redacções mais ou menos superficiais*

sobre temas que mereciam tratamento mais profundo. Isso tem a ver com a preparação dos profissionais, dos jornalistas, das pessoas; enfim, há alguns jornais naturalmente melhores que outros no que tem a ver com esta matéria mas enfim, claramente isso é uma questão que carece de melhoria na preparação dos profissionais que escrevem sobre o assunto. **Acha que devia haver uma colaboração entre jornalistas e psiquiatras? Bem, se possível; não digo que o resultado fosse bom mas enfim, sem tentarmos não vamos saber.” (E01JQ)**

*“No nosso país não há aquilo que há noutros países já; em que há jornalistas especializados em certas áreas não é? Portanto em alguns países têm jornalistas que se dedicam aos avanços tecnológicos, outros nos aspectos científicos, outros nos aspectos das leis em geral, outros que acompanham o desporto ou que acompanham a saúde, no nosso país não há jornalistas especializados a este nível. Há digamos, jornalistas generalistas que fazem um pouco de tudo e muitas vezes não têm uma preocupação científica ou até de conhecimento de como é que se passam as coisas a nível médico; é preciso ter um background que permita depois apoiar aquilo de que se está a falar e realmente neste sentido, as coisas não estão bem no nosso país. Depois muitas vezes não cumprem algumas normas, que já são normas internacionais e também, quando publicam por exemplo a morte por suicídio de alguma pessoa célebre, isso ainda não o fazem correctamente, há normas internacionais para isso, e as pessoas não estão portanto a par ou não o fazem correctamente. Portanto para dar só o exemplo de coisas que não são relatadas como deviam ser. Portanto há aqui uma lacuna forte não é?” (E04JR)*

Coloca-se também como pertinente, ao abordar esta matéria, dar um enfoque sobre que patologias são consideradas mais estigmatizadas pelos meios de comunicação social.

Segundo Goulden *et al* (2011) a depressão, a ansiedade, o distúrbio bipolar e ainda os distúrbios alimentares são consideradas as patologias menos negativas ou mais aceitáveis pelos meios de comunicação social. Contrariamente, a esquizofrenia e os distúrbios de personalidade aparecem geralmente no contexto das “notícias más”. Isto é, ao mesmo tempo que assistimos a uma notícia onde a depressão é o tema principal e olhamos para ela como sendo “normal” e corriqueira, com a esquizofrenia isto não acontece. Ao ouvir a palavra “esquizofrenia” adoptamos como que uma postura que nos indica que a temática não é “normal” e por conseguinte devemos excluí-la bem como a todos os portadores da mesma patologia. Esta postura está claramente errada.

Por outro lado, é também consistente a ideia de que há uma preferência em reportar aspectos psicológicos como negativos em vez de aspectos físicos. Seria

positivo que realmente se falasse de questões psicológicas para, assim, se mostrar o seu verdadeiro núcleo. Explicando o que acontece quando existem questões de âmbito psicológico em vez de associá-las a aspectos negativos estaria a contribuir-se para a compreensão de certas patologias mentais, fazendo com que as pessoas olhassem para elas de forma diferente, contribuindo para a diminuição do medo e da estranheza que as mesmas podem indicar. Por conseguinte, estaria a proceder-se a uma aproximação das pessoas portadoras de doença psicopatológica.

À medida que os tempos vão passando, alguns meios de comunicação social prestam já algum cuidado ao reportar acontecimentos sobre a doença mental e, ao mesmo tempo, os direitos humanos destas pessoas vão sendo cada vez mais respeitados.

*“Eu acho que nós temos em consideração sempre os direitos de todas as pessoas, quer tenham doença mental ou não tenham, quer dizer; há sempre uma sensibilidade para se tentar perceber (...) não fugindo daquilo que é o ângulo da notícia, isso é sempre primordial, agora há efectivamente um respeito e uma sensibilidade por todas as pessoas com quem se fala, sejam doentes mentais ou não sejam doentes mentais, isso é uma preocupação fundamental e básica.” (E09AM)*

Contudo esta situação ainda não é constante e global, sendo que existem ainda muitos dispositivos interessados apenas no sensacionalismo e nas audiências.

Algo que está profundamente enraizado no fenómeno do estigma é o estereótipo. Como vimos no capítulo anterior, o estereótipo é activado quando o estigmatizado é caracterizado de determinada forma. Os meios de comunicação social contribuem grandemente para a criação de estereótipos pois acabam por criá-los ao tentar representar as pessoas portadoras de doença mental.

Vimos já que os doentes mentais são na maioria das vezes entendidos como perigosos e violentos. Estes são os principais estereótipos associados à doença mental. Contudo, não ficam por aqui. Os noticiários, as telenovelas, filmes, séries e peças de teatro transformam muitas vezes personagens portadoras de patologias mentais em pessoas com outro tipo de características que não correspondem à realidade da forma de ser e estar de um doente mental.

Nos noticiários e jornais, existem muitas vezes notícias que retractam crimes cometidos por pessoas com doença mental, sendo que o aparato policial, o mediatismo e o facto de o crime ser considerado horrível e até macabro é sempre o enfoque do tema.

Não quero de maneira nenhuma desculpar crimes cometidos por pessoas com perturbações mentais até porque um crime é um crime, independentemente de quem o comete. Refiro-me ao facto de a linguagem utilizada ser muito mais chocante quando se trata de um crime cometido por um doente mental do que por uma pessoa considerada "normal". (Mais uma vez se coloca aqui a questão da normalidade, uma vez que se uma pessoa for considerada normal não é susceptível de cometer crimes).

Consequentemente o papel vai também inverter-se passando os indivíduos a acreditar que pessoas que cometem crimes horríveis são sempre doentes mentais (Anderson, 2003). Contrariamente sabe-se que os portadores de doença mental apenas são mais susceptíveis de cometer crimes quando há uma relação com o abuso de substâncias. Mais ainda, um estudo<sup>51</sup> feito nos Estados Unidos da América mostra que 95 a 97% dos episódios violentos que ocorrem neste país são perpetrados por pessoas sem patologias mentais. Este estudo mostra ainda que existem variadas razões para que uma pessoa aja de maneira bizarra sem padecer de doença mental (abuso de substâncias, pressão arterial baixa, etc.). Não pode presumir-se que o comportamento "anormal" é indicador de doença mental (Edney, 2004).

*"Essa é a ideia geral que há, penso eu, que realmente o doente com problemas de saúde mental é mais perigoso do que a população em geral. Isto tem muito a ver às vezes com o certo aparato de alguns crimes cometidos por doentes de saúde mental. São crimes um pouco mais bizarros e aparatosos. Não sei se há estudos no nosso país que mostrem que os doentes mentais tenham mais criminalidade digamos, que as pessoas ditas normais, entre aspas, não sei se há. O que se sabe é que nas prisões e penso que é válido no nosso país e noutros países, há uma percentagem mais alta de pessoas com doença mental nas prisões do que há na população geral, portanto, depois às vezes alguns crimes cometidos por doentes mentais, sobretudo crimes cometidos por psicóticos, tem um grau de bizarria grande e portanto chamam mais a atenção da opinião pública. Mas eu recordo que, no último século, o maior número de mortes não foi cometido por pessoas consideradas doentes mentais, foram pelos políticos, pelos militares, portanto nós vemos no século XX duas guerras mundiais com milhões e milhões de mortes, e enfim, penso que o peso pesado, os crimes cometidos por doentes mentais ficam realmente atrás da mortalidade e da mortandade que foi cometida pelos políticos e militares de vários países."* **(E04JR)**

---

<sup>51</sup> O estudo mencionado refere-se ao trabalho realizado por John Monahan no ano de 1996, onde relaciona a doença mental com crimes violentos. (Monahan J. 1996, Mental Illness and Violent Crimes. National Institute of Justice, Washington D.C.)

*"(...)De alguma forma essa caricatura instala-se à custa de notícias que nos dizem a certa altura, por exemplo, que um doente esquizofrênico matou a mãe com 20 facadas. Aparecem muitas vezes esse tipo de relatos mais ou menos bombásticos que nos levam imediatamente a concluir que o doente esquizofrênico é um doente perigoso. O que eu costumo dizer nas aulas, enfim quando falo sobre isto com os alunos, é que as pessoas perigosas não têm patologia mental, ou muitas pessoas agressivas não têm doença mental propriamente dita, e se nós nos dermos conta daquilo que é a violência, daquilo que são os comportamentos de violência na sociedade, a maior parte da violência, em doses industriais, não vem das pessoas que têm patologia mental, vem das pessoas consideradas "normais"."* **(E01JQ)**

Nas telenovelas, filmes, séries televisivas e peças de teatro, a imagem das pessoas portadoras de doença mental apresenta-se como sendo extremamente negativa. Os personagens adoptam, assim, variadas características: **imprevisibilidade** (a noção de que os doentes mentais são imprevisíveis e como tal devemos ter cuidados redobrados quando estamos com eles e inclusivamente “medir as palavras”); **improdutividade** (existe também a noção de que as pessoas portadoras de doença mental não são capazes de produzir o que quer que seja, seja em que contexto for); **anti-social** (muitos personagens são caracterizados como sendo anti-sociais, não sendo capazes de, ou não querendo estabelecer uma relação com outro personagem); **vulnerabilidade** (passa também a ideia de que as pessoas portadoras de doença mental são vulneráveis, sendo representados muitas vezes como sendo incapazes de controlar algumas situações, podendo vir a ser vítimas de assédio, manipulação e acusação); **incompetência** (muitas vezes estas pessoas são representadas como incompetentes não sendo capazes de realizar determinadas tarefas da melhor forma possível, impondo a ideia de que as pessoas portadoras de doença mental “não servem” para trabalhar pois não são capazes de realizar as suas tarefas com sucesso); **não confiáveis** (esta característica vem um pouco no processo das anteriores, pois não se pode confiar nas pessoas com doença mental porque elas são imprevisíveis, perigosas, incompetentes); **infantilidade** (os meios de comunicação passam também a ideia de que as pessoas portadoras de doença mental são infantis, não sendo capazes de tomar conta delas próprias, necessitando sempre de acompanhamento, são tratadas como se fossem crianças); **marginalidade** (em consequência de todas as outras características estas pessoas são muitas vezes representadas como sendo marginais, incapazes de se integrar na restante sociedade entendendo que não são “boas pessoas” e desejam constantemente fazer mal); **perigosidade** (as pessoas portadoras de doença mental são quase sempre representadas



como sendo pessoas perigosas e capazes de não olhar a meios para atingir os seus fins); **violência** (finalmente, as pessoas portadoras de doença mental são constantemente representadas como sendo violentas capazes de fazer mal a outras pessoas e inclusivamente cometer assassínios) (Wilson *et al*,1999).

Todas estas imagens e representações que os meios de comunicação social fazem das pessoas portadoras de doença mental estão erradas e contribuem grandemente para o estigma da doença mental. Tal como a maioria da população que não está inserida no meio da doença mental, eu mesma partilhava de algumas destas ideias e opiniões acerca dos portadores de doença mental. No entanto aquando da recolha de informação para a dissertação em causa, tive o prazer de poder não só entrevistar algumas pessoas com estas patologias de que venho falando, mas também estar no mesmo espaço que elas e conversar com elas. Então, falo por experiência própria quando digo que estas representações estão erradas pois nenhum deles me tratou mal, muito pelo contrário, fui tratada com muito respeito e educação sempre na base da igualdade e nunca da inferioridade, e nenhum deles se mostrou perigoso, violento, incompetente ou anti-social; muito contrariamente mostraram-se pessoas muito inteligentes inseridas num meio artístico específico, (recitação de poesia<sup>52</sup>), ansiando como qualquer pessoa conseguir obter um trabalho legal e remunerado assim como uma casa própria e ainda constituir família.

Continuando, Anderson (2003) faz ainda uma pequena referência a uma questão que acho bastante pertinente para o assunto a ser tratado. Este autor, mostra como os diferentes dispositivos de leitura podem ou não ser interpretados.

Por exemplo, o autor insiste que quando se trata de literatura (romântica, fantástica, policial, etc...) a interpretação do leitor é essencial, e o significado daquilo que se lê é deixado “em aberto”, permitindo ao leitor a oportunidade de construir o sentido e o significado do texto. A contrastar, temos a forma realista de literatura na forma dos jornais por exemplo, onde existe uma tentativa de bloquear a pluralidade de possíveis significados, gerando os textos um sentido e um significado fixo. As representações feitas da doença mental através de filmes e jornais fazem parte de um mundo em que é

---

<sup>52</sup> Os membros da Associação Recriar Caminhos que entrevistei, fazem parte de um grupo artístico chamado Controversos onde recitam poesia

importante que os meios de comunicação social gerem sensações de prazer, gratificação e entretenimento, pois ao mesmo tempo, as pessoas consideradas “normais” adoptam a postura de que “*é com eles, não é comigo*”, esquecendo que a doença mental pode também afectá-los e um dia sentirem o estigma na pele.

Vimos já que uma das formas de estigma é o estigma estrutural; para Guarniero *et al* (2012) esta forma de estigma funciona como uma nova configuração de preconceito e discriminação, sendo que se desenvolve ou se forma a partir de forças sociais ou políticas bem determinadas e está representado nas acções e mensagens de instituições privadas ou governamentais que restringem as oportunidades dos grupos estigmatizados.

Para Corrigan *et al* (2005) o estigma estrutural e a discriminação ocorrem quando uma instituição, como um jornal por exemplo, em vez de um indivíduo, promulga mensagens estigmatizantes sobre a doença mental. Assim, quando os meios de comunicação representam um determinado grupo de forma negativa, gerando preconceito e discriminação sobre o mesmo grupo, tornam-se agentes sociais estruturais que perpetuam o estigma. Desta maneira, podemos então afirmar que os meios de comunicação social, especialmente a televisão e jornais, funcionam como agentes de estigma estrutural (Corrigan *et al*, 2005).

Segundo Guarniero e colaboradores (2012) o estigma estrutural através dos meios de comunicação social apresenta-se sob duas formas: em primeiro lugar, os meios de comunicação social utilizam em muitas ocasiões a opinião leiga (vizinhos, amigos, familiares de pessoas com a doença) para diagnosticar alguém como esquizofrénico, sem olhar ao rigor científico e médico que estes diagnósticos exigem; em segundo lugar, utilizam recorrentemente o uso metafórico do termo esquizofrenia, como significados que não correspondem à realidade. É necessário ter em linha de conta que usei como referência a esquizofrenia mas poderia ter usado qualquer outra patologia mental para descrever esta questão.

Ora, quando pensei abordar esta questão do estigma da doença mental associada aos meios de comunicação social, pensei que seria imprescindível apresentar alguns estudos sobre o assunto. Como tal, achei por bem incorporar neste capítulo da dissertação um estudo previamente formado, por outros autores, realizado noutra país, bem como um estudo feito por mim sobre o nosso país.

Apresento agora os dois casos, começando pelo estudo/artigo<sup>53</sup> realizado por Guarniero, Bellinghini e Gattaz no ano de 2012, apresentado na Revista de Psiquiatria Clínica. Optei por este estudo, entre outros, porque para além de ser o mais recente, foi também aquele que, a meu ver, melhor apresentou, abordou e esclareceu o caso.

Passo então à sua descrição: os objectivos deste estudo consistiam em avaliar a presença do estigma estrutural nos meios de comunicação social brasileiros, por meio do levantamento de notícias em imprensa e internet que utilizam o termo esquizofrenia sob três aspectos, (uso médico e científico, atribuição do diagnóstico de esquizofrenia a suspeitos de crime com pouco ou nenhum rigor médico ou científico, e ainda o uso metafórico). O estudo foi realizado em três etapas. Em primeiro lugar o levantamento de notícias, em seguida a classificação dos itens encontrados e finalmente, a análise do contexto em que foram publicados. O levantamento da informação foi realizado num período compreendido entre 2008 e 2011, tendo sido recolhida a informação do jornal Folha de S. Paulo e ampliado aos principais portais dos veículos impressos brasileiros. Como resultados deste estudo foram encontrados 229 textos, distribuídos da seguinte forma: 89 registos em ciência e saúde, com tendência à impessoalidade; 62 registos em crime e violência, em que o “diagnóstico” de esquizofrenia é feito por leigos; 78 registos de uso metafórico, sempre de carácter depreciativo. Segundo os autores do estudo em questão a maioria dos textos encontrados não dá voz ao portador de esquizofrenia bem como ao seu sofrimento, banaliza a doença psiquiátrica ao empregá-la fora de contexto para caracterizar decisões políticas e económicas contraditórias ou de carácter duvidoso e reforça obviamente o estigma que pesa sobre o portador de esquizofrenia ao personalizá-lo apenas aos raros casos de violência em que se supõe esse diagnóstico psiquiátrico.

Através deste estudo os autores concluíram que *“é no contexto de violência e criminalidade que se dá a mais intensa estigmatização do portador de esquizofrenia<sup>54</sup>”*. Os mesmos autores acham ainda que seja provável que a longa tradição da cultura ocidental em relacionar violência e criminalidade com portadores de transtornos mentais tenha sedimentado estereótipos de perigosidade para estas pessoas. Mais ainda, afirmam

---

<sup>53</sup> Guarniero F., Bellinghini K., Gattaz W. 2012, O Estigma da Esquizofrenia na Mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *In: Rev. Psiq. Clin.*, vol. 35, nº 3, pág. 80-84

<sup>54</sup> Guarniero *et al*, 2012: **pág. 83**

que a cobertura jornalística é um factor social que favorece uma visão negativa sobre os transtornos mentais e que se opõe aos dados disponíveis na literatura médica. Com este estudo os autores mostram que são poucas as reportagens como exemplos positivos em que o portador de esquizofrenia é mostrado em tratamento e recuperação e ainda são raras as reportagens sobre a dificuldade de acesso a tratamento especializado, ou que retractem o sofrimento de pacientes e as suas famílias. São também muito escassas as reportagens sobre acções afirmativas, isto é, necessidade de políticas públicas para melhorar a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia e combate ao preconceito e discriminação. (O presente estudo foi realizado no Brasil, sendo que incidia particularmente sobre a patologia esquizofrénica).

Passo então à descrição do estudo que realizei. No âmbito dos trabalhos em realização sobre o tema O Estigma do Doente Mental e os Meios de Comunicação Social, procedi à realização de um exercício que constou basicamente na leitura de jornais, a fim de tentar concluir determinados padrões, quando se fala de doença mental e estigma em Portugal. (O estudo pretendeu observar maioritariamente o estigma motivado por estes meios de comunicação). A base deste estudo foi o arquivo jornalístico da Casa Municipal da Cultura de Coimbra, entre os meses de Outubro e Dezembro. Seleccionei os jornais Público e Diário de Notícias como arquivo documental, uma vez que estes dispositivos se ocupam, não só de política, economia e desporto, mas também de saúde. Estes materiais jornalísticos formaram então o meu campo documental durante a realização do exercício. Cronologicamente estudei o ano de 2007, pois pretendi fazer um estudo mais actual com semelhanças ao estudo que abordei anteriormente. Não estudei o mesmo ano que o estudo anterior pois pretendi verificar se existiriam semelhanças apesar de o ano do meu estudo se verificar anterior. No que concerne ao tipo de notícias escolhidas para a leitura, esta selecção foi feita, inicialmente, tendo por base três palavras-chave: doença mental, estigma e Portugal. Contudo, rapidamente percebi que muitas das notícias que procurava não se encontravam por detrás destes conceitos, sendo que acabei eventualmente por ter em conta outras linhas criteriosas de escolha; Caso as notícias reportassem crimes, (e aqui os termos imputabilidade e inimputabilidade foram imperativos), ou caso reportassem estudos sobre doença mental. É de salientar que a nível criminal seleccionei apenas os crimes ocorridos em território português, uma vez que o tema do trabalho procura incidir apenas sobre o nosso país. No fundo, qualquer notícia que mencionasse

psiquiatria ou doença mental, mereceu a minha atenção. As notícias que resultaram deste exercício funcionaram como estudos de caso uma vez que observei, na maioria delas, que tinham uma continuidade de número para número. Foi interessante ver a evolução dos casos e de que maneira um diagnóstico de doença mental pode ou não afectar uma sentença. Desta forma, emergem como resultado deste exercício, um total de 108 notícias, 53 pertencentes ao Jornal Público e 55 resultantes do Diário de Notícias. Seguidamente, é importante referir que estas 108 notícias foram divididas e agrupadas por categorias, (que reflectem os temas que as mesmas abordam), sendo que uma notícia pode pertencer a duas categorias simultaneamente. Consequentemente criei então cinco categorias: a categoria de **crimes** (47 notícias), a categoria dos **estudos sobre doença mental** (30 notícias), uma categoria que faz referência ao estado da **saúde mental em Portugal** (18 notícias) uma categoria que diz respeito a casos que tenham ocorrido onde a doença mental desempenha um papel fulcral ou onde o seu protagonista padece de doença mental, que denominei apenas de **casos de doença mental** (13 notícias), e finalmente uma categoria que denominei de “**outros**” (6 notícias), simplesmente por as notícias que contempla falarem de doença mental mas não se enquadrarem em nenhuma das categorias anteriores. Para melhor me organizar elaborei uma tabela representativa de cada categoria bem como o número de notícias que cada jornal possui, referente a determinada categoria (ver Quadro.1 em anexo).

Dito isto, é imprescindível realçar que o propósito de todo este trabalho de investigação foi determinar a posição destes meios de comunicação social, no ano de 2007, relativamente às doenças mentais. A forma como as notícias são escritas, revela a posição dos jornalistas, e por conseguinte de todo o jornal, face ao tema em questão. É sobre isto que recai a minha preocupação, tentar perceber se, de alguma forma, uma notícia é um sinal de estigma. Tal como em Quintais (2012) a limitação empírica não impediu as conclusões que determinei, já que a minha focagem recaiu nos já referidos estudos de caso que se verificaram abundantemente mediáticos e onde os supostos portadores de doença mental constituíram os actores imprescindíveis deste trabalho.

Deste modo, dentro das categorias que criei, encontrei três padrões distintos, que na minha opinião, podem denunciar estigma. E digo “podem” porque talvez para um cidadão que leia jornais habitualmente, simplesmente pelo seu carácter informativo, estas notícias seriam absolutamente corriqueiras; no entanto, olhando para elas com uma visão crítica, quer parecer-me que existem modelos distintos.

Continuando, como referi anteriormente, observei três padrões diferentes de estigma nas notícias que esmiucei. **Notícias estigmatizantes, notícias estigmatizantes não específicas e notícias que denunciam estigma.** Elucido sobre cada uma delas; as **notícias estigmatizantes** são aquelas que por si só são um foco de estigma. Criam estigma sobre aquilo a que se referem. Por outro lado, a **notícia estigmatizante não específica** é aquela que à partida não possui conteúdo estigmatizante, mas que ao lermos nas entrelinhas percebemos que o estigma está presente. Apenas não se mostra específico como o próprio nome indica. Finalmente, as **notícias que denunciam estigma.** Estas são aquelas que apesar de não serem estigmatizantes, alertam-nos e mostram-nos como o estigma existe e está presente na sociedade. Ora, para uma melhor compreensão dos três padrões, vou exemplificar cada um deles:

➤ **Notícias Estigmatizantes:**

**Público, 5 de Janeiro de 2007**

*“Tribunal julga suspeito de asfixiar enteada” - (“...Demora no envio dos exames psiquiátricos....e agora querem dizer que ele é maluco...”)*

**Público, 20 de Agosto de 2007**

*“Mistério do homicídio no pinhal de Sintra já foi desvendado” - (“....O jovem tinha um ar meio alucinado....lembra um residente local...”)*

Como se pode observar pelos exemplos acima apresentados, ambas as notícias são exemplos de estigma. O uso da palavra “maluco” na primeira notícia aparenta estar carregada de ódio por parte da pessoa que a referiu, pois esta exige que o suspeito seja julgado justamente, no seu parecer, uma vez que para ela cometeu o acto conscientemente. O simples facto de usar a palavra “maluco” e não doente mental, representa estigma. Do mesmo modo, na notícia seguinte, o uso da palavra “alucinado”, está, também ela, carregada de estigma. O que é exactamente um “ar meio alucinado”? Certamente não tenho resposta para esta pergunta, no entanto a pessoa que proferiu esta expressão quer referir-se ao indivíduo em questão como uma pessoa que não se enquadra nos “padrões normais” da sociedade. A frase parece inclusive mostrar que a

pessoa fala do indivíduo que cometeu o crime com um certo medo ou receio, dando, talvez, a entender que está a falar de uma coisa terrível.

➤ **Notícias Estigmatizantes Não Específicas:**

**Público, 14 de Janeiro de 2007**

*“Apoiantes do “Não” relacionam IGV com doenças psiquiátricas” - (“...mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez têm um risco aumentado de sofrer de doenças psiquiátricas...”)*

**Diário de Notícias, 12 de Janeiro de 2007**

*“Trauma - Quem aborta tem três vezes mais hipóteses de entrar em depressão, alerta psiquiatra Vaz Senna” - (“...pode uma mulher que pratica um aborto ficar com graves distúrbios psiquiátricos?...o presidente da sociedade de psiquiatria e saúde mental garantiu ontem que as consequências psicopatológicas do aborto podem atingir 50% das mulheres que o praticam...”)*

Ambas as notícias são vulgares à partida. No entanto, quer parecer-me que, na primeira notícia, os apoiantes do “não” tentam persuadir os leitores de uma forma estigmatizante. É como que se estivessem a tentar provocar “medo”, a quem não concorda com eles. Atrevo-me ainda a dizer que, aquilo que querem dizer por outras palavras seria, “não abortem pois podem ficar loucos! Com certeza, não é isso que querem, ficar dementes!” Ou talvez tivessem apenas usado um facto a seu favor, como se pode verificar na segunda notícia mas, no entanto, não deixa de ser estigmatizante, na minha opinião. Abortar, tal como muitos outros actos podem despoletar um maior número de depressões ou distúrbios, contudo quem os comete, não deixa de o fazer mesmo lembrado das consequências que podem advir desse mesmo acto. Numa campanha publicitária para estas duas notícias, o slogan poderia ser: “Não se torne num doente mental, diga não há gravidez!” As notícias poderiam, na minha opinião, ter sido escritas de outra forma.

➤ **Notícias que denunciam estigma:**

**Público, 23 de Maio de 2007**

*“Pena suspensa para três homens que queriam fazer justiça pelas próprias mãos” - (“...O que mais surpreende é que os senhores são pessoas normais, perfeitamente integrados familiar e profissionalmente. Podia-mos ser vizinhos...”)*

#### **Diário de Notícias, 23 de Junho de 2007**

*“Estado estigmatiza doentes esquizofrénicos” - (“Estado continua a estigmatizar quem padece desta enfermidade genética e as suas famílias, ao não fornecer condições mínimas para o acompanhamento da doença”)*

#### **Diário de Notícias, 30 de Setembro**

*“Policia resgata deficiente escravizado nos carrocéis” - (“Tem 31 anos, é portador de uma doença mental e esteve mais de um ano a trabalhar contra vontade numa empresa de divertimentos ambulantes até ser resgatado”)*

Diferentemente dos padrões observados anteriormente, através destas notícias, podemos perceber que existe estigma na sociedade. Na primeira notícia, ao ser dita, aquela frase torna-se um grande sinal de estigma. É como que se quisesse dizer: “É que se fossem uns maluquinhos que não sabem o que fazem até se percebia!” Algo que percebi foi que as pessoas cometem crimes, independentemente do seu estado mental, ou melhor, independentemente de qualquer estado. Não se devem desculpar uns e culpabilizar outros. A segunda notícia mostra como, involuntariamente, o nosso país continua a tratar os doentes mentais. Devido à falta de um acompanhamento conveniente muitos doentes mentais acabam por cometer os crimes de que tanto são repudiados. Finalmente, a última notícia expressa perfeitamente o estigma exercido sobre os doentes mentais. Os donos da empresa de divertimento ambulante aproveitaram-se da situação mental do indivíduo referido, escravizando-o, como se as pessoas com distúrbios mentais não merecessem o mesmo respeito que todas as outras ditas “normais”.

\*\*\*

Com a organização deste exercício percebi que a doença mental é falada em Portugal. Contudo, nem sempre da maneira que lhe faz justiça. É tida como uma preocupação, não só a doença em si mas os que dela padecem também.



Os problemas com a saúde mental, atravessados no ano de 2007, foram expostos e a sociedade podia ter consciência de que eles existem. No entanto, grande parte da mesma sociedade, incluindo os responsáveis, prefere ficar alheia à situação. Por exemplo, se é cometido um crime por parte de um doente mental, a notícia é bastante badalada, no entanto, quando se tratam de notícias que expressam os problemas que estas pessoas atravessam, esta é lida e esquecida, pois não volta a ser referida em números posteriores, a não ser que haja debate aberto entre duas parcelas, (por exemplo o ministro da saúde e um psiquiatra).

Desta forma, a realização deste exercício permitiu-me verificar como a saúde mental é abordada em Portugal. O número de notícias estigmatizantes não é tão alto como esperava, apenas três notícias, contudo o número de notícias que denunciam estigma é bem maior do que esperado, 15 notícias.

Este facto permite compreender que os jornais, como meios de comunicação social, dão importância à doença mental por duas vias: a via da criminalidade e a via das reformas na saúde mental (esta questão torna-se, assim, no principal ponto das minhas conclusões). São como que os dois lados da mesma moeda; um deles, o da criminalidade, por vezes não é expressado da melhor forma e leva a que determinadas pessoas que leiam determinadas notícias fiquem com uma ideia errada. Por outro lado, o caminho das reformas na saúde mental informa os cidadãos que algo tem e pode ser feito por estas pessoas mas que, todavia, é um caminho complicado.

Mais ainda, concluo que as pessoas portadoras de distúrbios mentais são tidas como perigosas e assustadoras, quando no fundo são incompreendidas e mal acompanhadas.

De toda esta panóplia de notícias, sejam elas crimes, estudos ou reformas, existe apenas uma notícia que não torna a situação da saúde mental num tema obscuro. Esta notícia<sup>55</sup> relata um festival que teve lugar na Figueira da Foz, para pessoas com deficiência mental. Ao ler-se a notícia, compreende-se que este acontecimento esteve rodeado de felicidade e até um certo orgulho e realização por parte dos seus participantes.

---

<sup>55</sup> Jornal Público, domingo 11 de Novembro de 2007: **pág. 15**

Assim, e concluindo definitivamente a descrição deste exercício, entendi que, do ponto de vista dos meios de comunicação em questão, no ano de 2007, em Portugal a saúde mental é abordada, no entanto, quase, se não sempre, envolta de alguma obscuridade e estigma.

Considero ainda importante, no âmbito desta temática, lembrar que Wahl foi o primeiro a realizar um estudo deste género em 1992, onde tentou perceber o impacto dos meios de comunicação social no estigma da doença mental. Este concluiu que a televisão era o meio de comunicação social mais estudado. Recentemente os jornais partilham deste estatuto (Stout *et al*, 2004).

Para concluir este capítulo da dissertação, apresento cinco asserções que me parecem óbvias depois deste discurso: os meios de comunicação social são a fonte primária acerca da informação sobre a doença mental; as representações feitas por estes mesmos meios promovem imagens e estereótipos falsos e negativos; existe uma relação entre as representações que os meios de comunicação social fazem da doença mental e atitudes negativas para com as pessoas portadoras destas mesmas patologias; representações negativas dos meios de comunicação social têm um impacto directo sobre os indivíduos que vivem com estes problemas; e finalmente existe uma relação entre más representações dos meios de comunicação social com o governo responsável pelos problemas relacionados com a doença mental (Edney, 2004).

Como vemos, os meios de comunicação social desempenham um grande papel na perpetuação do estigma, especialmente associado à doença mental. No entanto, se os mesmos meios conseguem exercer uma influência negativa sobre esta questão na população geral é apenas razoável que se espere o efeito contrário, isto é, pode também exercer uma boa influência.

É precisamente sobre esta questão que vai incidir o próximo capítulo da dissertação; perceber até que ponto os meios de comunicação social podem ser positivos no combate ao estigma e o que se pode fazer para esta contribuição.

**Acha que os meios de comunicação social portugueses são estigmatizantes ou retractam a situação da saúde mental fielmente?**

*“Eu acho que nós tentamos retractar sempre a situação não é? Até porque o nosso objectivo é mostrar o que se passa, não é fazer juízos de valor. E todos nós tentamos fazer o nosso melhor e queremos fazer o nosso*

*melhor, e é a nossa obrigação fazer o nosso melhor nessa área, portanto, quando nós trabalhamos é no sentido efectivamente de mostrar o que se passa e é por isso que temos a preocupação e temos obrigação de falar com quantas fontes conseguirmos para fazer a construção daquela notícia ou daquela reportagem, porque é a melhor forma efectivamente de fazermos o retrato. Provavelmente é estigmatizante porque a doença em si é estigmatizante, mas não creio que seja escrito ou feito para ser estigmatizante. Creio que é o retrato do que efectivamente se passa. E para muitas pessoas esta ainda é uma doença estigmatizante. Portanto provavelmente é esse o retrato que passa.” **(E09AM)***

*“Eu acho que tratam fielmente mas podiam ir mais fundo. Ou seja, não é só retratar o doente e isso é uma parte para o jornalista, não estou a dizer que é fácil porque não é, lá está são doentes muito complicados, não é fácil sacar uma história não é fácil entrevistar uma pessoa assim. Agora acho é que às vezes há no fundo um bocadinho de desleixe em ir buscar as respostas aos organismos oficiais. Há muitas falhas ao nível da saúde mental e não há nada como ir perguntar a quem de direito e aí acho que às vezes falhamos mas eu nem percebo porquê, os jornais são escritos cada vez mais com um tempo apertadinho não é, não há muito tempo para reportagem não há muito tempo para pedir e não se pode ficar, por exemplo, uma semana á espera de uma resposta da DGS ou do ministério ou de um profissional de saúde. Por outro lado também percebo que não se queiram fazer reportagens que não tragam respostas. Ou mesmo que seja alguém, a dizer oficialmente a dizer “eu para já não tenho resposta”. Isto também é um manifesto...” **(E11PC)***

## **ESTIGMA: ESTRATÉGIAS PARA UM COMBATE**

Parece-me bem começar este capítulo da dissertação por fazer uma breve síntese daquilo que o estigma representa e de certa forma daquilo que foi apurado até ao momento, num sentido de contextualização e enquadramento.

Muitas pessoas que poderiam decidir-se por serviços de saúde mental, ainda que escassos em Portugal, optam por não procurar estes serviços e falham muitas vezes em participar no tratamento, uma vez envolvidos nos mesmos. Esta questão faz com que os governos, em geral, disponibilizem poucos recursos para a saúde mental e os seus portadores (Guarniero *et al*, 2012). Uma das razões para que isto aconteça, se não a principal, é o estigma.

Numa tentativa de evitar o rótulo de doente mental, bem como as consequências que daqui advêm, as pessoas portadoras destas patologias preferem não procurar e não participar dos tratamentos e dos cuidados de saúde que estas doenças requerem.

Como vimos, o fenómeno do estigma investe em dois tipos de percurso quando falamos em tratamento e bem-estar: diminui a auto-estima e incapacita os portadores de doença mental de obter oportunidades sociais. É simples; para uma melhor compreensão basta alargarmos o campo de visão e pensar o que realmente representa a incapacitação na obtenção de oportunidades sociais. É conseguir alugar ou comprar uma casa, é conseguir um emprego, é conseguir formar um grupo de amigos, é conhecer um companheiro, é conseguir constituir uma família, é conseguir fazer com que a população em geral confie nos portadores de doença mental. Para uma pessoa “normal” estes objectivos são claros e atingem-se muitas vezes de uma forma natural e involuntária. Para os doentes mentais não é tão simples assim; a sua doença interfere não só com as suas vidas sociais mas também em todos os outros aspectos de uma plena qualidade de vida.

A vida profissional, económica, amorosa fica, no caso dos doentes mentais, restringida a um ponto em que estas pessoas preferem não reconhecer o seu problema e viver de uma maneira condicionada. Como se não fosse suficiente existem ainda factores que contribuem para o aumento deste fenómeno. Os meios de comunicação social (através daquilo que venho apurando), não tanto em Portugal mas em grande

medida em determinados países, como os Estados Unidos da América e o Reino Unido, contribuem grandemente para o estigma da doença mental. Os noticiários e os jornais divulgam muitas vezes casos onde, e acabam por generalizar, as pessoas portadoras de doença são transformadas em pessoas pérfidas (capazes de cometer todo o tipo de crimes) não correspondendo à sua verdadeira imagem. Para além disto, cada vez mais os portadores de doença mental são mal representados nos filmes, séries, telenovelas e peças de teatro, sabendo os produtores destes mesmos projectos que estão a cometer injustiças. Porque no fundo é uma injustiça.

E por isto mesmo, por toda esta bola de neve que se arrasta e não pára sem que alguém a trave, este capítulo da dissertação é dedicado às estratégias que podemos adquirir para travar e reduzir o estigma associado à doença mental. Desde já afirmo que prefiro usar a expressão “estratégias que podemos adquirir”, em vez de “estratégias que se podem adquirir”, pois considero ser um bom ponto de partida. É a todos nós que cabe combater o estigma e por isso compete-nos encarar o problema de frente. Assim sendo, falemos sobre ele.

No fundo, acredito que esta parte do trabalho possa representar um ponto de partida para aqueles que têm vontade mas não sabem por onde começar. Pois bem, julgo que podemos começar por adoptar quatro medidas que por si só representariam um grande passo da sociedade.

Não estigmatizar, apoiar, reabilitar e integrar, formam, tendo em consideração o meu ponto de vista, o quarteto fundamental do combate ao estigma. A população geral pode começar por tentar travar atitudes discriminatórias e preconceitos em relação ao doente mental. Tratar estas pessoas como iguais é a melhor estratégia para reduzir o estigma. Para além disto qualquer pessoa pode também intervir quando presencia uma atitude deste tipo. É o que se chama de apoio. Todavia existem várias formas de apoio no que concerne aos portadores de doença mental. Podem apoiar-se estas pessoas a nível económico, profissional, e até emocional. Acreditando neles e mais uma vez tratando-os como cidadãos “normais” pode revelar-se na catapulta que muitos precisam na procura de tratamento. A reabilitação é um direito humano e como tal todos os doentes sejam eles oncológicos, cardíacos ou mentais devem ter direito a ela. É na reabilitação que reside o factor principal para os portadores de doença mental. É indispensável, para que o combate ao estigma se cumpra com sucesso, que os

portadores de patologias mentais estejam dispostos a procurar e realizar integralmente o percurso do tratamento, a fim de mostrar que a doença pode ser batalhada. Seria bastante vantajoso que outros doentes mentais percebessem como é possível tratar ou controlar a doença e, através disto, ser integrado na sociedade de uma maneira muito mais simples. A integração do portador de doença mental, com ou sem tratamento deve ser a nossa principal prioridade pois todas estas medidas funcionam como um círculo: ao integrar, contribuir-se para a diminuição do estigma e não se estigmatizando contribui-se para a reintegração. Todos nós devemos fazer aquilo que está ao nosso alcance para melhorar as condições de vida destas pessoas, que, como vimos já, são muitas vezes arrastadas pelas suas doenças quando as suas doenças deveriam ser uma parte quase esquecida ou adormecida das suas vidas.

Assim sendo, existem variadas maneiras de contribuir para esta melhoria de vida, atendendo às medidas que supra citei. Cada um de nós representa um passo na redução do estigma no entanto, organizados, podemos ser muito mais eficazes. Dentro do seio familiar, nas escolas, no trabalho e na comunidade, é mais fácil se as nossas acções anti-estigma tiverem mais força. E é por esta razão que é imprescindível que nos unamos para conseguir alcançar este objectivo.

Corrigan *et al*, 2001, sugere outro tipo de estratégias para combater e reduzir o estigma associado à doença mental. Para este autor e os seus colaboradores, as melhores medidas para encerrar o estigma são a educação, o protesto e o contacto. Vejamos os seus argumentos.

No que diz respeito à **educação**, os autores acreditam que através desta medida seria possível substituir mitos acerca da doença mental, por concepções correctas e fiéis à realidade. Uma vez tendo a noção de como as coisas funcionam e são realmente, talvez as pessoas não demonstrassem tantas atitudes estigmatizantes. Os autores mostram ainda que as pessoas que mostram mais conhecimentos acerca da doença mental não revelam tantas atitudes estigmatizantes, discriminatórias e preconceituosas. Mostram ainda alguns exemplos de estudantes que frequentaram pequenos cursos sobre a doença mental e que mudaram radicalmente a sua forma de pensar e agir em relação às pessoas portadoras de doença mental. O mesmo aconteceu com pessoas que por sua vontade ingressaram em pequenas sessões de esclarecimento acerca da doença mental. Na minha opinião, acredito que a educação é o elemento chave no combate ao estigma.

Penso que quanto mais as pessoas forem educadas acerca desta doença e das situações extremamente desagradáveis que podem advir do estigma, mais facilmente compreenderão do que se trata e mais rapidamente cessariam com determinadas atitudes. As escolas providenciam as melhores instituições para que esta medida se possa implementar. Julgo que seria bastante enriquecedor e ainda que se evitariam muitas atitudes, não só relativamente aos portadores de doença mental mas também em relação a todas as outras doenças, se no primeiro ciclo se introduzisse uma disciplina de Educação para a Saúde, onde se abordariam tópicos como este de que falo. Desde cedo encarando estas realidades as crianças poderiam revelar outro tipo de sensibilidade em relação às doenças. Até porque muitas crianças desenvolvem desde cedo certas doenças seria bastante produtivo que elas mesmas mostrassem aos colegas como as suas doenças funcionam. Nesta disciplina poderiam mostrar-se as várias realidades acerca das doenças, com relatos reais de doentes e ainda podendo contar com a participação de muitos intervenientes como psiquiatras, psicólogos, antropólogos, advogados, jornalistas, enfermeiros, etc...

*"(...)Nós devemos usar as crianças para chegar aos adultos. Um exemplo que correu muito bem na nossa sociedade foi a reciclagem. As campanhas da reciclagem começaram nas crianças, nas escolas e foram os miúdos que levaram aos pais os hábitos da reciclagem. Foi uma experiência que correu muito bem e deve ser reproduzida noutras áreas. Se nas escolas se começar a falar de doença mental da mesma forma que se fala da doença física, começar a preparar os miúdos dizendo-lhes que uma pessoa que sofre de ansiedade ou que sofre de um quadro depressivo, ainda que ligeiro, tem uma doença. Se não se fizer distinção entre doença física e doença mental estamos a preparar cidadãos de amanhã que não fazem distinção entre a doença mental e a doença orgânica, a doença física. A par disso, campanhas dirigidas ao "grosso" da população, que levem as pessoas a debater estes temas, vai desmistificando não é? Vai deixando de criar os guetos culturais que ainda existem relativamente à doença mental." (E02AC)*

Continuando, surge como a segunda medida proposta pelos autores, **o contacto**. Estes argumentam que seria positivo se a opinião pública fosse muitas vezes desafiada a estar em contacto directo com portadores de doença mental, ouvindo as suas experiências e os seus problemas e por conseguinte mostrando que não são perigosos ou violentos. A interacção entre pessoas "normais" e portadoras de patologias mentais seria vantajoso para ambos os lados. Contudo, os autores fazem referência a alguns estudos que foram realizados em que se mostrou inconclusivo se o contacto entre estas duas

fracções da sociedade aumenta ou diminui o estigma. Do meu ponto de vista, esta questão do contacto depende em muitos sentidos da educação prévia dos “normais” (em que cultura estão inseridos, por exemplo).

Finalmente aparece como a terceira medida o **protesto**. Segundo os autores, o protesto é uma medida que surge como forma de descontinuar atitudes estigmatizantes bem como comportamentos associados a estas atitudes. Para que o protesto seja eficaz, é indispensável que se eduque. Através de campanhas de sensibilização e eventos sociais que promovam o anti-estigma, o protesto pode revelar-se numa medida bastante eficaz no combate e redução do estigma.

Ora, tenho vindo a falar de medidas para acabar ou reduzir o estigma. Falemos agora de outras propostas plausíveis para acabar com este entrave.

Fala-se muito acerca dos portadores de doenças mentais serem imprevisíveis, perigosos e violentos. Anteriormente dediquei já, um breve trecho do texto a esta questão. Contudo, é sabido que os portadores de doenças mentais se tornam mais susceptíveis de cometer crimes apenas quando existe uma relação da sua doença com o abuso de substâncias como o álcool e a droga, combinados com a ausência de tratamento apropriado. Assim sendo, o tratamento médico adequado reduziria a violência de pacientes psicóticos. Mais ainda, Guarniero *et al*, 2012, mostra que os transtornos mentais são preditores mais fracamente associados à violência do que a idade, o género, ou a etnia. Contudo, o público tende a ver mais frequentemente os portadores de transtornos mentais como um perigo à sua segurança. Desta maneira, o tratamento médico, a que no fundo todos os pacientes têm direito, revela ser uma boa estratégia no combate ao estigma.

*“(...)Faz parte dos atributos de uma sociedade saudável cuidar dos seus co-cidadãos não é? Quer dizer, as pessoas quer tenham doença mental quer não tenham, se estão doentes devem naturalmente ter acesso aos cuidados e devem ser tratados de uma forma digna quer dizer; aquilo que está em causa é o direito humano à saúde. É um direito humano que está em causa, o que está em causa é a justiça social. O que está em causa é a equidade no tratamento de todas as pessoas que têm problemas de saúde.(...)” (E01JQ)*

Outra proposta que pode ter-se em linha de conta quando falamos no combate ao estigma é a criação de programas de apoio a pessoas com problemas mentais.



Poderíamos pensar: “mas para isso existem já as associações”. De facto, as associações funcionam em grande medida como porto de abrigo para estas pessoas.

*“(…)Dá-me imenso apoio. Para já foi mesmo na altura certa porque estava muito mal de finanças. E os meus irmãos ajudam-me, ainda ajudam mas na altura tinha mesmo que ser e a associação faz-me muito bem porque me deixa ocupado. Ocupa-me. Vou tentar arranjar emprego até ao final do curso mas se não conseguir vou para lá como voluntária porque me sinto bem. Eu se ficar em casa é meio caminho andado para adoeecer e sentir-me mal. Faz-me bem, convivo com pessoas que estão por fora. Nós os doentes mentais temos muita tendência para nos juntarmos uns aos outros e isso nem sempre é bom, farta um bocado. Aqui temos pessoas que se relacionam connosco que não são doentes; ao mesmo tempo têm um olhar crítico e calmo sobre a nossa doença. E fui sempre bem recebida e isso faz-me bem.” **(E07J)***

*“(…)O convívio, a camaradagem entre todos. A amizade e conhecer pessoas novas.” **(E05H)***

Contudo devem existir outro tipo de associações que levem a cabo e que se dediquem realmente à melhoria de vida destas pessoas. Numa instituição os doentes mentais tendem a encontrar uma actividade partilhando-a com outros membros da associação.

*“(…)Através do Controversos dá-me muito apoio. Dá-me muito apoio. **Por exemplo?** É uma coisa que eu gosto muito de fazer, são mais pessoas que eu conheci, boas pessoas, bastante interessantes. **Que de alguma forma se relacionam consigo?** É. E ajuda-me a descobrir também um pouco a poesia, que eu também não ligava muito. Desde sempre eu li um bocado, excepto quando comecei a ter a minha doença, aí comecei a fugir bastante à leitura mas à poesia nunca tinha ligado e agora através dos controversos tenho achado interessante. Mais coisas positivas que tenha tido aqui, através dos Controversos, foi conhecer pessoas e sentir-me com energia para viver.” **(E06G)***

Faltam no entanto instituições que se ocupem apenas de programas e campanhas de sensibilização para o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação. No ano de 2003 foi fundado nos Estados Unidos da América um programa chamado “*Challenging stigma, removing labels, workplace mental health project*”. Este projecto procurava fundamentalmente combater a discriminação e promover o cuidado para a saúde mental no trabalho. São instituições como esta que fazem falta em Portugal, pois para além de “abrigar” os doentes mentais, é necessário lutar pelos seus direitos e tentar acabar com as injustiças de que sofrem.

Outros grandes recursos que estão à nossa disposição para o combate e redução do estigma são, sem dúvida, os meios de comunicação social. Como vimos, a televisão e os jornais são a maior fonte de conhecimento acerca da doença mental ou distúrbios psiquiátricos. Estes dispositivos podem desenvolver um profundo impacto no pensamento público (Wahl, 2003). Contudo, tal como influenciam negativamente a percepção sobre saúde mental, é apenas razoável que os meios de comunicação social consigam reverter esta situação, exercendo influências positivas acerca da doença mental, sendo capazes de contribuir grandemente para a redução do estigma. O uso dos meios de comunicação social como instrumento redutor de estigma requer, no entanto, uma melhor compreensão das mensagens que são transmitidas, como são desenvolvidas e ainda que papéis podem estes mesmos dispositivos desempenhar na criação e transmissão destas mensagens (Stout *et al*, 2004).

Segundo Guarniero *et al*, 2012, os meios de comunicação social parecem estar, no cenário global, pouco interessados em analisar o seu papel na perpetuação do estigma que pesa sobre a doença mental, especialmente sobre a esquizofrenia. Para atestar esta afirmação, o autor mostra ainda um caso ocorrido no Reino Unido, onde foi promovido um encontro para discutir o tema em questão, ao qual faltaram os mais importantes jornais alegando, segundo o autor, não ter nada a acrescentar ao debate. Este exemplo mostra claramente o pensamento que pauta em grande parte da imprensa mundial.

Contudo, é claro que os meios de comunicação social podem desempenhar um importantíssimo papel na redução do estigma. Estes dispositivos podem inclusivamente, contribuir alargadamente para o “*recovery e empowerment*” dos portadores de doença mental.

Tendo em conta os argumentos de Jorge-Monteiro e Madeira, (2007), o *recovery* traduz-se na visão de que, com o devido apoio e suporte, as pessoas com distúrbios psicopatológicos podem e devem viver plenamente na sociedade. Por outro lado, o *empowerment* consiste em identificar, facilitar ou criar contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas, possam ser compreendidas e ter uma voz activa sobre as decisões que lhes dizem respeito ou que afectam a sua vida. Desta maneira ter *empowerment* é adquirir competências de comunicação, é modificar as percepções dos outros através da competência e da capacidade para agir. Mais ainda, significa gerir a

sua própria vida e a sua imagem pessoal. Como tal, e sabendo que o aumento do conhecimento acerca do *recovery* e *empowerment* da doença mental e o contacto directo baseado em relações entre “normais” e estigmatizados, em todo o tipo de contextos, constituem estratégias de redução de estigma, a implementação de processos comunitários é crucial. “*Mecanismos de empowerment tais como: a vivência das pessoas com doença mental nos contextos naturais (comunidade), e o exercício da cidadania com base na possibilidade de escolha e da existência de oportunidades reais de participação, bem como a defesa dos direitos, a existência de organizações de representação de pessoas com doença mental e de familiares são determinantes para a diminuição do estigma e da discriminação das pessoas com doença mental*”<sup>56</sup> (Jorge-Monteiro e Madeira, 2007).” Os meios de comunicação social podem e devem providenciar os instrumentos para que isto possa ser feito.

Como agentes essenciais em qualquer movimento que visa a mudança, os meios de comunicação social assumem um importante papel na formação de atitudes do público, em relação à doença mental. Assim sendo, estes dispositivos de que venho falando podem definitivamente exercer um papel fundamental e determinante na promoção da participação e envolvimento dos indivíduos com doença mental, sendo concretizável tendo por base um conhecimento mais aprofundado sobre as questões de saúde mental, alterando a tendência em concentrar a atenção pública em episódios negativos, ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos em destaque nem as situações vividas pelas pessoas com doença mental. Desta forma, substituir as considerações negativas e as notícias mais chocantes e marcantes, por histórias de recuperação e integração efectiva na comunidade, é extremamente fortificante e fundamental (Jorge-Monteiro e Madeira, 2007).

Mais uma vez afirmo ser tremendamente importante ter alguns conhecimentos acerca da doença mental, uma vez que é através destes conhecimentos que as pessoas se mostram menos favoráveis em adoptar atitudes e comportamentos negativos para com os portadores de doença mental. Esta mudança de pensamento vai certamente proporcionar um melhoramento na qualidade de vida das pessoas com doenças mentais,

---

<sup>56</sup> Jorge-Monteiro e Madeira, 2008: **pág. 103**

aumentando significativamente os seus níveis de auto-estima, o seu melhor relacionamento com os outros, e ainda aumentando as suas oportunidades sociais como a obtenção de casa própria e emprego.

É importante também que os meios de comunicação social façam uma abordagem mais alargada no que diz respeito à doença mental, de forma a ser possível uma aproximação do público à realidade das pessoas que vivem com estes problemas, corrigindo a má imagem que existe sobre a doença mental. Esta mudança nos meios de comunicação social deve começar por se fazer a nível local, pois desta forma, irá figurar como instrumento inclusivo e contextualizador. À escala local, o relacionamento e o contacto são mais facilitados (como meios pequenos que muitas vezes são, e onde toda a gente se conhece); as imagens positivas que podem advir destas tentativas de aproximação e inclusão a nível local, transmitidas pelos meios de comunicação social podem contribuir para uma nova opinião pública acerca da doença mental, com base em concepções positivas.

No que diz respeito aos profissionais da comunicação social, é recomendado que estes não negligenciem histórias de *recovery e empowerment*. Várias organizações começaram já, nos Estados Unidos da América, programas de “vigilância” visando os meios de comunicação social, onde os participantes controlam as representações que se fazem acerca da doença mental. Muitas destas organizações e programas investem já em prémios de reconhecimento de jornalistas, pelo seu sucesso em apresentar e transmitir assuntos precisos, correctos e não estigmatizantes, relacionados com as doenças mentais. O Rosalynn Carter Fellowships for Mental Health Journalism é um dos programas que trabalha conjuntamente com os repórteres, a fim de proporcionar representações fiéis dos portadores de doença mental (Wahl, 2003). Existem ainda muitos autores e investigadores que propõem pequenos cursos sobre a doença mental que visam o treino de jovens jornalistas e outros profissionais da comunicação social ao tratar assuntos médicos. Stout *et al* (2004) refere que é imprescindível que apenas se apresente o estado mental de uma pessoa, aquando de uma reportagem, se este for relevante para o caso a ser tratado.

No que concerne a áreas da saúde mais sensíveis, como a doença mental ou mesmo o suicídio, os meios de comunicação social devem providenciar a melhor forma de abordar os temas, num sentido de evitar “contágios e cópias”, isto é, devem abordar

estes temas da forma mais sensível para que ninguém se sinta tentado a imitar aquilo que vê na reportagem ou lê na notícia (Stout *et al*, 2004).

Para colmatar esta questão dos meios de comunicação social como agentes catalisadores na redução e combate do estigma, concluo com o caso do Canadá, onde nos meios de comunicação de maior circulação se implementou o objectivo de aumentar o número de reportagens positivas sobre a esquizofrenia. Para isto foram oferecidos prémios nacionais para as melhores reportagens sobre o tema, conferências e eventos para esclarecimento da imprensa e ainda sugestões para repórteres e produtores. Aqueles que participaram nesta iniciativa ficaram posteriormente à disposição da restante imprensa como consultores, num sentido de funcionarem como fonte de informação rápida a outros repórteres. Assim sendo, o resultado foi que houve um aumento de notícias positivas, ainda que a uma escala local.

No cenário global é necessário percorrer ainda muitas barreiras para que os meios de comunicação se apercebam do quão importantes podem ser nesta questão da redução do estigma. Em Portugal, felizmente, ainda que não existam programas como estes que vemos nos EUA e no Canadá, os jornalistas começam já a perceber que juntamente com as entidades onde estão empregados podem desempenhar papéis fundamentais no combate ao estigma.

Contudo acham que as iniciativas não devem partir apenas dos meios de comunicação social. Aqui, o governo usufrui do principal papel (Guarniero *et al*, 2012).

A comunidade desempenha, como já foi referido anteriormente, um papel semelhante ao dos meios de comunicação social nesta questão do estigma, pois é na comunidade que os indivíduos exercem uma actividade profissional, habitam, educam, é nela que participam em actividades sociais e de lazer, que acedem aos serviços comunitários e a outros recursos, ou seja, é na comunidade que efectivam a sua participação social. Segundo Jorge-Monteiro e Madeira (2007) é através do contacto e da convivência que se perpetua a mudança nas atitudes da sociedade, “*uma vez que a distância assegura que a maioria dos membros do público não se torne familiar com as experiências reais daqueles com doença mental*<sup>57</sup>”.

---

<sup>57</sup> Jorge-Monteiro e Madeira, 2007: **pág. 100**

Finalmente, e em jeito de conclusão, as próprias pessoas portadoras de doença mental possuem um papel decisivo no encerramento do estigma. Só partilhando as suas experiências conseguiremos perceber as barreiras que realmente dificultam o seu dia-a-dia.

Algo que se mostrou bastante frustrante para mim durante esta dissertação foi conseguir ter acesso a pessoas portadoras de doença mental e suas famílias. Percebo perfeitamente que seja delicado para estas pessoas dar a cara e falar sobre a sua condição, contudo, sou apologista de que os portadores de doença mental devem ir a público partilhar aspectos sobre a sua doença e sobre o seu modo de vida para, assim, influenciarem o público geral na aceitação da sua doença (tenho noção de que talvez haja um pouco de idealismo na minha crença mas penso ser uma das melhores estratégias para o combate a este problema). Como tal, devem ser encorajadas a ir a público falar sobre as suas experiências e sobre a sua doença e principalmente, partilhar com o público o seu tratamento e a sua recuperação, bem como ambições e objectivos de vida, através da participação em campanhas de educação, bem como em associações ou grupos de suporte e também expressando as suas necessidades aos prestadores de serviços como o governo e as organizações não-governamentais (Jorge-Monteiro e Madeira, 2012).

Como vemos, são muitas e diversificadas as estratégias que podemos adoptar para combater e reduzir o estigma. Falta somente dar o passo inicial e não desistir ao primeiro percalço.

### **Como acha que se deve combater o estigma e por onde começar?**

*“Exactamente a falar sobre a doença. Sobre o bom e sobre o mau. Sobre o ter ultrapassado as dificuldades, o conseguirem ter uma vida relativamente estável e normalizada que mostre que eles estão a trabalhar e a participar em projectos construtivos e de socialização feiro através das associações e dos próprios hospitais psiquiátricos da rede, seja do que for, mostrando também quando as coisas não correm bem. Não estigmatizar é mostrar o bom e o mau, e portanto é também dizer que de facto quando há uma descompensação a coisa pode ser problemática. **Mas não acha que se fala pouco sobre a doença mental? Acha que se fala pouco sobre a doença mental em Portugal; acha que não é um problema somente português, mas existe sim. É uma doença da qual se fala pouco. E os meios de comunicação social seriam um bom instrumento no combate ao estigma? São, são, claro que são. (...).” (E09AM)***

*"Falando mais sobre a doença, fazendo mais reportagens, no nosso caso. É uma das formas, obviamente depois haverá as associações que fazem sempre um bom papel, dão apoio às famílias criando condições para elas entrarem na sociedade nomeadamente com planos de emprego que em alguns casos são difíceis não é; há muito estigma ainda nessas matérias, portanto, acho que cabe um bocadinho a todos nós; nós jornalistas abordar o tema de forma mais aberta e pondo-nos no papel dos doentes, falando com associações, fazendo mais reportagem e depois claro da parte da sociedade criar condições para que as pessoas sejam tratadas de igual forma até porque não há razão para não o serem. Com o devido acompanhamento quando tem mesmo de ser, porque há casos em que têm de estar sempre acompanhados. Então concorda que os meios de comunicação social seriam um bom instrumento para combater o estigma? Sim, claro, sem dúvida, sem dúvida..."* **(E10DM)**

*"Abordando, abordando, abordando e tornando estes temas, cada vez mais comuns. É que nós estamos a caminhar para uma sociedade com cada vez mais e mais graves problemas de saúde mental, acho que é raríssimo alguém dentro do seu círculo de amigos ou de família não ter alguém que tenha um pequeno distúrbio, uma depressão é um distúrbio mental, não é? Mais leve mais fácil de controlar mas é. Portanto hoje em dia ainda há o estigma do "aquela pessoa anda no psicólogo, anda em terapia, está malquinho", e isto já não devia existir na nossa sociedade mas também faz parte de todo o nosso contexto socio-económico. Portugal deu um salto brutal mas não em relação ao estigma, as pessoas preferem olhar para o lado do que encarar de frente o problema e isto é estigma. Então concorda que os meios de comunicação social seriam um bom instrumento para combater o estigma? Não tenho a mínima dúvida. E mesmo em televisão acha que deviam existir mais programas sobre o assunto? Sim, agora não se pode encarregar exclusivamente a comunicação social de reduzir este estigma, eu acho que isso também vai da educação. Deviam haver mais acções de sensibilização nas escolas, inclusive para os próprios pais, para sensibilizarem as filhas."*

**(E11PC)**

*"Olha eu acho que informação, informação, informação...As pessoas devem saber não é? Instrução, instrução, instrução; educação, educação, educação. Isto é uma coisa que se calhar deve começar cedo não é? Quer dizer nós devemos ter a noção, portanto, tão cedo, tão precoce quanto possível de que as outras pessoas, pelo facto de serem diferentes justificam também a atenção de todos os outros, a atenção da comunidade a atenção da sociedade, a atenção do poder, enfim, instalada; e o que está em causa como eu disse há pouco, é uma questão de equidade é uma questão de direitos humanos, é uma questão de justiça social, onde as pessoas não, enfim...Estou a lembrar-me de uma pessoa que há muito tempo disse que o médico devia ser assim uma espécie de advogado do pobre, o médico é o advogado do doente e portanto é defende-lo intransigentemente e independentemente da patologia que estiver em causa. (...)"* **(E01JQ)**

*"(...)A primeira coisa é educar a sociedade em geral. Tal como se educa sobre a diabetes e outras doenças crónicas, educar também sobre... campanhas para entender a saúde mental e como é que as pessoas vivem com a doença mental, tal como vivem com a diabetes ou com hipertensão."* **(E03MLV)**

*"O processo tem de ser feito a vários níveis. Portanto, os agentes de saúde detêm um papel importante, o serviço nacional de saúde em geral. Porque já se combateu uma coisa que foi de certo modo um medo no nosso país que foi separar áreas da saúde de outras áreas não é? No nosso país criaram-se grupos que têm que ver com doenças, por exemplo, o Instituto Português de Oncologia, dedicado ao cancro, houve vários anos um instituto dedicado à tuberculose, com os hospitais para a tuberculose e com os sanatórios, e com estruturas da saúde só para tratar disso. Houve também por exemplo, para a lepra que é agora um problema residual no nosso país, também um hospital só para a lepra, para a doença mental, álcool e dependências também houve estruturas à parte, portanto para a alcoologia foram criadas no nosso país estruturas à parte para os problemas do álcool, embora os hospitais gerais também tratem problemas relacionados com o álcool; foram criadas os Centros de Alcoologia de Lisboa, Porto e Coimbra, para as drogas fez-se isso também, para as toxicodependências penso que nos anos, finais dos anos 70 foram criadas aquilo que se designou durante muito tempo, Instituto da Droga e da Toxicodependência, que não pertencia ao Ministério da Saúde na altura, era dependente do Ministério da Justiça o que não tem sentido nenhum, como o Instituto de Oncologia pertenceu durante muitos anos ao Ministério da Educação. Portanto houve assim algumas idiossincrasias históricas no nosso país que condicionaram um bocado as coisas. Portanto a integração é um aspecto realmente importante não é? É um processo que tem de se começar por vários sítios em simultâneo, pela educação dos próprios alunos de medicina, dos técnicos que vão trabalhar em saúde, que vão trabalhar com doentes, pela informação para o grande público, pelas próprias escolas na formação das pessoas logo desde a escola primária ou pouco tempo depois, começar a pensar no papel até que os médicos de família e centros de saúde podem ter. Penso que poderá haver várias áreas em que poderá haver um trabalho activo e também as próprias sociedades científicas se devem preocupar em ensinar formações ou até mesmo fazer visitas aos hospitais gerais e aos hospitais que lidam mais directamente com a saúde mental para portanto mostrar às pessoas o que é que é feito, e como é que é feito não é? Portanto penso que isso são coisas que poderão ser feitas."* **(E04JR)**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estigma associado à doença mental, com a influência dos meios de comunicação social, é já um tema amplamente abordado, um pouco por todo o mundo. Portugal, no entanto, deixa um pouco a desejar quanto à literatura nacional acerca desta problemática, muito contrariamente a países do continente americano como o Canadá, os Estados Unidos da América e o Brasil. Estes formam o conjunto de países que mais se debruçaram sobre esta matéria.

Considero que esta é uma situação que deve ser estudada a nível local e nacional, uma vez que, sabendo que a cultura influencia o estigma, este fenómeno deve ser estudado dentro de cada país, correspondendo aos parâmetros necessários para uma aquisição de informação precisa e correcta, como por exemplo o número populacional de determinado país, bem como o seu número de casos de doença mental, (prevalentes e incidentes) e ainda que factores contribuem para a doença mental nesse mesmo país.

Em Portugal, segundo o Plano Nacional para a Reestruturação da Doença Mental, não existem dados epidemiológicos acerca da doença mental, sendo que é apenas aproximado e não preciso, o número de prevalência e incidência destes casos no nosso país. É devido a este motivo que a literatura escasseia no que diz respeito a esta questão; uma vez que não existem dados correctos, não se podem realizar estudos neste âmbito. No entanto, parece-me vantajoso, não só para os portadores de doenças mentais mas também para a economia do país, que se denote uma mudança em relação a esta questão. Só assim, podemos dar início a uma alargada campanha de sensibilização anti-estigma.

Por outro lado, através da realização desta dissertação, apurei que uma grande parte da população portuguesa desconhece o sentido da palavra estigma, (com a excepção do seu significado religioso<sup>58</sup>), algo que contribui grandemente para que portadores de doenças mentais continuem a ser discriminados um pouco por toda a

---

<sup>58</sup> Estigmas: Feridas que supostamente aparecem em partes determinantes do corpo do devoto católico (na cabeça devido à coroa de espinhos, nas costas devido às chicotadas, nas mãos e nos pés devido às marcas dos pregos e finalmente na parte lateral do abdómen devido à lança espetada por um soldado romano)

parte. Sendo que a população desconhece as suas acções, ou desconhece a designação daquilo que faz, não parece razoável que tente mudar as suas atitudes e comportamentos.

Dadas as circunstâncias económicas do país, e atendendo aos difíceis dias que se fazem sentir, a sensação com fico, e permitam-me dizê-lo ainda que esteja errada, é a de que a população em geral adopta um comportamento de sobrevivência, tendo em conta cada vez mais o seu meio familiar, excluindo muitas vezes e muito por necessidade, alguns grupos sociais como os portadores de problemas mentais, fazendo com que estes não mereçam a atenção e os recursos de que necessitam (como aqueles que os psiquiatras mencionaram nas entrevistas; ver em anexo); isto é, cada um está tão envolvido nos seus problemas que acaba por fazer apenas aquilo que consegue para que ele mesmo sobreviva, sendo que paira uma sensação nacional de “cada um por si”. No fundo, aquilo que tento explicar é que atravessamos uma época, ou o nosso país atravessa uma fase, em que os recursos, quer financeiros que humanos, em todos os sectores públicos e privados, são reduzidos. Existem campanhas de ajuda comunitária em que os doentes mentais podem estar envolvidos mas que basicamente se traduzem em ajudas muito limitadas devido à pressão económica que se faz sentir.

Todavia, os portadores de doença mental não devem ser deixados sozinhos como que num estado de abandono; é preciso apoiá-los e integrá-los, contribuindo para o aumento do sucesso de tratamentos, influenciando a diminuição da reincidência e do aparecimento de novos casos de doença mental. No nosso país, felizmente, no que concerne ao tratamento, os portadores de doença mental parecem estar bem encaminhados; contudo o principal problema é dar resposta às necessidades destas pessoas quando abandonam os hospitais. É necessária uma reintegração social destas pessoas que sem recursos financeiros e humanos não acontece. É fundamentalmente nesta questão que o nosso país se deve concentrar e trabalhar, no que diz respeito aos portadores de doença mental. Uma vez não possuindo os apoios de que necessitam, a probabilidade de a doença voltar a reincidir aumenta consideravelmente.

Mais ainda, a população portuguesa em geral não se dá conta de que a saúde mental é fundamental para um completo estado de bem-estar, e receia muito, ainda, o facto de ser identificada com qualquer tipo de doença ou serviço mental. Acerca do

estigma da doença mental, no nosso país, ameaça ainda a velha história de que “o psiquiatra é o médico dos malucos, se vais é porque és maluco”.

*“(…)Na minha prática diária, todos os dias, já hoje ouvi um doente que me disse “eu quero trazer cá o meu pai mas ele não pode saber que está a falar com um psiquiatra, o doutor diz que é só um médico e que não é psiquiatra”. Todos os dias ouço isto. **E compactua?** Não, não. Explico logo ao doente quem sou. Sou o António Carvalho, sou médico especialista em psiquiatria. Cabe a nós combater o estigma(…)”* **(E02AC)**

Para uma população saudável, é necessário que se combata esta ideia, fazendo com que as pessoas entendam que, para além de ser um pouco mais difícil entender a doença mental, esta pode ser controlada e as pessoas portadoras destas mesmas doenças podem ter vidas perfeitamente “normais”.

No que diz respeito aos meios de comunicação social, o nosso país tem cada vez mais conhecimento de que a doença mental deve ser tratada de uma forma sensível. Contudo, a televisão e os jornais nacionais continuam ainda muito presos à utilização de metáforas com termos de saúde mental, bem como continua a utilizar termos bastante bruscos ao participar crimes que envolvam portadores de distúrbios mentais. Aquilo de que me apercebi ao falar com alguns jornalistas portugueses é que existe um esforço cada vez mais consistente para que esta situação vá sendo atenuada. Afinal, os portadores de doenças mentais, contrariamente ao que muitos pensam, são apenas mais susceptíveis de cometer crimes, em relação à população “normal”, quando existe a influência de álcool e drogas na sua doença. Não devemos esquecer o facto de que as pessoas portadoras de doença mental assistem e lêem igualmente, a noticiários e jornais.

Acerca do pequeno exercício que realizei ao analisar um ano dos números de dois jornais distintos portugueses, devo confessar que esperava um maior número de notícias estigmatizantes em relação à doença mental. Por conseguinte, atentei ainda que a doença e a saúde mental são um tema bastante escasso no nosso país, quer a nível televisivo quer a nível da imprensa, à excepção de crimes cometidos por portadores de doentes mentais. Ainda acerca deste assunto, uma das mais importantes conclusões que formulei foi que a comunicação social no nosso país dá ênfase à doença mental por duas vias: a via da criminalidade e a via das reformas na saúde mental.

No que concerne às entrevistas que realizei, concluo que ambos jornalistas e psiquiatras concordam que somos uma cultura estigmatizante e que a melhor forma de

combater o estigma é através da educação escolar. Mais ainda, discordam quanto ao facto de a comunicação social ser estigmatizante, sendo que os jornalistas acreditam que começam já a existir esforços para que se tratem os portadores de doença mental da mesma forma que se trata a restante sociedade. Em relação ao estado da psiquiatria em Portugal é unânime que a desinstitucionalização é vantajosa para os doentes mentais mas faltam ainda criar-se estruturas que dêem respostas às necessidades posteriores.

Desta forma, concluo que o estigma constitui, de facto, a principal barreira para que os portadores de doença psicopatológica procurem tratamento, e que em Portugal existem ainda muitas lacunas a ser trabalhadas. Mais ainda concluo que tal como acontece noutros países, os meios de comunicação social contribuem para a estigmatização dos portadores de doença mental, sendo que, contrariamente, estes dispositivos constituem a melhor arma para o combate e redução deste fenómeno.

Devem ser lavados a cabo estudos epidemiológicos acerca da doença mental, para que seja possível o combate e a redução do estigma associado a estas doenças. Portugal deveria ainda seguir o exemplo de outros países no que diz respeito a prémios jornalísticos, ao abordar questões de saúde mais sensíveis, e ainda no que diz respeito a programas e campanhas de sensibilização anti-estigma.

Sendo que ao longo desta investigação foram apresentados diversos assuntos dentro da problemática do estigma associado à doença mental, foi-me possível constatar e gerar novos factos acerca da temática, uma vez que no nosso país se apresenta a situação que acima referenciei.

O fenómeno do estigma, apesar de ser abordado já há alguns anos, é ainda um problema muito presente um pouco por todo o mundo, constituindo para muitos investigadores um problema de saúde pública.

*"(...)Somos uma cultura muito estigmatizante. Talvez por sermos realmente periféricos. Temos pouca noção do geral. Dedicamo-nos muito a pormenores muito medíocres e desinteressantes."* **(E03MLV)**

*"O estigma existe sempre. Em maior ou menor grau e existe em todos os países em todos os sítios em todas as culturas em todas as épocas não é? Tem-se vindo a combater o estigma mas o estigma também faz parte daquilo que se disse antes. É um processo em que também são precisas acções contínuas e constantes de esclarecimento de pessoas, de educação das pessoas, de informação correcta de desmistificar até, uma coisa e outra(...)"* **(E04JR)**

Finalmente, esta dissertação serviu de fio condutor para aquilo que espero que venham a ser outros trabalhos acerca do estigma no nosso país, não só da minha parte mas também de outros investigadores.

O estigma é um fenómeno que pode ser aplicado a várias situações e contextos, sendo que existe muito ainda a abordar acerca desta questão.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu M. 2007, Da Redução do Estigma à Inclusão Social das Pessoas com Doenças Mentais. 2º Congresso da Pastoral da Saúde, 7º Workshop, Psiquiatria Institucional e Comunitária.
- Abreu M. e Ribeiro dos Santos E. 2008, O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social. *In: Actas do 1º Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental.* Almedina Coimbra.
- Agamben G. 1998, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life.* Stanford University Press, Califórnia.
- American Psychiatric Association 1994, *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV).*
- Anderson M. 2003, “One Flew Over the Psychiatric Unit”: Mental Illness and the Media. *In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol.10, p. 297-306.
- Angermeyer M. e Matschinger H. 2003, The Stigma of Mental Illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *In: Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.108, p. 304-309.
- Assembleia da República 1998, Lei de Saúde Mental. Diário da República I Série A, nº169.
- Boun K. 2009, Stigma Matters: The Media’s Impact on Public Perceptions of Mental Illness. *In: Ottawalife*, p. 31-33.
- Bruce G. e Jo C. 2001, Conceptualizing Stigma. *In: Annu. Rev. Sociol.*, vol.27, p. 363-385.
- Brunton K. 1997, Stigma. *In: Journal of Advanced Nursing*, vol.26, p.891-898.
- Bunton R. e Petersen A. 1997, *Foucault Health and Medicine.* Routledge London e New York.
- Burgess R. 2001, “A Pesquisa de Terreno”- Uma Introdução. Celta Editores.

- Byrne P. 1997, Psychiatric Stigma: Past, Passing And To Come. *In: Journal of the Royal Society of Medicine*, vol.90, p. 618-621.
- Canguilhem G. 1943, O normal e o Patológico. 6ª Edição, Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2009.
- Colvero, L., Ide C., Rolim M. 2004, Família e Doença Mental: A Difícil Convivência com a Diferença. *In: Rev. Esc. Enferm. USP*, vol.38, nº2, p. 197-205.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007, Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal; Plano de Acção. Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental 2008, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa.
- Corrigan P. 2000, Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *In: Clin. Psychol. Sci. Pract*, vol.7, p. 48-67.
- Corrigan P., River L., Lundin R., Penn D., Uphoff-Wasawski K., Champion J., Mathisen J., Gagnon C., Bergman M., Goldstein H., Kubiak M., 2001, Three Strategies for Changing Attributions About Severe Mental Illness. *In: Schizophrenia Bulletin*, vol.27, nº2, p. 187-195.
- Corrigan P. e Watson A. 2002, The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *In: Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.9, nº1, p. 35-53
- Corrigan P. 2004, How Stigma Interferes With Mental Health Care. *In: American Psychologist*, vol.59, nº7, p. 614-625.
- Corrigan P., Markowitz F., Watson A. 2004, Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *In: Schizophrenia Bulletin*, vol.30, nº3, p. 481-491.
- Corrigan P., Watson A., Garcia G., Slopen N., Masinski K., Hall L. 2005, Newspaper Stories at Measures of Structural Stigma. *In: Psychiatric Services*, vol.56, nº5, p. 551-556.

- Corrigan P., Bodenhausen G., Rusch N., Todd A. 2010, Do People With Mental Illness Deserve What They Get? Links Between Meritocratic Worldviews and Implicit versus Explicit Stigma. *In: Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol.260, p. 617-625.
- Cosme P. 2014, Sem-Abrigo, A Reabilitação Tem Uma Morada. *Revista Expresso*, 21/59.
- Edney D. 2004, Mass Media and Mental Illness: A Literature Review. Canadian Mental Health Association, Ontario.
- Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais 2005, Resposta da FNERDM ao Livro Verde- Melhorar a Saúde Mental da População; Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.
- Felicíssimo F., Ferreira G., Soares R., Silveira P., Monzani T. 2013, Estigma Internalizado e Auto-Estima: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *In: Revista Psicologia: Teoria e Prática*, vol.15, nº1, p. 116-129, São Paulo.
- Filho N., Coelho M., Peres M. 1999, O Conceito de Saúde Mental. *In: Revista USP*, nº43, p. 100-125, São Paulo.
- Foucault M. 1972, História da Loucura na Idade Clássica. Editora Perspectiva, S. Paulo, 1978.
- Foucault M. 1976, História da Sexualidade- I A Vontade de Saber. Edições Gral, Rio de Janeiro, 1999.
- Foucault M. 1984, História da Sexualidade- II O Uso dos Prazeres. Edições Gral, Rio de Janeiro, 1998.
- Gadelha M. e Paiva C. 2009, A Representação da Doença Mental no Cinema: Um estudo de mídia, comunicação e saúde mental – O caso do Bicho de Sete Cabeças. Universidade Federal de Paraíba.
- Goffman E. 1963, Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity. Penguin Books, London, England.
- Gonçalves A. (s/d), A Doença Mental: Determinação Social ou Construção Social. Universidade de Viseu.



- Gonçalves A. e Sena P. 2001, A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *In: Revista Latino-am. Enfermagem*, vol.9, nº 2, p. 48-55.
- Goulden R., Corker E., Evans- Lacko S., Rose D., Thornicroff G., Henderson C. 2011, Newspaper Coverage of Mental Illness in the UK, 1992-2008. *In: BMC Public Health*, vol.11, p. 796.
- Guarniero F., Bellinghini K., Gattaz W. 2012, O estigma da Esquizofrenia na Mídia: Um levantamento de noticiários publicados em veículos brasileiros de grande circulação. *In: Rev. Psiq. Clin.* Vol.39, nº3, p. 80-84.
- Guerra A., Campos E., Morelo J., Arcebispo M., Filho F., Medeiros C., Rodrigues D., Maia F., Batista G., Moreira M., Andrade R. 2003, Direitos Humanos e a Loucura entre a Cidade e os seus Estigmas: Uma visita ao processo de desospitalização psiquiátrica no município de Belo- Horizonte. *In: Psicologia em Revista*, vol.9, nº 13, p. 147-152.
- Harris R. 2004, Media Representation of People With Mental health Problems. *In: Nursing Time*, vol.100, nº 34, p. 33-35.
- Holanda A. 2006, Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *In: Análise Psicológica*, vol. 3, nºXXIV, p. 363-372.
- Horsfall J., Cleary M., Hunt G. 2010, Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. *In: Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, p. 450-455.
- Ingleby D. 1982, A Construção Social da Doença Mental. *In: Revista Clínica de Ciências Sociais*, nº 9.
- Jones C. e Parker M. 1994, Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body. Routledge London e New York.
- Jorge-Monteiro F. e Madeira M. 2007, Considerações Sobre Doença Mental e Comunicação Social. *In: Análise Psicológica*, vol.1, nº XXV, p. 97-109.
- Jorm A., Korten A., Jacoms P., Christensen H., Henderson S. 1999, Attitudes Towards People With a Mental Disorder: A Survey of the Australian Public and Health Professionals. *In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol.33, p. 77-83.

- Jornal Oficial da União Europeia 2013, Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre o Ano Europeu da Saúde Mental- Melhor Emprego, Melhor Qualidade de Vida, (parecer da iniciativa), 44/36.
- Levesque R. 2011, Mental Health. *In: Encyclopedia of Adolescence.*
- Loch A., Hengantner M., Guarniero F., Lawson F., Wang Y. Gattaz W., Rosslen W. 2011, Pstchiatric Stigma Towards Individuals With Schizophrenia. *In: Rev. Psiq. Clin., vol. 38, nº 5, p. 173-177.*
- Marques-Teixeira J. 2009, É necessária uma definição precisa de Doença Mental? *In: Saúde Mental, vol.XI, nº 6, p. 7-10.*
- Medeiros S. e Guimarães J. 2002, Cidadania e Saúde Mental no Brasil: Contribuição ao debate. *In: Ciências e saúde Coletiva, vol. 7, nº 3, p. 571-579.*
- Monteiro S. e Villela W. 2012, Forum on Stigma, Discrimination and Health: Policies and Research Challenges. Introduction. *In: Cadernos de Saúde Pública, vol. 28, nº1, p. 161-163, Rio de Janeiro.*
- Moreira V. 2004, O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. *In: Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 17, nº 3, p. 447-456.*
- Moreira V. e Melo A. 2008, “Minha doença e invisível”: Revisitando o estigma de ser Doente Mental. *In: Interação em Psicologia, vol.12, nº3, p. 307-314.*
- Morgado Pereira J. 2008, Cultura e Saúde Mental- Por um Modelo Bio-Psico-Socio-Axiológico. *In: Actas do 1º Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental. O papel das famílias e das redes de apoio social. Almedina, Coimbra.*
- Ornelas J. 2008, Psicologia Comunitária- Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *In: Actas do 1º Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental. O papel das famílias e das redes de apoio social. Almedina, Coimbra.*
- Overton S. e Medina S. 2008, The Stigma of Mental Illness. *In: Journal of Counseling e Development, vol.86, p. 143-151.*

- Paiva S., Stefanelli M., Amantes E. 2000, Grupo Familiar na Convivência com o Doente Mental: Programa de Educação em Saúde. *In: Farm. Saúde Desenv.*, vol.2, nº 1, p. 21-29.
- Palha F. 2008, Fórum sobre Estigma no Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria. *In: Revista Hospital Júlio de Matos*, vol.21, nº 158, p. 158-163.
- Parker R. 2012, Stigma, Prejudice and Discrimination in Global Public Health. *In: Cadernos de Saúde Pública*, vol.28, nº1, p. 164-169, Rio de Janeiro.
- Pereira M., Barbieri L., Paula V., Franco M. 2007, Saúde mental no Programa de Saúde na Família: Conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *In: Rev. Esc. Enferm. USP*, vol.41, nº4, p. 567-572.
- Pool R. e Geissler W. 2005, *Medical Anthropology*. Open University Press, England.
- Quintais L. 2012, *Mestres da Verdade Invisível*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rusch N., Angermeyer M., Corrigan P. 2005, Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *In: European Psychiatry*, vol. 20, p. 529-539.
- Rusch N., Corrigan P., Powell K., Rajah A., Olscrewski M., Wilkniss S., Batia K. 2005, A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: II. Emotional Stress Responses, Coping Behaviour and Outcome. *In: Schizophrenia Research*, vol. 110, p. 65-71.
- Sartorius N. 2007, Stigma and Mental Health. *In: The Lancet*, vol.370, p. 810-811.
- Scambler G. 2009, Health- Related Stigma. *In: Sociology of Health e Illness*, vol. 31, nº3, p. 441-445.
- Schilling F. e Miyashiro S. 2008, Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na actualidade. *In: Educação e Pesquisa*, vol. 34, nº 2, p. 243-254, São Paulo.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência 2006, Saúde mental, reabilitação e Cidadania, (Folheto nº56). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

- Serge M. e Ferraz C. 1997, O Conceito de Saúde. *In: Revista de saúde Pública*, vol.31, nº 5, p. 538-542.
- Silva (s/d), Os Meios de Comunicação Social enquanto elementos de regulação cultural - breve apontamento
- Sontag S. 1978, *Illness as a Metaphor and AIDS and its Metaphors*. Picador, New York. United States of America.
- Stout P., Villegas J., Jennings N. 2004, Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *In: Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, nº3, p.543-561.
- Stuart H., Arboleda-Flórez J., Sartorius N. 2005, Stigma and Mental Disorders: International Perspectives. *In: World Psychiatry Official Journal of the World Psychiatry Association (WPA)*, vol.4, supplement 1.
- Stuart H., Arboleda-Flórez J., Sartorius N. 2005, Together Against Stigma. *In: World Psychiatry*, vol.4, nº51, p. 6-47.
- Stuart H. e Arboleda-Flórez J. 2012, A Public Health Perspective on the Stigmatization of Mental Illnesses. *In: Public Health Reviews*, vol.34, nº2.
- Teixeira M. 2009, Estigma e Esquizofrenia: Repercussões do Estudo sobre Discriminação Experimentada e Antecipada. *In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo*, vol.12, nº2, p. 356-365.
- Turato E. 2005, Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da saúde: Definições, Diferenças e seus Objectos de Pesquisa. *In: Revista de Saúde Pública*, vol.39, nº3, p. 507-514.
- Turner B. 1987, *Medical Power and Social Knowledge*. SAGE Publications, London.
- Wahl O. 2003, News Media Portrayal of Mental Illness: Implications for Public Policy. *In: American Behavioral Scientist*, vol. 46, nº12.
- Wilson C., Nairn K., Coverdale J., Panapa A. 1999, Psychiatry and the Media- Mental Illness Depictions in Prime-Time Drama: Identifying the discursive Resources. *In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, p. 232-239.

- World Health Organization 2001, Mental Health Around the World- Stop Exclusion Dare to Care. World Health Day.
- World Health Organization 2002, Preventing and Promoting in mental Health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.
- World Health Organization 2005, Promoting Mental Health- Concepts, Emerging Evidence, Practice. Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.
- World Health Organization 2008, Together for Mental Health and Well Being. Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, Brussels.
- World Health Organization, 2011, Mental Health Atlas. Switzerland.
- Young A. 1995, The Armony of Illusions: Inventing Post Traumatic Stress Disorder. Princeton University Press.

## **SUPORTE INFORMÁTICO**

- <http://www.publico.pt/local/noticia/a-classificacao-do-hospital-miguel-bombarda-e-o-futuro-da-nossa-cultura-1614709?page=-1> [acedido em 07/04/2014]
- <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/index.php?w=5> [acedido em 22/02/2014]
- [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/) [acedido em 20/05/2014]
- [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/en/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/) [acedido em 20/05/2014]
- <http://www.who.int/en/> [acedido em 20/05/2014]
- <http://allpsych.com/disorders/dsm.html> [acedido em 20/05/2014]
- [www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-aa](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-aa) [acedido em 07/01/2014]

# **ANEXOS**

<b>CATEGORIAS DE NOTÍCIA</b>		
	<b><u>Público</u></b>	<b><u>Diário de Notícias</u></b>
<b>Crimes</b>	26 Notícias	21 Notícias
<b>Estudos sobre doença mental</b>	15 Notícias	15 Notícias
<b>Saúde Mental em Portugal</b>	8 Notícias	10 Notícias
<b>Casos com doença mental</b>	6 Notícias	7 Notícias
<b>Outros</b>	3 Notícias	3 Notícias
<b>Estigma</b>	9 Notícias	9 Notícias
<b>Total de Notícias: 108</b>		

Quadro 1: Total e número de notícias respectivas de cada jornal, agrupadas por categorias.

**\*Observação:** Uma notícia pode pertencer a duas categorias simultaneamente.

## ENTREVISTAS: JORNALISTAS

**Ana Maia (Diário de Notícias) – E09AM- 09 de Abril**

**Tem conhecimento do actual Plano de Saúde Mental em Portugal?**

AM- Não no seu detalhe total mas sim.

**Quando se escreve sobre doença mental em Portugal, existe alguma regra ou protocolo a seguir?**

AM- A nossa regra base é sempre contactar todos os lados. Tudo o que possam ser as nossas fontes, sejam elas oficiais, (como o director do programa nacional para a doença mental, ministério da saúde, direcção geral da saúde), e depois os profissionais que estão no terreno. No fundo são eles que têm a noção maior do que é que se passa. E as associações de doentes, quando elas existem. Esses são os pontos fundamentais para se perceber efectivamente o que é que se passa no terreno, quais são as maiores dificuldades, projectos que passem exactamente por quebrar o estigma, iniciativas que possam mostrar o que é que está a ser desenvolvido nesta área; um bocadinho por aí. **E as associações mostram-se sempre disponíveis ou tem alguma dificuldade?** Não, por norma as associações são disponíveis e os profissionais também para falar do que se passa, sobretudo quando há uma iniciativa que por exemplo, ajude um bocado a desmistificar a doença, ou que seja para denunciar efectivamente uma coisa séria que os doentes possam estar a ter. Seja na não concretização do plano, dentro daquilo que era o prazo que estava previsto, sei lá, lembro-me que não há muito tempo escrevi sobre uma iniciativa que cresceu com o plano nacional de saúde mental que foi a publicação de um livro com histórias de doentes mentais, (mas histórias no sentido positivo), no sentido de como ultrapassar as suas dificuldades iniciais como se aceitaram e quiseram transmitir aos outros que não estão sozinhos. Eram sobretudo casos de pessoas com esquizofrenia que acaba por ser talvez a doença mais comum, e passava muito por aí. É uma doença com as suas especificidades portanto temos de nos adaptar àquilo que é a disponibilidade destes doentes, como em todos: mas a articulação dos recursos é diferente. **É mais sensível.** É mais sensível porque ainda há efectivamente um grande estigma sobre a doença mental, **principalmente sobre a esquizofrenia**, que acaba por ser aquela que as pessoas mais conhecem e portanto acaba por ser também mais exposta.



**Acha que os meios de comunicação social, quando falam em doença mental, têm em consideração os direitos das pessoas com doença mental?**

**AM-** Eu acho que nós temos em consideração sempre os direitos de todas as pessoas, quer tenham doença mental ou não tenham, quer dizer; há sempre uma sensibilidade para se tentar perceber (...) não fugindo daquilo que é o ângulo da notícia, isso é sempre primordial, agora há efectivamente um respeito e uma sensibilidade por todas as pessoas com quem se fala, sejam doentes mentais ou não sejam doentes mentais, isso é uma preocupação fundamental e básica.

**Acha que a maioria dos jornalistas prefere escrever sobre um “encontro” de pessoas com doença mental ou sobre um crime inimputável?**

**AM-** Eu acho que os jornalistas tanto gostam de escrever sobre uma coisa como sobre a outra. A questão é, (e aí temos de olhar também para a óptica dos jornais e do que é que as pessoas querem ler, e também a óptica comercial), se olharmos para o que possa ser mais impactante provavelmente será um crime com um inimputável, até porque a natureza do crime por si só já é mais impactante; e portanto pode ser uma abertura para efectivamente explicar e falar sobre a doença mental numa vertente e associada a uma situação mais grave. Mas quer dizer, também se escreve obviamente sobre encontros, sobretudo quando há resultados práticos de efeitos positivos, do que possa estar a ser feito para a integração dos doentes, no acompanhamento da comunidade, na questão de estarem apoiados sem ter que estar necessariamente institucionalizados, que era o que acontecia há uns anos atrás, e essa é uma óptica que eu acho que se tem abordado mais; efectivamente faz parte do plano nacional de saúde mental que é a desinstitucionalização dos doentes que não têm necessidade de lá estar e a sua integração na comunidade, e portanto as equipas de apoio domiciliário e aí as associações acabam por ter também um apoio fundamental, mais os centros de saúde, e faz todo o sentido também falar sobre os encontros quando eles mostram o que não está bem. E aí eles têm também um papel muito fundamental e muito importante que é, no fundo, “espicaçar” no bom sentido e mostrar algo que não está a ser feito e podia estar a ser feito.

**Concorda com a forma como os meios de comunicação social falam sobre a doença mental?**

**AM-** Em que sentido? Para fazeres essa pergunta é porque achas que alguma coisa está bem ou está mal. A pergunta é um bocadinho aberta. **Eu analisei uns jornais, penso que foi o Público e realmente a forma como eles falam sobre a doença mental ou as pessoas com doença mental...falam sempre sobre crimes e falam sempre de uma forma... “doente esquizofrénico mata a mãe a sangue frio”, é mais nesta forma como os jornalistas falam sobre a doença mental, porque se calhar não é assim tão linear como mostra a notícia.** Eu não acho que a abordagem seja correcta. Eu acho é que acabas por estar a comparar duas coisas muito diferentes. Se é correcto ou não, puxar logo que é um doente com doença mental (...) depende, se calhar faz todo o sentido explicar o enquadramento, não sei qual é a notícia, e assim faz todo o sentido explicar qual é o enquadramento daquela situação. Provavelmente teria sido uma pessoa que, num período de descompensação, possa ter cometido o crime e portanto faz sentido, haver esse enquadramento, que é efectivamente um pessoa com doença mental. É sempre alguém que cometeu um crime horrível e seria sempre alguém que tinha morto a mãe a sangue frio. A questão é usar o termo esquizofrénico ou não, logo. É o enquadramento da situação, a pessoa com doença mental que pode ter levado àquilo. Normalmente esse enquadramento faz todo o sentido. Mais uma vez te digo que não conheço a notícia, mas quer dizer, quando fazes uma notícia tens que dar toda a informação que é relevante para perceber o enquadramento, da situação, do que é que se passou, o que é que pode ter estado na origem e aí, esse pode ser um factor efectivamente importante que tenha estado na origem da situação. **Mas é que o enquadramento às vezes não faz parte da notícia, é só dizer que a pessoa cometeu o crime porque é doente mental.** Lá está se calhar é daquelas coisas que ainda temos de limar um pouco ou ter mais cuidado. Mais uma vez te digo, não conheço a notícia em causa, portanto não vou fazer juízos de valor sobre isso. Acho que é importante dar os enquadramentos; o facto de as vezes aparecer de uma forma mais seca, ou um pouco mais delicada, mas pode ser um enquadramento efectivamente fundamental. Cada um tem a sua maneira de escrever, pode ser mais directo ou menos directo, mas é estar a pensar em coisas completamente diferentes, um crime é um crime, um encontro de associações é um encontro de associações, uma reportagem com doentes mentais, é uma reportagem com doentes mentais e as abordagens acabam por ser feitas de maneiras diferentes, são géneros diferentes e são situações diferentes e acabam por ser abordagens obviamente diferentes. E no fundo, se aquilo faz parte do enquadramento da

notícia, não me choca minimamente dizer que é um doente mental ou que tem esquizofrenia. É o enquadramento da notícia.

**Na sua opinião, os meios de comunicação social portugueses são estigmatizantes, ou retractam a situação da saúde mental fielmente?**

**AM-** Eu acho que nós tentamos retractar sempre a situação não é? Até porque o nosso objectivo é mostrar o que se passa, não é fazer juízos de valor. E todos nós tentamos fazer o nosso melhor e queremos fazer o nosso melhor, e é a nossa obrigação fazer o nosso melhor nessa área, portanto, quando nós trabalhamos é no sentido efectivamente de mostrar o que se passa e é por isso que temos a preocupação e temos obrigação de falar com quantas fontes conseguirmos para fazer a construção daquela notícia ou daquela reportagem, porque é a melhor forma efectivamente de fazermos o retracto. Provavelmente é estigmatizante porque a doença em si é estigmatizante, mas não creio que seja escrito ou feito para ser estigmatizante. Creio que é o retracto do que efectivamente se passa. E para muitas pessoas esta ainda é uma doença estigmatizante. Portanto provavelmente é esse o retracto que passa.

**Acha que a sociedade portuguesa é uma sociedade estigmatizante?**

**AM-** Se cria um estigma nos outros? Acho que sim.

**Como acha que se deve combater o estigma?**

**AM-** Exactamente a falar sobre a doença. Sobre o bom e sobre o mau. Sobre o ter ultrapassado as dificuldades, o conseguirem ter uma vida relativamente estável e normalizada que mostre que eles estão a trabalhar e a participar em projectos construtivos e de socialização feiro através das associações e dos próprios hospitais psiquiátricos da rede, seja do que for, mostrando também quando as coisas não correm bem. Não estigmatizar é mostrar o bom e o mau, e portanto é também dizer que de facto quando há uma descompensação a coisa pode ser problemática. **Mas não acha que se fala pouco sobre a doença mental?** Acho que se fala pouco sobre a doença mental em Portugal; acho que não é um problema somente português, mas existe sim. É uma doença da qual se fala pouco. **E os meios de comunicação social seriam um bom instrumento no combate ao estigma?** São, são, claro que são. Mas aí também é fundamental que as autoridades promovam isso. Que é efectivamente serem claras sobre o que está a ser feito ou o que não está a ser feito, sobre os atrasos que existem ou não,

sobre os projectos que estão a funcionar e que também no fundo abre uma porta (...) se nós entrarmos os outros entram através dos nossos olhos da nossa escrita, das imagens que recolhemos e isso é a melhor forma de facto de se poder falar sobre as coisas, é ter de falar. E ter do que falar implica que alguém dê esse material. É óbvio que a nossa função é irmos à procura dele, mas tem de haver aqui um conciliar de coisas, a iniciativa não tem que ser deles. Tem de ser nossa, tem de ser de ambos. Têm de se casar vontades; não serve de muito querer-se fazer um trabalho, (tiveste essa experiência), se as outras portas estiverem fechadas, inevitavelmente vais esbarrar e provavelmente acabas por dar uma visão que não é completa, e não é culpa tua; portanto tem que se casar aqui as vontades e acho que da parte de quem gere também tem que haver vontade de comunicar, não tem que estar á espera que (...) “olha temos isto, queremos divulgar isto, vamos falar sobre isto”, por aí, pronto é o casar das vontades. Mas é obviamente a melhor forma de quebrar o estigma e isso não é só mostrar o lado bom porque não existe só um lado mau, e também não é só mostrar o lado mau porque obviamente também pode haver um lado bom e portanto é mostrares aqui os dois lados. E fala-se mais agora pelo facto de se ter arrancado com a questão da depressão, do que se falava há algum tempo mas ainda assim, efectivamente, pouco, se pensarmos que estamos a falar de uma coisa ou de um leque tão vasto de doenças mentais.

### **Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**AM-** Como assim? **Acredita que alguma vez se vai poder falar em psiquiatria sem haver pessoas achar que “eles são malucos e são perigosos e não me vou aproximar deles se não ainda me magoam”?** Ai eu espero que sim. Eu espero que sim. E eu acho que provavelmente a passos lentos mas eu acho que apesar de tudo, se tem aberto aqui alguma coisa. Por exemplo, há alguns anos atrás as pessoas não percebiam qual é que era a diferença entre um psicólogo e um psiquiatra; fosse o que fosse era sempre doença para malucos, era sempre um médico para malucos, “vais, mas estás maluca?”, e era assim que as pessoas reagiam; e ainda existe. Eu acho é que de facto se tem caminhado no sentido de também de desmistificar isso. E começou-se a falar mais de coisas que acontecem com mais frequência como por exemplo a depressão, (e não estou a falar de depressões profundas porque ai de facto o peso é efectivamente diferente) e falamos de uma área da saúde mental com repercussões diferentes. Mas a partir do momento em que se começou a falar da depressão de uma forma mais natural, foi-se quebrando ou desassociando a questão do psicólogo e por exemplo essa questão do “ estás maluco”;

eu acho que esse trabalho vai sendo feito assim ao” passo do caracol” provavelmente. Mas ele está a acontecer, o que não é mau, é bom. Devia ser mais rápido? Provavelmente sim. Por que ainda continua a existir muito essa leitura do “é maluco vai fazer-me mal”, daí que de facto falar das coisas seja tão importante para tirar essa carga tão negativa da doença mental. Porque as pessoas falavam e conheciam era a agressividade das pessoas nos períodos de descompensação. Pronto aí também parte muito pelas associações mostrar o trabalho positivo e a integração. Eu também concordo, quer dizer não é fácil os doentes estáveis e integrados, também não se querem expor exactamente com esse receio. Mas alguém tem que quebrar o estigma e mostrar isso, porque sem este processo de mostrar não há identificação, não há reconhecimento da naturalidade, e isso é muito importante, é a mesma coisa que nós dizemos assim “não sei quantos doentes saíram dos hospitais e estão a viver em apartamentos e estão integrados”, mas não há rostos; eu percebo que as pessoas tenham receio em se mostrar, mas se ninguém quebrar isso não vai haver um processo de identificação e ninguém vai dizer “olha podia ser eu”. Não é um processo fácil efectivamente não é. Sobretudo quando tentas ter uma vida “normal”, e provavelmente esta fase em que estamos também não ajuda muito porque as pessoas têm muito medo de repente voltar a perder o que conquistaram e falo de uma coisa básica que é por exemplo o emprego que é importantíssimo para a socialização. Se já é mau quando acontece a alguém que não tem qualquer problema mental, imagino o impacto que não teria junto de alguém cuja estabilidade tem de ser muito bem trabalhada e anda sempre ali no limbo. Isso no fundo é uma salvaguarda que as próprias associações têm para os doentes que acompanham. Portanto não precisa de ser olhado na rua e não precisa de sentir nada que pese sobre ele. Quer dizer é um trabalho que ainda tem bastante para se fazer lá está. Vai a seu ritmo, mas eu acho, quero e espero que se consiga e acho que estamos a ir conseguindo, acho que efectivamente já não se olha da mesma forma. Provavelmente não conheces mas ali a zona do hospital Júlio de Matos sempre houve doentes a entrar e sair do hospital e agora ainda mais. E é muito engraçado ver o ambiente da zona. Porque tens uma escola ao fundo do quarteirão, tens uma série de cafés e tens doentes a passar de um lado para o outro e vão aos cafés (...) Agora já não tanto porque tem a ver com a desinstitucionalização e o próprio centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa tem residências alugadas onde os doentes têm a sua própria autonomia em acompanhamento com os enfermeiros e com os técnicos, mas eles vivem nessas residências. Mas era muito engraçado porque se passava por ali e cruzávamo-nos com uma série de pessoas

que iam literalmente na sua vida; e aquilo fazia-se com extrema naturalidade. No fundo era replicar aquilo ao geral. Sempre que uma pessoa passava por ali, era muito engraçado, fazias um amigo ou ganhavas uma flor ou “cravavam-te” um cigarro e achavam que tinham de te ajudar a atravessar a estrada e era um ambiente perfeitamente natural, saudável. Mas claro naturalmente para muitas pessoas faria confusão, “ai e se agora me vão agredir”, mas no fundo aquilo era a naturalidade da zona quer dizer, aquelas pessoas são conhecidas nos cafés, vão lá beber o cafezinho só por ritual e “cravar” um cigarro. E é muito engraçado haver esse ambiente. **Porque no fundo os doentes mentais são pessoas “normais” como as outras com a particularidade de ter uma doença.** Claro, e se falam sozinhos, quem é que não fala sozinho? Pronto pode haver um ou outro um pouco mais agressivo mas também nós podemos ir na rua e passarmos por alguém “normal” e essa pessoa ter um surto psicótico e de repente começa a discutir com a pessoa e de repente dá-lhe duas lambadas quer dizer; quantas vezes já assistimos a isto no trânsito e ouvimos histórias de homicídios. Portanto é de facto importante (...) claro são pessoas que têm de ter acompanhamento e a sua medicação isso é fundamental. A probabilidade de terem uma descompensação é superior à dos outros é verdade mas todos nós nos podemos passar da cabeça. Mas isso é importante, é importante da facto fazer esse trabalho, é fundamental; agora também é fundamental mostrá-lo em todas as vertentes e até porque à medida que a população vai envelhecendo o que nós vamos encontrar cada vez mais são situações de demência, mas a verdade é que temos de falar dela e temos de nos preparar para ela. Eu acho que para além dos meios de comunicação social que são importantes porque acabam por ser um veículo transmissor que chega a muita gente, isso é indiscutível, acho que seria fundamental fazer efectivamente uma coisa que há muito as associações, os profissionais, os próprios programas de saúde nacional falam que é educação para a saúde. É criar uma disciplina na escola, mas que venha do básico, para falar efectivamente da saúde e do seu modo preventivo, que é o que é que nós podemos fazer para nos tratarmos bem mas falar também na sua óptica da doença, seja ela aguda seja ela crónica. Falando disto desde pequeno, as coisas são vistas com outra naturalidade e quebram-se vergonhas quebram-se medos e isso é fundamental e acho que em escolas deviam ter um papel nisso que em parceria com o ministério da saúde seria um papel fundamental. Há anos que se ouve isto, ai é preciso é preciso mas efectivamente não se deu o salto e era de facto uma coisa, quer dizer, pode ser de facto uma disciplina suplementar. Os miúdos na escola têm uma disciplina que é educação para a cidadania e

pode eventualmente passar por aqui e depois seguir sempre em frente, porque não? E de facto ajuda a quebrar certas barreiras como esta. Porque efectivamente a prevenção é fundamental, porque essa é a única arma que temos que efectivamente pode travar dentro do possível o surgimento e a evolução de algumas doenças. E depois é fundamental também para ajudar a desmistificar as doenças. A diabetes por exemplo, que é uma doença que parece tão corriqueira, tão básica e ainda há quem olha para o diabético e diga “não se injecte aqui que está muita gente a olhar”; e então, se se tomar um comprimido também vai ficar toda a gente a olhar? Quer dizer, não faz sentido. **E acabava por ajudar os próprios miúdos com doenças precoces a não ter vergonha de mostrar aos colegas.** Eu peguei na diabetes tipo 1 que está a crescer, e então falei com uma miúda que tem 9 anos e foi-lhe diagnosticado aos dois, e foi ela que ensinou aos colegas na escola o que é que era; e combinou com a professora e explicou. E no fundo todos os miúdos se interessaram por aquilo, e a professora nesse campo foi óptima porque ajudou e disponibilizou a aula para falar daquilo e juntou o útil ao agradável. Ela tinha de levar as injeções tinha de medir as glicémias e porquê não fazer isso de forma natural? Nesta fase trabalha-se muito para resolver o imediato perspectivando muito pouco o futuro e passa um bocadinho por ai. Mas temos de deixar uma janela para trabalhar na perspectiva do futuro e da prevenção da integração e eu acho que até as associações têm trabalhado a sociedade portuguesa para a saúde mental. Eu acho que eventualmente podem ser mais interventivas é um facto e até o próprio coordenador fala bastante sobre a coisa e portanto (...) mas ainda estamos longe de dizer que é uma doença sem estigma e sem tabu, ainda estamos muito longe disso, estamos.

## **Diana Mendes (Diário de Notícias) – E10DM- 09 de Abril**

### **Tem conhecimento do actual plano de saúde mental em Portugal?**

**DM-**Tenho, mais ou menos, sim. Algumas coisas uma pessoa vai esquecendo mas sim.

### **Quando se escreve sobre doença mental em Portugal, existe alguma regra ou protocolo a seguir?**

**DM-** Sobre o plano, não, não necessariamente. Quer dizer, seguimos o mesmo que noutras áreas. Falar com as fontes oficiais, falar com especialistas na área, psiquiatras, eventualmente com associações de doentes, portanto, não há assim uma regra a seguir.

**Acha que os meios de comunicação social, quando falam sobre doença mental, têm em consideração os direitos das pessoas com doença mental?**

**DM-** Só quando tratam especificamente esses temas. Quer dizer, terão, terão sempre em conta, depende é do tema que está a ser tratado. Se for precisamente sobre isso, claro que se foca em falar com as associações, com doentes, com familiares que estejam a lidar com problemas, portanto; mas acho é que é um tema pouco tratado, isso acho que sim.

**Na sua opinião, a maioria dos jornalistas prefere escrever sobre um “encontro” de pessoas com doença mental, ou sobre um crime inimputável?**

**DM-** Não sei, muito sinceramente, depende; um encontro depende do objectivo não é? Se for uma coisa informal, levezinha, se calhar menos, só se for para fazer reportagem não é? É que nesse caso são áreas um bocadinho distintas. Um crime inimputável é outra secção que escreve mas à partida é mais quente. Normalmente é a segurança, crimes são com a segurança. O outro é sociedade, é mais saúde.

**Concorda com a forma como os meios de comunicação social falam sobre a saúde mental?**

**DM-** Quer dizer, acho que é como em tudo. Há trabalhos bem-feitos e há trabalhos mal feitos. Acho que realmente a saúde mental é um tema um bocadinho preterido. Acaba por ter pouco espaço, a menos que seja um tema forte como o suicídio que interessa sempre, às vezes as coisas não são muito bem tratadas. Ou pronto, têm menos destaque numa altura que deviam. As depressões talvez...algumas doenças que são muito...ou estão sempre na moda não é? E escreve-se muito sobre elas mas outras nem tanto, depende um bocadinho. Mesmo assim acho que a situação já está melhor do que há um tempo.

**Já alguma vez ficou impressionada com uma notícia sobre doença mental?**

**DM-** Assim de repente, quer dizer, se calhar, neste momento não há assim nenhuma de que eu me lembre; talvez suicídios nas crianças mas é pelo tema sensível que é.



Situações desse tipo já fiz uma vez um trabalho sobre isso e fez-me bastante confusão fazer. **E em questões de títulos? Por exemplo, “esquizofrénico mata mãe a sangue frio?”** Bem eu discordo completamente de fazer uma coisa dessas, se calhar alguns meios fazem mas eu não faço. Mas também, lá está são crimes e eu não trato crimes. Mas não acho que se deva, nem neste caso nem em nenhum, fosse homossexual ou esquizofrénico ou prostituta, fosse o que fosse. Acho que não se deve tratar nenhum assunto assim. É um crime, mas não conotando a pessoa com uma doença mental, eu acho que isso é para criar mais estigma ainda, não concordo com isso.

**Na sua opinião, os meios de comunicação social portugueses são estigmatizantes ou retractam a situação da saúde mental fielmente?**

**DM-** Pois lá está. Nestes casos, dependendo dos jornais acho que é estigmatizante. Aqui acho que tem havido algum cuidado, não fazemos muito esse tipo de trabalhos, a nossa secção acho que não é...acho que é tratado com pouca profundidade. É difícil fazer-se um trabalho com muita profundidade nesta área porque acham sempre que não é muito apelativo, não é muito interessante; acho que realmente merecia mais destaque. **Acha que começa a haver uma preocupação maior e geral sobre estas questões?** Penso que sim, penso que sim. Apesar de tudo vai melhorando com o esforço dos próprios jornalistas porque as pessoas começam a perceber que toda a gente conhece pessoas com doenças mentais, seja uma doença mais simples e vulgar ou uma depressão, e portanto as pessoas começam a perceber isso e a perceber que são temas importantes não é? A questão dos medicamentos nesta área, quer dizer, quase toda a gente conhece alguém com uma doença mental.

**Acha que a sociedade portuguesa é uma sociedade estigmatizante?**

**DM-** Acho que sim, alguma coisa, acho que sim. Acho que está melhor também mas acho que sim. E acho que nos cabe também a nós tentar romper um bocadinho com isso. Falar sobre o tema sem grandes tabus, e acho que há bons trabalhos sobre isso e boas iniciativas sobre isso. Lembro-me de ter feito uma sobre a esquizofrenia, precisamente, em que nós entrávamos numa máquina e era um simulador de esquizofrenia e acho que as pessoas precisam de se por um bocadinho mais na pele das pessoas com doença mental, na esquizofrenia se calhar não é tao fácil mas acho que tem de se começar a por um bocadinho mais no papel para ultrapassar esse estigma. Mas acho que está melhor ainda assim.

### **Como acha que se deve combater o estigma?**

**DM-** Pois lá está, acho que falando muito. Falando mais sobre a doença, fazendo mais reportagens, no nosso caso. É uma das formas, obviamente depois haverá as associações que fazem sempre um bom papel, dão apoio às famílias criando condições para elas entrarem na sociedade nomeadamente com planos de emprego que em alguns casos são difíceis não é; há muito estigma ainda nessas matérias, portanto, acho que cabe um bocadinho a todos nós; nós jornalistas abordar o tema de forma mais aberta e pondo-nos no papel dos doentes, falando com associações, fazendo mais reportagem e depois claro da parte da sociedade criar condições para que as pessoas sejam tratadas de igual forma até porque não há razão para não o serem. Com o devido acompanhamento quando tem mesmo de ser, porque há casos em que têm de estar sempre acompanhados. **Então concorda que os meios de comunicação social seriam um bom instrumento para combater o estigma?** Sim, claro, sem dúvida, sem dúvida.

### **Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**DM-** Acho que vai sempre haver. Pode é ser combatida mas acho que vai acabar sempre por haver pessoas que vão estigmatizar e portanto não me parece que seja um problema resolvido a 100%. Mas acho que é possível combatê-lo.

### **Paula Cosme (Expresso) – E11PC- 11 de Abril**

#### **Tem conhecimento do actual plano de saúde mental em Portugal?**

**PC-** Olha eu neste momento tenho um bocadinho mais a noção, principalmente porque falei com alguns profissionais de saúde dentro desta área da saúde mental, e aquilo de que me apercebo é que há muitas lacunas, há muita falta de comunicação, há um chutar da bola de um lado para o outro, ou seja, os hospitais que têm de estar vocacionados para o doente mental, há uma tendência para chutarem o paciente para as instituições que tratam os doentes mentais, mas quer dizer, depois esta patologia é muito complicada não é, os internamentos não podem ser nada eterno, mas mais do que o problema dos hospitais que tratam o doente mental, são depois a falta de esforços do governo quando se precisa de sair do hospital, porque no hospital não vão ficar para todo o sempre não é? Aquilo de que me vou apercebendo através dos profissionais de

saúde com quem falei, o grande problema é o “e depois?”, “o que é que vamos fazer com estas pessoas”.

**Quando se escreve sobre doença mental em Portugal, existe alguma regra ou protocolo a seguir?**

**PC-** Não há uma regra. Mas há um motor de bom senso, não é? Neste caso desta reportagem, impusemos uma regra, mas fomos nós que a pusemos, não é uma regra deontológica nem que faça parte do jornalista, que era o anonimato. Ou seja, há um grande estigma do doente mental, portanto nem para criar discriminação positiva ou negativa, achamos que o essencial era o anonimato da identidade destas pessoas. Mas isso é mesmo uma questão de bom senso. Se no momento em que eu lhes dou uma casa se eu pedisse para fazerem o pino eles fariam e eu fotografava-os a fazer o pino. Mas por uma questão de respeito que eu acho que um jornalista tem sempre de ter respeito e ter em conta as questões de ética quando se fala com um ser humano, a mim pareceu-me que era a única forma de pegar neste tema.

**Acha que os meios de comunicação social, quando falam sobre doença mental, têm em consideração os direitos das pessoas com doença mental?**

**PC-** Acho que sim, sim.

**Na sua opinião, a maioria dos jornalistas prefere escrever sobre um “encontro” de pessoas com doença mental, ou sobre um crime inimputável?**

**PC-** Eu acho que não dá para comparar. São temas totalmente distintos, depende da área que um jornalista mais cobre, depende de que o assunto mais o sensibiliza, depende da investigação que está a fazer, portanto não é uma questão de preferência. Acho que não dá para comparar por que são temas completamente diferentes.

**Concorda com a forma como os meios de comunicação social falam sobre a saúde mental?**

**PC-** Concordo com a maneira como falam, discordo de que se fale tão pouco. Ou seja, mesmo para fazer esta reportagem, que foi um privilégio porque é raro um jornalista ter tempo para ficar seis ou sete meses a acompanhar processos pessoais não e? E isto é um caso em que se eu andasse um ano e meio com eles melhor seria a história não é? Porque são processos que demoram muito tempo, não se consegue reabilitar uma vida

em duas semanas. Foi muito difícil convencer que isto seria uma reportagem para o leitor. Eu acho que há interesse do leitor, mas acho que ao mesmo tempo as pessoas acham que isto não são temas apelativos. Ou seja, um sem-abrigo ou um doente com patologia mental não é um tema bonito não é? É um tema controverso. Eu acho que é uma discussão extremamente difícil.

**Já alguma vez ficou impressionada com uma notícia sobre doença mental?**

**PC-** Pela linguagem? Não, não. Eu acho que há muito cuidado por parte dos jornalistas. Ou seja, não é muito comum pegar-se nestes temas, não é, ninguém vai fazer por exemplo uma reportagem sobre esquizofrenia, e desde há um ano e meio muito mudou, ninguém vai escrever uma reportagem que não é certa não é? São reportagens com muitos imprevistos, por exemplo entrevistar um político sabemos que aquela pessoa está estável não é? Entrevistar alguém com patologia mental, a pessoa não está estável, tudo pode acontecer. Eu nesta reportagem tive pessoas a gritar comigo e a não me deixar entrar em casa por exemplo, porque achavam que nunca me tinham visto na vida, e viam-me todas as semanas. Portanto é muito imprevisível e não me parece que alguém pegue num tema destes de ânimo leve.

**Na sua opinião, os meios de comunicação social portugueses são estigmatizantes ou retractam a situação da saúde mental fielmente?**

**PC-** Eu acho que tratam fielmente mas podiam ir mais fundo. Ou seja, não é só retractar o doente e isso é uma parte para o jornalista, não estou a dizer que é fácil porque não é, lá está são doentes muito complicados, não é fácil sacar uma história não é fácil entrevistar uma pessoa assim. Agora acho é que às vezes há no fundo um bocadinho de desleixe em ir buscar as respostas aos organismos oficiais. Há muitas falhas ao nível da saúde mental e não há nada como ir perguntar a quem de direito e aí acho que às vezes falhamos mas eu nem percebo porquê, os jornais são escritos cada vez mais com um tempo apertadinho não é, não há muito tempo para reportagem não há muito tempo para pedir e não se pode ficar por exemplo uma semana à espera de uma resposta da DGS ou do ministério ou de um profissional de saúde. Por outro lado também percebo que não se queiram fazer reportagens que não tragam respostas. Ou mesmo que seja alguém, a dizer, oficialmente a dizer, “eu para já não tenho resposta”. Isto também é um manifesto...

## **Acha que a sociedade portuguesa é uma sociedade estigmatizante?**

**PC-** Acho. Acho que sim.

## **Como acha que se deve combater o estigma?**

**PC-** Abordando, abordando, abordando e tornando estes temas, cada vez mais comuns. É que nós estamos a caminhar para uma sociedade com cada vez mais e mais graves problemas de saúde mental, acho que é raríssimo alguém dentro do seu círculo de amizades ou de família não ter alguém que tenha um pequeno distúrbio, uma depressão é um distúrbio mental, não é? Mais leve mais fácil de controlar mas é. Portanto hoje em dia ainda há o estigma do “aquela pessoa anda no psicólogo, anda em terapia, está maluquinho”, e isto já não devia existir na nossa sociedade mas também faz parte de todo o nosso contexto socio-económico. Portugal deu um salto brutal mas não em relação ao estigma, as pessoas preferem olhar para o lado do que encarar de frente o problema e isto é estigma. **Então concorda que os meios de comunicação social seriam um bom instrumento para combater o estigma?** Não tenho a mínima dúvida. **E mesmo em televisão acha que deviam existir mais programas sobre o assunto?** Sim, agora não se pode encarregar exclusivamente a comunicação social de reduzir este estigma, eu acho que isso também vai da educação. Deviam haver mais acções de sensibilização nas escolas, inclusive para os próprios pais, para sensibilizarem os filhos.

## **Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**PC-** Isso é uma pergunta interessante. Exige alguma reflexão, não posso dar uma resposta sem pensar nisso. Eu acredito que sim, quando nós assumimos que esta pessoa tem uma patologia não é estigmatizá-la não é? Aos profissionais de saúde cabe-lhes a tarefa de fazer o diagnóstico; esta pessoa está desequilibrada, precisa de ser internada e precisa de um tratamento. Agora acho que nem todos os psiquiatras o sabem fazer sem estigma. E eu acho que aí é preciso que psiquiatras e psicólogos trabalhem muito mais em conjunto e seria muito mais produtivo haver aqui um trabalho mais unido destas duas classes.

## **ENTREVISTAS: PSQUIATRAS**

### **João Quartilho- E01JQ - 7 de Março**

**De um modo geral, como caracteriza a situação actual da psiquiatria em Portugal?**

**JQ-** Há alguma tendência para que os doentes abandonem os antigos hospitais psiquiátricos. Portanto há uma maior tendência para que os doentes sejam tratados na comunidade. E isso faz sentido, pelo menos do ponto de vista teórico em que a questão crítica que se coloca é sabermos se na comunidade existem estruturas, existem condições de apoio para que os doentes possam ser reintegrados com sucesso. Para que os doentes continuem bem do ponto de vista clínico, para que não sejam tratados com frequência. Muitas vezes isso acontece, infelizmente, e a sensação que se tem é que na comunidade não há respostas para doentes crónicos que precisam de ser vistos com alguma frequência e portanto transformam o hospital muitas vezes numa porta giratória. Portanto, digamos que há boas intenções, tratar os doentes na comunidade, com serviços de apoio especializados mas os resultados nem sempre são os resultados esperados.

**O que acha que está em falta em Portugal, quando falamos em doença mental?**

**JQ-** O que me ocorre imediatamente é considerarmos que a doença mental é de alguma forma um parente pobre...há um artigo amplamente citado na literatura cujo título é “Não há saúde sem saúde mental”. A saúde mental é fundamental para que as pessoas tenham saúde e a saúde mental é de alguma forma desvalorizada ou marginalizada, exactamente porque se instalou uma caricatura, a caricatura segundo a qual as pessoas que têm doença mental são “malucas”. E portanto não merece digamos assim, ou não justificam tanto apoio, tanto investimento, como aquelas doenças que são as doenças sérias, as doenças do corpo. Portanto há aqui uma espécie de separação, uma espécie de discriminação na doença mental e naturalmente arrasta os doentes mentais, os doentes portadores de doença mental

**Em relação a recursos humanos e financiamento, acha que estes se adequam à situação actual?**

**JQ-** Não me sinto à vontade para responder a essa pergunta... Imagino que não. Imagino que falem recursos, nomeadamente recursos financeiros para que as novas políticas de saúde mental possam ser bem-sucedidas. Quanto a recursos humanos não te

sei dizer exactamente. Admito que haja por aí algumas assimetrias, que haja, nos hospitais... no sítio em que eu trabalho a sensação que eu tenho é que há para aí médicos a mais. Da mesma forma que imagino que noutros locais, nomeadamente no interior haja médicos a menos.

**Na sua opinião, a sociedade portuguesa tem conhecimento ou interessa-se pelo plano nacional de psiquiatria em vigor?**

**JQ-** Não, creio que não. Creio que isso é uma coisa que merece uma atenção mais ou menos restrita. De pessoas que têm mais a ver com a saúde mental, quer os profissionais, quer os familiares de pessoas com doença mental, quer as pessoas que frequentam os serviços de saúde mental, mas não creio que seja assim uma coisa que suscite o interesse generalizado, não creio que não. **Mas não acha que isso seria fundamental para...** absolutamente. Talvez a coisa resulte pelo facto de a doença mental obedecer a essa caricatura da qual falei há pouco. É para os “malucos” e portanto os malucos estão no fim da fila. Da mesma forma que a psiquiatria em si também é uma disciplina marginal; a psiquiatria é uma disciplina marginal porque está no fim da linha. A psiquiatria é para os “malucos”.

**Acha que esta mesma sociedade está preparada para receber e lidar com doentes mentais?**

**JQ-** Não sei como é que te deva responder. Faz parte dos atributos de uma sociedade saudável cuidar dos seus co-cidadãos não é? Quer dizer, as pessoas quer tenham doença mental quer não tenham, se estão doentes devem naturalmente ter acesso aos cuidados e devem ser tratados de uma forma digna quer dizer; aquilo que está em causa é o direito humano à saúde. É um direito humano que está em causa, o que está em causa é a justiça social. O que está em causa é a equidade no tratamento de todas as pessoas que têm problemas de saúde. E portanto se não se está preparado devia-se estar preparado, quer dizer, não te sei dizer se está preparada; mas se não está, devia.

**Sente que somos uma cultura estigmatizante?**

**JQ-** Não sei se podemos falar assim, se podemos utilizar o termo... O estigma existe, os comportamentos estigmatizantes existem, não há dúvidas sobre isso e podemos generalizar de alguma forma, porque aquilo que nós vemos quando olhamos para a comunicação social, vemos todos os dias sinais de que a doença mental de alguma

forma é discriminada não é? Os termos que nós usamos para fazer diagnóstico em psiquiatria, muitas vezes são utilizados como metáforas para se referirem a coisas negativas, coisas horrendas, coisas más, coisas dramáticas, coisas sem solução, sem cura, sem solução não é? E nesse sentido acho que sim, existe uma certa cultura digamos assim, com aspas e sem aspas, existe uma cultura de estigmatização.

### **Como acha que se deve combater o estigma e por onde começar?**

**JQ-** Olha eu acho que informação, informação, informação...As pessoas devem saber não é? Instrução, instrução, instrução; educação, educação, educação. Isto é uma coisa que se calhar deve começar cedo não é? Quer dizer nós devemos ter a noção, portanto, tão cedo, tão precoce quanto possível de que as outras pessoas, pelo facto de serem diferentes justificam também a atenção de todos os outros, a atenção da comunidade a atenção da sociedade, a atenção do poder, enfim, instalado; e o que está em causa como eu disse há pouco, é uma questão de equidade é uma questão de direitos humanos, é uma questão de justiça social, onde as pessoas não, enfim...Estou a lembrar-me de uma pessoa que há muito tempo disse que o médico devia ser assim uma espécie de advogado do pobre, o médico é o advogado do doente e portanto é defende-lo intransigentemente e independentemente da patologia que estiver em causa. No caso da patologia mental se calhar nós sentimos muito mais isso exactamente porque existe essa discriminação mais ou menos sistemática, inclusivamente a partir dos profissionais de saúde, os profissionais de saúde também têm comportamentos estigmatizantes, incluindo os psiquiatras.

### **Acha que a sociedade portuguesa olha para os doentes mentais como perigosos, sendo mais susceptíveis de cometer crimes?**

**JQ-** Essa caricatura está instalada de alguma forma, é verdade. Nós vemos por exemplo aqueles que dão aulas; às vezes os alunos confrontam-nos com essa possibilidade de os doentes serem perigosos. De alguma forma essa caricatura instala-se à custa de notícias que nos dizem a certa altura, por exemplo, que um doente esquizofrénico matou a mãe com 20 facadas. Aparecem muitas vezes esse tipo de relatos mais ou menos bombásticos que nos levam imediatamente a concluir que o doente esquizofrénico é um doente perigoso. O que eu costumo dizer nas aulas, enfim quando falo sobre isto com os alunos, é que as pessoas perigosas não têm patologia mental, ou muitas pessoas agressivas não têm doença mental propriamente dita, e se nós nos dermos conta daquilo



que é a violência, daquilo que são os comportamentos de violência na sociedade, a maior parte da violência, em doses industriais, não vem das pessoas que têm patologia mental, vem das pessoas consideradas “normais”.

**Acha que a população portuguesa se preocupa com os direitos das pessoas com doença mental e tem noção de que muita da legislação que se tenta implementar é a pensar na integração destas pessoas na comunidade?**

**JQ-** Acredito que isso se possa aplicar a uma franja mais ou menos restrita da população, toda não, quer dizer, eu acho que não, há pessoas que com certeza se preocupam e que concordam com a necessidade mas enfim, não posso generalizar. E aqueles que se preocupam são aqueles que sabem. **Que têm conhecimento do que se passa.** Acredito que sim, estão mais dentro, acho que sim. **Mais uma vez é importante a questão da informação.** Absolutamente.

**Em relação aos meios de comunicação social, acha que muita da informação de carácter psiquiátrico que é transmitida é estigmatizante ou corresponde à realidade?**

**JQ-** Muita é. Muita é. Nós temos no nosso país mas isso não é só no que tem a ver com patologia mental, alguma escassez de pessoas que possam falar com autoridade sobre determinados assuntos. O que está em causa é o grau de informação que as pessoas têm para falar, por exemplo sobre esquizofrenia, sobre depressão, sobre patologia mental, aquilo que nós vemos muitas vezes na comunicação social são redacções mais ou menos superficiais sobre temas que mereciam tratamento mais profundo. Isso tem a ver com a preparação dos profissionais, dos jornalistas, das pessoas; enfim, há alguns jornais naturalmente melhores que outros no que tem a ver com esta matéria mas enfim, claramente isso é uma questão que carece de melhoria na preparação dos profissionais que escrevem sobre o assunto. **Acha que devia haver uma colaboração entre jornalistas e psiquiatras?** Bem, se possível; não digo que o resultado fosse bom mas enfim, sem tentarmos não vamos saber.

**Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**JQ-** Fazes-me lembrar as pessoas que dizem “...bem sempre foi assim e vai continuar a ser...”. Eu recuso-me a pensar dessa forma, eu acho que mesmo que nós não

consigamos vislumbrar o dia em que não vai haver estigmatização psiquiátrica isso não nos deve inibir de lutar contra o estigma. Portanto, acho que devemos estar no terreno.

## **António Carvalho- E02AC- 11 de Março**

**De um modo geral, como caracteriza a situação actual da psiquiatria em Portugal?**

**AC-** A psiquiatria como as outras áreas da saúde está mal. As pessoas têm cada vez mais necessidade de cuidados pelos vários motivos, pelo que a patologia mental está a ser mais procurada pelas pessoas ou os cuidados de saúde mentais estão a ser mais procurados pelas pessoas mas também porque as pessoas cada vez mais necessitam de cuidados de saúde mentais por causa da crise, do desemprego, situações familiares, cada vez mais as pessoas têm necessidade de cuidados de saúde mental.

**O que acha que está em falta em Portugal, quando falamos em doença mental?**

**AC-** Falta muita coisa, falta muita coisa; a começar pela necessidade ou pelo facto de as pessoas sentirem necessidade de procurar ajuda e de verem o sofrimento psíquico da mesma forma que encaram o sofrimento físico. As pessoas quando sentem uma dor física, quando sentem uma perna a doer, um dente a doer, procuram cuidados de saúde especializados; quando se sentem mal psiquicamente muitos deles ainda não procuram esses cuidados de saúde. Falta depois, para além da procura, falta proporcionar uma resposta às pessoas; Essas respostas não são dadas nem a nível dos cuidados de saúde públicos, (hospitais e centros de saúde) e mesmo a nível privado há muita carência; por exemplo os seguros de saúde, as pessoas têm muitos seguros de saúde que têm cláusulas de exclusão para doenças mentais. Portanto, falta toda uma organização. Falta fazer muita coisa.

**Em relação a recursos humanos e financiamento, acha que estes se adequam à situação actual?**

**AC-** Como eu disse antes, não. Quer a nível público...Está muito difícil o acesso a cuidados de saúde psicoterapêuticos mais na área da psicologia a nível público, a nível hospitalar. A nível dos centros de saúde, os cuidados de saúde primários são praticamente inexistentes e são estes cuidados que estão mais próximos da população e poderiam chegar àquilo que é o “grosso” das patologias, “grosso” em termos percentuais; se nós vemos a doença mental como patologia esquizofrénica...por

exemplo, as patologias da esquizofrenia, da doença bipolar, das perturbações da personalidade, estamos a falar de uma percentagem relativamente pequena da população mas temos de ter a noção de que 20% da população sofre alguma vez de um quadro depressivo e 40% da população, ou mais, sofre alguma vez na vida um quadro de ansiedade. Estamos a falar de uma grande fatia da população; que esses quadros nunca se vão revestir de gravidade suficiente para beneficiar de um serviço de especialidade como um serviço hospitalar organizado e sim para cuidados de saúde ou para patologias mais graves mas a nível local não há disponibilidade desses cuidados; cuidados de saúde primários, nas câmaras municipais, juntas de freguesia, não há acessibilidade e esse “grosso” da população e que também é patologia mental.

**Na sua opinião, a sociedade portuguesa tem conhecimento ou interessa-se pelo plano nacional de psiquiatria em vigor?**

**AC-** A população em geral não tem conhecimento e não se interessa pelo plano nacional de saúde mental.

**Acha que esta mesma sociedade está preparada para receber e lidar com doentes mentais?**

**AC-** É preciso fazer a distinção que eu estava a fazer antes, quem são os doentes mentais? Doente esquizofrénico, doente bipolar, o doente com perturbação grave da personalidade e aqui normalmente estamos a falar de perturbação anti-social, os ditos psicopatas...a sociedade não está ainda preparada para receber e aceitar. Da mesma forma que não está preparada para aceitar um doente com um quadro depressivo ou um quadro de... Frequentemente eu ainda ouço pessoas na consulta a dizer, (familiares de doentes), que o doente em questão não tem doença nenhuma, que aquilo é só preguiça, que aquilo é só falta de vontade. Isto é claramente um estigma e claramente se traduz na falta de aceitação destas patologias.

**Sente que somos uma cultura estigmatizante?**

**AC-** Claro, absolutamente.

**Como acha que se deve combater o estigma e por onde começar?**

**AC-** A vários níveis. Nas escolas, de pequenino. Nós devemos usar as crianças para chegar aos adultos. Um exemplo que correu muito bem na nossa sociedade foi a

reciclagem, As campanhas da reciclagem começaram nas crianças, nas escolas e foram os miúdos que levaram aos pais os hábitos da reciclagem. Foi uma experiência que correu muito bem e deve ser reproduzida noutras áreas. Se nas escolas se começar a falar de doença mental da mesma forma que se fala da doença física, começar a preparar os miúdos dizendo-lhes que uma pessoa que sofre de ansiedade ou que sofre de um quadro depressivo, ainda que ligeiro, tem uma doença. Se não se fizer distinção entre doença física e doença mental estamos a preparar cidadãos de amanhã que não fazem distinção entre a doença mental e a doença orgânica, a doença física. A par disso, campanhas dirigidas ao “grosso” da população, que levem as pessoas a debater estes temas, vai desmistificando não é? Vai deixando de criar os guetos culturais que ainda existem relativamente à doença mental.

**Acha que a sociedade portuguesa olha para os doentes mentais como perigosos, sendo mais susceptíveis de cometer crimes?**

**AC-** Lá está. Se olharmos para os doentes mentais, o doente esquizofrénico, o doente com perturbação anti-social da personalidade, psicopatas, sim, sim. Apesar de estar comprovado que estes doentes não são os mais perigosos não é? Não são mais perigosos que a população geral desde que medicados obviamente.

**Acha que a população portuguesa se preocupa com os direitos das pessoas com doença mental e tem noção de que muita da legislação que se tenta implementar é a pensar na integração destas pessoas na comunidade?**

**AC-** Não. Acho que a população não tem essa noção. A doença mental não dá votos. A doença mental não é uma prioridade política não é? Fica bem aos políticos dizer que se preocupam com os coitadinhos dos doentes mentais mas não...a verdade é que eles não aceitam e não têm dado passos concretos para resolver esta situação. E lá está, eu faço novamente a distinção entre a patologia psiquiátrica grave menos recorrente, e a patologia psiquiátrica menos grave mais recorrente. Se há programas para doentes mentais mais graves, (chamamos-lhes os mais incapacitados, os esquizofrénicos, os doentes bipolares), aparece aqui ou acolá um outro projecto de inclusão mas muito pouco, muito pontuais, projectos-pilotos, mas vão aparecendo. A nível empresarial de local de trabalho a legislação não protege os doentes com outras patologias psiquiátricas. O quadro de ansiedade ou de insónia que gere patologia psiquiátrica não está protegido de trabalhar por exemplo numa fábrica por turnos. Na fábrica por

exemplo teria de por baixa. Se não é capaz de fazer turnos tem de meter baixa ou é despedido não é? Ou rescindem o contracto no final não é? Isto é um indicador de que estes doentes não estão protegidos. Não há legislação que o proteja. É um doente que necessita de tomar fármacos e de alguma forma nem todos os psicofármacos são sedativos mas alguns deles são não é? E esse doente não está protegido de forma a ter alguma flexibilidade no horário. Seja um operário fabril ou até mesmo um funcionário público, não é que à partida esteja mais protegido mas noutro tempo estava mais protegido pela legislação, hoje em dia não está. Não tem a facilidade de chegar mais tarde para compensar o ter saído mais tarde do local de trabalho. Isso demonstra que não há uma protecção para com o doente mental.

**Em relação aos meios de comunicação social, acha que muita da informação de carácter psiquiátrico que é transmitida é estigmatizante ou corresponde à realidade?**

AC- É estigmatizante, é estigmatizante. Os meios de comunicação social são redutores, procuram criar clichés com os doentes mentais.

**Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

AC- Claro. É preciso ter fé. É por isso que sou psiquiatra, é por isso que vivo encantado com a profissão. Mas que é difícil é. Que é difícil é. As pessoas vão procurando mais os cuidados de saúde mentais, isso sim, mas ainda procuram muito com receio do nome psiquiatra. Todos os dias eu sou confrontado com essa situação. Na minha prática diária, todos os dias, já hoje ouvi um doente que me disse “eu quero trazer cá o meu pai mas ele não pode saber que está a falar com um psiquiatra, o doutor diz que é só um médico e que não é psiquiatra”. Todos os dias ouço isto. **E compactua?** Não, não. Explico logo ao doente quem sou. Sou o António Carvalho, sou médico especialista em psiquiatria. Cabe a nós combater o estigma. A verdade é que as pessoas que vão à consulta não precisam de cuidados de saúde mentais. Essas pessoas continuam com estigma. E todos os dias continuam a dizer que o psiquiatra é o médico dos malucos e não das pessoas que sofrem psiquicamente.

**Maria Luísa de Lucena e Vale- E03MLV- 13 de Março**

**De um modo geral, como caracteriza a situação actual da psiquiatria em Portugal?**

**MLV-** Ainda é uma especialidade com estigma. As pessoas ainda têm dificuldade ou relutância em normalmente recorrer aos serviços de um psiquiatra.

**O que acha que está em falta em Portugal, quando falamos em doença mental?**

**MLV-** Uma integração. Quer dos doentes, quer dos serviços prestados aos doentes.

**Em relação a recursos humanos e financiamento, acha que estes se adequam à situação actual?**

**MLV-** Não. Não de maneira nenhuma. Digamos que há um “gap” muito importante entre os serviços técnicos e a comunidade e a sociedade. Não há uma inter-relação próxima de uma forma a que as pessoas da comunidade e da sociedade em geral vejam uma continuidade entre um doente internado e um doente em ambulatório.

**Na sua opinião, a sociedade portuguesa tem conhecimento ou interessa-se pelo plano nacional de psiquiatria em vigor?**

**MLV-** A sociedade portuguesa em geral não. Acho que não, que não se interessa. Só se interessam os poucos que têm doentes a cargo porque não existem saídas não é? Esses sim interessam-se porque sabem o peso que isso representa.

**Acha que esta mesma sociedade está preparada para receber e lidar com doentes mentais?**

**MLV-** Muito pouco preparada. De maneira que era preciso haver mais pessoal de ligação. Haver técnicos que fizessem a ligação. **Como por exemplo antropólogos médicos?** Sim era interessante, antropólogos médicos era até muito interessante. **Haver uma ligação entre os antropólogos e os psiquiatras ou entre os antropólogos e os doentes?** Eu digo entre os psiquiatras e os serviços de psiquiatria, englobando técnicos e doentes. E na sociedade em geral, haver os antropólogos médicos para conseguir contextualizar as coisas, as situações, de forma a apropriar a cada cultura e a cada sistema de valores não é?

**Sente que somos uma cultura estigmatizante?**

**MLV-** Sim, muito. Somos uma cultura muito estigmatizante. Talvez por sermos realmente periféricos. Temos pouca noção do geral. Dedicamo-nos muito a pormenores muito medíocres e desinteressantes.

**Como acha que se deve combater o estigma e por onde começar?**

**MLV-** Combater o estigma e por onde começar? A primeira coisa é educar a sociedade em geral. Tal como se educa sobre a diabetes e outras doenças crónicas, educar também sobre... campanhas para entender a saúde mental e como é que as pessoas vivem com a doença mental, tal como vivem com a diabetes ou com hipertensão.

**Acha que a sociedade portuguesa olha para os doentes mentais como perigosos, sendo mais susceptíveis de cometer crimes?**

**MLV-** Há alguma tendência para isso há. Há alguma tendência, sim.

**Acha que a população portuguesa se preocupa com os direitos das pessoas com doença mental e tem noção de que muita da legislação que se tenta implementar é a pensar na integração destas pessoas na comunidade?**

**MLV-** Não, não. Eu acho que a legislação é mais a pensar em defender as pessoas dos doentes mentais e não os deixar aproximar das pessoas, do que integrá-los na sociedade.

**Em relação aos meios de comunicação social, acha que muita da informação de carácter psiquiátrico que é transmitida é estigmatizante ou corresponde à realidade?**

**MLV-** É estigmatizante e não corresponde á realidade.

**Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**MLV-** Não com o estigma que existe agora claro. Tal como um hipertenso é um hipertenso, tem que se viver com uma doença crónica e isso pode ser uma limitação. Mas pode ser uma limitação com que se viva bem e com qualidade de vida; não quer dizer que a dor não exista. E acredito que podemos chegar ao sem estigma.

**João Relvas- E04JR- 13 de Março**

**De um modo geral, como caracteriza a situação actual da psiquiatria em Portugal?**

**JR-** Caracterização a vários níveis, digamos. Portanto, eu penso que podemos dividir a psiquiatria e a situação actual da psiquiatria em Portugal e em qualquer outro país, em vários níveis, não é? Portanto, no aspecto organizacional, que é um aspecto extremamente importante, como é que estão organizados os serviços e os cuidados, que

tipos de serviços há e que tipos de cuidados há; a parte digamos, clinico-científica, qual é o âmbito da formação que as pessoas têm, o tipo de actividades e práticas clínicas que têm e quais são os desenvolvimentos técnicos; e depois os aspectos formativos de todos os técnicos de saúde mental, médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, todos os terapeutas aí envolvidos, portanto há realmente esse aspecto. Neste momento, o que há, são um conjunto de políticas com as quais eu não estou muito de acordo, com muitas delas, em que houve, por exemplo, uma redução muito grande de camas e estamos agora a pagar o preço das camas e neste curto projecto de acção da psiquiatria (que é um projecto que penso iria até 2017 se não estou em erro) não foram criadas muitas das estruturas que estavam previstas. O que nós sentimos na prática é que muitas vezes os doentes...eu estou numa unidade em que temos realmente doentes agudos, em que temos um número não muito grande de camas para dar cobertura às necessidades que temos, e com este número realmente limitado, temos dificuldades em dar resposta em muitas áreas que poderíamos eventualmente dar resposta e temos uma grande dificuldade em colocar os doentes, por exemplo, os doentes crónicos, ou com doenças crónicas, ou com problemas de saúde que requerem depois alguma, digamos, supervisão, depois mais tarde, não temos de facto as instituições para isso. E é muito mais crítico nas pessoas da terceira idade em termos de camas, em termos de centros de dia, em termos de estruturas de recuperação de doentes, e portanto aí é que não há digamos... muitas vezes temos a dificuldade de o doente ter alta, ficar ainda a ocupar uma cama aqui a nível hospitalar, que é muito mais cara que qualquer outra estrutura de saúde. Porque não haver depois uma saída correcta, adequada?; portanto este plano de saúde mental foi feito...não criou as estruturas que se propunha criar, para fechar os hospitais dos chamados doentes crónicos não é? **Portanto, não está de acordo com o plano nacional de psiquiatria em vigor?** Não estou muito de acordo, o plano tem coisas positivas e tem de certo modo coisas que a pontam para uma modernização sobretudo das estruturas mais antigas que havia, (e que em Portugal havia Porto, Lisboa e Coimbra); mas entretanto não foram depois criadas as estruturas alternativas para os vários problemas, ou mais adaptadas ou mais de acordo com os tempos não é? Não foram portanto criadas para nos darem resposta. Portanto fecharam-se as antigas sem terem sido criadas as novas e portanto isso é o que nós notamos como maior dificuldade. Pronto, depois há tudo aquilo que são as dificuldades que neste momento existem no mundo hospitalar, que veio com a crise e com os cortes que tem havido, quer em termos das pessoas e dos técnicos, quer depois em criação de estruturas novas



não é? Portanto a nível hospitalar mesmo. Nós temos aqui algumas unidades que estamos a tentar criar em que há realmente muitos entraves do ponto de vista financeiro, do ponto de vista legal para o desenvolvimento. Portanto são áreas que não podemos dar resposta e queríamos, quer em termos assistenciais quer em termos de pesquisa, quer até em termos de formação dos internos e dos outros técnicos, porque de facto há um certo estrangulamento destes aspectos.

*\*Foram eliminadas as duas perguntas que se seguiam, uma vez que o Doutor Relvas acabou por responder a elas na primeira questão.*

**Na sua opinião, a sociedade portuguesa tem conhecimento ou interessa-se pelo plano nacional de psiquiatria em vigor?**

**JR-** A sociedade portuguesa em geral? **Sim.** Não. Passa-lhe um bocado ao lado não é? Quer dizer é um plano que tem muito de político, é um plano que...a principal crítica que eu faço é que é um plano feito por pessoas que não fazem muita clínica, quer dizer, os produtores e as pessoas que lançaram a proposta não são propriamente clínicos no termo que têm, não é? Portanto são pessoas que não têm digamos, não estão no dia-a-dia da clínica. Mas portanto em termos da sociedade em geral penso que passa realmente ao lado. Mesmo na comunidade psiquiátrica onde as pessoas estão a par mas enfim, não há assim uma grande...O problema é que não foi feito em diálogo com as pessoas...foi assim feito um bocado de cima para baixo. E portanto, mesmo até na comunidade científica e na comunidade psiquiátrica a nível nacional, mesmo as pessoas que conhecem o plano, houve alguma resistência claramente. Algumas que se justificam outras que não se justificam porque há aspectos de modernidade que o plano tem mas também houve aspectos um bocado utópicos ou um bocado difíceis de aplicar com os recursos que temos não é?

**Acha que esta mesma sociedade está preparada para receber e lidar com doentes mentais?**

**JR-** Nunca, portanto, está verdadeiramente. E isto é um processo digamos contínuo não é uma coisa que a sociedade fica preparada e já fica preparada para sempre. Isto é um processo contínuo até porque o tipo de cuidados a ter, o tipo de conceptualização da doença mental varia com o tempo, com os avanços científicos e técnicos, com os avanços clínicos e portanto é um processo, tem que ser realmente um processo contínuo. O que acontece muitas vezes é uma certa rejeição dos doentes, nós vemos por exemplo

as famílias e as instituições rejeitarem à partida os doentes não é? Se a pessoa tem um problema mental e também tem um problema médico há, as vezes, uma tentativa de empurrar para a saúde mental numa tentativa de resolução de tudo. Portanto podemos dizer que não tem um nível satisfatório mas que isso nunca é realmente um processo acabado, é um processo sempre contínuo porque é preciso ir dando formação às pessoas e ir dando digamos, alguma educação até sobre o que são as coisas, ir dando também alguma informação, embora a informação por si só não chegue para mudar as atitudes mas é preciso um conjunto de coisas e é um processo contínuo que nunca está realmente acabado. Mesmo nos países com bom nível nunca é um processo acabado mas que exige acções continuadas ao longo do tempo.

### **Sente que somos uma cultura estigmatizante?**

**JR-** O estigma existe sempre. Em maior ou menor grau e existe em todos os países em todos os sítios em todas as culturas em todas as épocas não é? Tem-se vindo a combater o estigma mas o estigma também faz parte daquilo que se disse antes. É um processo em que também são precisas acções contínuas e constantes de esclarecimento de pessoas, de educação das pessoas, de informação correcta de desmistificar até, uma coisa e outra, quer dizer, as pessoas em geral e portanto penso que a atitude muda até porque há realmente boa informação em alguns canais jornalistas periodicamente sobre os avanços que têm sido feitos na área da saúde mental e dos cuidados, e na área das neurociências em geral e portanto há algumas camadas digamos, mais educadas do país que são mais sensíveis a isso. Agora é também um processo que exige tempo e não podemos estar contentes com o grau que há digamos, de luta contra o estigma ligado à saúde mental.

### **Como acha que se deve combater o estigma e por onde começar?**

**JR-** O processo tem de ser feito a vários níveis. Portanto, os agentes de saúde detêm um papel importante, o serviço nacional de saúde em geral. Porque já se combateu uma coisa que foi de certo modo um medo no nosso país que foi separar áreas da saúde de outras áreas não é? No nosso país criaram-se grupos que têm que ver com doenças, por exemplo, o Instituto Português de Oncologia, dedicado ao cancro, houve vários anos um instituto dedicado à tuberculose, com os hospitais para a tuberculose e com os sanatórios, e com estruturas da saúde só para tratar disso. Houve também por exemplo, para a lepra que é agora um problema residual no nosso país, também um hospital só

para a lepra, para a doença mental, álcool e dependências também houve estruturas à parte, portanto para a alcoologia foram criadas no nosso país estruturas à parte para os problemas do álcool, embora os hospitais gerais também tratem problemas relacionados com o álcool; foram criados os Centros de Alcoologia de Lisboa, Porto e Coimbra, para as drogas fez-se isso também, para as toxicodependências penso que nos anos, finais dos anos 70 foram criadas aquilo que se designou durante muito tempo, Instituto da Droga e da Toxicodependência, que não pertencia ao Ministério da Saúde na altura, era dependente do Ministério da Justiça o que não tem sentido nenhum, como o Instituto de Oncologia pertenceu durante muitos anos ao Ministério da Educação. Portanto houve assim algumas idiossincrasias históricas no nosso país que condicionaram um bocado as coisas. Portanto a integração é um aspecto realmente importante não é? E é um processo que tem de se começar por vários sítios em simultâneo, pela educação dos próprios alunos de medicina, dos técnicos que vão trabalhar em saúde, que vão trabalhar com doentes, pela informação para o grande público, pelas próprias escolas na formação das pessoas logo desde a escola primária ou pouco tempo depois, começar a pensar no papel até que os médicos de família e centros de saúde podem ter. Penso que poderá haver várias áreas em que poderá haver um trabalho activo e também as próprias sociedades científicas se devem preocupar em ensinar formações ou até mesmo fazer visitas aos hospitais gerais e aos hospitais que lidam mais directamente com a saúde mental para portanto mostrar às pessoas o que é que é feito, e como é que é feito não é? Portanto penso que isso são coisas que poderão ser feitas.

**Acha que a sociedade portuguesa olha para os doentes mentais como perigosos, sendo mais susceptíveis de cometer crimes?**

**JR-** Essa é a ideia geral que há, penso eu, que realmente o doente com problemas de saúde mental é mais perigoso do que a população em geral. Isto tem muito a ver às vezes com o certo aparato de alguns crimes cometidos por doentes de saúde mental. São crimes um pouco mais bizarros e aparatosos. Não sei se há estudos no nosso país que mostrem que os doentes mentais tenham mais criminalidade digamos, que as pessoas ditas normais, entre aspas, não sei se há. O que se sabe é que nas prisões e penso que é válido no nosso país e noutros países, há uma percentagem mais alta de pessoas com doença mental nas prisões do que há na população geral, portanto, depois às vezes alguns crimes cometidos por doentes mentais, sobretudo crimes cometidos por psicóticos, tem um grau de bizarria grande e portanto chamam mais a atenção da

opinião pública. Mas eu recorro que, no último século, o maior número de mortes não foi cometido por pessoas consideradas doentes mentais, foram pelos políticos, pelos militares, portanto nós vemos no século XX duas guerras mundiais com milhões e milhões de mortes, e enfim, penso que o peso pesado, os crimes cometidos por doentes mentais ficam realmente atrás da mortalidade e da mortandade que foi cometida pelos políticos e militares de vários países

**Acha que a população portuguesa se preocupa com os direitos das pessoas com doença mental e tem noção de que muita da legislação que se tenta implementar é a pensar na integração destas pessoas na comunidade?**

**JR-** Penso que a população geral não tem muita informação. Como eu também não sei sobre a legislação para uma dada área específica, portanto a população geral não terá realmente muita informação sobre isso. Penso que as pessoas sabem que as políticas mudaram e que hoje se acentuam muito mais os aspectos da integração, até mesmo nas próprias escolas com as crianças que têm alguma deficiência ou alguma dificuldade ou necessidade especial, e portanto penso que haverá algum caminho feito mas que ainda estamos muito longe não é? Como se passa na questão do estigma há muita coisa a fazer penso que nesta área também haverá ainda muita coisa a fazer.

**Em relação aos meios de comunicação social, acha que muita da informação de carácter psiquiátrico que é transmitida é estigmatizante ou corresponde à realidade?**

**JR-** No nosso país não há aquilo que há noutros países já; em que há jornalistas especializados em certas áreas não é? Portanto em alguns países têm jornalistas que se dedicam aos avanços tecnológicos, outros nos aspectos científicos, outros nos aspectos das leis em geral, outros que acompanham o desporto ou que acompanham a saúde, no nosso país não há jornalistas especializados a este nível. Há digamos, jornalistas generalistas que fazem um pouco de tudo e muitas vezes não têm uma preocupação científica ou até de conhecimento de como é que se passam as coisas a nível médico; é preciso ter um *background* que permita depois apoiar aquilo de que se está a falar e realmente neste sentido, as coisas não estão bem no nosso país. Depois muitas vezes não cumprem algumas normas, que já são normas internacionais e também, quando publicam por exemplo a morte por suicídio de alguma pessoa célebre, isso ainda não o fazem correctamente, há normas internacionais para isso, e as pessoas não estão

portanto a par ou não o fazem correctamente. Portanto para dar só o exemplo de coisas que não são relatadas como deviam ser. Portanto há aqui uma lacuna forte não é?

**Acredita numa psiquiatria sem estigma?**

**JR-** Penso que sim. Aliás, isto é como tentar reduzir os acidentes de trânsito. A mesma pergunta, acredita que daqui a uns anos pode ser seguro viajar sem ter nunca nenhum acidente ou desastre? Não haver mortes. Se calhar a tendência é chegar aos zero mas nunca se pode chegar aos zero não é? Quer nas viagens de carro quer nas viagens de comboio, nas aéreas ou de barco, se calhar o esforço é no sentido de a coisa se reduzir para zero, tendencialmente, mas nunca chegamos aos zero; e aqui também se calhar o esforço será minimizar ao máximo, mas se calhar também nunca chegaremos aos zero. Estas perguntas todas que me pôs nunca estão acabadas, portanto é um processo contínuo, quer dizer, nascem todos os dias pessoas, morrem todos os dias pessoas e tem que haver uma renovação, tem que haver um processo de aprendizagem e portanto todos estes esforços a todos estes níveis são um grande processo digamos, que tem de ser contínuo e constante, não é uma coisa que fica ou que está feita para sempre. Não há aqui histórias como nos contos para crianças, “...E foram felizes para sempre...”.

## **ENTREVISTAS: PORTADORES DE DOENÇA MENTAL (ESQUIZOFRENIA)**

### **Hugo (Nome Fictício) – E05H- 1 de Abril**

#### **Como se deu a sua entrada na Associação Recriar Caminhos?**

**H-** Eu trabalho na fundação de Miranda do Corvo e a Doutora Carina foi fazer uma investigação para o doutoramento dela e entrevistou-me. Depois eu adicionei-a no Facebook e foi a partir daí, ela convidou-me para vir para a associação.

#### **Está feliz com as actividades que desempenha na Recriar Caminhos? Pertence a que grupo artístico?**

**H-** Sim estou, pertenço aos Controversos.

#### **Teve alguma formação específica nesta área artística?**

**H-** Não não, se bem...Lia poesia no liceu e assim mas declamações nunca tinha feito. **Mas sempre se interessou por esta área?** Sim gosto de poesia.

#### **Tem algum curso superior?**

**H-** Não. Frequentei o ISCA em contabilidade e auditoria mas não terminei porque adoeci.

#### **Durante os seus estudos, sentiu alguma vez ser tratado de maneira diferente por professores ou colegas por causa da sua doença? Sentiu-se rejeitado, criticado ou acusado de alguma coisa? E nos cafés ou na rua?**

**H-** Não. Eu é que se calhar tirava conclusões que se calhar não eram verdadeiras. Era imaginação minha acho eu.

#### **Trabalha? (Em caso negativo) A sua doença impede-o de arranjar trabalho?**

**H-** Sim, sou administrativo na Fundação ADFP de Miranda do Corvo. Tenho um contrato de enclave que é o ordenado mínimo que ganho.

#### **Gosta do trabalho que faz ou gostaria de trabalhar noutra actividade?**

**H-** Gosto, gosto. Antes de ir para a ADFP já tinha sido administrativo na função pública. Depois houve aí um período que adoeci...Aquilo é um enclave, (emprego

protegido), não é um emprego normal não é? Não há discriminações, há pessoas com deficiência, com doença mental e interagem todas umas com as outras e sinto-me bem lá.

**Costuma ver ou ler notícias relacionadas com doença mental na televisão e nos jornais? (Em caso afirmativo) Essas notícias correspondem à realidade?**

**H-** Sim, sim. Não, não. Nos filmes e assim dizem que a esquizofrenia tem a ver com dupla personalidade e isso está errado. Também dizem que os esquizofrénicos são mais violentos e isso está errado. **E como é que lida com isso?** Antigamente dava mais importância e queria lutar contra isso, agora já não dou grande importância. **Porque desistiu mesmo ou simplesmente já não liga?** Consegui ultrapassar. Por exemplo às vezes dizem no parlamento “...você é um esquizofrénico...”, ou “...o senhor faz uma política esquizofrénica...”, mas eu agora já não ligo a essas coisas.

**Acha que a associação lhe dá algum tipo de apoio que sem ela não teria?**

**H-** Sim, sim. O convívio, a camaradagem entre todos. A amizade e conhecer pessoas novas.

**Como acha que as pessoas recebem as vossas encenações?**

**H-** Recebem bem. Sentimos o feedback dos aplausos e depois no fim também nos convidam para ir a outros sítios e assim.

**Vive sozinho ou tem o apoio da sua família? (Caso tenha o apoio da família) Gostava de morar sozinho?**

**H-** Tenho o apoio da minha família, moro com os meus pais. Se tivesse dinheiro comprava um apartamento mas não era para viver sozinho. **Para constituir família?** Sim sim, gostava de constituir família e ter filhos.

**Sente que o seu país, através do SNS, o apoia de forma adequada e que os seus direitos enquanto ser humano são respeitados?**

**H-** Eu tomo uma injeção de 15 em 15 dias e sempre foi gratuita. Agora aqui há uns 3 anos começou a ser paga. Se eles dizem que a esquizofrenia é uma doença crónica, as medicações deviam ser gratuitas. Depois em ralação às taxas moderadoras isso sou isento. Mas por exemplo, fui a uma junta médica, que a minha médica passou-me um

relatório para tirar o atestado multiusos e só me deram 30% de incapacidade. Fiquei um bocado revoltado com isso. **Fez alguma coisa ou não havia nada a fazer?** A minha mãe mandou uma carta para lá mas responderam que não havia nada a fazer.

**Tem algum projecto que gostaria ainda de realizar?**

**H-** Gosto de fotografia, gosto de cinema. Ler já não tenho grandes capacidades de memória e concentração mas sinto-me bem.

**Guilherme (Nome Fictício) – E06G - 1 de Abril**

**Como se deu a sua entrada na Associação Recriar Caminhos?**

**G-** Através de dois colegas da Recriar Caminhos que trabalham na Fundação ADFP em Miranda do Corvo. Deram-me a conhecer isto e eu gostei e comecei a integrar-me aqui.

**Está feliz com as actividades que desempenha na Recriar Caminhos? A que grupo artístico pertence?**

**G-** Sim. Pertenço aos Controversos.

**Teve alguma formação específica nesta área artística?**

**G-** Não foi uma formação dirigida. É como se tivesse sido um pouco autodidacta. Gostei sempre muito de todos os tipos de performances artísticas e talvez daí tenha tirado alguns ensinamentos que tenho aplicado um pouco de forma inconsciente aqui. Foram as únicas ajudas que eu tive, de resto mais nada.

**Tem algum curso superior?**

**G-** Não.

**Nos cafés ou na rua alguma vez foi tratado de forma diferente?**

**G-** Não.

**Trabalha? (Em caso negativo) A sua doença impede-o de arranjar emprego?**

**G-** Sim, trabalho na Fundação ADFP. Mas não sou remunerado. É um trabalho mais ou menos voluntário. **E qual é o trabalho que faz?** Trabalho lá como desenhador.

**Gosta do trabalho que faz ou gostaria de trabalhar noutra actividade?**



G- Eu gostava de trabalhar. Que fosse remunerado.

**Costuma ver ou ler notícias relacionadas com doença mental na televisão e jornais? (Em caso afirmativo) Essas notícias correspondem à realidade?**

G- Não nunca. Até porque eu fujo um pouco a essas notícias. **Então é uma opção?** É. Tenho um pouco de fobia, tenho um pouco de fobia. Para mim, sinto que poderia funcionar um pouco como...de uma forma um pouco depressiva. Passam notícias e eu vejo, não sei se podemos integrar aquele programa que existe na TSF, de um psiquiatra e de uma psicóloga, esse sigo todos os dias por acaso mas gosto de ouvir. Esse gosto de ouvir porque é feito de forma positiva. Agora tudo o que seja para ficar em baixo fujo um pouco. Fujo ou não dou atenção. Simplesmente não dou atenção.

**Acha que a associação lhe dá algum tipo de apoio que sem ela não teria?**

G- Através do Controversos dá-me muito apoio. Dá-me muito apoio. **Por exemplo?** É uma coisa que eu gosto muito de fazer, são mais pessoas que eu conheci, boas pessoas, bastante interessantes. **Que de alguma forma se relacionam consigo?** É. E ajuda-me a descobrir também um pouco a poesia, que eu também não ligava muito. Desde sempre eu li um bocado, excepto quando comecei a ter a minha doença, aí comecei a fugir bastante à leitura mas à poesia nunca tinha ligado e agora através dos controversos tenho achado interessante. Mais coisas positivas que tenha tido aqui, através dos Controversos, foi conhecer pessoas e sentir-me com energia para viver.

**Como acha que as pessoas recebem as vossas encenações?**

G- Bem.

**Vive sozinho ou tem o apoio da sua família? (Caso tenha o apoio da família) Gostava de morar sozinho?**

G- Tenho o apoio da minha mãe e da minha irmã. Mas gostava de viver com uma mulher.

**Sente que o seu país, pelo SNS, o apoia de forma adequada e que os seus direitos enquanto ser humano são respeitados?**

G- Dadas as circunstâncias do país eu acho que apoia. **E os seus direitos?** Eu acho que sim.

**Tem algum projecto que gostaria ainda de realizar?**

**G-** Para além de ter um trabalho remunerado, tenho o projecto de ser feliz. Talvez o projecto de ter um curso superior mas isso é uma coisa que são mais as pessoas conhecidas a sugerir e insistir do que eu próprio. **E seria um curso relacionado com o desenho?** Vários, jornalismo, música, arquitectura, tinha vários.

**Júlio (Nome Fictício) – E07J - 1 de Abril**

**Como se deu a sua entrada na Associação Recriar Caminhos?**

**J-** Fui convidado pela Doutora Carina Teixeira. A mim e a outro colega e pediu para irmos ter a sede. Logo ali fala-mos o que é que se pretendia, que iríamos iniciar um grupo de leituras, o nome; e ficou logo tudo assim alinhavado. E falamos dos possíveis temas que poderíamos falar.

**Está feliz com as actividades que desempenha na Recriar Caminhos? Pertence a que grupo artístico?**

**J-** Sim sim, muito. Tem-me feito muito bem. Pertenço aos Controversos.

**Teve alguma formação específica nesta área artística?**

**J-** Não. Dei-me logo bem. Logo quer dizer, acho que agora estou muito melhor. A minha dicção melhorou muito em relação ao que era. Acho que estou com outra postura mas isso também são lutas cá minhas. Não tem a ver com isto. Eu costumava tomar um comprimido calmante antes dos espectáculos e nos dois últimos achei que já não era preciso. Portanto acho que estou a encarar isto bem.

**Tem algum curso superior?**

**J-** Frequentei Matemáticas Aplicadas em Lisboa mas não completei o segundo ano. Não era a minha área.

**Durante os seus estudos, sentiu alguma vez ter sido tratado de maneira diferente por professores ou colegas por causa da sua doença? Sentiu-se rejeitado, criticado ou acusado de alguma coisa?**

**J-** A minha doença é posterior a isso. Quando eu estava ainda em Lisboa a viver, estive 7 anos sem ser medicado, era um dia-a-dia horrível mas eu achava que era uma coisa

contra a qual eu conseguia lutar. Entretanto depois fui parar ao hospital de urgência, ao Júlio de Matos, e estive 10 dias internado e no final pensei logo em sair de Lisboa e escolhi Coimbra. E agora... a miudagem lá do bairro sabe que eu sou doente (já morei em três bairros diferentes) sabem que eu sou doente e pronto, martirizam-me um bocado por isso. Tentam testar os meus limites. **E lida bem com isso?** Lido bem. Agora ultimamente tenho andado a lidar pior porque eles bloquearam o programa de desenho que é com que eu trabalho, já foi há coisa de três dias; quer dizer, isso não se faz a ninguém, tirar o sustento não se faz a ninguém e acho que... já era má educação, então assim. Mas eu conseguia lidar com isto, com esta parte é que eu lidei muito mal, porque às vezes levam-me mesmo aos limites. E pronto, são grupos que se tentam formar assim... **E está a fazer alguma coisa em relação a isto?** Tenho falado com a psicóloga e falei com o meu irmão, a psicóloga diz que eu estou a encarar bem a coisa. Ela não sabe que eu fiquei sem programa de desenho; ela tem vindo a acreditar em mim, antes não acreditava, agora foi um passo que deu em frente, quer dizer, eu antes chegava lá e dizia as minhas coisas e ela não acreditava em mim, eu “tava” quase para desistir e por último ela lá disse que acreditava. Mas o meu irmão por exemplo não acredita. Diz que são impressões minhas e eu não posso fazer nada quanto a isso.

**Trabalha? (Em caso negativo) A sua doença impede-o de arranjar emprego?**

**J-** Estou como estagiário na ADFP e faço trabalhos por fora de desenho. É estágio remunerado.

**Gosta do trabalho que faz ou gostaria de trabalhar noutra actividade?**

**J-** Gosto, trabalho lá como desenhador. É nisto que eu me sinto mais à vontade. Aprendi cá em Coimbra já, e foi muito difícil aprender porque na altura estava com uma medicação muito forte, mas aprendi.

**Costuma ler ou ver notícias relacionadas com doença mental na televisão e jornais? Essas notícias correspondem à realidade?**

**J-** Costumo ver. Noticiários antes ia à internet ver, agora já nem isso. Na televisão às vezes dão umas coisas interessantes, aquelas pequenas reportagens. Eles habitualmente vão aos hospitais psiquiátricos e correspondem à realidade, os hospitais são um bocado “...deixa-o estar para aí...” Agora estão a desinstitucionalizar mas tiram-nos dali e põem-nos em IPSS, é a mesma coisa mas só se dão com pessoas mais saudáveis.

**Acha que a associação lhe dá algum tipo de apoio que sem ela não teria?**

**J-** Sim. Dá-me imenso apoio. Para já foi mesmo na altura certa porque estava muito mal de finanças. E os meus irmãos ajudam-me, ainda ajudam mas na altura tinha mesmo que ser e a associação faz-me muito bem porque me deixa ocupado. Ocupa-me. Vou tentar arranjar emprego até ao final do curso mas se não conseguir vou para lá como voluntário porque me sinto bem. Eu se ficar em casa é meio caminho andado para adoecer e sentir-me mal. Faz-me bem, convivo com pessoas que estão por fora. Nós os doentes mentais temos muita tendência para nos juntarmos uns aos outros e isso nem sempre é bom, farta um bocado. Aqui temos pessoas que se relacionam connosco que não são doentes; ao mesmo tempo têm um olhar crítico e calmo sobre a nossa doença. E fui sempre bem recebido e isso faz-me bem.

**Como acha que as pessoas recebem as vossas encenações?**

**J-** Acho que recebem bem. Há muitos aplausos no fim. Uns correm melhor que outros mas em geral conseguimos uma boa prestação.

**Vive sozinho ou tem o apoio da sua família? (Caso tenha o apoio da família)  
Gostava de morar sozinho?**

**J-** Vivo sozinho.

**Sente que o seu país, através do SNS, o apoia da forma adequada e que os seus direitos enquanto ser humano são respeitados?**

**J-** Sim acho que sim. Quer dizer, não... Houve uma altura em que os medicamentos estiveram muito caros e eu gastava 90€ por mês em medicamentos. Acho isso incrível porque é às pessoas mais dificultadas financeiramente, que são os doentes mentais, (se calhar, 90% dos doentes mentais são desempregados), e é a esses que vão buscar o dinheiro e acho inacreditável. De resto o SNS tá bem organizado, tendo em conta aquilo que abarca está bem desenvolvido.

**Tem algum projecto que gostaria ainda de realizar?**

**J-** Eu escrevo. E gostaria de, (tenho um livro editado já), gostaria de editar outro sem gastar dinheiro. Que fosse uma editora, é que no outro paguei parte da edição e gostaria que no próximo não tivesse de pagar.

## **Maria (Nome Fictício) – E08M-1 de Abril**

**Como se deu a sua entrada na Associação Recriar Caminhos?**

M- Foi através do meu pai. Vim vindo às reuniões de terça-feira, em primeiro era à quinta, e depois fui ficando.

**Está feliz com as actividades que desempenha na Recriar Caminhos? Pertence a que grupo artístico?**

M- Estou, estou. Pertenço aos controversos.

**Teve alguma formação específica nesta área artística?**

M- Não, não tive.

**Tem algum curso superior?**

M- Tenho turismo. Tirei o curso superior de turismo, na Escola Superior de Educação de Coimbra.

**Durante os seus estudos, sentiu alguma vez ter sido tratado de maneira diferente por professores ou colegas por causa da sua doença? Sentiu-se rejeitado, criticado ou acusado de alguma coisa?**

M- Não, não senti nada. Nos cafés sinto, isso sinto, sinto que há pessoas a apontar e “...ela está sempre aqui...” e “...o que é que ela faz e não faz nada...” Há sempre assim uma recriminação. Mas durante os estudos não. **E como e que lida com essa recriminação?** Ignoro.

**Trabalha? (Em caso negativo) A sua doença impede-o de arranjar emprego?**

M- Não trabalho mas gostava de trabalhar. No turismo, numa agência de viagens. Não trabalho porque a minha doença não me deixa. Porque não consigo estar muitas horas seguidas concentrada.

**Gosta do trabalho que faz ou gostaria de trabalhar noutra actividade?**

M- .....

**Costuma ler ou ver notícias relacionadas com doença mental na televisão e jornais? Essas notícias correspondem à realidade?**

M- Costumo ver. Correspondem, geralmente correspondem. Falam sobre o estado da saúde mental no país e que, por exemplo, no dia da saúde mental abordaram várias pessoas que tinham que tomar os comprimidos. Eu por exemplo, tenho de tomar os comprimidos todos os dias. Agora às notícias menos positivas, isso não ligo muito.

**Acha que a associação lhe dá algum tipo de apoio que sem ela não teria?**

M- Acho que sim que me dá muito apoio. Aliás sobretudo as reuniões de terça-feira onde nós abordamos vários temas e fazemos exercícios físicos. Eu gosto muito de estar nesta associação.

**Como acha que as pessoas recebem as vossas encenações?**

M- Recebem bem, temos sido aplaudidos, temos tido muito público, temos feito já muitos espectáculos e acho que têm recebido bem.

**Vive sozinho ou tem o apoio da sua família? (Caso tenha o apoio da família) Gostava de morar sozinho?**

M- Eu tenho um apartamento onde tenho as minhas coisas sozinha, e já morei sozinha. Neste momento vivo com os meus pais. É mais fácil. Mas já vivi um ano e tal sozinha...

**Sente que o seu país, através do SNS, o apoia da forma adequada e que os seus direitos enquanto ser humano são respeitados?**

M- Acho que não apoia muito. Não é dos países que apoia muito esta doença. Podiam apoiar mais os doentes, principalmente o centro de internamento que não está muito organizado e acho que há muitas falhas para os internamentos das pessoas com esquizofrenia.

**Tem algum projecto que gostaria ainda de realizar?**

M- Por agora não. Quer dizer, eu pinto e gostava de expor uma exposição ou assim.