UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João António Girão Bica Carvalho

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL:
REINSERÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL NA REGIÃO DE LAFÕES DO DISTRITO DE VISEU

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia, especialidade de Antropologia Médica e Saúde Global orientada pelo Professor Doutor Luís Fernando Gomes da Silva Quintais e apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Agosto de 2018

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

A Desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal:

Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu.

João António Girão Bica Carvalho

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia, especialidade de Antropologia Médica e Saúde Global orientada pelo Professor Doutor Luís Fernando Gomes da Silva Quintais e apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Agosto de 2018

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Quero agradecer, encarecidamente, a todos os entrevistados: Dr Fidalgo de Freitas, Dr. Mário Pereira, Dr. Fernando Tavares e Enfermeiro Hélder Lourenço, que se demonstraram disponíveis a colaborar na elaboração deste trabalho.

Agradeço, também, à paciência da minha mãe e à falta de paciência do meu pai que me ajudaram a chegar ao fim do mesmo. Um agradecimento especial à minha avó Otília e às minhas tias Isabel Girão e Isabel Bica pelo constante incentivo e apoio.

Ao meu orientador, Professor Doutor Luís Quintais, que me garantiu um bom suporte bibliográfico e teve disponibilidade para me ajudar quando necessário.

E, finalmente, a todos os meus amigos e à minha namorada que me ajudaram a distrair, nas horas livres, para poder ter uma perspetiva mais calma sem cair demasiado em *stress* quando as datas de entrega apertavam.

Resumo

Este trabalho é um estudo acerca da evolução das práticas psiquiátricas em Portugal, mais especificamente na região de Lafões. Pretendo, através de entrevistas e trabalho teórico, entender e analisar, dentro de um contexto histórico e evolutivo, como as práticas de tratamento de doenças mentais se têm vindo a alterar e como estas são entendidas pelos seus atores. Através de entrevistas a psiquiatras e diretores de instituições de apoio, mais propriamente da ASSOL (Associação de Solidariedade Social de Lafões) na região de Lafões do distrito de Viseu, pretendo compreender as mudanças de paradigma que se têm vindo a formar ao longo da história da psiquiatria até aos princípios do século XXI, focando, sobretudo, a desinstitucionalização de doentes mentais e a sua reinserção social fazendo, assim, uma análise qualitativa do contexto ideológico, histórico, político e social em que o processo da desinstitucionalização se desenvolveu.

Palavras chave: Desinstitucionalização Psiquiátrica; Doença Mental; Reinserção Social; Deficiência; Apoio social

Abstract

This project is a study of the evolution of psychiatric practices in Portugal, more specifically in the Lafões region. I pursue, through interviews and theoretical work, an understanding and analysis, inside an historic and evolutionary context, how the psychiatric practices are changing and are understood by its actors. Using interviews made to psychiatrists and directors of support clinics and institutions, specifically ASSOL (Associação de Solidariedade Social de Lafões; Solidarity and social association of Lafões) in Lafões, Viseu. It's intended to shed light on the paradigm changes that have been forming since the beginnings of psychiatry until the present, focusing on the theme of deinstitutionalization of mental patients and in the practices around social inclusion. Creating a qualitative analysis of the ideological, historical, political and social context in which the process of deinstitutionalization developed.

Key words: Psychiatric deinstitutionalization; Mental illness; Social reintegration; Mental disability; Social support

Índice

Agradecimentos ..... **II**
Resumo ..... **III**
Índice ..... **IV**
Índice de Figuras ..... **V**
Índice de Abreviaturas ..... **VI**
Introdução **1**
Capítulo 1 ..... **5**
Contextualização Histórica
Capitulo 2 ..... **14**
A Loucura Representada ao Longo dos Tempos
Capítulo 3 ..... **17**
Contextualização Ideológica
Capítulo 4 ..... **24**
Institucionalização versus Desinstitucionalização
Capítulo 5 ..... **27**
A Medicação e a Desinstitucionalização
Capítulo 6 ..... **31**
A Desinstitucionalização na Região de Viseu
Capítulo 7 ..... **41**
Entrevistas
Conclusão **64**
Referências Bibliográficas **67**
Anexo 1 ..... **71**
Autorizações para realização/gravação das entrevistas

Índice de Figuras

Figura 1: *Stultifera Navis,* A Nau dos Loucos, Xilogravura de Durer……14
Figura 2: Total de pessoas apoiadas pela ASSOL entre 2011 e 2015 (ASSOL, 2016)……34
Figura 3: Logotipo da ASSOL……..40

Índice de Abreviaturas

ACES (Agrupamento de Centros de Saúde)

ACROF (Associação Cultural e Recreativa de Oliveira de Frades)

APPDA (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo)

ASSOL (Associação de Solidariedade Social de Lafões)

AVC (Acidente Vascular Cerebral)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos)

Introdução

Porquê um estudo qualitativo e teórico? Desde logo porque o problema de análises etnográficas quantitativas no contexto da desinstitucionalização de doentes mentais, está no método e no objeto de estudo, sendo imperativa uma análise aprofundada do contexto em que são produzidas algumas estatísticas, nomeadamente no caso de procura de informação do ponto de vista do doente. Assim sendo, como se pode quantificar uma opinião subjetiva que, a nível individual se pode alterar de dia para dia, ao que acresce o peso adicional dos dados serem fornecidos por pessoas com problemas mentais diferentes? Visto que a própria doença pode influenciar as respostas obtidas a um inquérito, entendo que uma análise qualitativa será mais relevante neste contexto.

Durante este trabalho vários problemas foram emergindo. Uma das propostas iniciais consistia na observação e na aplicação de questionários destinados a pessoas com doenças mentais. No entanto, várias dificuldades surgiram a nível teórico e prático que não permitiram uma avaliação mais aprofundada e direta sobre como a desinstitucionalização influencia este tipo de doentes. Assim, cedo surgiu a conclusão que esta problemática merece que se levem a cabo mais trabalhos etnográficos de observação qualitativa. A ideia inicial de entender os efeitos da desinstitucionalização revelou-se, assim, muito mais difícil e exigente em termos de trabalho etnográfico.

Quando Foucault (1987) nos fala da autonomia da ciência, entendemo-la como a forma em que o conhecimento epistemológico e o produto objetivo de uma determinada ciência se tornam autónomos das relações culturais e de poder, resultante da observação de uma realidade separada de um contexto interno humano. Assim sendo, esta é uma das razões pela qual este autor não critica ciências, como a Física, de forma tão profunda como faz com outras ciências de carácter humanístico, considerando que aquela é detentora de um método que impõe o resultado sobre a ideologia. Podemos, ainda assim, analisar e criticar interpretações filosóficas das implicações da tecnologia e dos resultados das ciências autónomas.

No caso da medicina e das ciências humanas, Foucault (1987) refere um certo grau de ausência dessa autonomia e defende a necessidade de uma análise do contexto ideológico e histórico em que alguns métodos se desenvolvem, sobretudo no contexto da psiquiatria, pelo facto de esta ser a área da medicina na qual pode ser observada uma ligação mais estreita com “o que é o humano”.

Deste ponto de vista considera-se, então, haver uma falha na psiquiatria no sentido da construção de um modelo de análise da realidade mental que crie abstrações válidas

correspondentes a poderes causais na realidade física. As “ciências autónomas” serão, então, capazes de se diferenciar de relações de poder, ao contrário das ciências que se refletem no mundo humano, cultural e mental.

Por outro lado, podemos verificar como esta noção de autonomia pode ser vista de outra forma. Constatamos como Thomas Kuhn e Michael Polanyi exploram a questão, revelando todas as ciências como encapsuladas numa forma subjetiva de procura da realidade, considerando que a educação influencia a forma como o cientista (de qualquer área da ciência) procura a resolução de problemas e que esta educação é, por sua vez, influenciada pelas relações de poder e o consenso científico. Para novas ideias que se opõem a outras, já estabelecidas, se manifestarem como verdades, estas devem causar uma mudança de paradigma na comunidade científica, podendo até, velhas ideias há muito rejeitadas, ser revisitadas como plausíveis e como verdadeiras, muito após a sua formulação. Isto acontece, não porque elas se tornaram mais ou menos reais ou representantes da realidade, mas sim porque o pensamento epistemológico se alterou devido a uma mudança da perceção sociocultural do mundo científico. Esta problemática, como a psiquiatria se tem vindo a alterar e a forma de tratar os doentes se tem vindo a modificar profundamente desde há pouco tempo, pode ser encontrada ao longo deste trabalho (Orman, 2016; Kuhn 1970).

Por outro lado, a avaliação deste processo deve ser efetuada de forma ponderada, pois o progresso científico dentro destas mudanças de paradigma, pode nem sempre revelar-se como uma evolução linear e de natureza progressista ou de melhoramento (Kuhn 1970).

O discurso da psiquiatria tem mantido, de forma mais ou menos constante, um paralelo com as medicinas biológicas. No entanto, através de uma análise histórica, verificamos falhas na correlação do mundo físico e no objeto de estudo, que tem imposto limites a que a doença mental possa ser tratada como um mal puramente da realidade física. Com os avanços tecnológicos, nomeadamente a nível de uma melhor compreensão do papel dos genes e das relações genes/ambiente, tem-se vindo a descobrir formas de fortalecer o discurso psiquiátrico no sentido de a considerar uma ciência mais intrinsecamente biológica. Ainda assim, a dissociação da psiquiatria e dos meios de poder em que esta se foi desenvolvendo não se torna possível na sua totalidade. Quando sistemas de crença podem influenciar os resultados biológicos de determinada doença (entenda-se aqui qualquer doença, mas principalmente as doenças psiquiátricas), esta pode ser compreendida como um objeto de estudo sociológico para além de físico. No entanto, a ideia da doença mental com uma origem meramente física ainda persiste, tornando-se então necessária, uma análise aprofundada das suas manifestações no contexto social e vice-versa (Braga, 2005; Choudbury, 2012).

Ao longo do trabalho vai sendo recorrente a utilização dos termos doença mental e doente mental. Estes termos são utilizados, de forma generalizada, englobando muitas síndromes e doenças distintas. Durante as entrevistas e em certas alturas, o termo divide-se em duas definições, o doente mental e o deficiente. Estas duas definições não são fáceis de caracterizar mas aparentam ter importância no processo de desinstitucionalização, sendo a maioria dos apoios atuais focados na deficiência e não na doença mental. Já no século XIX Pinel distinguia o "idiotismo" como sendo uma deficiência intelectual e não uma loucura, demonstrando já a separação destes diagnósticos. No final do séc. XIX a conceção de deficiência mental estava associada à perspetiva, exclusivamente biológica, de natureza neurológica, identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos, distinta da conceção de doença mental que se ligava a uma perceção com uma etiologia de incidência ambiental, embora esta, também, esteja imbuída de manifestação biológica, ou seja, com uma origem no desenvolvimento e não puramente congénita. É possível verificar esta distinção também durante o séc. XX (Carvalho, 2003).

O Tratado de Psiquiatria de Bleuler, em 1955, já incorpora aspetos mais dinâmicos às chamadas doenças mentais. Abre espaço para questões subjetivas, admite a perspetiva de multicausalidade e aceita a diversidade de expressões sintomatológicas. As deficiências mentais figuram como distúrbios congénitos da personalidade, inscritas na categoria das oligofrenias, assim entendidas como estados deficitários congénitos e precocemente adquiridos. Um exemplo de dois diagnósticos vistos nestas duas categorias poderá ser a trissomia 21 como uma deficiência e a esquizofrenia como uma doença mental (Carvalho 2003).

As definições que separam os diagnósticos de deficiência e doença mental são ainda hoje debatidos, não havendo uma componente fortemente objetiva para definir ambos os tipos de aflições. Ainda assim, vemos que esta perceção molda a abrangência de apoios. Doenças e síndromes podem aparentar estar completamente em lados opostos desta dicotomia, mas outras como algumas formas de autismo podem ser vistas como uma zona intermédia. Sendo a doença mental algo que aparenta funcionar como uma aflição temporária ou esporádica, mesmo que crónica, não debilitando o doente das suas capacidades cognitivas, a deficiência é um estado que se pode revelar em caso de doença mental, mas nem sempre o contrário se verifica. Sendo que, doentes mentais que sofrem de problemas emocionais, alucinações e ataques de paranoia, muitas vezes não têm qualquer tipo de atraso ao nível intelectual (Carvalho 2003).

Sem conseguir definições claras, ao longo do trabalho, apenas é referida esta separação algumas vezes, onde se torna mais relevante. A desinstitucionalização tem a sua influência em ambos os casos e, por isso, grande parte do trabalho acaba por referir a deficiência como estando dentro do espectro de doenças mentais.

Capítulo 1
Contextualização Histórica

Vários modelos animais têm vindo a ser usados para proceder a estudos farmacológicos destinados ao tratamento de doenças mentais (Nestler, 2010), o que parece indicar um certo grau de origem evolutiva destes problemas. Doenças como a esquizofrenia apenas podem ser detetadas de forma sustentada em humanos e mesmo que estas doenças existam em animais não humanos, parece ser impossível comprovar, de forma sustentada, este facto, podendo apenas supor-se da sua existência. Ainda assim, podemos afirmar com alguma certeza que a loucura acompanhou o desenvolvimento humano desde da sua génese.

Na Grécia Antiga, assim como ao longo do Império Romano, podemos constatar que a origem da loucura era maioritariamente atribuída aos deuses e à intervenção divina, embora que ao mesmo tempo, pensadores como Heródoto e Hipócrates pareçam apontar para uma noção de doença mental que se aproxima da visão psiquiátrica atual, isto é, como uma doença de origem física. O que pressupõe que, na antiguidade clássica, existia uma tentativa de separação entre o divino e o racional. A loucura de origem divina poderia ser negativa ou por outro lado ter vertentes positivas, considerando-se o louco como sendo capaz de contacto com o divino, alguém que estava num mundo entre homens e espíritos, entre o terreno e o divino (Alexander, 1966; Flower, 2008).

Uma das teorias médicas que mais acompanhou o mundo ocidental ao longo da sua história pré-iluminista foi a teoria dos humores, da qual ainda hoje podemos observar um eco na linguagem coloquial. Consolidada como teoria médica na Grécia Antiga, foi-se desenvolvendo e evoluindo até à Idade Média. Os humores eram fluidos corporais produzidos em determinados órgãos que detinham em si características que influenciavam o comportamento humano, sendo responsáveis por ambas aflições corporais e mentais. Na medicina hipocrática existiam quatro humores: o sangue, a bílis amarela, a bílis negra e o fleuma e o seu balanço era importante para combater diversas doenças. Outro contribuinte para o desenvolvimento desta teoria foi Galen de Pergamum, que também defendia que os humores eram essenciais para equilibrar as emoções que poderiam dar origem a distúrbios psicológicos, demonstrando assim uma noção continua entre corpo e mente, uma inexistência da separação cartesiana que se tornou mais influente na era dos asilos (Stelmack, 1991) .

Na China antiga, um país com uma longa tradição literária e de história acumulada, podemos encontrar várias correntes de pensamento médico que lidam com sintomas que se

assemelham a distúrbios mentais. Na era pré-moderna, antes da interação com a psiquiatria ocidental, existiam já noções médicas de doença mental que relacionavam diferentes formas de energia com vários órgãos do corpo. Estes órgãos detinham em si uma qualidade espiritual que influenciava os estados mentais e as doenças corpóreas e, assim, a mente poderia ser ritualmente curada através do tratamento do corpo, não existindo uma forte dicotomia mente/corpo. Claro que várias escolas e pensamentos existiam por toda a China e, algumas delas, podem ser interpretadas como aproximando-se de noções ocidentais (Chen, 2003).

Assim como na China Antiga, a Europa Medieval atribuía forças espirituais, como por exemplo as possessões demoníacas, a doenças mentais. Nesta época marcadamente espiritual podemos encontrar várias formas de ver a loucura, uma delas negativa, a possessão demoníaca ou a maldição, e a outra a positiva, a voz divina e os bons espíritos, dependendo do contexto. Vários santos falariam com deus e teriam revelações que, muitas vezes, são comparáveis a alucinações, parecendo existir um espectro de funcionalidade social na loucura (Alexander, 1966).

Um aspeto que se pode observar, frequentemente na literatura, é a categorização de loucura como um cesto que engloba casos tão diferentes como semelhantes. Muitas vezes, vemos nos *media,* casos de tiroteios ou assassinatos e, uma das conclusões populares mais frequentes, é considerar como causa principal a patologia mental, sendo que, aquele que age contra a norma moral da sociedade, é de forma geral doente mental, quer tenha algo biologicamente detetável ou não. Mas, nem sempre é esta a perspetiva adotada: nas nossas representações culturais, muitas vezes o herói que busca vingança matando os vilões “ás dezenas” é glorificado como justo e não como louco. Assim, a motivação do assassinato em massa, dita o que é ou não um ato de loucura. Então, a normalidade tem um diálogo contextual com a loucura, um diálogo que se perde numa teia de significados difícil de desemaranhar. Portanto, ao olharmos para culturas com noções morais e éticas diferentes, podemos, potencialmente, encontrar formas diferentes de se “ser louco”.

Concluindo-se, então, que diferentes culturas e diferentes contextos revelam noções diferentes do que poderá ser ou não considerado uma doença mental, podemos considerar também como fluida a sua definição. A categorização deste tipo de doenças torna-se também por isto muito difícil de um ponto de vista objetivo, sendo que vários problemas do foro psicológico têm vindo a ser colocados na mesma categoria de doença mental. Ao longo dos tempos estas noções também se têm alterado, sendo que a área da psiquiatria, dentro da medicina, é a que se encontra mais ligada aos estudos humanísticos como a sociologia e a antropologia (Choudbury,2012).

Antes do final do séc. XVIII, a psiquiatria não existia como uma área fundamental da medicina. Foi com a chegada do racionalismo dos finais do séc. XVIII e inícios do séc. XIX que se começaram a categorizar as doenças mentais e a observá-las como problemas físicos equivalentes a qualquer outra doença biológica. A observação de alterações anatómicas, não só ao nível cerebral, em autópsias, mas também na constituição física do crânio ou outras partes do corpo, começou a ter grande relevância neste novo "epistema" que envolveu a mentalidade ocidental e consequentemente mundial, pelo menos a nível institucional e administrativo. Antes destas alterações de mentalidade, os loucos eram vistos de uma forma mais fatalista: os mais inofensivos viveriam nas suas aldeias e bairros, outros seriam levados para prisões ou hospitais onde eram mantidos longe da sociedade em geral. A nova perspetiva sobre a doença mental traria consigo novas esperanças de requalificação e cura para os afetados pela loucura e, com esta nova esperança, surgiram as instituições a ela dedicadas (Alves, 1998; Foucault, 1965).

Os hospícios para onde os loucos eram levados serviam então apenas para o seu aprisionamento e consequente ostracização da sociedade, sendo considerados praticamente seres não humanos. Embora esta noção de inferioridade em relação ao estatuto humano não tenha desaparecido na sua totalidade, a forma como os loucos eram vistos alterou-se profundamente com o aparecimento do pensamento iluminista. Pinel, um médico francês, é o exemplo simbólico mais utilizado para evidenciar as alterações de pensamento e prática em relação à loucura, à forma como se olhava o louco sendo que, a sua prática, é considerada o ponto de viragem entre o asilo prisão e o asilo terapêutico, estando este conceito ligado à libertação dos loucos e ao seu tratamento como seres humanos (Foucault 1965).

No entanto, estas novas ideias sobre o louco, não o humanizaram muito mais do que anteriormente dado que continuou a ser considerado como o "alienado mental" ou "o degenerado". Um humano, mas um humano despido das qualidades de um ser civilizado, cuja doença era vista como um retrocesso evolutivo da mente e da moralidade. Como exemplo, constatamos que, na evolução da psiquiatria e na sua associação às práticas forenses, os criminosos considerados loucos podem ser ilibados, até certo ponto, da responsabilidade dos seus atos, despindo-se o doente do livre arbítrio, o que conduz, desta maneira, a uma forma diferente de desumanização. Esta mudança de paradigma em relação à loucura marcou o pensamento e a evolução da psiquiatria ao longo do século XIX e metade do séc. XX, influenciando o seu desenvolvimento até à atualidade. O louco podia ser tratado, corrigido ou, no mínimo, categorizado. Neste espaço de tempo, a esperança de tratamento era otimista e a ciência parecia ser capaz de tudo. Pinel e Kraepelin, entre outros, iniciaram as categorizações

psicopatológicas da doença mental com base no método experimental. Este processo de mudança terá sido apenas uma das peças num conjunto vasto de paradigmas que se alterariam nas formas de administração europeias durante aquela época. (Foucault, 1965; Quintais, 2012)

Pinel foi nomeado diretor dos hospitais La Bicètre e posteriormente de La Salpêtrière. Foi-se construindo o mito de que este médico, impressionado pelas condições infra-humanas em que os doentes viviam, obteve, em 1798, autorização da comuna revolucionária de Paris para libertar os asilados, muitos deles amarrados a grilhetas há várias décadas. De facto, não terá sido ele, mas sim um administrador, Pussin, que promoveu de forma prática essa autorização. Verifica-se assim que o novo paradigma social da psiquiatria e do asilo está profundamente associado e ligado á mudança social trazida pela Revolução Francesa. Da mesma forma, o ímpeto da desinstitucionalização pode estar ligado a alterações importantes a nível social (Pereira, 2004).

Em Portugal, apenas a partir da revolução de abril de 1974 é que podemos encontrar as primeiras tentativas sérias de instituir serviços domiciliários e de apoio desinstitucionalizado. Na Itália, o país pioneiro desta reforma psiquiátrica, verificamos que foi no início da década de 60, depois da estabilização do pós-guerra e do final de um governo fascista, que se demonstrou exequível a desinstitucionalização (Braga, 2005).

Por outro lado, terá sido talvez a ajuda do pensamento socialista em conjunto com as novas noções liberais do capitalismo (ideologias que juntas moldaram as democracias europeias do pós-guerra), que pode, indiretamente, ter levado a melhores oportunidades no sentido de surgirem apoios à desinstitucionalização bem como a uma maior aceitação pública deste processo. Observamos assim uma mudança de paradigma científico na psiquiatria associada a uma outra mudança no paradigma sociopolítico (Kuhn 1970).

Em Portugal, a criação de hospitais psiquiátricos e a transformação do asilo prisão em asilo terapêutico, deu-se durante o século XIX, seguindo-se assim o exemplo das tendências da Europa Central. A institucionalização da doença mental, em Portugal, iniciou-se assim em 1848 com a abertura do Hospital de Rilhafoles, oficialmente estabelecido em 15 de novembro de 1849 sob a direção de Francisco Martins Pulido. Posteriormente, em 1884, António Maria de Sena, conhecido como o avô da psiquiatria portuguesa, inaugurou o Hospital Conde de Ferreira, no Porto. (Cruz, 2015) Estes novos hospitais contrastavam com os asilos que anteriormente albergavam, conjuntamente, doentes mentais e outros tipos de pessoas marginalizadas tais como pedintes, prostitutas e outros considerados “degenerados” (Santos, 2011; Alexander, 1966;).

Embora na academia, teórica e filosoficamente, a perspetiva sobre a doença mental se mantivesse a par dos análogos internacionais, o desenvolvimento de estruturas de apoio como enfermarias e clínicas psiquiátricas em prisões ou o desenvolvimento de uma rede mais eficaz de instituições, foi mais lenta em Portugal do que no resto da Europa ocidental. Foi sobretudo durante a primeira república que se avançou significativamente no tratamento de doentes mentais, de certa forma por motivos políticos. Os republicanos viam a patologia psíquica de um ponto de vista fortemente influenciado pelo iluminismo e pela a teoria evolutiva, entendendo-a como uma degeneração patológica da sociedade que poderia ser tratada. Por outro lado, a monarquia tinha colocado o foco numa perspetiva mais legalista o que os republicanos viam como constituindo um forte impedimento ao desenvolvimento científico nesta área. Assim sendo, a monarquia investira mais nas questões jurídicas enquanto a república se predispunha a investir na medicina. Este financiamento da pesquisa, trazido pela primeira república, permitiu contabilizar o número de doentes mentais e entender melhor qual a situação portuguesa no contexto europeu. De certa forma, o discurso político, durante esta época, influenciava e era influenciado pelas noções científicas vigentes (Quintais, 2012; Alves, 1998). No entanto, construções e projetos para apoio aos doentes mentais, propostos no final do séc. XIX e no início do séc. XX, veriam a sua implementação apenas a partir dos anos 40 e 50 do século passado (Alves, 1998).

A institucionalização foi, durante muitas décadas, a única forma de controlo sobre a doença mental. Métodos de cura ou atenuação de sintomas foram sendo desenvolvidos, desde terapias subliminares a outras mais invasivas como a eletroterapia ou a lobotomia, desenvolvida inicialmente em Portugal nos anos 30 por Egas Moniz, a quem foi atribuído o Nobel de Medicina (Correia, 2006).

Só nos anos 50 e 60, com o desenvolvimento de produtos farmacêuticos direcionados para a psiquiatria, é que a comunitarização de doentes começou a ser algo intensivamente discutido, sendo assim possível uma pacificação dos sintomas que mais dificultavam a inserção social ou comunitária de doentes. É neste contexto que surgem as primeiras leis em Portugal para facilitar a desinstitucionalização de doentes mentais. Leis como a de Saúde Mental de 1963, pretendem reformar a estrutura hospitalar e a criação de centros de apoio regionais para uma melhor monitorização de doentes mentais e a sua possível desinstitucionalização e reinserção social. No entanto, estas reformas não sairiam do papel até umas décadas mais tarde (Alves, 1998).

Tal como Pinel, Franco Basaglia pode ser visto como o primeiro a levar a cabo esta nova libertação dos doentes mentais, sendo o primeiro a promover e a transformar,

oficialmente, a desinstitucionalização. Esta prática foi efetuada em grande escala, pela primeira vez, na Itália por volta de 1961, numa cidade chamada Gorizia onde Basaglia e os seus colegas tomaram conta do hospício aí localizado e abriram as suas portas, permitindo aos doentes que circulassem pelo hospício e pela cidade. Este modelo seria replicado noutras cidades e tornar-se-ia a base para a reforma psiquiátrica ocorrida na Itália em 1978. O modelo italiano foi adotado em muitas outras cidades pela Europa, como por exemplo no hospital de Lorvão perto de Coimbra que acabou mais tarde por fechar, supostamente devido a fracas condições sendo que, os pacientes embora livres em termos de movimento, não tinham alojamentos adequados e acabaram por ser reinstitucionalizados. Outros hospitais como o de Rilhafoles, entretanto renomeado Miguel Bombarda, fecharam. O hospício mais antigo do país, fechou através de um plano de desinstitucionalização, em 2011, deslocando-se os doentes para um lar de apoio no Restelo (Burti, 2001; Santos, 2011).

Foi também na mesma altura em que a desinstitucionalização se oficializou na Itália que surgiu o apoio domiciliário em Viseu, por volta dos inícios dos anos 70, com a administração de injeções neurolépticas ao domicílio, tendo sido pioneiro desta prática um enfermeiro que se disponibilizou a deslocar-se a casa de um doente que não tinha condições de mobilidade até ao hospital. A generalização deste apoio domiciliário teve por base o sistema de abertura das portas do hospital, mas construiu em cima deste formato, mantendo os doentes em casa, sem necessidade de internamento (Burti, 2001; Freitas, 2018; Nunes, 2008). Sabendo que as ações de Pinel, em Paris, não podem ser dissociadas do seu contexto dentro da mudança de paradigma sociopolítico, e que, muitas outras manifestações desta mudança, surgiram de forma independente, como por exemplo as ações de Chiarugi em Florença, de William Tuke em York, e de Benjamin Rush em Filadélfia, podemos constatar, no caso da desinstitucionalização, um desenrolar de acontecimentos de forma similar (Pereira, 2015).

Em Portugal a tendência até aos anos 70 era a concentração de serviços nas grandes cidades: Lisboa, Coimbra e Porto. A descentralização dos serviços englobava mais vincadamente a ideia dos serviços regionais de cuidados médicos, incluindo os psiquiátricos. A partir de 1984 com o decreto-lei n.º 74, acentua-se a ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários, levando a uma maior consciência do problema por parte dos centros de saúde locais. É, a partir de então, que novas leis se vão desenvolvendo no âmbito da desinstitucionalização e, em 1987, é fundada a ASSOL (Alves, 1998).

Esta associação de solidariedade social nasceu, entre outras, com o objetivo de garantir o apoio social ao paciente que agora se encontrava fora do hospital. O transporte para a deslocação a vários tipos de serviços, a procura de trabalho e a toma de medicação são

pequenas coisas, através das quais, estas organizações apoiam os doentes constituindo-se assim como uma rede de segurança para o funcionamento do doente na sociedade normal. Antes dos anos 80, estas redes de apoio não existiam de todo, tendo os doentes apenas três opções: no caso de potenciais comportamentos perigosos que pusessem em risco a saúde e a segurança de si próprios ou de terceiros, os doentes eram aprisionados numa divisão da casa ou até num curral destinado a animais onde eram alimentados pela família; no caso da impossibilidade da família cuidar do doente havia a possibilidade de o enviar para um hospício na cidade; os doentes que não demonstravam comportamentos agressivos eram tratados de diversas formas consoante as circunstâncias, sendo que muitos trabalhavam por conta de outrem, recebendo algum dinheiro e outros, ainda, eram tratados como mendigos. Muitos deles tornavam-se ícones estereotipados das aldeias (os conhecidos bêbados ou "tolos" da aldeia sofriam frequentemente de uma ou outra doença psiquiátrica). Existiam casos de aprisionamento e condicionamento do doente, não porque este fosse perigoso mas porque a família temia pela sua segurança ou ainda porque, por vezes, havia vergonha que o doente fosse visto na rua. Este tipo de aprisionamento era, muitas vezes, feito através de condicionamento psicológico, não sendo necessário fechar o doente à chave, apenas se educava para que ele não saísse de casa. Todas as práticas acima referidas eram frequentes por toda a Europa. Na Irlanda os serviços psiquiátricos demoraram a estabelecer-se em relação ao contexto europeu. Aí, foi observado por vários psiquiatras que o louco era normalmente mantido em covas e alimentado pela família ou, no caso deste não ser violento, era comum tornar-se um pedinte, existindo o estereótipo do louco da aldeia um pouco por toda Europa (Pereira, 2018; Alexander, 1966).

A institucionalização em massa não aconteceu no mundo rural e, apenas na era da desinstitucionalização é que o doente mental rural passou a ter acesso a assistência médica regular. A aceitação destes doentes por parte da comunidade era comum, salvaguardando-se os casos em que o seu comportamento o não permitisse, facilitando assim a criação de centros de dia e outros apoios destinados a manter os pacientes dentro da comunidade, embora, por vezes, ao manter-se um apoio clínico ou ao realojar certos doentes, os mesmos pudessem ver as suas rotinas alteradas e a sua aceitação social modificada. O estigma é uma das principais barreiras à reinserção social, o estatuto de "tolo" tem, de certa forma, uma significância social diferente da do estatuto de "doente", no que toca à forma como as populações lidam com estas formas de tratamento (Weber, 2012).

No Brasil, a reforma psiquiátrica deu-se ao longo dos anos 70 e 80. Na primeira década do séc. XXI, muitos hospitais psiquiátricos encontravam-se fechados tendo sido utilizados

vários métodos de desinstitucionalização, incluindo a criação de centros de apoio e formação semelhantes à ASSOL. Outro dos métodos utilizados foi a criação de "residenciais terapêuticos" e a recolocação de doentes em bairros, sendo que estes métodos têm vindo a ser alvo de escrutínio.

Várias observações feitas ao processo brasileiro podem revelar-se úteis para o entendimento do processo português. Em Portugal os aldeamentos não foram tão comuns como no Brasil e a inserção social dos doentes tem tentado ser efetuada de forma a evitar a segregação. No nosso país a desinstitucionalização também tem decorrido com pouco planeamento, cabendo às instituições independentes assumir todas as responsabilidades (Pereira 2018). Um dos problemas observados no Brasil, no caso dos aldeamentos e bairros sociais para doentes desinstitucionalizados, é o facto de o estigma se manter. As instituições de apoio e as clínicas devem ser discretas e ao mesmo tempo inseridas na comunidade geral, como referido numa analogia feita por Mário Pereira (2018), na qual os advogados não têm os escritórios "à mostra" e sim em lugares discretos nos centros da cidade, pois podem ter de tratar de assuntos que os clientes não querem que sejam públicos. Ao misturar as clínicas de apoio com os serviços normais, como lavandarias, cafés, entre outros, de forma discreta, os doentes podem ter a liberdade de conviver numa sociedade não segregada, diminuindo o estigma (Weber, 2012).

"O estigma desaparece assim que o doente tem um nome." (Mário Pereira, 2018)

O convívio com a doença normaliza-a em termos sociais. O "maluco" esquizofrénico ou o deficiente com trissomia, transformam-se no "Miguel" e no "João" assim que convivem normalmente na vida social da comunidade. Com a existência de bairros segregados, o estigma pode não desaparecer, ocorrendo uma espécie de segundo internamento numa comunidade fechada com poucas ligações ao mundo social envolvente, transformando-se numa espécie de gueto (Weber, 2012).

As questões relacionadas com a desinstitucionalização são ainda debatidas, havendo várias formas de abordar a problemática, surgindo problemas de cariz diferente consoante a matriz política da nação em que o processo se efetua. Nos Estados Unidos a desinstitucionalização revela questões muito diferentes das da maioria dos países europeus, devido às diferentes formas de apoio social existentes. A desinstitucionalização poderá levar a uma menor ou maior pressão económica nos serviços de saúde, devido à manutenção dos espaços e à concentração de populações de doentes *versus* apoios domiciliários e

descentralização da clínica. A situação sociopolítica em cada um dos países terá, necessariamente, de ser tida em conta quando efetuadas comparações (Martins, 2015; Nasrallah, 2008; Weber, 2012).

Capitulo 2

A Loucura Representada ao Longo dos Tempos

Figura 1: *Stultifera Navis,* A Nau dos Loucos, Xilogravura de Durer

A loucura tem sido alvo de interpretações artísticas e filosóficas pelo menos desde da Grécia Antiga. E, foi talvez esse o lugar em que pela primeira vez surgiu uma proto psiquiatria que preconizava a separação da ideia do louco como doente da noção de loucura resultante de interações divinas. Esta visão não era geral e a associação da loucura com o sagrado e com o profano manteve-se durante muito tempo, tendo perdido alguma força apenas durante o século XIX. O contexto pode determinar a razão ou a loucura: um terrorista que se faz explodir é visto como um homem louco por um lado e um santo mártir por outro; Joana d´Arc que ouvia Deus falar com ela, conduziu a França à vitória contra os ingleses na guerra dos 100 anos e foi santificada por uns e considerada bruxa herege por outros. Estes, são dois exemplos de determinação externa da loucura pela sociedade e cultura. Mas, a loucura também é entendida internamente. Pode ser um sentimento que, apoderando-se de alguém o pode deixar louco de raiva, amor, felicidade ou tristeza. São estes sentimentos extremos que se afastam da norma e levam a comportamentos não usuais que podem também ser entendidos como loucura e que, muitas vezes encontram representação nos mitos gregos e na arte (Foucault, 1965).

Estas alterações de humor eram vistas na antiguidade à luz de duas perspetivas nem sempre contraditórias, uma física/médica, outra espiritual. A expressão atualmente usada de forma coloquial “alterações de humor” advém da teoria dos humores atribuída a Hipócrates que considerava que o desequilíbrio de determinados fluidos corporais (humores), podiam levar a sintomas psíquicos como a melancolia ou a raiva, e eram responsáveis não só pelas doenças mentais, mas também pelos problemas corporais. Os quatro humores eram vistos não só como fluidos, mas como reguladores de temperamento. A personalidade e os seus traços ocorriam pelo equilíbrio destes humores e, assim sendo, a loucura poderia ser um desequilíbrio de um humor que poderia conduzir a uma personalidade extrema.

Os deuses estavam, de certa forma, ligados ao humano: a metáfora mitológica permitia entender as influências que pareciam estar para lá do controlo humano, a deusa Ira dos romanos ou Lissa dos gregos comandava as “Manias”, espíritos e demónios que levavam à loucura. A terminologia mitológica manteve-se ao longo dos tempos como forma de categorização destes estados de loucura (Foucault, 1965; Parada, 1997).

No renascimento, a visão da loucura alterou-se. Não podemos deixar de referir a nau dos loucos, *“Stultifera Navis”,* como um exemplo dado por Foucault, exemplificando a simbologia artística do lugar que a loucura ocupa na sociedade. Assim como o xamã e o adivinho vivem nas margens da sociedade, comunicando com o mundo espiritual, também o louco, na antiguidade, estava entre o homem e o divino, na zona de penumbra. O barco que atravessa o rio e liga o mundo dos mortais ao mundo dos espíritos é uma metáfora mitológica comum nas mitologias Indo-europeias. O louco navega esse rio, não só na arte e na representação, mas na realidade. As naus dos loucos não eram apenas representações artísticas, porque, de facto, existiram na Europa central, desconhecendo-se, contudo, a verdadeira razão para a sua existência. Potencialmente seriam formas de livrar a cidade de loucos indesejáveis que não tinham família para cuidar deles ou que não eram passivos, o suficiente, para se manterem em mosteiros ou não eram criminosos, o suficiente, para serem mantidos em prisões. Estas embarcações navegavam de cidade em cidade esperando o acolhimento de alguma alma caridosa, sendo muitas vezes aceites como peregrinos, esperando a redenção pelo caminho de deus, como se de um ritual de passagem se tratasse e a viagem pudesse ajudar os loucos a regressar ao mundo dos homens, ao mundo da normalidade. E, assim, como num ritual de passagem, como um funeral, um ritual de entrada num grupo ou a entrada dos jovens na idade adulta, o individuo que muda de estado tem de passar pelas zonas do não categorizado, pelo mundo entre mundos (Foucault, 1965)

Foucault (1965) fala, ainda, da substituição das representações artísticas da principal afronta ao homem, a da morte pela loucura, sendo que a loucura, simboliza o fim do homem como uma sabedoria profética e o sorriso do louco é o sorriso esquelético de um fim sem escapatória. Na mente do homem renascentista isto podia ser representação do conhecimento proibido que só o louco detém, não apenas a nível individual, mas em termos apocalípticos, evidenciando, novamente, o papel do louco como alguém “na margem”, tanto na margem social como na margem espiritual, metafórica e real.

Mais tarde, a loucura revela-se dentro do homem, como escreveu Erasmus, que refere a loucura como originária das ilusões do homem, trazida pela presunção do conhecimento. Esta loucura é também usada como sátira, por Cervantes, que incorpora os ideais medievais dos romances de cavaleiros, obras adoradas como ideais da aristocracia de sua época, num cavaleiro louco, reduzindo a visão coletiva do ideal a uma ilusão louca, sem fundamento na realidade, como se o cavaleiro aristocrata com os seus devaneios de amor, vingança e aventura criasse uma aura de loucura normalizada, uma loucura coletiva que se impunha como normalidade (Foucault, 1965).

A visão da loucura como algo divino, inerente à sociedade e ao caminho metafórico e espiritual do homem desaparece ao longo do final do renascimento, dando lugar, pouco a pouco, a uma noção de loucura como algo meramente oposto à razão, o asilo torna-se o novo “barco dos loucos”, um sítio no qual quem está entre os mundos pode ser confinado e escondido, não mais impondo a sua aura sobre os homens e a civilização sedenta de progresso (Foucault, 1965).

A loucura representada na literatura de ficção do século XIX e inícios do século XX, revela, também, um certo misticismo. Trata-se, no entanto, de um novo misticismo. H. P. Lovecraft e Edgar Alan Poe, nos Estados Unidos, revelam a loucura como algo a ser temido por todos os homens, muitas vezes trazida pelo conhecimento de algo muito maior do que aquilo que o conhecimento humano alguma vez poderia aceitar. A loucura de Lovecraft nasce através do desvendar de conhecimentos obscuros, de uma realidade que a ciência não consegue imaginar. Em várias bandas desenhadas do século XX, encontramos a representação do génio louco, do cientista que, devido ao conhecimento acumulado, perdeu a razão. A normalidade era rompida mais uma vez pela busca do conhecimento supremo.

Relativamente à época do asilo, Foucault (1965) considera que a ciência não prevaleceu nestes primeiros anos da psiquiatria, que a ideologia médica não conheceu a loucura, mas, antes, a dominou e domesticou.

Esta domesticação é também debatida no processo da desinstitucionalização. Embora seja difícil negar as melhorias de qualidade de vida em termos de liberdade de movimentos e de criação de laços sociais, a desinstitucionalização é uma tentativa de soltar, mais uma vez, o louco. Mas, desta vez, não como um ser livre no limiar da sociedade, mas como alguém a quem se impõe uma normalização, considerando que esta tem um papel importante para evitar perigos contra si e contra terceiros.

A sociedade atual é protecionista, como se, desde da Segunda Guerra Mundial, os países do ocidente europeu criassem uma falsa tradição pacifista, uma proteção pacificadora das gerações vindouras, um medo inerente dos horrores que se fizeram no passado, com o objetivo de melhorar o futuro, através de progresso e humanidade. Este progresso humanista tem influência na vontade de pacificar o louco. Atualmente a loucura é algo conhecível e agora a ciência no seu todo é a principal conhecedora e controladora da loucura.

Capítulo 3
Contextualização Ideológica

"Os mortais têm a meu respeito opiniões dispares, e não ignoro o mal que se ouve dizer da loucura, mesmo entre os loucos," p.15 (Erasmo de Roterdão *in Elogio da Loucura*)

A ciência tem como prática comum a observação de casos específicos, desconstruindo o todo e estudando parte a parte tentado montar o *puzzle* do funcionamento holístico do objeto de estudo. Este empirismo metodológico pode ser também observado nas práticas neurocientíficas, como seria de esperar, tendo sido a base do progresso científico desde do iluminismo (Choudbury, 2012).

Partes específicas do cérebro são normalmente usadas para funções específicas, por exemplo, o lóbulo frontal serve para as interações sociais e contribui para o grau consciente da personalidade, outras partes servem para outras funções como a audição, a coordenação de movimento e memória. No entanto, tem-se vindo a descobrir que a plasticidade do cérebro tende a quebrar estas barreiras, e até as funções de tecidos e órgãos do corpo assim como as funções celulares podem ter um papel mais importante do que antes se pensava. À medida que vamos fazendo novas descobertas científicas, vamos descobrindo que nem sempre todas as partes perfazem o todo. No entanto, a metodologia científica sem visão crítica, acaba por promover uma visão redutora que influencia o discurso científico, público e político (Choudbury, 2012).

Embora se procure cada vez mais uma visão interdisciplinar e mais alargada na pesquisa da etiologia de doenças mentais, procurando razões de desenvolvimento, ambientais e culturais que influenciam o estado biológico do ser humano, as influências positivistas encontram-se ainda muito presentes dentro do pensamento psiquiátrico e neurocientífico. A função principal da psiquiatria, consiste na capacidade de diagnosticar e distinguir o doente mental da "pessoa normal" procurando o tratamento e normalização do doente, surgindo então, uma série de ideais que definem quais os desvios do conceito de normalidade que podem levar à construção do diagnóstico de doença mental. As neurociências, portanto, têm como questões essenciais a categorização da normalidade, o que é a consciência, o que é ser humano, e quais as funções da mente considerada normal, as quais podem ser categorizadas com o objetivo de entender as doenças e a anormalidade, através do estudo do sistema nervoso central humano. As classificações psiquiátricas de quem é doente mental ou não, têm vindo

sofrer alterações significativas, com origem nos avanços neurocientíficos, mas, também, graças a alterações ético-morais da sociedade na qual este pensamento se desenvolve. Especialistas, como Júlio de Matos, realizaram no passado nosografias que procuravam categorizar tipos de doenças mentais através de uma classificação baseada em dados etimológico-sintomáticos. Com o desenvolvimento científico a nível das neurociências, tem-se procurado chegar a uma nosografia mais detalhada, baseada na anatomia e na fisiologia, tal como fora previsto que iria acontecer por Júlio de Matos, o que evidencia uma continuidade histórica do pensamento neurocientífico (Choudhury 2012; Braga 2012).

Na perspetiva atual do discurso neurocientífico, no qual a metodologia reducionista que isola componentes singulares retirados da vasta complexidade do sistema nervoso no seu contexto natural, degenera muitas vezes tornando-se numa ideologia simplificadora quando os dados experimentais são tidos como descrições factuais do fenómeno original em estudo. Muitos neurocientistas parecem abstrair-se do contexto sociocultural no qual o sistema nervoso em estudo se insere, levando muitas vezes a conclusões metafísicas e ontológicas em relação á consciência e ao que é ser humano de um ponto de vista que reduz estes conceitos aos seus componentes biológicos, acabando por influenciar também o discurso político e popular. Não sendo a ciência um monólito ideológico existe também dentro das neurociências, uma outra vertente com influências fenomenológicas que critica as opções mais reducionistas e que tem sido explorada multidisciplinarmente (Choudbury, 2012).

De facto, nas neurociências, tem-se impulsionado uma visão multidisciplinar na qual as relações entre genoma e ambiente/cultura têm tido grandes influências na investigação de várias questões, nomeadamente, as relacionadas com as doenças mentais. Descobertas como a de que emigrantes e refugiados têm tendência a maior incidência de problemas como a esquizofrenia, levam a crer que o desenraizamento sociocultural pode ser um fator importante na etiologia dessas doenças. Por sua vez a perspetiva fenomenológica atual que se afasta da proeminente hibridização de uma filosofia positivo-cartesiana, tem falhas e, o seu crescimento, sobretudo a nível das humanidades pode alterar, também, o discurso público/científico em sentidos redutores e até por vezes anticientíficos, o que acaba por se revelar indesejável por si mesmo (Choudbury, 2012).

Como referido anteriormente, a desinstitucionalização tem como génese simbólica as práticas do psiquiatra Basaglia que estava ideologicamente ligado às correntes fenomenológicas do pensamento neurocientífico. Assim, a criação de uma estrutura de apoio comunitário que engloba uma forma de terapia com uma perspetiva mais holística e

interdisciplinar, está ligada a uma mudança de paradigma no pensamento psiquiátrico (Burti, 2001).

Atualmente, vários psiquiatras também procuram o estudo histórico da sua especialidade, ingressando num diálogo com as ciências sociais. A perspetiva médica sobre a história torna-se, assim, relevante para uma melhor compreensão das mudanças de paradigma ao longo do tempo bem como realça, também, a importância de perspetivas, fora da medicina, para conseguir uma análise diversificada do tema (Pereira, 2015).

Berrios (2002) refere a necessidade do estudo das ideias do ponto de vista histórico, apelando a um estudo da medicina (inclusive da psiquiatria), no qual a análise das ideias que não são parte do *status quo,* se revelam importantes para o entendimento das mudanças de paradigma. Muitas vezes a história parece ser escrita pelos vitoriosos, estando estes nem sempre a par da verdade e, simetricamente, os perdedores, marginalizados pelo avanço científico, podem não estar incorretos. Ideias inovadoras como as de Jackson e von Monakow não se relevaram muito influentes no contexto da psiquiatria anglo-saxónica, considerando-se esta a cultura mais influente em termos globais, e acabaram por se perder dentro do seu contexto cultural sem influenciar decisivamente a psiquiatria mundial.

Em Portugal, nos anos 80, o aparecimento de entidades de apoio aos doentes desinstitucionalizados ocorreu sobretudo graças à utilização generalizada de medicação antipsicótica injetável, mas também, de certo modo, a uma mudança gradual no paradigma ético-moral da sociedade ocidental. Esta nova forma de apoio que preconiza a inserção social dos doentes institucionalizados, vem alterar a forma como classificamos e vemos a doença mental. Em relação ao passado, as comunidades, mesmo as rurais, devido ao desenvolvimento tecnológico e socioeconómico, têm evoluído para redes sociais mais pequenas e mais fechadas no sentido espacial. Nas aldeias já não é frequente que os seus habitantes passem a maior parte do dia no exterior, onde interagiam com os doentes mentais existentes, com regularidade. Atualmente, passam o dia a trabalhar nos meios urbanos mais próximos, voltando apenas no final do trabalho às suas casas. Quase podemos considerar que as aldeias, atualmente, constituem verdadeiros dormitórios das vilas e cidades mais próximas. A rede de apoio social tem assim desaparecido na sua forma tradicional, sendo que, as instituições de apoio, procuram introduzir os doentes numa comunidade mais alargada, ajudando-os na sua deslocação e no seu estabelecimento como membro de locais de trabalho e lazer (Freitas, 2018; Pereira, 2018).

A alteração da perceção da doença mental, dá-se mais uma vez nos finais do séc. XIX. A inimputabilidade criminal do doente mental começou a ganhar terreno no discurso

epistemológico (Quintais 2012). Este pensamento conduz a uma noção categorizadora interessante, que acaba por se revelar como uma, aparentemente contraditória, desumanização humanizadora, pois, o reducionismo, categorizando parte a parte o que é o ser humano, acaba por retirar partes desse humano e torna-as externas ao seu ser, ou seja, a doença não é humana, não faz parte da pessoa como humano naturalmente racional. O mesmo acontece em discursos coloquiais sobre fatores emotivos e de comportamento que possam ter uma origem fisiológica conhecida, um ataque de riso ou de choro pode ser atribuído a "hormonas" sendo retirado como parte intrínseca da identificação pessoal, o mesmo acontecendo com comportamentos sobre efeitos de drogas, que podem ser desculpados, muitas vezes, pela frequente frase "eu não estava em mim", que pressupõe a existência de um fator externo que, no entanto, faz parte do mesmo sistema que compõe a pessoa em questão. Esta diferenciação da doença e do humano continua presente no discurso geral da psiquiatria e instituições de apoio, assim como na inimputabilidade criminal. Mas, ao mesmo tempo, existe um nível da doença que faz parte do individuo. Se este é esquizofrénico sem possibilidade de cura absoluta, não podemos dizer que este "está esquizofrénico", visto que existem sintomas persistentes e a medicação atual dirige-se aos possíveis ataques psicóticos e a outros sintomas positivos e não a sintomas negativos, que se mantêm (Malla, 2015; Choudbury, 2012).

Existe, ainda, uma tendência fortemente humanista no pensamento ocidental que preconiza a necessidade de garantir a emancipação do doente mental, considerando-o um individuo com direitos básicos que, por vezes, não podem ser garantidos sem o apoio de terceiros. Ao mesmo tempo, coexiste uma vertente centralista que atua como principal retentora de recursos económicos e humanos para o tratamento de doentes mentais, centralizando todos os serviços nos hospitais psiquiátricos. Segundo Foucault (1965) a criação do hospital psiquiátrico é um exercício de biopoder. A desinstitucionalização retira o doente do controlo do médico e descentraliza a equipa de enfermagem proporcionando um serviço mais fluido e autónomo. Desta forma, o médico, assim como a classe médica, acaba por perder poder, como se pode inferir das palavras de Fidalgo de Freitas (2018):

"A instituição hospitalar dá um poder sobrevalorizado a nível social. Sendo assim a medicina comunitária é desvalorizada, parece que é preciso um gabinete, uma bata e um estetoscópio para fazer um médico…" (Freitas, 2018).

Numa crónica de António Lobo Antunes (2006), na qual o autor retrata a sua vivência enquanto psiquiatra no Hospital Miguel Bombarda na década de 70, encontramos várias críticas ao sistema vigente na altura como por exemplo, a referência à instauração de um processo disciplinar por se apresentar ao serviço vestido com o mesmo uniforme dos doentes, sendo, esta atitude, vista como um ato de insurreição contra o sistema instalado.

De qualquer forma, verificamos que existe o reconhecimento de que a perspetiva desinstitucionalista está em crescimento, embora ainda encontre dificuldades a nível de apoio económico. Mas, do ponto de vista ético-moral, é regra geral defendida pela opinião pública como o método a ser seguido. As entidades de apoio são assim responsáveis pela parte "humana" do tratamento psiquiátrico, enquanto o psiquiatra continua a tratar a doença, o apoio desinstitucionalizado cuida da conexão social e da humanização da vida do anteriormente "desumanizado", reduzido aos sintomas e à doença. Verifica-se, portanto, um certo distanciamento entre a psiquiatria clínica e o apoio comunitário, o que, desde logo se torna problemático no sentido do desenvolvimento de métodos e pesquisas relacionados com esta temática. A desvalorização da emancipação pessoal e as conexões sociais de trabalho e lazer fora de um ambiente totalmente controlado são ainda vistas por muitos como secundárias e, até, negligenciáveis em relação ao tratamento eficaz da doença mental, não por falta de compreensão dos benefícios mas por desvalorização de um modelo que acaba por tirar poder às instituições (Pereira, 2018; Freitas, 2018).

O pélago entre os serviços de apoio e os serviços hospitalares pode ser então entendido como uma divisão não só do tipo de serviço, mas também da perspetiva filosófica sobre a doença. Os serviços de apoio ajudam os doentes socialmente, auxiliando-os a frequentar um trabalho ou a ter uma ocupação, a ter pessoas nas quais podem confiar e de quem podem depender para resolver dificuldades que possam surgir, ajudando assim o doente a poder frequentar os espaços públicos comuns e a integrar-se na sociedade, e, não menos importante, facilitam a deslocação aos hospitais para que possam receber tratamento clínico sem necessidade de internamento. Esta forma de ajuda assume-se, também ela, como terapêutica, visto que ajuda os doentes a desenvolver capacidades sociais e a lidar com a doença de forma diferente, enquanto o hospital fornece o tratamento clínico, interna os doentes extremos e graves, fornece diagnósticos e medicação bem como avalia a evolução do estado psicológico dos mesmos. Esta divisão de serviços está também associada a uma certa diferença ideológica na forma como se entende a doença. Diferentes práticas levam a diferentes formas de ação (Choudbury, 2012).

O papel do doente também se alterou quando a institucionalização em massa começou a diminuir, sendo que, a ideia imposta sobre quem é alvo de uma classificação, acaba por influenciar a conduta do mesmo, como é referido na obra de Choudhury, Suparna & Slaby, Jan (2012); *Critical neuroscience: a handbook of the social and cultural contexts of neuroscience:*

"…*classifications can be taken up into the self-understanding of those classified…" p.8*

Nesta premissa encontra-se o que, no mesmo livro, é referenciado como "*Classificatory looping*" que explica a forma como uma classificação ou identificação imposta num individuo ou grupo de indivíduos, pode influenciar as perceções de si próprios e mudanças de conduta. Estas alterações, por sua vez, produzem outras alterações na organização das instituições que promovem a continuação de ideias, comportamentos e categorizações em relação aos indivíduos em questão, que, por sua vez, ao modificarem a perceção de si próprios e o seu comportamento, acabam por alterar a classificação inicialmente atribuída, num processo circular. A desinstitucionalização nasce, assim, de uma necessidade de reclassificar o estatuto do doente mental, cujas ações alteram por sua vez a forma como o tratamento e a doença são manifestados e percecionados (Choudhury 2012).

Como as formas de ver e lidar com a doença mudam consoante o contexto envolvente, seria potencialmente relevante que se procede-se a um estudo etnográfico, do ponto de vista praxeológico, observando o comportamento e a relação entre doente e trabalhadores dos centros de apoio e doente e trabalhadores de hospitais, permitindo uma análise mais detalhada sobre como a doença é construída e "atuada" nestes diferentes meios (Mol, 2002).

Capítulo 4
Institucionalização *versus* Desinstitucionalização

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza-se uma doença mental como uma desordem no comportamento, pensamento e relacionamento com outros. O bem-estar mental ou a saúde mental é a capacidade de um indivíduo conseguir adaptar-se a situações de *stress* do dia a dia tendo uma vida produtiva e com atividades que contribuam para a comunidade ou sociedade onde está inserido. Através das definições da OMS podemos verificar a principal ideia que paira sobre a desinstitucionalização, que passa por ser possível, mesmo com uma doença mental, ter uma vida saudável a nível psicológico em que se verifique um contributo e exista um lugar na sociedade (OMS, 2018).

O doente mental, através da vida em comunidade, poderá alcançar novos níveis de emancipação e liberdade que, potencialmente, promoverão o seu bem-estar psicológico. Para tal, serviços descentralizados com apoio domiciliário serão uma necessidade para a continuidade do tratamento e da medicalização, bem como a monotorização do estado dos pacientes.

Por outro lado, existem vários argumentos contra a desinstitucionalização psiquiátrica. Das várias doenças consideradas doenças mentais, muitas revelam-se incuráveis, como por exemplo no caso da existência de danos no córtex frontal do cérebro, responsável pelo relacionamento interpessoal, em que doentes podem revelar-se impermeáveis à vida em comunidade e, outros, completamente incapazes de uma vida autónoma. A desinstitucionalização pode assim levar a um aumento dos “sem abrigo” em zonas urbanas e a desistências de tratamento. A diminuição de cuidados continuados, o aumento do estigma no caso de realojamentos e deslocações a que se associa a discussão vigente dos níveis e tipos de medicamentos e da sua eficácia, podem constituir vários dos problemas ligados ao processo da desinstitucionalização (Martins, 2015; Nasrallah, 2008; Weber, 2012; OMS, 2018).

Vidal (2009) argumenta que a modernidade se tem categorizado pela construção de uma noção de *brainhood* em oposição a *personhood*, que avalia o ser humano enquanto individuo cerebral, que a personalidade e a humanidade estão intrinsecamente delimitadas pelo órgão que as origina, o cérebro, indo ao encontro de ideias referidas por Berrios (2002), sobre a mentalidade materialista da neuropsiquiatria. Esta ideia parece permear todas as ciências ligadas à questão da consciência, desde a psiquiatria à inteligência artificial. O discurso criticado por Vidal vem a ter repercussões a nível sociocultural alterando noções filosóficas

profundas. A ideia de que o comportamento tem, necessariamente, de ter um paralelo físico cerebral observável, vem a ser considerada como falaciosa, dado ser impossível verificar, a partir de testes biomédicos, grande parte das doenças psiquiátricas ou, pelo menos, a sua manifestação comportamental. (Berrios, 2002; Freitas, 2018) Dentro deste método de pensamento, temos a analogia da mente como um computador, a teoria computacional da mente, que vê o cérebro como sendo o *hardware* que produz a consciência que se traduz como um *software* computacional (Casey, 1989). Dentro de observações como esta onde podemos colocar a loucura? A doença mental será então um erro na programação da mente? Ou será a doença mental uma parte inerente da personalidade e da construção da mente individual? Surgem assim problemas éticos em relação a quaisquer métodos de tratamento, visto que, ao tratar uma doença mental existe a possibilidade de estarmos a alterar o fundamental que forma a personalidade e a humanidade da pessoa em questão, seja através de medicação ou através de engenharia social. Podemos argumentar que existem problemas ético-morais em tratar um doente mental, mas o mesmo pode ser feito no inverso. O não tratamento de doenças mentais pode levar a mortes e/ou sofrimento que, de outra forma, poderiam ser prevenidos.

Muitos dos problemas associados à desinstitucionalização, podem ser explicados de uma ou outra forma. As doenças que se revelam mais graves, com incompatibilidades na relação com os serviços desinstitucionalizados são a minoria dos casos, sendo que o nível de internamentos deveria ser muito menor (Freitas, 2018). No caso das recaídas, do aumento dos "sem abrigo" e de doentes em prisões, pode-se entender como um problema derivado da insuficiência de serviços e de financiamento, havendo falta de apoios suficientes para manter os doentes na comunidade (Pereira, 2018). Os realojamentos devem ser feitos de forma não segregadora, considerando-se ser este o método mais eficaz para a inclusão social. Os medicamentos são recentes e, como são muitas vezes necessários para que a desinstitucionalização se efetue, os efeitos secundários e os processos de funcionamento, assim como a sua eficácia, são muitas vezes alvo de escrutínio e usados como crítica. No capítulo seguinte, o tema da medicação, será analisado mais aprofundadamente.

De forma geral, vários estudos indicam que a desinstitucionalização se tem demonstrado como uma forma eficaz de prevenção e controlo da doença mental (Weber, 2012). Em Itália, assim como em Portugal, muitos hospitais psiquiátricos têm vindo a fechar, demonstrando-se, assim, a possibilidade de um bom funcionamento da medicina comunitária. Muitos dos hospitais encerrados podem, ainda assim, levar a outros problemas: a diminuição de doentes num determinado hospital pode levar ao seu encerramento, mas os doentes acabam por ser transferidos ou libertados sem apoios e o financiamento dirigido a centros de

apoio desinstitucionalizado pode não acompanhar o encerramento de algumas dessas instituições. Esta falta de financiamento leva a que vários psiquiatras acusem a reforma psiquiátrica desinstitucionalista de largar os doentes na rua sem qualquer apoio, sendo que, estas acusações, embora com um fundo verdadeiro, não fazem com que a desinstitucionalização seja algo que deva ser evitado, mas sim melhorado. A partir de debates como estes, podemos verificar que não existe um total consenso quanto à eficácia deste processo. Este debate, frequentemente parece transformar-se mais numa discussão política do que uma análise sobre resultados científicos, sendo a ciência usada apenas como um veículo de diálogo pelas forças em questão (Maccabe, 2006).

Capítulo 5
A Medicação e a Desinstitucionalização

Os primeiros antipsicóticos foram descobertos, acidentalmente, nos anos 50 e são fruto de estudos realizados no âmbito da anestesiologia. A produção e estudo de medicamentos tranquilizantes levou à descoberta de medicamentos que, ao atuarem nos recetores de dopamina, se revelavam eficazes na atenuação de surtos psicóticos, não apenas como tranquilizantes, mas também como inibidores de sintomas positivos, como por exemplo, paranoia e alucinações (Kapur 2003). Começaram a ser utilizados para pacificar e controlar os doentes nas instituições sendo o seu sucesso, como agente pacificador, a razão da generalização do seu uso, muitas vezes de forma exagerada. A este propósito, na crónica, já referida, de Lobo Antunes (2006):

"Lá andam eles a penar, entupidos de medicamentos até à goela, de expressões vazias. Calmos, claro, mas no sentido em que os legumes são calmos. Tive um diretor para quem a calma era essencial: punha na papeleta

Calmo, ordenado

o que para ele era sinónimo de estar bem."

Estes medicamentos tiveram um papel fundamental nos processos de desinstitucionalização que se seguiram na Europa e nos Estados Unidos da América. Ao atenuar os mecanismos patogénicos da doença, foram uma das principais forças motrizes que permitiram o sucesso relativo da desinstitucionalização. Ao longo das décadas em que foram testados, aparentavam ser uma solução quase milagrosa visto que, devido aos efeitos tranquilizantes e ao desaparecimento dos sintomas positivos das doenças, o individuo poderia viver em sociedade sem ter comportamentos indesejáveis (Kapur, 2003).

No entanto, a medicação está ainda longe de ser perfeita dado que existem uma série de efeitos secundários associados aos antipsicóticos tais como o parkinsonismo. Muitas doenças como o bipolarismo, algumas formas de depressão e a esquizofrenia estão, segundo estudos recentes, muito associadas a desequilíbrios na receção e/ou produção de dopamina no cérebro e, no sentido de resolver este problema, alguns antipsicóticos atuam inibindo os recetores desta hormona. No entanto, não existe ainda um controlo especializado que permita uma intervenção especifica na zona do cérebro que sofre de desequilíbrio e, verificando-se

uma descida de receção generalizada de dopamina, em vez de uma redução na área especificamente afetada, surgem sintomas semelhantes à doença de Parkinson. O parkinsonismo é normalmente reversível se as doses forem reduzidas ou se o doente parar de tomar a medicação. Outro exemplo que podemos referir é o da síndrome metabólica que pode tornar-se crónica e resulta de um consumo continuado de antipsicóticos. Esta síndrome cria outros problemas como obesidade e tensão arterial elevada aumentando, assim, o risco de acidentes vasculares cerebrais, vulgo AVC, e ataques cardíacos. Estes problemas são frequentemente visíveis em doentes desinstitucionalizados, mas também acontecem em doentes hospitalizados pois a utilização da medicação antipsicótica é atualmente comum no meio psiquiátrico (Kapur 2003, Lingjzerde, 1987) .

Entretanto, novos medicamentos têm sido criados com o intuito de aumentar os efeitos desejáveis e diminuir os indesejáveis. Embora ainda não existam medicamentos com uma total eficácia, são tecidas algumas críticas acerca dos efeitos tranquilizantes, sendo o estado do paciente comparado ao estado de um paciente lobotomizado, sem vontade própria, com pouca energia e reduzida autonomia (Kapur, 2003).

Outro problema, levantado pela utilização de antipsicóticos, é a recaída no caso de interrupção do tratamento. A síndrome de abstinência causada por estes medicamentos pode revelar-se severa, levando mesmo a que ataques psicóticos e possíveis recaídas estejam associados á medicação, provocando assim potenciais níveis de dependência e resultados indesejados (Kapur, 2003; Heres, 2006).

Aqui chegados, teremos de analisar também o problema da cura. Embora não todas, grande parte das doenças mentais não têm ainda nenhuma perspetiva de cura, sendo a medicação antipsicótica usada como um controlo sobre alguns sintomas, agravando ainda mais a situação de dependência. O psiquiatra assume, então, um papel fundamental no controlo da dosagem, de forma a que os resultados benéficos sejam maiores do que os resultados negativos. Seria interessante observar se existe diferença de necessidade de medicação entre os doentes institucionalizados e os desinstitucionalizados tendo em conta o nível de satisfação social do doente, verificando se uma vida socialmente ativa contribui ou não para atenuar os sintomas, permitindo uma redução na dosagem e frequência da medicação, quebrando assim a barreira entre a doença biológica e a doença social (Freitas, 2018; Pereira, 2018, Kapur, 2003).

As diferenças de perceção da doença no meio hospitalar e nos centros de apoio social podem, portanto, não ser tão vincadas como os serviços atuais deixam transparecer. O apoio social embora ainda categorizado como secundário, pode assumir uma função imprescindível para a cura ou atenuação de sintomas das doenças mentais.

A medicação, sobretudo as injeções neurolépticas de efeito perlongado, é de forma geral vista como fundamental para o processo da desinstitucionalização. Assim sendo, compreende-se que o discurso desinstitucionalista seja acompanhado por avanços tecnológicos ao nível farmacêutico. Haverá, no entanto, casos em que a medicação é sobre utilizada como no caso de doenças como a depressão, que, dependendo da sua gravidade, podem ser tratadas sem medicação que, no entanto, continua a ser prescrita. Outras vezes a aversão à medicação pode levar a uma falta de tratamento, imprescindível para a melhoria dos sintomas. Cada caso individual merece uma análise social profunda por parte dos profissionais de saúde (Burti, 2001; Freitas, 2018; Pereira, 2018) .

Outro potencial problema relacionado com a medicação consiste na sua difusão pouco controlada pela comunidade. Enquanto os pacientes estavam institucionalizados, os médicos tinham elevado controlo sobre a evolução da doença e dos efeitos da medicação assim como da sua distribuição. Quando desinstitucionalizados os doentes assumem muitas vezes em conjunto com as suas famílias, a responsabilidade de se automedicarem, o que leva a um menor controlo da medicação. Os efeitos que esta nova relação com o medicamento pode ter na sociedade em geral, merece ser alvo de estudos mais aprofundados (Manchester, 1993).

O intuito de lucro revela-se também uma questão relacionada com esta temática. De facto, como acontece nos hospitais, o financiamento está diretamente relacionado consoante o número de camas ocupadas e do ponto de vista económico será vantajoso manter doentes crónicos internados o mais tempo possível para não se perder financiamento, sendo que, o mesmo pode servir de argumento em relação à venda de medicamentos. Do ponto de vista financeiro, se a medicação utilizada fizer com que menos medicação seja comprada, poderá estar a promover-se a venda de medicamentos com efeitos reduzidos em termos de eficácia ao longo do tempo, promovendo-se assim uma maior dependência. Mesmo que tal não seja planeado deliberadamente, um pequeno viés pode ser suficiente para promover alguns tipos de tratamento em detrimento de outros que certamente resultavam num menor sucesso financeiro (Freitas, 2018).

A medicação é, muitas vezes, vista como mais uma forma de acorrentar os “loucos”, como nos asilos dos séculos anteriores, ou, de os lobotomizar temporariamente, para que se possa exercer controlo sobre eles. Por outro lado, pode ser vista como as cordas e o mastro que seguraram Ulisses para que a loucura criada pelas sereias não o matasse, como se a medicação fosse um segurar da loucura que permite a livre deambulação do homem afetado por fatores externos a si mesmo (Nunes, 2008).

Recentemente, surgiram novos neurolépticos denominados de segunda geração que, embora com resultados ainda a ser discutidos, aparentam ter diminuído os efeitos mais nocivos da medicação utilizada até agora. Estes novos medicamentos estão a ser utilizados sobretudo em novos pacientes e têm revelado um certo grau de melhoria em termos de efeitos secundários como, por exemplo, os efeitos sedativos e a deterioração física (Lourenço 2018; Davis, 2003).

A indústria farmacêutica vai, assim, sofrendo alterações que, por sua vez, poderão acabar por alterar a forma como a desinstitucionalização é efetuada. Este diálogo entre o apoio social e a medicação parece ser essencial para compreender todo o processo (Lourenço 2018; Davis , 2003).

A medicação é muitas vezes administrada sem recurso ao hospital psiquiátrico. As pessoas preferem não recorrer aos serviços comunitários por causa do estigma, as famílias com mais recursos preferem deslocar-se a centros de saúde ou a médicos privados onde a medicação é fornecida de forma mais inconspícua. Sendo, nestes casos, o apoio social apenas fornecido pela família, pode questionar-se se esta forma de apoio social será tão eficaz como o fornecido por profissionais dedicados ao processo. Outro problema pode ser o da administração de medicação em todos os casos de comportamentos menos toleráveis sendo que, talvez, alguns desses surtos e ataques fossem possíveis de combater com acompanhamento social ao invés de medicação. Uma avaliação do desenvolvimento do doente no seu meio comum, casa e locais que frequenta, poderá ser muito importante para compreender alguns comportamentos que poderão ser controlados de várias formas. Apenas através de consultas com deslocação do doente a consultórios, retirando-o do ambiente onde vive, a avaliação pode nem sempre ser completamente objetiva. Para complementar o diagnóstico e melhor compreender a situação do doente, o psiquiatra que receba o *input* das avaliações da enfermagem de campo, associadas aos processos de desinstitucionalização, poderá ter uma melhor perceção da evolução do doente (Lourenço, 2018).

Capítulo 6
A Desinstitucionalização na Região de Viseu

O distrito de Viseu tem uma área de cerca de 5.007 km2, é limitado a norte pelos distritos do Porto, Vila Real e Bragança, a oeste pelo distrito de Aveiro, a leste pelo distrito da Guarda e a sul pelo de Coimbra. Segundo o censo realizado em 2011 tem uma população de cerca de 377.600 habitantes (INE, 2011). Para fins estatísticos (NUTS) o distrito encontra-se dividido entre a região centro e a região norte de Portugal sendo que os concelhos pertencentes à região centro são na sua maioria pertencentes à região Dão-Lafões, estando o concelho de Viseu, Oliveira de Frades, S. Pedro do Sul, Vouzela e Tondela dentro desta divisória e são estes os concelhos mais referidos neste trabalho. A nível da organização do Serviço Nacional de Saúde esta sub-região é servida pelo ACES Dão-Lafões e pelo Centro Hospitalar Tondela-Viseu (Tavares Pereira 2018).

António Maria de Sena foi responsável pela criação da Lei de Sena que dividiu o território português em quatro territórios de saúde mental. Esta divisão parece ter mantido a sua influência até há pouco tempo. Segundo ela a área de Lafões pertencia à região de Coimbra e à área de influência do Hospital Sobral Cid. Esta situação alterou-se aquando da criação do Hospital Psiquiátrico de Abraveses, que se tornou o centro de saúde mental nas regiões que envolviam Viseu (Lourenço, 2018)

Nesta região apenas existiu institucionalização, propriamente dita, a partir da abertura do Hospital de Abraveses em 1971, então denominado Centro de Saúde Mental de Viseu, no qual já existiam alguns internados. Anteriormente, os serviços psiquiátricos, eram garantidos pelas chamadas Brigadas da Delegação da Zona Centro do Instituto de Assistência Psiquiátrica, que eram equipas de médicos que se deslocavam de Coimbra até aos hospitais de Viseu e Lamego para prestar serviços psiquiátricos. Nessa altura, os doentes eram mantidos em compartimentos reservados para “alienados mentais” e “presos doentes” no edifício do antigo Hospital de S. Teotónio de Viseu (Anónimo, consultado em 2018).

Em 1992 foi extinto o Centro de Saúde Mental de Viseu sendo o Hospital de Abraveses incorporado nos serviços do Hospital Distrital de Viseu. A incorporação do Hospital de Abraveses nos serviços do novo Hospital de S. Teotónio fez com que este se tornasse no Departamento de Psiquiatria. No entanto, os serviços não mudaram de edifício, continuando, ainda, este departamento, localizado no antigo Hospital Psiquiátrico. De certa forma, a integração dos serviços, poderia contribuir para a diminuição do estigma, mas como se

mantiveram no mesmo edifício, detentor de uma carga simbólica negativa, desde há vários anos considerado o “hospital dos malucos”, isso não se verificou. (Lourenço 2018).

A desinstitucionalização na região Viseu começou no final dos anos 70 com os serviços de apoio domiciliário, que consistiam na deslocação de enfermeiros a casa de doentes para lhes serem administrados neurolépticos em caso de ataques psicóticos. Sendo Viseu um local onde a institucionalização em massa não ocorrera, tornou-se possível surgirem, mais facilmente, estas novas formas de desinstitucionalização com vista à integração social. Algumas das razões do desenvolvimento deste tipo de serviços em Viseu, poderão dever-se ao ambiente rural circundante que parece facilitar a integração destes doentes em comunidades e, também, devido a uma maior necessidade dos serviços originada pela falta de recursos humanos, financeiros e de infraestruturas no interior do país. De facto, foram os outros distritos do interior, nomeadamente Guarda e Castelo Branco, que seguiram o exemplo mais rapidamente. No entanto, embora no Porto, Lisboa e Coimbra já se tenha começado a criar este tipo de serviços, em distritos como Vila Real, também no interior, ainda não existem recursos humanos suficientes para fornecer este tipo de apoio. Na altura em que o serviço ambulatório se foi estabelecendo, havia cerca de 120 doentes internados no Hospital Psiquiátrico de Abraveses em Viseu, mas, apenas um psiquiatra. Isto levava à necessidade de um serviço mais versátil por parte dos enfermeiros. Os doentes que acabariam por receber apoio foram crescendo em número até a atualidade e as recaídas foram diminuindo. Nos anos 80 é constituída a ASSOL, que, articulada com este serviço, acabou por apoiar um número ainda maior de doentes. Estas redes de apoio permitiram a desinstitucionalização da grande maioria dos doentes do Hospital Psiquiátrico sendo muitos recolhidos por familiares e outros acolhidos em lares de idosos sendo que, atualmente, o hospital tem apenas 44 camas. O problema é que o financiamento não tem sido deslocado para este tipo de serviços (Nunes, 2008; Lourenço 2018).

Estes serviços domiciliários iniciaram-se de forma independente dos processos de desinstitucionalização verificados em outras zonas da Europa. Em Portugal o Hospital de Abraveses foi um dos primeiros, se não o primeiro, a começar este processo quando, um enfermeiro de apelido Prazeres, decidiu falar com o diretor do Hospital de Abraveses, Carvalho Homem, no sentido de se deslocar a casa de um doente que apresentava grandes dificuldades de deslocação (Lourenço, 2018).

Devido a falta de condições para manter mais internados e com o aparecimento dos medicamentos neurolépticos de longa duração, tornou-se necessária a administração dos medicamentos em casa de pacientes que não se podiam deslocar. Depois de algumas

experiências, foi efetuada pesquisa por parte dos profissionais do Hospital que lhes permitiu criar alguns protocolos com serviços de desinstitucionalização já existentes no sul de França, mais propriamente na comuna de Dax. Houve então uma troca de informação e conhecimentos que permitiu um mais rápido desenvolvimento destes apoios. Os enfermeiros que visitam as localidades têm também um treino dirigido para o apoio social, ajudando a criar uma rede social de segurança nas comunidades que acolhem estes doentes (Lourenço 2018).

Para evitar problemas que se foram verificando ao longo das últimas décadas em tentativas de desinstitucionalização, os serviços de apoio em Viseu investem fortemente na avaliação das condições sociais do doente, com quem ele se relaciona, que tipo de ocupações pode ter, locais que frequenta, fazendo assim um mapeamento do comportamento normal do doente e compreendendo melhor as possibilidades de apoio. O serviço de apoio ambulatório, que trabalha por todo o distrito é atualmente efetuado a partir do Hospital de S. Teotónio. Este não tinha serviços de psiquiatria antes da desinstitucionalização, sendo esses serviços monopolizados pelo Hospital Psiquiátrico de Abraveses. Ao longo do tempo os serviços do Hospital de Abraveses têm sido incorporados no de S. Teotónio, que atualmente se afigura ter melhores condições para receber estes doentes (Nunes, 2008).

Este serviço ambulatório foi então responsável pelo impulso da desinstitucionalização em todo o distrito, começando por ideias promovidas por Carvalho Homem e postas em prática ao longo da carreira de Fidalgo de Freitas. Este processo foi-se desenvolvendo até à atualidade. Com a evolução dos serviços domiciliários foram efetuados protocolos entre o Hospital de Abraveses e outras instituições e organizações. Entre estas está o Sanatório do Caramulo, anteriormente utilizado para albergar e tratar doentes com tuberculose e outros problemas pneumológicos, e agora usado como lar de idosos e lar de acolhimento a pessoas com problemas psiquiátricos. Outro protocolo foi estabelecido com a ASSOL que se demonstrou de suma importância para receber doentes crónicos após o encerramento do “serviço de crónicos” no Hospital de Abraveses (Lourenço 2018).

Mais tarde, a partir do início da década de 90, outras associações foram criadas no distrito de Viseu, como: PORTAS P´RA VIDA no Douro Sul, Lamego, criada em 1990; a ARTENAVE sediada nas Terras do Demo, Moimenta da Beira, Satão e Sernancelhe, fundada em 1994 e a VÁRIOS que se trata de uma cooperativa de solidariedade social, fundada em 1999. Estas associações e cooperativas fornecem serviços de apoio social mas estão pouco focadas nos problemas psiquiátricos sendo mais frequente ocuparem-se com pessoas portadoras de deficiência e outros tipos de dificuldades, embora também forneçam apoio a

alguns doentes psiquiátricos em colaboração com os serviços do Hospital Psiquiátrico (Nunes, 2008; Lourenço 2018).

A ASSOL foi criada pouco depois do serviço ambulatório. Sendo, por sua vez, independente, focou-se no apoio social, estando articulada com o serviço ambulatório nas questões biomédicas. Tendo os seus principais centros em Oliveira de Frades e S. Pedro do Sul no concelho de Viseu, esta associação encontra-se, atualmente, presente em várias outras localidades através de divulgação do seu trabalho e da colaboração com diversas entidades, bem como, com a criação de gabinetes de apoio a programas de inclusão na comunidade, como acontece em Mortágua e Tondela. Com estas ações, a ASSOL, tem vindo a expandir-se, alargando o apoio a mais pessoas com deficiência e doença mental (Nunes, 2008; ASSOL, consultado a 01/02/2018). Em 2015 prestava apoio a mais de mil e duzentas pessoas, tendo este número vindo a aumentar todos os anos desde a sua fundação a 22 de março de 1987, como podemos verificar no quadro seguinte:

Total de pessoas apoiadas.

	2011	2012	2013	2014	2015
Pessoas apoiadas diariamente	235	252	268	257	286
Pessoa com apoio regular não diário	370	369	360	522	747
Pessoas com intervenções pontuais	n	n	196	162 (a)	217a)
Total	605	621	824	941	1223

(a) Alunos que foram avaliados em psicologia e terapia da fala pelo CRI

Figura 2: Total de pessoas apoiadas pela ASSOL entre 2011 e 2015 (ASSOL, 2016)

São vários os serviços prestados por esta associação independente, sendo um dos mais importantes o apoio prestado em articulação com as escolas, garantindo apoio terapêutico a alunos com necessidades educativas especiais e ajudando estas crianças e jovens e entrar na vida adulta e potencialmente no mercado de trabalho (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A prestação de apoios psiquiátricos, ainda é efetuada em meio hospitalar, as visitas fornecidas pelo hospital têm sido, ao longo do tempo, menos frequentes nas regiões apoiadas por esta associação, devido, em parte, à preferência da ASSOL por deslocar os doentes ao hospital para que estes tenham interações normais e deslocações regulares, potenciando as suas capacidades através da interação com o mundo social circundante, tendo em conta que

visitas domiciliárias ou a centros de apoio, poderiam contribuir para o isolamento das pessoas apoiadas, (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018, Lourenço, 2018).

Aquando da sua formação era constituída por um grupo de técnicos (médicos e professores) no âmbito da ACROF (Associação Cultural e Recreativa de Oliveira de Frades), que pretendiam apoiar famílias com dificuldades e que integravam pessoas com deficiência. Este núcleo, acabaria por dar origem à ASSOL quando Antonieta Jesus Saraiva doou uma casa que se tornaria o edifício central da associação (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A partir de 1989, foram criados cursos técnicos e apoios móveis, possibilitando abranger uma maior área geográfica, bem como, aumentar a capacidade a nível de recursos humanos dotados de formação especializada para o contexto da deficiência e doença mental e, ainda permitiu a dinamização de ações de formação destinadas a pessoas com deficiência e problemas mentais diversos, tendo em vista a sua inserção no mercado de trabalho (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A partir do ano 2000, procedeu-se à organização de um apoio específico para pessoas diagnosticadas como sendo portadoras de doenças mentais, abrangendo, assim, um número ainda maior de indivíduos e prestando, agora, apoio a pessoas com distúrbios mentais severos, que não lhes permitiam uma vida social normal (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A ASSOL foi criada para ser um instrumento que facilitasse a resposta da comunidade às necessidades encontradas. Foi percorrido um longo caminho que levou ao desenvolvimento de vários apoios:

Em 1991 foi criado o Projeto Integrado e o Centro de Atividades Ocupacionais; em 1992 deu-se a abertura do primeiro Centro de S. Pedro do Sul; No ano de 1993 o apoio no domicílio; em 1995 o lar de Apoio; em 1997 foram organizadas as primeiras famílias de acolhimento; em 1999 o fórum Sócio Ocupacional; em 2002 foram inauguradas as novas instalações em S. Pedro do Sul e em 2007 entrou em funcionamento a Intervenção Precoce (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

Os Estatutos da ASSOL estabelecem no seu Artigo 2º que “A Associação tem como objetivo contribuir para a promoção dos deficientes dos concelhos de Oliveira de Frades, Vouzela e S. Pedro do Sul” (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

O objetivo principal da ASSOL é dotar a região de Lafões de uma rede de apoios às pessoas com limitações decorrentes de deficiências ou doenças psiquiátricas crónicas e incapacitantes, que potencie a sua integração social e familiar, que permita o recurso aos

serviços apenas quando necessário e que esses apoios possam ser tão flexíveis quanto as necessidades de cada pessoa (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

Têm também como objetivo a criação de uma grande rede de famílias de acolhimento que permita o apoio residencial a todas as pessoas com essa necessidade. Acreditando que só uma alteração neste sentido permitirá cumprir o direito e a liberdade de acesso aos serviços. Esta alteração exige uma mudança nas políticas de financiamento dos serviços de apoio a pessoas em situação de incapacidade (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

No seu artigo 3º, os Estatutos afirmam que "Para a realização dos seus objetivos, esta Associação propõe-se manter, entre outros, os seguintes propósitos:

Promover a adaptação e integração do deficiente, na família, na escola e na sociedade; promover todos os esforços no sentido de dinamizar, orientar e sensibilizar os pais a prestar ou aceitar colaboração ativa a todas as pessoas singulares ou coletivas que visem fins idênticos aos da Associação; preparar a integração das crianças deficientes nos estabelecimentos regulares de ensino; procurar educar, valorizar e motivar profissionalmente o deficiente e procurar a criação de atividades estruturadas para permitirem uma ocupação profissional do deficiente (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A ASSOL tem como princípio base que os seres humanos apenas se podem realizar em comunidade e, por isso, procura dar o apoio necessário às pessoas com deficiência para que possam participar na comunidade a que pertencem, mas também apoia as outras pessoas e estruturas da comunidade para que possam interagir positivamente com as pessoas com limitações (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

Esta associação procura facilitar as conexões das pessoas apoiadas com toda a comunidade e, por isso, uma das palavras de ordem é *"Connecting People".* Não se pretende criar um "mundo especial" para "pessoas especiais", mas antes dar apoio às pessoas e à comunidade para que as "pessoas especiais" possam ter acesso ao mundo normal (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

A ASSOL vê-se como uma plataforma logística para dar suporte à vida das pessoas apoiadas fora de si e será sempre um objetivo conseguir que cada pessoa apoiada tenha na comunidade, pelo menos, uma pessoa tão importante para ela como o melhor dos profissionais da associação (ASSOL, consultado a 01/02/2018; Pereira, 2018).

As atividades mais marcantes desta associação começaram oficialmente em 1989 com ações no âmbito da formação profissional dirigidas a pessoas com deficiência e/ou doença mental para que pudessem ter uma ocupação ou emprego. Em 1991 iniciou-se uma

colaboração com várias escolas da região de Lafões no sentido de dar apoio a mais de 200 crianças (Oliveira, 2013).

A ASSOL tem apostado fortemente na reabilitação no sentido profissional ajudando os utentes a manterem uma vida ativa, diminuindo problemas de recaídas, depressões e estigma (Lourenço 2018).

Antes da existência da ASSOL, pessoas portadoras de doença mental ou deficiência, na região de Lafões, Viseu, não tinham acesso a apoio médico regular. Os hospitais afastados geograficamente, apenas se responsabilizavam por alguns casos graves com necessidade de internamento, sendo que, alguns dos internamentos tinham origem em processos judiciais, os quais eram dirigidos ao Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, em Coimbra. Entretanto, alguns serviços domiciliários já eram efetuados pelo Hospital de Abraveses, dado que, a partir dos anos 70, já se faziam serviços domiciliários a doentes que outrora haviam estado internados. No âmbito destes serviços destaca-se sobretudo a administração de injeções de neurolépticos, geralmente aplicadas apenas em casos de ataques psicóticos.

Alguns apoios eram, e são ainda, prestados por organizações ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas da Misericórdia, mas, sem querer desvalorizar as boas intenções, estas instituições, tendiam, e tendem ainda de certa forma, a funcionar como asilos locais, onde o doente acaba por ficar confinado a uma rotina imposta e a um local que o separa da comunidade. Estas instituições religiosas parecem ainda e de certa forma imbuídas do pensamento de reabilitação moral vigente durante século XIX (Pereira, 2018; Guadalupe, 2011).

Em muitos contextos socioculturais, a nível global, a religião ainda possui uma forte presença no tratamento e integração de doentes mentais. A associação de profissionais psiquiátricos e religiosos pode revelar-se muito mais vantajosa do que a dicotomia entre ciência e religião presente desde o iluminismo. Muitos doentes com esquizofrenia podem autocontrolar-se a partir do conhecimento e aceitação do diagnóstico, criando um sistema de crença (entenda-se sistema de crença do ponto de vista de construção de entendimento e não apenas como crença de algo não real), associado à educação secular. O conhecimento e aceitação da doença permite, então, ao doente, controlar o seu comportamento até certo ponto, mesmo quando tem alucinações. Através de uma explicação religiosa ou científica, o entendimento do doente, bem como o dos membros da sociedade envolvente sobre a sua doença, ajuda-o a integrar-se, sendo, portanto, a forma como a doença é percecionada pelo doente e pelo seu meio circundante importante para entender como ambas, a própria doença e a cura ou tratamento, se manifestam. Se o sistema de crença e a perceção do doente e das

pessoas em seu redor influenciam os próprios sintomas da doença, esta torna-se externa ao mundo puramente biológico o que parece evidenciar a importância desta aliança entre a ciência que procura o tratamento de um doente que pode ter crenças vincadas (Breier, 1983).

Na região de Viseu, as “Santas Casas” não tiveram um papel muito notório nos processos de tratamento de doenças mentais, embora noutros locais do país isto se tenha verificado. Um dos problemas da desinstitucionalização era a falta de lugares que acolhessem os doentes desinstitucionalizados, sobretudo aqueles com dificuldades financeiras. Os centros médicos privados e casas pertencentes a instituições religiosas tendem a cobrar por doente o que não permite, a indivíduos mais empobrecidos, a procura destes apoios institucionais. É, portanto, neste contexto que os apoios comunitários se tornam mais relevantes. (Lourenço, 2018)

O principal princípio orientador da ASSOL, assenta no auxílio ao indivíduo doente e marginalizado, quer seja portador de deficiência ou de doença mental, e para o qual a existência de um apoio personalizado se afigura de extrema importância. Como refere Mário Pereira:

“Existe um grande espectro de doenças mentais e deficiências, mas um espectro maior de pessoas doentes.” (Pereira, 2018)

O tipo de apoio referido visa criar uma rede social que faça com que o doente se sinta integrado e se veja como uma pessoa válida dentro da sociedade, sendo importante que a pessoa não se deixe limitar e identificar com e pelo diagnóstico. Isto apenas se torna possível com um apoio personalizado de forma individualizada, que respeite e compreenda as crenças, os medos, as expectativas e o relacionamento existente entre a pessoa e a sua condição de doente. O trabalho parece ser uma das principais preocupações desta associação, ajudando os doentes a manter uma ocupação ou até um emprego onde se possam sentir úteis. Isto parece fortalecer a sua autoestima, melhorando a saúde mental destes doentes. Existem mais associações no distrito de Viseu, sendo a ASSOL a mais antiga e a mais focada na empregabilidade, concentrando-se em apoiar pessoas com emprego protegido e criando protocolos com empresas locais. (Lourenço 2018)

A medicação continua a ser seguida através do hospital ou de clínicas localizadas, maioritariamente, nos centros urbanos, não existindo, ainda, um serviço psiquiátrico desinstitucionalizado nas localidades rurais e vilas. Um protocolo com o Hospital de Abraveses faz com que a administração de neurolépticos injetáveis seja feita por enfermeiros que fazem

visitas domiciliárias e às associações, ocorrendo uma troca de serviços entre o hospital e as associações, embora muitas vezes a ASSOL opte por deslocar os pacientes aos serviços sempre que possível (Pereira, 2018; Lourenço 2018).

Com a lei nº 36/98 de 24 de julho, conhecida como Lei da Saúde Mental e do decreto lei nº35/99 de 5 de Fevereiro, foi definido um modelo de referência que pressupõe a articulação estreita entre os cuidados hospitalares e os comunitários. Em teoria, estas leis procuram um modelo já proposto internacionalmente, oficializando a desinstitucionalização como o modelo a seguir por todo o país. Neste sentido e desde então, algumas alterações têm sido efetuadas em todos os meios psiquiátricos. Na prática, muitas das iniciativas da Direção Geral de Saúde vêm apenas corroborar o que já se estava a tentar fazer em alguns locais e que já se fazia em grande parte dos países ocidentais. Algumas destas alterações têm demorado tempo a ser implementadas, ou têm-no sido de forma adulterada, como no caso da inserção do Hospital de Abraveses nos serviços do Hospital de S. Teotónio que, ao continuar a utilizar o mesmo edifício onde funcionava o Hospital Psiquiátrico, não permitiu cumprir a principal diretiva das leis que preconizam a diminuição do estigma, misturando os utentes e os serviços (Heitor, 2004)

O acompanhamento por parte dos psiquiatras é efetuado, maioritariamente, a partir dos consultórios. Os que acompanham a equipa que se desloca ao domicílio são normalmente iniciantes, sendo a avaliação da doença por psiquiatras experientes efetuada, maioritariamente, nos centros hospitalares. Existem serviços dos centros de saúde que fornecem visitas domiciliárias por parte de enfermeiros, mas estes serviços, embora também forneçam apoio a doentes mentais não possuem especialização como os enfermeiros dos hospitais psiquiátricos (Lourenço, 2018, Tavares Pereira, 2018)

Em Portugal, de facto, a oficialização e a implementação do processo de desinstitucionalização estão, apenas neste século, a ser regulamentadas a fundo, sendo a Resolução de Ministros nº 49/2008 de 6 de março, que cria o Plano Nacional de Saúde Mental, a legislação que veio propor o planeamento e desenvolvimento das alterações dos serviços psiquiátricos no país (Programa Nacional Para a Saúde Mental, 2017).

Em 2017, este plano foi alvo de um relatório de avaliação que apresentou, também, propostas para o seu prolongamento até 2020. Este relatório, nota a diminuição, nos últimos 10 anos, da capacidade de internamento devido à redução do número de camas no setor público, em particular as dedicadas a doentes crónicos. Refere que esta diminuição não foi homogénea por todo o país tendo sido observada uma maior incidência no norte e centro do país, dado que, muitas das camas para internamento crónico, passaram a ser camas convencionadas, apoiadas pelo Estado, em instituições e associações várias. Recentemente, o número de

profissionais de saúde também tem sofrido alterações. Os médicos psiquiatras têm aumentado no serviço público, mas o número de enfermeiros e outros profissionais de saúde com especialização em saúde mental têm vindo a estagnar e até diminuir, o que pode tornar-se num problema de desequilíbrio nos serviços fornecidos e revela problemas no método de contratação profissional, comprometendo o trabalho multidisciplinar e a criação de respostas na comunidade. Este relatório evidencia outras estatísticas que demonstram, em termos quantitativos, os resultados da implementação da desinstitucionalização. Podemos, através da sua leitura, chegar à conclusão que a legislação e os métodos atuais são ainda insuficientes para implementar a desinstitucionalização teoricamente pretendida. Muitos destes números não têm em conta casos não identificados que, muitas vezes, podem estar a viver em situações de pobreza sem apoio e casos de encarceramento prisional sem avaliação psiquiátrica aprofundada (Programa Nacional Para a Saúde Mental, 2017).

Apenas recentemente é que a ASSOL está a tentar ser integrada no Serviço Nacional de Saúde, tentando usufruir do Orçamento de Estado para melhor responder às solicitações da população que abrange. Até agora, estas associações têm estado dependentes das famílias dos utentes assim como de doações e apoios locais. Têm também tido financiamento de outras organizações, algumas delas estatais, devido a protocolos estabelecidos com as mesmas, mas não estão inseridas na estrutura pública de saúde. O financiamento atual revela-se insuficiente para poder prestar todos os serviços necessários (Pereira, 2018).

Figura 3: Logotipo da ASSOL

Capítulo 7
Entrevistas

Objetivos e metodologia

Tendo como objetivo principal a análise e contextualização histórica do processo de desinstitucionalização na região de Lafões do Distrito de Viseu, a metodologia do trabalho baseou-se na perspetiva histórica através de pesquisa bibliográfica e entrevistas a técnicos que estiveram ligados ao processo.

Embora tenha havido várias tentativas para aumentar o reportório de entrevistados, apenas quatro se demonstraram disponíveis. A falta de mais entrevistas para poder comparar tanto o relato histórico como as diferentes perspetivas sobre o tema pode ser um dos maiores problemas deste trabalho. Ainda assim, as entrevistas efetuadas revelaram-se muito úteis para complementar a pesquisa bibliográfica e para, analisando-as, compreender melhor a visão que impulsiona os agentes que fazem parte deste processo.

A pesquisa qualitativa peca pela subjetividade, que muitas vezes não produz conclusões e chega mesmo a criar um mar de incertezas. Associada a esta pesquisa deve ser efetuada uma forte pesquisa bibliográfica. Como o objetivo se focava na procura do enquadramento histórico, esta pareceu ser a forma de pesquisa mais adequada.

Existem poucas fontes bibliográficas que permitam um bom entendimento do processo em Lafões, por isso as entrevistas revelaram-se extremamente úteis. Para melhor complementar o trabalho, entrevistas a utentes das organizações descritas ao longo do trabalho assim como dos seus familiares seriam de grande relevância. No entanto, neste trabalho apenas foram focadas as perspetivas de técnicos envolvidos na evolução da desinstitucionalização.

Análise das Entrevistas

Neste trabalho foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com o objetivo de obter dados sobre os primórdios do processo de desinstitucionalização e o seu desenvolvimento até à atualidade no distrito de Viseu, mais especificamente na região de Lafões.

A primeira entrevista foi efetuada dia 20 de fevereiro de 2018, ao Dr. Mário do Carmo Pereira, psicólogo, diretor executivo e um dos fundadores da ASSOL onde tem sido responsável pelo desenvolvimento de diversos projetos de apoio a pessoas com deficiência e doença mental. É membro do fórum para a integração profissional desde 2009. Tem várias obras publicadas e tem participado em várias conferências em Portugal e no estrangeiro. Expliquei-lhe o objetivo da entrevista e solicitei o respetivo consentimento para a realização da mesma. Esta entrevista revelou-se bastante enriquecedora, ajudando a compreender melhor as complicadas nuances deste tema.

A segunda entrevista foi realizada dia 12 de março de 2018, ao médico psiquiatra Dr. Joaquim José Tato Fidalgo de Freitas, atual presidente da APPDA (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo) e ex-diretor do hospital psiquiátrico de Abraveses em Viseu que, seguindo ideias lançadas pelo psiquiatra Dr. Carvalho Homem, desenvolveu o apoio comunitário até à dimensão atual, sendo assim profundo conhecedor das primeiras ações no âmbito da desinstitucionalização, a quem, igualmente, expliquei o objetivo desta pesquisa, solicitando a devida autorização.

A terceira foi efetuada no dia 03 de Agosto de 2018 ao médico Dr. Fernando Manuel Tavares Pereira, diretor do Centro de Saúde de Vouzela e médico de saúde geral e familiar.

A quarta foi efetuada no dia 06 de Agosto de 2018 ao Enfermeiro Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço, especialista em enfermagem psiquiátrica, e que, acompanhou ao longo da sua carreira, o processo de desinstitucionalização em Viseu.

A opção de proceder a estas entrevistas derivou da compreensão da existência de duas perspetivas que influenciam o processo de desinstitucionalização, uma mais social e outra marcadamente biomédica. No caso de Lafões, através destas entrevistas, foi possível constatar que, apesar da existência de uma fronteira bem definida entre estas duas perspetivas, tem sido possível a sua articulação. Esta capacidade de cooperação diferencia-se de muitas outras tentativas no território nacional e tem demonstrado ser essencial para o bom funcionamento do processo de desinstitucionalização.

Embora existindo um fio condutor comum a todas as entrevistas, os entrevistados abordaram as questões de forma livre, sendo que o seu discurso ocorreu naturalmente pelos vários assuntos tratados, não havendo por isso uma segmentação marcada dos mesmos.

Todas as entrevistas foram gravadas utilizando um gravador de voz, e, mais tarde, transcritas e adaptadas, tendo-se procurado ser o mais fiel possível ao discurso original.

Primeira entrevista: Dr. Mário Pereira

As primeiras questões dirigiram-se a questões relacionadas com aspetos históricos da formação da ASSOL.

"A ASSOL existe desde 1987 de forma independente. Foi fundada por um grupo de técnicos (médicos e professores) como uma secção da ACROF (Associação Cultural e Recreativa de Oliveira de Frades) e deu origem à ASSOL quando Antonieta Jesus Saraiva doou uma casa que se tornaria o edifício central da Associação, cuja ação se focava no apoio a pessoas portadoras de deficiência.

A partir de 1989 começaram a funcionar cursos técnicos e apoios mais especializados e a partir de 2000 foi organizado um apoio específico para pessoas com doença mental, antes as formações profissionais eram mais dedicadas a pessoas deficientes e, atualmente, andamos a tentar integrar a rede nacional de cuidados continuados

Antes da ASSOL, pessoas com doença mental ou deficiência não tinham acesso a apoio, sendo os hospitais afastados, apenas responsáveis por alguns casos de internamento. Alguns internamentos eram feitos no Hospital Psiquiátrico Sobral Cid no caso de processos judiciais."

O entrevistado refere-se especificamente à região de Lafões.

"A ASSOL nasceu totalmente independente de qualquer órgão, embora procure o apoio de toda a gente. Existiam e existem alguns apoios na forma das Misericórdias e associações da Igreja."

Sobre o tipo de apoio prestado referiu que:

"O foco deste tipo de apoio é na pessoa, existe um grande espectro de doenças mentais e deficiências, mas um espectro maior de pessoas doentes. Mesmo com doenças físicas cada um reage à doença à sua maneira. Na medicina, no geral, começa a haver uma certa tendência não só para tratar a doença, mas também o doente. O foco da ASSOL dirigiu-se para o apoio social e individual do doente, com associação ao tratamento médico que ainda é fornecido pelo hospital ao qual o acesso se torna facilitado pela organização.

Não temos nem médicos nem enfermeiros, não tratamos do tratamento da doença em si, o nosso foco é tratar da pessoa, integrá-la na sociedade, na família, ajudá-la a tomar os medicamentos receitados pelo médico…"

No seguimento da entrevista, perguntei ao entrevistado sobre a influência do estigma no trabalho desenvolvido pela ASSOL.

"A validação e a integração da pessoa no meio comunitário é essencial para o combate ao estigma que pode ser resolvido com a normalização do comportamento. O que tentamos dar à pessoa é um apoio que as faça sentir ainda como pessoas válidas.

A maioria do sofrimento de uma pessoa com doença mental vem muitas vezes de não ser diagnosticada a tempo e também de não ter apoio social adequado. Pessoas que durante 10 anos são tratados como alcoólicos de mau feitio e acabam por ser marginalizados, quando no fundo têm uma doença mental que tratada ou com o devido apoio… poderia ter sido impedido muito desse sofrimento.

Existem pessoas tratadas como alcoólicos, de mau feitio, com problemas com diagnósticos não típicos, que através de intervenções e apoios podem retomar uma vida social.

As pessoas com deficiência costumam ter uma rede de apoio familiar. No entanto, pessoas com doença mental, muitas vezes não têm qualquer rede de apoio, pois o seu comportamento acabou por afastar e isolar estas pessoas a nível familiar e social."

Com as afirmações anteriores podemos verificar a dificuldade de diagnóstico de muitas doenças mentais o que dificulta o respetivo tratamento e as opções de apoio, a que acrescem questões relacionadas com a economia familiar do utente:

"Com a proposta da entrada desta instituição para o serviço de cuidados continuados, a família do doente pagaria uma comparticipação de acordo com o agregado familiar (a Segurança Social indica o pagamento dessa comparticipação). Por vezes a pessoa deficiente ou com doença mental mesmo que acolhida por um familiar, não é a mesma coisa que ser parte de um agregado familiar, isto em relação á economia comunitária (da família).

Se a pessoa não fosse acolhida por um familiar seria um sem abrigo, mas ao ser acolhida esta não se torna exatamente um membro ativo da economia familiar, pedindo muitas vezes dinheiro para ir para o café ou para cigarros, sem haver grandes contributos para a casa que o acolhe, não sendo exatamente membro de um agregado familiar tradicional."

Deste facto se depreende que viver em casa de familiares, não significa que se esteja integrado socialmente e se sinta útil, porque continua a ser considerado como um encargo.

Relativamente à forma como os doentes passam a ser utentes da ASSOL, Mário Pereira referiu que:

"…as pessoas chegam muito através do hospital. Pontualmente, os familiares podem dirigir-se diretamente a nós, mas são exceções."

Entretanto, foram sendo abordadas algumas das dificuldades e questões relacionadas com os apoios prestados.

"A deslocação às consultas é muito complicada em termos de transportes e isto é uma das nossas principais funções. Ajudamos a transportar as pessoas a serviços que de outra forma não conseguiriam ter."

Voltando à questão do estigma:

"O estigma desaparece com o conhecimento. Se a pessoa andar na rua, limpa, sem andar a mexer no lixo e se tiver uma presença social trabalhando e ajudando… estar a trabalhar ajuda a integrar a pessoa criando um certo estatuto que ajuda a evitar o estigma.

O estigma desaparece assim que o doente tem um nome. Se fores um membro ativo ou até se estiveres presente e interagires com as pessoas com frequência, deixas de ser o maluquinho e passas a ser o João ou o Pedro.

Estávamos na escola de Oliveira de Frades a discutir o estigma e havia um professor muito chateado porque um aluno chamou autista a outro. Mas eu não vejo problema! Podemos chamar autista ou deficiente a qualquer um, desde que se chame a uma pessoa com deficiência pelo nome. O estigma existe quando se formam grupos, como acontece com os ciganos, por exemplo."

Chegados a este ponto pareceu-me interessante abordar a questão da integração social dos doentes mentais das zonas rurais como ajudantes agrícolas ou como pedintes, referindo o estereotipo comum do "tolo da aldeia".

"Ainda temos pessoas com esse tipo de classificação, mas os lugares que estas ocupavam socialmente desapareceram. Antigamente as pessoas viviam na rua, agora não está ninguém na rua da aldeia para interagir e acomodar este tipo de pessoas. Antes podiam fazer um trabalho de ajuda em troca de esmola ou alimento, mas hoje não acontece. A ASSOL até começou na altura certa… num momento de alteração de economia, estava a acabar a economia tradicional e a começar outra coisa que acabou por deixar muitas pessoas com problemas… desamparadas."

Analisando a forma como eram tratadas algumas pessoas com deficiência ou doença mental num passado recente, nomeadamente ao aprisionamento de casos extremos:

"Sem apoios muita gente não tem outra solução quando existem casos graves. Havia um caso curioso aqui de um homem que nem estava preso… tinha sido criado e condicionado de tal forma que nunca saia de casa. Só descobrimos a sua existência depois dos pais irem para um lar e ele já tinha 70 anos. Houve também um caso de um jovem que vivia preso num curral. Estas situações de choque ajudaram na formação da ASSOL mas eram situações não muito comuns que atualmente já não deverão aparecer."

Referindo-se a dificuldades de tratamento relacionados com a toma da medicação considerou que:

"Temos pessoas que não cumprem a medicação e têm dificuldades em aceitar estes tipos de apoios, por exemplo, em casos novos de esquizofrenia. Quando as pessoas estão nestas fases mais iniciais e que muitas vezes são muito críticas, nós temos muitas dificuldades, pois não podemos obrigar ninguém. Temos mais facilidade com pessoas mais maduras, com pessoas que já se conformaram com a doença e têm uma vida relativamente mais apaziguada."

Inquirido sobre a abrangência de ação da ASSOL, o entrevistado referiu o seguinte:

"Damos apoios sobretudo em Vouzela, S. Pedro (do Sul) *e Oliveira de Frades. Também temos algumas coisas em Castro Daire, Tondela e Viseu. No distrito de Viseu existem mais organizações a tratar de deficiência, mas de doença mental existem muito poucas*

organizações a nível nacional. A ASSOL é a única que presta apoio a doença mental no distrito de Viseu. Na área da deficiência deve haver umas 200 organizações pelo território nacional, mas na área da doença mental deve haver só 20 ou 30, isto também porque há uma noção que a doença mental tem de ter um apoio e um trabalho muito mais especializado do que a deficiência.

Existe uma legislação que tem a ver com os cuidados continuados da doença mental, mas os apoios financeiros são muito limitados.

Temos em Portugal ainda há volta de 4000 pessoas com doença mental internadas quer em hospitais como em Casas de Saúde e Misericórdias. Estas pessoas acabam por ficar lá porque não têm qualquer forma de apoio para sair. Se não se criarem apoios as pessoas que são desinstitucionalizadas acabam por ter recaídas ou virar sem abrigo. Eu acredito que estas pessoas podiam viver na sociedade geral com o apoio adequado.

Em muitos países, e em Portugal, também se fecham hospitais psiquiátricos mas, sem o acompanhamento e criação de formas de apoio, não se resolve nada. Ao fechar os hospitais o dinheiro não acompanhou as necessidades das pessoas. Era preciso haver serviços e apoios, não necessariamente médicos, mas de ajuda social que apoie as deslocações ao médico.

Os psiquiatras muitas vezes sabem que algo é benéfico, mas não o praticam. Isto acontece muito mais do que noutras áreas da medicina. Não o fazem porque não lhes dá jeito. Todos sabemos que as consultas deviam ser feitas em proximidade, mas mantêm-se num esquema de privatização de saúde e jogos de poder… continuam centralizados.

A medicalização em casa, aqui em Viseu, ajudou a que um maior número de doentes tivesse mais adesão ao tratamento. Em Lisboa e em Beja já existem algumas coisas semelhantes, mas na maioria dos hospitais, não se faz nada disto.

Em Coimbra existem muitos psiquiatras, muitos mais do que em Viseu. Existem interesses nas coisas… Há uns anos, uns canadianos foram falar de apoios a pessoas com doença mental no pós-alta, fizeram uma conferência no hospital em Coimbra mas como era à tarde, estivemos duas ou três pessoas a ouvi-los e ninguém era do hospital. Se fosse uma apresentação de uma nova molécula, que faz não sei o quê, estava a sala cheia. O lado social da doença é muito desvalorizado pelos médicos."

Voltando ao apoio prestado pela ASSOL na região de Lafões, Mário Pereira considerou que:

"Este serviço que temos, custa dinheiro, mas se evitarmos internamentos também contribui em muito para a sociedade, mesmo economicamente.

Na cidade ainda há muitos transportes mas nas zonas rurais não há transportes públicos frequentes que permitam a pessoas sem carro e com problemas irem a locais de trabalho e serviços.

Coloquialmente, os hospitais psiquiátricos e a sua localização ainda funcionam como insulto. Muitas vezes são edifícios isolados com guardas á porta… aquilo… ninguém lá vai! Uma forma de também diminuir o estigma é diminuindo o aparato. Temos tentado deliberadamente integrar os nossos apoios nos centros das vilas, ofereceram-nos terrenos e quintas isoladas, mas não aceitamos, não queremos criar coisas que não são vistas e que afastam os doentes da comunidade geral.

A questão do sítio onde os apoios estão, (percebi bem isto com uma comparação do Dr. Telmo Antunes que era Presidente da Câmara de Vouzela, na altura), é a mesma razão porque os advogados não têm os escritórios no rés do chão e com montras de vidro. Para lidar com assuntos discretos que o cliente não queira que se saibam, convém não ter o serviço exposto, mas antes integrado no resto dos serviços normais."

Ilustrando este facto foi referido o caso das instalações da ASSOL em Viseu e Tondela que coexistindo com outros serviços que apoiam pessoas portadoras de deficiência, contribui para que outras pessoas com doenças mentais, mais facilmente, prefiram aquela devido á sua presença discreta, o que não acontece com as instalações de Oliveira de Frades que se encontram mais expostas.

"No caso da ASSOL, em Viseu e Tondela, como coexiste com outros serviços que apoiam pessoas com deficiência, os doentes que não querem sentir o estigma, preferem deslocar-se à ASSOL que funciona num pequeno e discreto escritório.

O que tentamos fazer é criar muitos apoios nos locais, como no próprio hospital, nas escolas, nos locais de trabalho. Em vez de trazer cá o médico, é preferível levar o doente ao médico para que as pessoas interajam socialmente nestes serviços. As pessoas habituam-se à presença do doente e criam laços sociais se este mantiver uma presença na sociedade."

Em relação a um comentário, que introduzi, sobre uma casa de chá existente no Jardim da Sereia, em Coimbra, que contratava preferencialmente pessoas com deficiência:

"É uma tentativa de integração de pessoas portadoras de deficiência, mas é diferente do que nós fazemos aqui. Existe uma grande diferença entre criares um meio onde tens pessoas com este tipo de problemas a trabalhar e fazeres com que um individuo vá trabalhar para um café já estabelecido.

Esta ideia deste tipo de apoios é a principal ideia da desinstitucionalização, mas os modelos de integração como este, e como as residências, ainda persistem. Na Itália e noutros países também existiram alguns esquemas de integração que acabaram por ser esquemas financeiros para benefício próprio, o que acaba por despromover a ideia."

E quando a integração se afigura impossível?

"Ninguém põe em causa que exista malta que precisa de muito apoio e é de difícil integração, ou até impossível. Mas existem muitos mais casos que seriam de fácil integração mas que estão internados. Nestes casos é essencial que os apoios sejam reforçados"

Relativamente ao trabalho desenvolvido em meio escolar:

"Os apoios nas escolas não são apenas dirigidos aos alunos com dificuldades mas também aos professores que devem ser ajudados a lidar com estas situações e sensibilizados para ter uma melhor conduta em relação aos problemas destas crianças."

No final da entrevista, Mário Pereira reforçou uma ideia que já tinha referido ao longo da entrevista e que se refere às relações de poder:

"Os sanatórios para a tuberculose fecharam quando a medicação alterou, mas os hospitais psiquiátricos não fecham na mesma situação. Tem a ver com poder, com controlo... Dentro de outras áreas da medicina os doentes têm mais voz e mais poder. Os deficientes e os doentes mentais acabam por ficar presos do modelo que, quer por dificuldade de entendimento ou por serem marginalizados, pelo estigma, acabam por perder qualquer voz no assunto. Também não existe uma boa divulgação de modelos alternativos, o que não permite às famílias compreender que podem mudar o sistema, mantendo-se presas ao modelo que conhecem.

Fechou o Miguel Bombarda, mas ainda se mantêm os hospitais das ordens religiosas que funcionam como asilos. Os doentes mentais são muito desempoderados… muitas vezes a família nem os vai visitar por medo que os entreguem aos cuidados do meio familiar, sem apoio."

Segunda entrevista: Dr. Fidalgo de Freitas

Em relação à evolução do processo de desinstitucionalização em Portugal, Fidalgo de Freitas relatou:

"Em Viseu a desinstitucionalização já tem mais de 40 anos… sempre houve gente contra… em Portugal teve muito a ver com o poder. O objetivo da desinstitucionalização era o fim do hospital psiquiátrico… qualquer hospital é um centro de poder. O poder do médico dilui-se quando os doentes estão na rua. Os doentes e deficientes que, mesmo com apoio, não têm hipótese de viver em comunidade, são uma minoria. O hospital centralizado, com um grande número de pacientes internados, não faz sentido, como também não faz ainda haver milhares de doentes institucionalizados, quando mais de metade destes possuem condições para viver fora do hospital. Haver necessidade para 50 ou 100 não justifica 4000 internados.

Em relação à questão da relação entre benefícios e prejuízos da institucionalização o entrevistado considerou o seguinte:

"Muitos que eu próprio julguei, em tempos, serem casos perdidos, saíram do hospital e conseguem ter uma vida relativamente normal. A própria instituição deteriora o estado mental, uma pessoa minimamente normal, depois de estar internado durante algum tempo muda completamente. Existia muito o argumento da perigosidade dos doentes mentais, mas sabemos agora que em termos estatísticos as pessoas consideradas sãs mentalmente são relativamente mais perigosas do que doentes mentais."

Relativamente à medicação referiu que:

"Já existem medicamentos há muito tempo, mas a desinstitucionalização não acompanhou o desenvolvimento da farmacêutica, existem injeções antipsicóticas agora que o doente pode estar um mês sem tomar mais nada.

A satisfação do doente desinstitucionalizado não tem nada a ver com o que era antes. O psiquiatra trata a doença sem ver a pessoa, as instituições de apoio ajudam a pessoa, preocupam-se com o comportamento. Os medicamentos são importantíssimos, senão seria uma desgraça!"

No caso da coordenação da psiquiatria com os tribunais, Fidalgo Freitas defende que a psiquiatria comunitária e a desinstitucionalização seriam mais valias, referindo-se a esta questão nos seguintes termos:

"Hoje em dia há uma lei que permite o internamento compulsivo caso exista um perigo contra terceiros ou a si próprio. Patologia do ciúme e a morte de mulheres… existe agora uma forma cada vez melhor de precaver e internar estes doentes antes do dano ser causado. Existe uma grande coordenação entre a saúde mental e os tribunais. A psiquiatria comunitária ajuda a precaver estes casos. Se internas alguém contra a vontade, estás a fazer uma privação de liberdade e a saúde e os tribunais conduziram a alterações na constituição."

Continuando a refletir sobre as questões de poder e financiamento, relacionadas com o meio hospitalar considerou que:

"A desinstitucionalização é ainda um trabalho muito desvalorizado. Na minha opinião, toda a saúde segue um modelo demasiado hospitalar e, economicamente, vai falir. O modelo mais comunitário deve ser generalizado porque o hospital é uma questão de poder, até o empregado de limpeza, tem mais status num hospital. A instituição hospitalar dá um poder sobrevalorizado a nível social. Sendo assim, a medicina comunitária é desvalorizada, parece que é preciso um gabinete, uma bata e o estetoscópio para fazer o médico. A medicina comunitária onde te podes encontrar com o médico, em casa de t-shirt, é vista como um sistema de qualidade inferior.

Outro aspeto fundamental é o financiamento que vai todo para os hospitais. Paga-se a doença e não a saúde. Um hospital com 100 internados recebe o dobro do que um hospital que retira 50 doentes para a rua. Não se pode baixar a lotação de um hospital sem perder dinheiro. É preferível manter pessoas doentes, em termos de financiamento. A nossa atividade comunitária, que é talvez a mais antiga da Europa, não era paga… (começou em 74), ainda apoia 700 doentes em casa. Se não fosse assim muitos teriam recaído… mas o financiamento ainda não está dirigido a estes serviços. Na minha opinião, o envelhecimento da população fará com que o sistema hospitalocêntrico vá à falência.

Um doente internado gasta cento e tal euros por dia e, em casa, reduz-se muito o custo… mas acaba-se por perder o dinheiro do financiamento. Em Lisboa e no Porto ainda há muita gente internada para a vida e só há pouco tempo é que se tem desenvolvido este tipo de apoios pelo resto do país."

O entrevistado relatou, de seguida, como se iniciou o processo de ajuda domiciliária em Viseu:

"Foi um enfermeiro que se lembrou de ir a casa de uma pessoa dar a injeção ajudando o doente que não se podia deslocar. Assim nasceu o apoio domiciliário.

Injeções de neurolépticos são ainda muito usadas e têm sido um dos maiores motores da desinstitucionalização. Um dos estigmas que a psiquiatria tem, é que ela é a única especialidade em que não há nenhum exame que demonstre uma doença mental. Não havendo uma prova concreta, é como se não existisse a doença. É como se a doença mental fosse uma questão de vontade do doente… muitos problemas de depressão e outros, são ainda apenas vistos de forma filosófica, existindo uma dificuldade em caracterizar a doença em si. Não é uma doença equiparável a doenças biológicas, mesmo que tenha muita influência genética. Imensa malta fuma e bebe, mas a propensão para a dependência é biológica, o mesmo acontecendo com muitos outros problemas psiquiátricos.

O hospital dedicou-se, primariamente, a pessoas com problemas económicos e com maior dificuldade para se deslocarem até ele… havia doentes a 130 km! Os serviços foram começando nas comunidades rurais e estendendo-se às cidades, pois havia uma comunidade com condições sociais que permitiam o suporte destes doentes mais facilmente. Com a ajuda de padres, presidentes de juntas e outros, tornava-se mais fácil encontrar os casos mais complicados e ajudá-los, pois, na altura, as redes sociais eram mais fortes no campo. Na cidade era mais fácil os doentes irem até ao hospital, não sendo o apoio tão imperativo."

Dirigindo o foco para a etiologia das doenças mentais:

"As influências ambientais são menos do que se pensa. Julga-se haver uma causa para uma doença mental mas hoje ainda não há nenhum exame para diagnosticar uma doença mental, é como se ela fosse invisível. Existe ou não existe, será uma questão de vontade ou não? Tudo o que não tem um substrato, as pessoas acham que não há uma razão para.

Os fatores externos são importantes, mas tanto há pessoas com dificuldades económicas sem depressão como pessoas privilegiadas com depressão. A doença mental tem um grande componente hereditário."

De volta ao processo de desinstitucionalização o entrevistado referiu que:

"Os doentes trabalhavam nas aldeias como ajudantes, sendo mais fácil inseri-los na comunidade onde já viviam e conheciam as pessoas. A única terapia que havia era o isolamento. Pinel soltou os doentes das correntes, agora soltamos os doentes dos hospitais com ajuda dos medicamentos que controlam o comportamento. Mas ainda existem resistências. Há 30 anos, quando fugia um doente do hospital, era o pânico total: médicos e enfermeiros tinham de responder em tribunal. Os enfermeiros eram quase carcereiros.

Ainda hoje, se for feita uma avaliação bem feita, metade dos presos em cadeias, tem problemas psiquiátricos. Quando fui, com o deputado Miguel Portas, visitar as várias cadeias do distrito de Viseu, fartei-me de encontrar doentes meus.

Do sobrenatural para a prisão, da prisão para o hospício, do hospício para a rua.

Noutro dia encontrei um rapaz a conduzir uma ambulância, já com uma vida bem estabelecida, que tinha sido meu paciente depois de ter sido internado por matar a avó..."

Sobre o futuro da desinstitucionalização considerou que:

"O movimento da desinstitucionalização é muito recente, mas é imparável… 80% das pessoas que estão no hospital psiquiátrico nunca deveriam lá chegar. A maioria dos exames, TAC´s, ressonâncias magnéticas e outros, são caros e são irrelevantes para diagnosticar uma esquizofrenia, por exemplo. A lógica do financiamento por internamento, vem de uma lógica antiga, e demora a alterar-se. O financiamento deveria ser avaliado em termos de população e de demografia relativa ás necessidades de cada região. Mas, se o financiamento funcionasse assim, era impossível manter a mesma concentração de médicos que há agora nas grandes cidades, onde estão os serviços centralizados como, por exemplo, Coimbra e Porto. Isto acontece em todos os sistemas de saúde. Muitas pessoas vão ás urgências sem necessidade nenhuma e entopem os serviços… uma solução seria a existência de clínicas descentralizadas com serviços gerais."

Terceira entrevista: Dr. Fernando Manuel Pereira Tavares

Devido a problemas de disponibilidade, esta entrevista revelou-se mais curta do que as restantes. O principal objetivo era entender o papel dos centros de saúde nas questões relacionadas com a saúde mental.

"Não temos psiquiatras nos centros de saúde da nossa região. No caso de doentes que nos apareçam nas urgências, estes são remetidos para o Hospital de S. Teotónio onde, normalmente, são atendidos no departamento de psiquiatria no antigo Hospital Psiquiátrico de Abraveses."

Constatando a existência de nova legislação o entrevistado considerou que:

"A legislação criou um serviço de apoio médico e de enfermagem domiciliário. Este, em alguns casos, administra medicação em doentes mentais, embora não seja a sua principal função.

Não temos grandes interações com a Santa Casa da Misericórdia. Antes tínhamos protocolos com a ASSOL, mas com a nova estruturação isto alterou-se e já não temos tanta interação, estando estes serviços mais centralizados em Viseu

O distrito está dividido em várias zonas de ação de saúde. Este centro de saúde pertence á região Dão-Lafões, esta pertence ainda à região centro, atualmente o distrito encontra-se dividido entre a região centro e a região norte de Portugal sendo que os concelhos pertencentes à região centro são, na sua maioria, pertencentes à região Dão-Lafões.

A nível da organização do Serviço Nacional de Saúde esta região é servida pelo ACES Dão-Lafões e pelo Centro Hospitalar Tondela-Viseu"

Quarta entrevista: Enfermeiro Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço

A entrevista iniciou-se com a solicitação de se proceder a uma contextualização histórica do processo de desinstitucionalização no distrito de Viseu.

"Quem primeiro se lembrou de ir a casa das pessoas para lhes dar a injeção foi o enfermeiro Prazeres. Na altura o hospital tinha cerca de 120 utentes internados, agudos e crónicos, distribuídos pelos vários pisos, que são quatro. Começaram a surgir problemas de sobrelotação e de se conseguir manter tantas pessoas no mesmo edifício. Começaram a surgir os «decanoatos» que é uma injeção antipsicótica cujo efeito dura cerca de quatro semanas. Eram injeções de neurolépticos de ação prolongada. O enfermeiro Prazeres teve essa ideia e falou com o diretor da altura, que era o Dr. Carvalho Homem. A ideia seria manter os doentes em casa de familiares, indo lá de quatro em quatro semanas para administrar a injeção, retirando do internamento sobretudo os casos agudos e os casos mais controláveis, diminuindo assim a carga no hospital."

O processo parece ter surgido devido a uma necessidade de alterar o sistema de acolhimento e tratamento dos doentes, mais do que devido a influências e práticas externas como indicou o entrevistado:

"Este processo nasceu de uma necessidade mais do que de um plano. Começou-se a fazer isto mas ainda ninguém falava de desinstitucionalização nem de apoios sociais e reintegração social. Foi possível fazê-lo porque havia uma «arma química», um fármaco para combater os piores sintomas e ajudar a controlar a toma de medicação pois, com os comprimidos, nunca se sabia muito bem se a medicação era feita na dose correta pois os doentes podiam fingir que a tomavam e não o faziam ou, então, se não estivessem internados era sempre complicado verificar se cumpriam bem a toma da medicação.

Este processo obteve bons resultados e continuou-se a aumentar o número de doentes com problemas de psicose que podiam sair do internamento.

Normalmente estes doentes estão com familiares, mas também temos casos que estão em centros de dia, famílias de acolhimento e lares. No fundo, quem os quiser aceitar, porque nem todos têm família. Começámos também a desenvolver a parte social e a ajudar na integração.

Aqui tivemos facilidade em começar este tipo de processo, mesmo falando com vários colegas de zonas mais urbanas (enfermeiros e psiquiatras), verificamos que tivemos sorte porque, como estamos num meio muito rural, a integração torna-se mais fácil."

A diferenciação entre o meio rural e urbano surgiu com naturalidade no decorrer do discurso do entrevistado:

"Os meios rurais aceitam melhor estes utentes, mesmo que muitas vezes os considerem como o «maluco lá do sitio» há sempre alguém que o conhece que o ajuda, que lhe diz não quando é preciso, que pode avisar quem o conheça se se passa algo de errado, se o comportamento se altera… Qualquer pessoa se pode aperceber e contactar-nos… na cidade é mais fácil ser-se marginalizado, porque é normal ignorar as pessoas na rua, passam por eles e julgam ser um sem abrigo, não ligam."

Referindo-se ainda ao contexto histórico:

"Começámos este tipo de serviço por volta de 78. Na altura, éramos considerados um pouco fora da caixa, para não dizer malucos, por fazermos isto. Que saibamos fomos os primeiros em Portugal, mas noutros países já faziam isto, por exemplo, no sul de França tinham centros de saúde mental onde davam consultas e não tinham internamentos, tinham um bom serviço de apoio social domiciliário. Visitámos Dax (uma comuna no sul de França), vimos como funcionava e começámos a criar um modelo. Nós passámos da prática para a teoria, ao contrário do que se faz mais frequentemente. Fizemos um protocolo com serviços daquela região, fomos lá aprender a fazer este tipo de serviço comunitário, eles vieram cá também e começámos assim a criar este tipo de apoios que até então não existiam em Portugal.

Mais tarde é que o Serviço Nacional de Saúde nos começou a dar razão e, em Portugal, aconteceu que a legislação apenas apareceu depois do procedimento. Outros hospitais como o da Guarda, Castelo Branco…, engraçado que até foram, no início, mais os do interior, porque não havia recursos humanos para manter estes doentes e não havia hospitais psiquiátricos para receber grande parte deles… não havendo hospitais que pudessem receber grande número de doentes e havendo redes comunitárias mais fortes nas regiões rurais, este processo foi mais facilitado nestas regiões"

No parágrafo anterior podemos constatar como a interação com ideias e modelos utilizados noutros países europeus tiveram influência no processo, após o surgimento da necessidade de alteração das práticas.

No próximo, podemos verificar a influência das decisões políticas que se desenvolveram após o paradigma médico se ter, lentamente, começado a alterar:

.

"A desinstitucionalização foi oficializada quando fechou o «serviço de crónicos». Havia doentes que já cá estavam desde 50 e tal e os doentes que não tinham família foram levados para associações como a ASSOL e outros locais como o Sanatório do Caramulo que, depois de ser usado para a tuberculose e pneumonia, passou a ser usado para internamento psiquiátrico e como lar de idosos. Enquanto foi estatal podíamos ter lá utentes… depois de se tornar privado deixámos de o puder fazer! Nós fornecíamos o serviço hospitalar nos locais onde estes doentes estavam, não podíamos dar dinheiro pela hospedagem e, com a privatização de algumas dessas instituições, alguns utentes nossos tiverem de mudar de local."

Mas, só em 1997, quando abriu o hospital novo, é que encerrou de vez o «serviço de crónicos», sendo agora mais para consultas e internamento de casos agudos. Em 92 começou a ser feita a integração deste hospital (Abraveses) no Hospital de S. Teotónio, sendo agora o Departamento de Psiquiatria, uma unidade do hospital. Por um lado tinha a ver com a estigmatização embora não tenha funcionado muito bem pois os serviços mantiveram-se no mesmo edifício, não nos deslocámos para outro, mais perto do hospital ou para o hospital mesmo, fazendo com que ainda não estejamos misturados com os outros serviços. Como este edifício sempre foi o «hospital dos malucos» e já tem esta carga negativa desde há muito, o estigma ainda não desapareceu. O ideal seria trocar de local. Noutros casos onde saíram dos sítios onde estavam e se integraram nos serviços hospitalares comuns verificou-se melhor integração e menos estigma.

Os protocolos com os lares, o Sanatório (do Caramulo) e a ASSOL foram muito importantes. A ASSOL era a associação com mais camas para receber doentes crónicos e também ajudava, e ainda ajuda, a procura de famílias de acolhimento para além do apoio que fornece em relação a fóruns ocupacionais, procura de emprego e outro tipo de apoios importantes na parte social.

Nas «Santas Casas» não foi fácil porque é sempre tudo muito bonito, mas temos de pagar e, na nossa zona, não foi frequente o acolhimento por parte destas. Nós nunca podíamos pagar com dinheiro, tínhamos um pagamento em géneros, fornecíamos o apoio médico nestas associações e instituições para os nossos doentes e também para os deles, havendo assim um

apoio mútuo. Na nossa zona (Viseu) não houve muita institucionalização de doentes mentais nas Casas da Misericórdia embora, em lugares como Braga e Coimbra, estas tenham tido um papel importante para o acolhimento de muitos doentes… aqui não aconteceu."

Reportando-se ao panorama atual o entrevistado referiu que:

"As "Santas Casas" ainda recebem muitos doentes deste tipo. Em Lisboa e assim, a forma mais fácil de dar algum tipo de tratamento a estes doentes é recorrer ao privado ou àquelas… mas é preciso pagar! Nós focamo-nos mais nas pessoas que não têm essa opção, que não têm dinheiro e precisam de apoio e tratamento.

Atualmente temos 44 camas, 22 mulheres e 18 homens internados. Quem trabalha no internamento diz que são poucas camas, mas eu acho que, se este trabalho se continuar a desenvolver bem, estas camas ficam destinadas só para crises agudas temporárias mais graves e serão mais do que suficientes. Um doente crónico tem sempre várias fases agudas e recaídas e a família pode não conseguir lidar sempre com isso. Logo, temos de ter um nível de resposta para internamentos."

Em relação ao financiamento, a opinião do entrevistado vai ao encontro à da segunda entrevista apresentada neste trabalho:

"Os hospitais recebem por internamento e consulta, mas várias propostas, nomeadamente as efetuadas pelo Dr. Álvaro de Carvalho e também apresentadas pelo Dr. Caldas, foram feitas no sentido de criar uma forma de financiamento baseada num plafond por utente, fazendo-se uma avaliação de custos necessários por utente, mesmo que este estivesse em casa, mas necessitasse de apoio domiciliário. E seria esse o orçamento desse utente, tendo de ser bem gerido.

Estamos assim a pagar a doença e não o tratamento. Nesta forma de financiamento não «dá jeito» aos hospitais perder doentes, consultas, internamentos… quantas mais recaídas os doentes sofrerem, melhor em termos financeiros, o que não faz sentido.

Para além da ASSOL não há muitas organizações que criem locais e centros de apoio e reabilitação de doentes psiquiátricos, sobretudo a nível de emprego protegido. Há outras organizações que o fazem, mais para doentes com deficiências sem doenças do foro psiquiátrico, como atrasos mentais, paralisias ou outro tipo de problemas. Mais virados para a psiquiatria e saúde mental não há nada na cidade de Viseu, mas no distrito, temos a ASSOL

em Lafões, a VÁRIOS em Tondela, a ARTENAVE em Moimenta da Beira e as PORTAS P´RÁ VIDA em Lamego, o que é muito pouco, deslocando-se pessoas de vários concelhos para onde estas atuam."

Constatando as diferentes evoluções verificadas neste processo ao longo do país referiu que:

"Lisboa, Porto e Coimbra têm agora muitas mais organizações destas. No interior, devido à desertificação e problemas com ela relacionados, vemo-nos mais aflitos, havendo poucos apoios.

Os doentes não se sentem úteis à sociedade e isso pode ser muito prejudicial para a saúde mental. Devido à medicação, muitas vezes, os utentes sentem-se com pouca energia o que lhes dificulta a produtividade no trabalho e faz com que as empresas não os queiram contratar.

Se falarmos com as pessoas com apoio nestas organizações, como têm apoio e podem trabalhar em alguma coisa nem que seja só uma manhã por semana, sentem-se úteis e já andam com outro ar, com uma atitude mais positiva."

De seguida a entrevista abordou a problemática da medicação:

"Os neurolépticos têm vários problemas, mas felizmente têm-se criado novos medicamentos como os neurolépticos de segunda geração que já diminuem os efeitos secundários e combatem também os sintomas negativos para além dos positivos. Nos de segunda geração nota-se muito a diferença, só que ainda são caros e têm sido utilizados mais nos casos mais jovens. A degradação física não tem nada a ver!…e também não têm efeitos sedativos. Na minha ótica, seria muito difícil a desinstitucionalização sem este tipo de medicação injetável."

Sobre a abrangência do processo, a relação com o estigma e o funcionamento interno, o entrevistado esclareceu:

"Nós prestamos apoio de psiquiatria comunitária a cerca de 575 utentes, em média, para uma população de 420 000 habitantes. Nem todos os doentes estão nestes serviços pois, se tiverem mais dinheiro, a família prefere ir ao privado ou receber as injeções através dos

centros de saúde. Pode ter muito a ver com o estigma, pois nós temos o símbolo do hospital nos carros e não gostam de ser visitados tão conspicuamente e também não gostam de se deslocar aqui muito frequentemente, por causa do estigma associado ao local.

Já falámos em usar carros mais discretos, mas ainda não foi nada implementado. Ainda apanhamos Aguiar da Beira, mas Mortágua agora pertence a Coimbra, e Coimbra, também começou agora a fazer este tipo de serviço. Vila Real ainda não tem, talvez por falta de recursos humanos.

Funcionamos por enfermeiro de referência, sendo o enfermeiro sempre o mesmo para o mesmo utente, juntando a experiência pessoal com a especialidade científica para avaliar mais eficazmente o doente e tendo autonomia de decisão na dosagem que se fornece ao doente.

Na maior parte dos casos conseguimos ajudar a evitar uma recaída, mas às vezes a nossa ação não é suficiente e, nestes casos, o doente tem de vir para o hospital uns tempos.

O trabalho dos enfermeiros também passa por falar com as pessoas próximas do doente e avaliar o progresso, criando uma rede de apoio em equipa, sendo o nosso trabalho muito mais do que dar uma simples injeção. Falamos com os doentes para saber como têm andado as coisas e, no caso de recaída, ajudamos o doente a ir a uma consulta. Os médicos têm outro tipo de trabalho e, como têm muitas consultas, não podem fazer este tipo de apoio domiciliário, decorrendo as consultas, a maior parte das vezes, aqui no hospital.

Os psiquiatras novos costumam fazer estas visitas connosco para entenderem que o trabalho é mais do que dar uma injeção e compreenderem bem a complexidade de cada paciente.

Se faltar uma ocupação e uma rede de pessoas que apoie o doente, este tem muito mais dificuldade em melhorar logo. Estes apoios comunitários e o trabalho de associações como a ASSOL, são muito importantes para a reabilitação destes pacientes.

O trabalho e/ou outras ocupações para os doentes têm muita importância e quando terminam acontecem muitos mais casos de recaída

Existem casos que parecem ser impossíveis de reabilitar, mas são residuais. E, muitos desses casos que parecem impossíveis, podem surpreender pela positiva se tentarmos ajudá-los. Tínhamos dois casos, um de um homem e outro de uma senhora, ambos esquizofrénicos, nenhum dos dois falava e tinham muitos problemas de obsessão compulsiva, apenas gemiam e tinham ataques de raiva se os contrariávamos. Ele, agora, está numa fábrica de embalamento de frangos, a verificar as embalagens… se uma embalagem estiver mal selada, se a etiqueta estiver mal colocada ou faltar ele interrompe a linha de produção para se fazerem as correções necessárias. Talvez seja o mais indicado para este trabalho, verificando-se, até,

um aproveitamento do que seria considerado um problema, sendo ele agora uma mais valia imprescindível para a empresa. A senhora foi para uma família de acolhimento. Com calma e medicação adequada, a família conseguiu fazer dela uma dona de casa exemplar. Antes, ela tinha muitos problemas de birras e partia tudo se se chateasse, mas agora, limpar a casa e lavar a loiça… parece funcionar como um relaxamento, e a senhora parece sentir-se muito calma, após ajudar nas lides da casa. Às vezes ainda faz uma birra, mas já não se compara a comportamentos que tinha no hospital."

Referindo-se às dificuldades mais comuns constatou que:

"Há alguns doentes que são impossíveis, mas muitos podem ser reabilitados com o trabalho bem feito e com avaliações profundas adequadas a cada caso. Os que são deveras impossíveis são muito raros. Continua é a verificar-se um grande estigma e a maioria das pessoas e empresas não quer prestar este tipo de apoio, aceitando estes doentes e fornecendo ocupações. Não basta haver legislação, alguém tem de fazer alguma coisa e, também seria preciso, fazer com que as empresas tivessem vantagem em aceitar estes doentes de forma a diminuir o encargo e, assim, poderia ser que aceitassem mais este tipo de trabalhadores.

Podíamos, pelo menos, tentar fazer com que as empresas tentassem estas experiências a ver se funcionavam pois, muitas, nem tentam. As firmas pensam demasiado em produção e lucro e pouco ou nada em inserção social."

Concluiu que:

"A ASSOL tem tido muito sucesso com planos de utentes em firmas para os manter empregados e isto ajuda muito os doentes.

Em outros países, como nos nórdicos, este tipo de ações está muito mais desenvolvido, pois têm uma visão mais holística da saúde. Isto talvez só se resolva se «vier de cima», a legislação ainda tem que evoluir. Portugal anda muito a reboque nestas matérias."

Todas as entrevistas referem a importância do poder na questão de retenção de financiamentos e da procura de *status* que acaba por impedir o desenvolvimento adequado dos serviços de apoio. Três dos entrevistados estiveram diretamente relacionados com o processo da desinstitucionalização em Viseu e embora tenham perspetivas diferentes e trabalhem em meios separados acabaram por revelar uma mesma afinidade pelo movimento. Este trabalho está, portanto, focado no ponto de vista desinstitucionalista sendo, em Viseu, difícil encontrar pessoas que se oponham, de forma clara, a estas práticas.

Através de todas as entrevistas podemos construir a história do processo no distrito de Viseu, e quais as influências que tem vindo a sofrer. Outras conclusões que podem ser retiradas relacionam-se com as diferenças entre o meio rural e urbano e que se devem, maioritariamente, a transportes aos serviços centralizados. Assim, a desinstitucionalização revelou-se mais fácil no campo devido a redes de apoio, de origem na comunidade aldeã, já existentes no sistema económico tradicional. A medicação é vista como um importante fator para a possibilidade de desinstitucionalizar os doentes e os centros urbanos com mais médicos tendem a ser mais resistentes a esta mudança.

Conclusão

Durante a elaboração deste trabalho, fomos entendendo como o poder e as diferentes ideologias e perceções sobre a doença, podem influenciar os processos e as vidas dos doentes e dos seus familiares e pudemos, também, verificar que diferentes paradigmas surgem e alteram o modo como as pessoas agem perante a doença mental e o modo como a classificam e, que, os interesses políticos também se revelam importantes para entender como a ciência, o tratamento e as diferentes áreas da medicina interagem com a doença em geral.

Kleinman categorizou três tipos de sectores de relacionamento com a doença: O setor profissional, que corresponde ao sistema médico instituído e aceite como formal nas sociedades ocidentais (modelo biomédico); o setor popular, composto pelo conhecimento leigo, gerado pelas perceções individuais e coletivas e, o setor alternativo que inclui a medicina tradicional (que não pertence à medicina oficial), composto pelos centros de tratamento religiosos e pelas chamadas medicinas alternativas. Kleinman definiu ainda dois tipos de problemas de saúde, a patologia (*disease)* e a enfermidade *(Illness),* sendo que a patologia corresponde ao problema físico da doença dentro das definições biomédicas, ou seja, a disfunção do órgão ou a infeção que existe independentemente da perceção do doente ou da sociedade e a enfermidade correspondente à experiência e à perceção individual relativamente aos problemas decorrentes da patologia, bem como a reação social e individual a estes problemas, ou seja, o lado cultural que influencia e é influenciado pela doença (Gonçalves, 2004).

A doença é assim construída socialmente e a antropologia parece ter então lugar na compreensão do relacionamento entre a doença e a cultura. Foi esta perspetiva que levou ao desenvolvimento da antropologia médica. O distanciamento que, quer a nível académico, quer a nível sociocultural, parece existir entre as ciências e as humanidades, reflete a forma como especialistas orientam a sua conduta de trabalho e como interpretam o mundo. Várias formas de ligar estas diferentes áreas têm sido desenvolvidas ao longo do tempo e, muitas vezes, podemos verificar como se complementam. A dicotomia ciência dura/ciência social, deveria ser cada vez mais ténue e o diálogo cada vez mais promovido para que, movimentos como a desinstitucionalização, possam ser melhor analisados e compreendidos, promovendo assim melhores resultados e soluções alternativas para problemas que encontramos nas nossas sociedades (Gonçalves, 2004).

A separação entre as associações de apoio desinstitucionalizado e o hospital psiquiátrico revela as diferentes relações que cada meio tem com os doentes. Parece existir uma fronteira que separa ambos, tal como as distinções feitas por Kleinman. O hospital ocupa-se da visão biomédica, a patologia e o setor profissional, enquanto que associações como a ASSOL parecem envolver-se no setor popular, procurando tratar a enfermidade.

Embora a medicação tenha ainda muitos problemas, o melhor entendimento do funcionamento desta parece ajudar a criar novos medicamentos. Os neurolépticos de segunda geração aparentam não ter tantos efeitos secundários e também pretendem combater os sintomas negativos para além dos positivos. No entanto, ainda são caros e apenas são utilizados pelo serviço público muito recentemente e em determinados pacientes. Talvez um dia a medicação, mesmo que sempre levantando questões éticas, possa ajudar muito mais estes doentes. Poderia ser feito um estudo para verificar se o nível de apoio comunitário e social assim como a ajuda na manutenção de uma ocupação e emprego influenciam os níveis de medicação em alguns doentes.

O número de entrevistados é demasiado pequeno para podermos afirmar que este se trata de um trabalho etnográfico aprofundado. Ainda assim, podemos observar que, sendo os entrevistados pessoas que se encontram inseridos nos meios que gerem este processo, que na região de Viseu existe um razoável nível de interação e cooperação entre os vários serviços ao mesmo tempo que existe um consenso sobre a necessidade de investimento na desinstitucionalização.

A região Dão-Lafões aparenta ser a região com mais história de desinstitucionalização, pelo menos é uma das regiões mais antigas a desenvolver este processo na forma de apoio social e comunitário. As evoluções destes processos em Portugal parecem ter funcionado de forma prática e por necessidade sendo que, a legislação e os estudos, apenas surgiram após as primeiras tentativas práticas do serviço domiciliário. Em Portugal, embora muitos médicos e outros profissionais de saúde mental lutem pela desinstitucionalização e apoio social, a evolução destes processos aparenta ser mais lenta e tem tido dificuldades em acompanhar o desenvolvimento que se verifica noutros países ocidentais. Este problema deve-se, sobretudo, a dificuldades impostas por modelos sociopolíticos e relações de poder associados também ao lento desenvolvimento da legislação e formas de financiamento.

Este tema revelou-se muito complexo e possui imensas faces dignas de serem exploradas. Várias formas de ver os métodos como a desinstitucionalização se manifesta assim como várias formas de olhar para o papel histórico das ideias neste processo, podem ser aproveitadas para um melhor entendimento do mesmo. Um trabalho etnograficamente mais

denso seria uma boa forma de estabelecer o estado atual destes serviços, acompanhando os enfermeiros e as organizações de apoio no seu dia a dia de trabalho bem como falando com doentes e famílias se poderiam abrir novas portas para o entendimento deste processo de um ponto de vista antropológico.

Ao longo do trabalho pudemos também verificar como as duas áreas da ciência, humanidades e biomedicina, neste caso, parecem por vezes, academicamente, estar em disputa, embora os melhores resultados aparentem vir da cooperação.

A evolução histórica da desinstitucionalização em Portugal acompanha o resto da Europa. Um dos principais problemas para esta se desenvolver parece ser a adaptação dos financiamentos e das estruturas de poder a esta nova forma de tratar a loucura. As pessoas mais incapacitadas e com problemas mais claramente percetíveis parecem ser as que mais facilmente recebem apoio e evitam a institucionalização, seja esta em hospital ou prisão. Pessoas com doenças mentais mais impercetíveis como esquizofrenia, têm ainda um grau menor de apoios pelo país, localizando-se em Viseu um dos poucos lugares com apoio desinstitucionalizado para este tipo de doentes.

A forma como a desinstitucionalização se foi desenvolvendo está associada ás perspetivas filosóficas de quem a ajuda ou dificulta. Viseu parece ser um dos primeiros locais do país onde os apoios domiciliários se manifestaram, assim como um dos locais com maior influência da perspetiva desinstitucionalista. A origem deste processo parece estar associada ao pós-guerra e ao final das ditaduras fascistas na Europa Ocidental.

A desinstitucionalização é, ainda, um movimento recente. Em Portugal, tem tido uma evolução pouco homogénea, sendo que atualmente é em Viseu que esta parece ter uma maior concretização. O apoio social demonstra ser a maior força que, com a ajuda da medicação, impulsiona o sucesso da desinstitucionalização. Em locais sem apoios especializados, a nível social, a desisntitucionalização parece ter resultados mais limitados. Ainda assim podemos verificar, como no caso do diagnóstico separado de doença mental e deficiência, assim como outras formas de conduta, que o peso histórico é verdadeiramente importante para entender este processo, sendo ele um produto do novo epistema humanista e do cientismo que tem vindo a dominar o pensamento ocidental desde o iluminismo.

Por outro lado, constatamos a possível existência de um viés, pois não houve oportunidade de entrevistar alguém que defenda o método institucional (apesar de algumas tentativas). Ainda assim, procurou-se contrabalançar, analisando alguns problemas do processo de desinstitucionalização que foram sendo verificados ao longo da pesquisa bibliográfica.

Seguindo o percurso histórico do lugar da loucura, como resumido por Fidalgo de Freitas

"*Do sobrenatural para a prisão, da prisão para o hospício, do hospício para a rua." (Freitas, 2018)*

podemos ver como a loucura se vai mutando na perceção sociocultural, mas que esta sempre teve um lugar marginalizado, em algumas épocas mais do que noutras. Antes, a loucura seria algo místico, uma zona cinzenta entre a sociedade dos homens e um outro mundo. Mais tarde, a loucura parece residir em todos os homens, pensamento que, lentamente a revela como um contrário da razão. Esta dicotomia ecoa, através dos tempos até aos nossos dias, como uma disparidade entre a normalidade e a anormalidade, em todo o discurso psiquiátrico, institucionalista ou não. A desinstitucionalização parece, assim, ser uma espécie de rede que puxa o louco para a normalidade, ou, talvez, uma doca segura, que o impede de navegar na sua nau para um mundo demasiado longínquo.

Referências Bibliográficas

Alexander, F. G. & Selesnik, T. S. (1966). *The history of Psychiatry: an evaluation thought and practice from prehistóric times to the present.* New York, Estados Unidos da América: Harper & Row.

Alves, F. S. (1998). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção* , 56-64.

Anónimo. (Consultado em 08 de 2018). *Assistência Psiquiátrica do Distrito de Viseu/ História*. Obtido de Hospital S. Teotonio Viseu: http://www.hstviseu.min-saude.pt/Historia/fhistor.htm & http://www.hstviseu.min-saude.pt/Psiquiatria/fdep_psi.htm

ASSOL. (2016). *Relatório de Atividades: Ano de 2015 .* Oliveira de Frades, Viseu, Portugal: http://www.assol.pt/wp-content/uploads/2016/03/Relat%C3%B3rio-de-Atividades-e-Contas-2015.pdf.

ASSOL. (Consultado a 01/02/2018). *Assol.pt*. Obtido de ASSOL: http://www.assol.pt/?page_id=333

Antunes, A. L. (2006). *Terceiro Livro de Crónicas de António Lobo Antunes.* Lisboa, Portugal: Dom Quixote.

Berrios, G., & Markova, I. (2002). The concept of neuropsychiatry a historical overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 629 – 638.

Bhugra, D. (1996). *Psychiatry and Religion.* London, U.K: Routledge.

Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 591-595.

Braga, A. F. (2012). *O Problema Filosofico da Nosografia Psiquiátrica do Dr. Julio de Matos: A questão epistemológica da categorização do mental .* Universidade do Minho, Instituto de Letras e Ciências Humanas.

Breier, A., & Strauss, J. S. (1983). Self-control in Psychotic Disorders. *Archives of general psychiatry*, 1141-1145.

Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 41-46.

Carroll, L. (2007). *Indigo Children.* New York, United States of America: Hay House Inc.

Carvalho, E. N., et all. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia*, Vol. 11; Nº2.

Casey, G. (1989). The Computational Metaphor and Cognitive Psychology. *The Irish Journal of Psychology*, 143-161.

Chen, H. (2003). Articulating 'Chinese Madness': A Review of the Modern Historiography of Madness in Pre-Modern China. *The 1st Annual Meeting, ASHM, IHP, Academia Sinica, Department of*

History, National Chengchi University . Choudhury, S., et all. (2012). *Critical Neuroscience : A Handbook of the Social and Cultural.* Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Correia, M. (2006). *Egas Moniz e o Prémio Nobel.* Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cruz, A. I. (Setembro de 2016). História da psiquiatria forense em Portugal (1884-1926): A Consistente Originalidade de Júlio de Matos. *Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra*.

Davis, J. M., et all. (2003). A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. *Archives of general psychiatry*, 553-564.

Estroff, S. E. (1981). Psychiatric Deinstitutionalization: A Sociocultural Analysis. *Social Issues*, 116–132.

Feierman, J. R. (2009). *The Biology of Religious Behavior.* Santa Barbara, Californi, U.S.A: ABC-CLIO, LLC.

Flower, M. A. (2008). *The seer in Ancient Greece.* Los Angeles: California University Press.

Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason.* New York, U.S.A: Pantheon Books.

Foucault, M. (1976). *History of sexuality Vol. 1.* New York: Random House.

Foucault, M. (1987). *Mental Ilness and Psychology.* Los Angeles, U.S.A: California University Press.

Freitas, F. D. (12 de 03 de 2018). Segunda entrevista: Dr. Fidalgo de Freitas. (J. Bica, Entrevistador)

Frenkel, M., & Arye, E. B. (2001). The Growing Need to Teach about Complementary and Alternative Medicine: Questions and Challenges. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 251–254.

Gavin Haynes, V. (Publicado a 12/04/2016; Consultado a 29/01/3017). Inside the Strange, Psychic World of Indigo Children. https://www.youtube.com/watch?v=SL5Rd3Bnxms.

Gonçalves, A. M. (Outubro de 2004). A Doença Mental e a Cura: Um Olhar Antropológico. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu* .

Guadalupe, S. (2011). Anotações Cronológicas Sobre a Trajetória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal. *Revista Serviço Social & Saúde.*, 99-126.

Heres, S., et all. (2006). Why Olanzapine Beats Risperidone, Risperidone Beats Quetiapine, and Quetiapine Beats Olanzapine: An Exploratory Analysis of Head-to-Head Comparison Studies of Second-Generation Antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, 185–194.

INE. (2011). *«População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; .* Obtido de Portal do Instituto Nacional de Estatística;: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=pi&selTab=tab0

Irmansyah, I., & Prasetyo, Y. A. (2009). Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation needed. *International Journal of Mental Health Systems*.

Kapur, S., & Mamo, D. (2003). Half a century of antipsychotics and still a central role for dopamine D2 receptors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 1081 – 1090.

Koenig, H. G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health.* San Diego, California, U.S.A: Academic Press.

Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2009). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 67-78.

Kuhn, T. (1970). The Structure of Scientific Revolutions. *International Encyclopedia of Unified Science*, Vol. II.

Lingjzerde, 0., et all. (1987). The UKU side effect rating scale: A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 7-96.

MacCabe, J., et all. (2006). *Beyond Nature and Nurture in Psychiatry.* Boca Raton, Florida, Estados Unidos da América: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Malla, A., et all. (2015). "Mental illness is like any other medical illness": a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry and Neuralscience* , 147–150.

Manchester, D. (1993). Neuroleptics, learning disability, and the community: some history and mystery. *British Medical Journal*, 184-187.

Martins, C. (26.09.2015). Governo quer regressar à lógica do internamento de doentes mentais. *Jornal Expresso*.

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: ontology in medical practice.* London, UK: Duke University Press.

Nasrallah, H. A. (2008). Bring Back the Asylums? the Tragic Consequences of Deinstitutionalization. *Current Psychiatry*.

Nestler, E. J., et all. (2010). Animal models of neuropsychiatric. *Nature America*, 1161-1169.

Nunes, H. (04 de 01 de 2008). *Tempo Medicina Online*. Obtido de tempomedicina.com: http://www.tempomedicina.com/noticias/18581, Pesquisado a 01/07/2018

Oliveira, P. V. (2013). Intervenção escolar é vitória na região de Lafões. *Jornal da Confederação Nacional das Instituições de Solideriedade* .

World Health Organization (Agosto de 2014). *Mental health: a state of well-being*. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Orman, T. F. (2016). "Paradigm" as a Central Concept in Thomas Kuhn's Thought. *International Journal of Humanities and Social Science* , 47-52.

Parada, C. (Pesquisa efetuada a 10/06/2018 de 1997). *www.maicar.com*. Obtido de Greek Mythology Link: http://www.maicar.com/GML/Madness.html

Parekh, R. (Novembro de 2015). *What Is Mental Illness?* Obtido de American Psychiatric Association: https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness

Pereira, J. M. (Setembro de 2015). A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e história conceptual (1884-1924). *Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Universidade de Coimbra* .

Pereira, M. (20 de 02 de 2018). Primeira entrevista: Dr. Mário Pereira. (J. Bica, Entrevistador)

Pereira, M. E. (2004). Pinel - a mania, o tratamento moral e os imcios da psiquiatria contemporanea. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 113-116.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental.* Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Quintais, L. (2012). *Mestres da Verdade Invisível.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Sant'Ana, M. (2008). The evolution of the concept of development:. *Interuniversity Attraction Pole, Democratic Governance and Theory of Collective Action, Centre for Philosophy of Law*.

Santos, N. B. (2011). O Hospital de Rilhafoles e os Asilos de Alienados na Europa do Século XIX1. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 68-81.

Sapolsky, R. (2005). *Biology and Human Behavior: The Neurological Origins of Individuality* . Stanford University, U.S.A: The Teaching Company Limited Partnership .

Sillup, G. P., & et all. (2008). Ethical issues in the pharmaceutical industry: an analysis of US newspapers. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing,* , 163-180.

Stelmack, R. M., et all. (1991). Galen and the humour theory of temperament. *Personality and Individual Differences*, 255-263.

Tavares Pereira, F. (03 de 08 de 2018). Terceira entrevista: Fernando Manuel Tavares Pereira. (J. A. Bica, Entrevistador)

Weber, C. A. (2012). *Residenciais Terapêuticos: O Dilema da Inclusão Social de Doentes Mentais.* Porto Alegre: Editora Universitária da Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Anexo 1

Autorizações para realização/gravação das entrevistas

· U C ·

Termo de autorização para entrevista com gravação de voz

Eu, Maria do Carmo Pereira depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa para tese de mestrado intitulada: A desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal - Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a recolha de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, João António Girão Bica Carvalho a realizar a gravação desta mesma entrevista. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso de ver garantidos os seguintes direitos:

1. Poder ler a transcrição da minha gravação;

2. Os dados recolhidos serem usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes.

3. A minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações Geradas sem a minha autorização;

4. Os dados recolhidos serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade de João António Girão Bica Carvalho, e após esse período, serão destruídos.

5. Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

20/02/2018

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Investigador

· U C ·

Termo de autorização para entrevista com gravação de voz

Eu, Fernando Manuel Tavares Pereira depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa para tese de mestrado intitulada: A desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal - Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a recolha de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, João António Girão Bica Carvalho a realizar a gravação desta mesma entrevista. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso de ver garantidos os seguintes direitos:

1. Poder ler a transcrição da minha gravação;
2. Os dados recolhidos serem usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes.
3. A minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações Geradas sem a minha autorização;
4. Os dados recolhidos serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade de João António Girão Bica Carvalho, e após esse período, serão destruídos.
5. Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

03 / 08 / 2018

Assinatura do Entrevistado

João Bica

Assinatura do Investigador

· U C ·

Termo de autorização para entrevista com gravação de voz

Eu, Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa para tese de mestrado intitulada: A desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal - Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a recolha de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, João António Girão Bica Carvalho a realizar a gravação desta mesma entrevista. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso de ver garantidos os seguintes direitos:

1. Poder ler a transcrição da minha gravação;

2. Os dados recolhidos serem usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes.

3. A minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações Geradas sem a minha autorização;

4. Os dados recolhidos serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade de João António Girão Bica Carvalho, e após esse período, serão destruídos.

5. Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

06 / 08 / 2018

Hélder Lourenço

Assinatura do Entrevistado

João Bica

Assinatura do Investigador

· U C ·

Termo de autorização para entrevista com gravação de voz

Eu, Joaquim José Dias Fidalgo Fiúza depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa para tese de mestrado intitulada: A desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal - Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a recolha de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, João António Girão Bica Carvalho a realizar a gravação desta mesma entrevista. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso de ver garantidos os seguintes direitos:

1. Poder ler a transcrição da minha gravação;

2. Os dados recolhidos serem usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes.

3. A minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações Geradas sem a minha autorização;

4. Os dados recolhidos serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade de João António Girão Bica Carvalho, e após esse período, serão destruídos.

5. Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

12/03/2018

Assinatura do Entrevistado

João Bica

Assinatura do Investigador