



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Cláudia Inês de Carvalho Silva Nogueira

PARA LÁ DOS SILENCIAMENTOS
SOFRIMENTO MENTAL, INTEGRALIDADE E
(IM)POSSIBILIDADES DE UMA ECOLOGIA DE
CUIDADOS

Tese no âmbito do Programa de Doutoramento em Sociologia,
orientada pelo Professor Doutor Pedro Manuel Teixeira Botelho
Hespanha e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra

Maio de 2023



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Cláudia Inês de Carvalho Silva Nogueira

PARA LÁ DOS SILENCIAMENTOS
SOFRIMENTO MENTAL, INTEGRALIDADE E
(IM)POSSIBILIDADES DE UMA ECOLOGIA DE
CUIDADOS

Tese no âmbito do Programa de Doutoramento em Sociologia, orientada pelo
Professor Doutor Pedro Manuel Teixeira Botelho Hespanha e apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Maio de 2023

A todas as pessoas que tão generosamente partilharam
as suas histórias e experiências de vida

Ao meu pai Armando (*in memoriam*)
À minha mãe Graciete

Ao Vasco
Ao André e à Beatriz

Agradecimentos

Cruzada por diferentes momentos e circunstâncias de vida, a realização desta tese revelou-se um processo bastante desafiante, de onde emergiram muitas experiências e emoções. Foi um processo de muitas descobertas, (des)construções e (res)significações, catalisador de grandes oportunidades de enriquecimento e de muitos momentos de conexão e partilha com muitas pessoas. Esta tese representa, acima de tudo, um produto coletivo, uma obra que expressa e traduz os elevados valores da interdependência e cooperação.

A realização deste trabalho só se tornou possível pela colaboração de várias entidades institucionais, bem como pela disponibilidade, generosidade, amizade e presença afetuosa de muitas pessoas com quem partilhei este caminho. Nomeio algumas dessas entidades e pessoas, com a clara convicção de que a minha gratidão não cabe nestas linhas, estendendo-se muito para lá das palavras e nomeações que se seguem.

As minhas primeiras palavras dirigem-se a todas as pessoas com *experiências vividas* de sofrimento mental e suas famílias que tão generosamente me abriram as portas das suas vidas. Não há forma de traduzir a profunda admiração e gratidão que sinto por cada uma delas. Acalento o desejo de que este trabalho possa honrar as suas partilhas, ecoando na sociedade e refletindo-se em mudanças sociopolíticas, reais e palpáveis. Dirijo também um agradecimento muito sentido a todos/as os/as profissionais da Equipa Y (a Equipa de Saúde Mental Comunitária que integra a pesquisa). Sem o espírito de abertura, generosidade e disponibilidade que sempre manifestaram, a riqueza de análise gerada no âmbito do trabalho etnográfico não teria sido possível. De igual modo, a minha gratidão ao entrevistado que participou como representante da epistemologia espírita, que tão gentilmente contribuiu para desocultar uma realidade tão pouco (re)conhecida.

Um agradecimento muito especial ao Professor Doutor Pedro Hespanha que orientou esta tese com imensa sapiência e generosidade. Agradeço-lhe a confiança e incentivo que sempre transmitiu e depositou no meu trabalho, sem os quais certamente não teria chegado a este momento. O seu papel na minha trajetória vai muito para lá da orientação desta tese. Para além de ter sido meu professor na licenciatura e mestrado, que muito me marcou, foi uma das primeiras pessoas com quem tive o privilégio de dar os primeiros passos no Centro de Estudos Sociais (CES). Para além de mentor na minha trajetória como socióloga, tenho-o também como alguém que pertence à minha cartografia de afetos.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) pelo financiamento concedido. À Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) e ao CES por terem acolhido o meu projeto de doutoramento. Um agradecimento particular ao CES, onde tive o privilégio de trabalhar em vários projetos de investigação. Gratidão pelo ambiente tão enriquecedor, de enorme estímulo ao espírito crítico. São muitas as pessoas com quem, nesse espaço, partilhei projetos, ideias e reflexões, que muito contribuíram para o meu amadurecimento científico e humano. Destaco a Catarina Frade com quem inaugurei a minha experiência enquanto investigadora júnior. A ela devo um sentido agradecimento pelas tantas aprendizagens que impulsionaram o meu desejo de prosseguir a carreira científica. Devo também um agradecimento especial à experiência que tive no projeto “A desinstitucionalização da doença mental em Portugal” (FCTPTDC/SDE/65653/2006). Agradeço aos/às

investigadores/as principais – Pedro Hespanha, Sílvia Portugal, José M. Pereira e Maria J. Hespanha – que me acolheram como bolsista de investigação. Agradeço a colegas que transitaram pela equipa: Sara Rocha, Filipa Queirós, Catarina Medeiros e Nélia Nobre.

À Biblioteca Norte/Sul do CES, em especial à Maria José Carvalho, ao Acácio Machado e à Inês Lima, pela amizade e suporte prestado ao longo destes anos. À equipa da Biblioteca da FEUC, em particular à Ana Serrano, à Aurélia Ferreira e à Albertina Morais, pelas frequentes ajudas bibliográficas e pelos sorrisos que nunca faltaram. Um especial agradecimento à Ana Serrano pelo constante encorajamento e ajuda técnica de última hora.

Aos/às colegas e amigos/as que, como eu, se têm dedicado à sociologia da saúde e à temática do sofrimento mental. Tenho aprendido muito com todos/as, seja por via das suas produções académicas, pela partilha de reflexões em encontros científicos, por conversas informais ou por seus inspiradores exemplos de ativismo social. Agradeço-lhes as partilhas que instigaram muitas das reflexões desta tese e que contribuíram para o meu pensamento crítico. Correndo o risco de deixar passar nomes importantes, menciono apenas as pessoas que se cruzaram comigo nos últimos anos: Fátima Alves, José Morgado Pereira, Juš Škraban, Tiago Pires Marques, Joana Zózimo, Mauro Serapioni, Cristina Quadros, Celina Vilas-Boas e Carla Andrade. Do outro lado do Atlântico (e representando encontros mais recentes): Marília V. Veronese, Paulo Amarante, Mónica Nunes, Maurice Torrenté, Marília Martins, Lucimar Coneglian e Breno Fontes.

Um agradecimento muito sentido à minha colega e amiga Sílvia Portugal. A importância da Sílvia no meu percurso começou bem lá atrás, quando era minha professora na licenciatura em Sociologia. Pela mestria e entusiasmo com que lecionava (e leciona), pelo pensamento reflexivo e instigante, foi uma das pessoas que mais contribuiu para o meu amor pela Sociologia. O seu importante papel tem-se estendido ao longo dos anos e a sua ajuda tem sido inestimável. Acredito que já não se recorde, mas foi ela quem me apresentou a linha teórica sobre a “integralidade”. Ainda tenho as anotações num caderno, relativas a uma conversa em que me sugeriu tomar contacto com essa abordagem e com o grupo LAPPIS.

À minha amiga Luísa pelo carinho e generosidade com que tantas vezes se disponibilizou para ajudar em aspetos formais/técnicos da tese.

À minha amiga Hélia, a quem devo, desde há muito, um piquenique. À minha amiga Vanda, companheira de viagens e aventuras várias: “Vandinha, muito obrigada pela preciosa ajuda na reta final”.

Aos meus amigos António e Pedro. Gratidão pelos mundos partilhados, pelas conversas que tantas vezes me incentivaram a prosseguir: “amigos queridos, aquele café, indefinidamente adiado, está finalmente no horizonte!”.

À minha amiga Mónica, minha *soul sister*: “gratidão pelos imensos laços de afeto, amor... que nos unem”. À Maria, pela sua presença sempre tão sensível e amorosa.

À minha amiga Sandra e ao meu querido Guilherme. A minha gratidão pela amizade e presença constantes, que tanto me auxiliaram nos últimos tempos: “muito obrigada pela honra de fazer parte das vossas vidas e pelas incontáveis partilhas”.

À minha amiga Leonor, gratidão pela rede de amor com que sempre me alcança e me envolve, que tanto tem contribuído para o meu equilíbrio. Nos últimos tempos, a sua energia amorosa foi uma das grandes âncoras que me ajudou a suportar momentos mais desafiantes.

As últimas palavras de agradecimento dirijo-as à minha amada família.

À minha querida irmã Joana e ao meu querido irmão Sandro, com quem tenho partilhado toda uma vida, feita de tantos afetos e cumplicidades.

Ao meu pai, Armando, pelas tantas aprendizagens que me proporcionou na sua passagem pela vida. Nestes últimos anos, foram vários os momentos em que a sua memória me ajudou. Sobretudo em momentos de maior desânimo e cansaço, deixei-me conduzir pelo desejo de fazer desta tese uma forma de honrar a sua memória, com ela contribuindo, mesmo que singelamente, para a construção de um mundo melhor: um mundo onde pessoas que passam pelo sofrimento psíquico que ele passou possam vir a aceder a um modelo de cuidados que verdadeiramente as veja, as (re)conheça, as acolha e lhes faculte um autêntico cuidado.

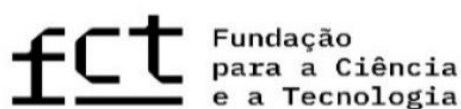
À minha mãe, Graciete, pelo tanto que tem feito por mim. A minha imensa gratidão pelas inúmeras formas através das quais, ao longo de toda a vida, tem sido um enorme pilar. Como se não bastasse, nesta reta final, ainda se prontificou a realizar uma revisão da redação da tese. “Muito obrigada, querida mãe!”

Ao meu filho André e à minha filha Beatriz, a minha mais profunda gratidão pelos infinitos mundos que têm aberto no meu Ser..., no meu coração... Pela gigantesca compreensão manifestada com o adiamento de vários projetos familiares... “Gratidão, meus amores, pela Luz tão brilhante que me oferecem todos os dias!”

“A ti Vasco, meu amor, meu melhor amigo, como posso agradecer? Qualquer tentativa de expressar a minha gratidão torna-se totalmente vã, não dando conta do tanto que És, que tens sido e tens feito ao longo de toda a nossa vida partilhada. A infinita paciência, abnegação, altruísmo e confiança com que me ajudaste a chegar até aqui só cabem numa palavra: Amor.”

Indicação de financiamento

O trabalho que aqui apresento foi financiado por uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), com a referência SFRH/BD/63242/2009, tendo beneficiado do acolhimento científico do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Esta bolsa foi atribuída por concurso nacional, no âmbito do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH), cofinanciado pelo Fundo Social Europeu (FSE) da Comissão Europeia.



Há cientistas que adoram repetir que não são filósofos, teólogos, ontólogos, metafísicos, filósofos morais ou mesmo simples psicólogos. Se isto for um testemunho de suas modéstias é conveniente e apropriado, mas comumente trata-se de um descarte superficial de tudo o que eles não conseguem ver pelos seus métodos de ver. [...] Para o ponto de vista puramente objetivo, tudo é um objeto e as únicas relações e correlações reais são as objetivas. A grande virtude deste objetivismo é ser tão irrefletido quanto possível. Não pode refletir sobre a sua falta de reflexão.

(Ronald Laing, 1982, *A Voz da Experiência*, p. 18)

It is time to learn from the mistakes of monocultures of the mind and the essentialising violence of reductionist thought. It is time to turn to diversity for healing.

(Frase atribuída a Vandana Shiva)

Não é sinal de saúde estar bem adaptado a uma sociedade doente.

(Frase atribuída a Jiddu Krishnamurti)

Resumo

Apesar de orientações políticas defensoras de um modelo de cuidados de saúde mental de base comunitária e multidisciplinar, o modelo público português continua marcadamente *biomédico* e *hospitalocêntrico*, concentrando as suas respostas, quase que exclusivamente, no diagnóstico psiquiátrico, em psicofármacos e em serviços hospitalares. O presente estudo parte do reconhecimento da inequívoca urgência de se caminhar para um novo modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental; um modelo que, rompendo com os silenciamentos e reducionismos produzidos pelo modelo biomédico hegemónico, se regule pelo *ideal ético-político da integralidade* e pela promoção de uma efetiva *cidadania no cuidado*.

Tomando por base a asserção teórica de que a prossecução da *integralidade* só se torna possível mediante a construção de uma *ecologia de cuidados* – i.e., reconhecendo a presença de diferentes epistemologias/práticas de cuidado e promovendo um diálogo entre as mesmas –, definiu-se como objetivo geral da pesquisa contribuir para a ampliação do campo de possibilidades de ação no domínio dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental, visibilizando: “vozes”, explicações/conceções, práticas, racionalidades e formas de cuidar, que, por via da hegemonização biomédica/científica, foram (e continuam a ser) subalternizadas ou até mesmo deslegitimadas enquanto agentes terapêuticos válidos. Mais especificamente, objetivou-se conhecer as condições existentes para a construção desse (novo) modelo ecológico/integral ao nível de serviços públicos de saúde mental, identificando, nesses contextos, quer as condições favoráveis (que se constituem como “sinais de esperança”), quer as condições desfavoráveis (que se constituem como obstáculos). Objetivou-se, ainda, analisar em que medida as pessoas transcendem as respostas de carácter biomédico, mobilizando (alternativa ou simultaneamente) epistemologias/práticas “outras” de cuidado fora do Serviço Nacional de Saúde. A estratégia metodológica consistiu numa combinação de técnicas qualitativas: *entrevista em profundidade* e *pesquisa etnográfica*.

A tese privilegiou, enquanto objeto de estudo, a análise de *experiências vividas* de um conjunto de homens e mulheres (com diagnósticos psiquiátricos), cujas trajetórias passam, em determinado momento, por serviços públicos de saúde mental (serviços hospitalares e Equipa de Saúde Mental Comunitária). Complementarmente, a pesquisa tomou, como seu objeto, o estudo aprofundado (etnográfico) de uma das raras Equipas de Saúde Mental Comunitária a operar em Portugal. Decidiu-se estudar esse contexto em virtude de o mesmo

se constituir (no âmbito do Plano de Ação para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental) como a proposta política mais auspiciosa, que, teoricamente, transporta maiores condições de esperança de ruptura com o modelo biomédico/hospitalocêntrico atualmente hegemónico.

Numa antecipação muito genérica de alguns dos principais resultados da pesquisa, há que referir que ela aponta para a prevalência de múltiplos obstáculos à construção de um modelo ecológico/integral de cuidados; obstáculos relacionados, em grande medida, com a manutenção de um elevado poder biomédico e com a supremacia de lógicas hospitalares no seio dos serviços públicos de saúde (inclusivamente nos serviços comunitários).

Ao analisar-se aprofundadamente o contexto de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária, verificou-se, enquanto elemento contra-hegemónico, protagonizado pelos/as profissionais, um elevado espírito de missão e compromisso com uma visão holística e com a *ética do cuidado* – facto que nos leva a perspetivar um horizonte de esperança e de possibilidades de transformação no sentido da construção de um modelo ecológico/integral de cuidados. Porém, paradoxalmente, constatou-se o quanto uma forte dependência relativamente ao modelo hospitalar/biomédico pesa no funcionamento dessa Equipa, pela forma como lhe impõe lógicas reducionistas que lhe retiram capacidade de responder holisticamente às necessidades (multidimensionais) das pessoas.

Foram ainda analisadas narrativas de pessoas que, tendo passado por “pesados” processos de biomedicalização/hospitalização psiquiátrica, buscaram, em determinado momento, respostas “outras” de cuidado fora do Serviço Nacional de Saúde. Neste âmbito, um conjunto de epistemologias/práticas “outras” emergiu com grande propriedade e vigor, desvelando resultados emancipatórios que contrariam a ideia de que as “verdadeiras” respostas ao sofrimento mental se situam exclusivamente ao nível da racionalidade científica/biomédica. Olhando as narrativas, claramente se percebe a densidade de possibilidades e potências de cuidado existentes no âmbito dessa diversidade epistemológica (e.g., Arteterapia, Yoga, Naturopatia, Grupo de Suporte de Pares, Hipnoterapia, práticas espirituais/energéticas num Centro Espírita), o que vem corroborar a enorme importância da edificação de uma *ecologia de cuidados* no campo dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Sofrimento Mental; Integralidade; Ecologia de Cuidados; Diversidade Epistemológica na Saúde; Equipa de Saúde Mental Comunitária.

Abstract

Despite political orientations defending a community-based and multidisciplinary model of mental health care, the Portuguese public model remains markedly biomedical and hospital-centric, concentrating its responses, almost exclusively, on psychiatric diagnosis, psychotropic drugs and hospital services. The present study starts from the recognition of the unequivocal urgency of moving towards a new model of care aimed at mental suffering; a model that, breaking with the silencing and reductionism produced by the hegemonic biomedical model, is led by the ethical-political ideal of *integrality* and promotion of effective *citizenship in care*.

Based on the theoretical assertion that the pursuit of *integrality* in the field of mental health only becomes possible through the construction of an *ecology of care* – i.e., recognizing the presence of different epistemologies/practices of care and promoting a dialogue between them –, the general objective of this work is to contribute to expanding the field of possibilities for action, making visible “voices”, conceptions, practices, rationalities and forms of care which were (and continue to be) subalternized or even delegitimized (as valid therapeutic agents) because of the biomedical/scientific hegemony. More specifically, the research aimed to know – at the level of public mental health services – the existing conditions for the construction of this (new) ecological/integral model of care, identifying either the favorable conditions (i.e., “signs of hope”) or unfavorable conditions (i.e., obstacles). The aim was also to analyse to what extent people transcend the responses of public biomedical services, mobilizing (alternatively or simultaneously) “other” epistemologies/practices, outside the National Health Service. The methodological strategy combined qualitative techniques: *in-depth interviews* and *ethnographic research*.

As an object of study, the thesis privileged the analysis of *experiences* lived by a group of men and women (with psychiatric diagnoses), whose trajectories pass, at a given moment, through public mental health services (hospital services and Community Mental Health Team). In addition, the research also analyses (through an ethnographic study) the context of care provided by one of the rare Community Mental Health Teams operating in Portugal. It was decided to study this context because it represents (within the scope of the Action Plan for the Restructuring of Mental Health Services) the most innovative political proposal, which, theoretically, provides greater conditions for hope of breaking with the biomedical model/hospital-centric currently hegemonic.

In a general anticipation of some of the main results of the research, it should be noted that it suggests the prevalence of multiple obstacles to the construction of an ecological/integral model of care; these obstacles are mainly related to the maintenance of high level of biomedical power and the supremacy of hospital logics in public health services (including community services).

When analyzing in depth the context of a Community Mental Health Team, it was verified, as a counter-hegemonic element led by professionals, a high spirit of commitment to a holistic vision and the *ethics of care* – a fact which leads us to envision a horizon of hope and possibilities for transformation towards the construction of an ecological/integral model of care. However, paradoxically, it was noted how much a strong dependence on the hospital/biomedical model is reflected in its functioning, due to the way it imposes reductionist logics that deprive them to respond holistically to people's (multidimensional) needs.

Narratives of people who sought other care responses outside the National Health Service were also analysed – people who went through “heavy” processes of biomedicalization and psychiatric hospitalization. In this context, a set of “other” epistemologies/practices emerged with great propriety and vigour, revealing emancipatory results that contradict the idea that the “true” responses to mental suffering lie exclusively at the level of scientific/biomedical rationality. Looking at the narratives, one can clearly see the density of possibilities and potentialities of care existing within the scope of this epistemological diversity (e.g., Art Therapy, Yoga, Naturopathy, Peer Support Group, Hypnotherapy, Spiritual/Energetic practices in a Spiritist Center), which confirms the enormous importance of building an ecology of care in the field of health care.

Keywords: Mental Suffering; Integrality; Ecology of Care; Epistemological Diversity in Health; Community Mental Health Team.

Lista de Siglas

AA/AM – Auto-Ajuda/Ajuda-Mútua

AMA – American Medical Association

APA – American Psychiatric Association

CES – Centro de Estudos Sociais

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTARSM – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESMC – Equipa de Saúde Mental Comunitária

FEUC – Faculdade da Economia da Universidade de Coimbra

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

FSE – Fundo Social Europeu

GMC – General Medical Council

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

POPH – Programa Operacional do Potencial Humano

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Sumário

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

Parte I

DESCONSTRUINDO A HEGEMONIA BIOMÉDICA, (RE)DESCOBRINDO A CONCEÇÃO DE INTEGRALIDADE

CAPÍTULO 1

DAS COSMOVISÕES MÉDICAS ANCESTRAIS AO REDUACIONISMO BIOMÉDICO	9
---	---

1. Filhas/os do *cosmos*: o lugar (da totalidade) onde medicinas ancestrais e ciência moderna se cruzam 10
2. Dos paradoxos da construção identitária da biomedicina: a herança integralista hipocrática 12
3. Dissociar para “curar”: a revolução científica moderna e a ruptura com a visão médica naturalista e totalizante 15
 - 3.1. Reduccionismo biomédico e sofrimento mental 25

CAPÍTULO 2

DAS RAZÕES DO PRIVILÉGIO EPISTÊMICO DA BIOMEDICINA: DECONSTRUINDO A METANARRATIVA	31
---	----

1. A ligação umbilical à ciência moderna e à sua trajetória de colonização 32
2. O nascimento da clínica, a cumplicidade com os ideais modernos e a conquista do poder normativo 35
3. A eficácia comparativa da biomedicina e sua articulação com o capitalismo 38
4. Movimento profissional biomédico e estratégias de dominação 43

CAPÍTULO 3

PARA LÁ DA HEGEMONIA BIOMÉDICA: “OUTROS” MODOS DE OLHAR E CUIDAR O/DO SOFRIMENTO MENTAL SÃO (SIM) POSSÍVEIS	46
---	----

1. Construindo um objeto de pesquisa (I): contributos teóricos 46
 - 1.1. O ideal da integralidade no horizonte da transição paradigmática 50
 - 1.1.1. A ética do cuidado como expressão superior da integralidade 54

1.2. Superar reducionismos, superando exclusivismos: contributos da sociologia das ausências e ecologia de saberes	64
1.3. Das vozes que contam: a diversidade epistemológica a partir do laboratório fenomenológico da experiência	70
2. Construindo um objeto de pesquisa (II): indagações, objetivos, contexto(s) e aspetos metodológicos	72
2.1. Indagações e objetivos da pesquisa	72
2.2. Contexto(s) da pesquisa	77
2.2.1. Contexto macro: sistema público português de saúde mental	77
2.2.2. Contextos específicos a partir dos quais se desenvolve a pesquisa	81
2.3. Aspetos metodológicos: participantes, recolha/análise e dimensão ética	87
2.3.1. Participantes da pesquisa	87
2.3.2. A recolha e análise dos dados empíricos	94
2.3.3. A dimensão ética na pesquisa	99

Parte II

INCITANDO AS VOZES SILENCIADAS, INDAGANDO AS POSSIBILIDADES DE UMA ECOLOGIA DE CUIDADOS

CAPÍTULO 4

DAS HISTÓRIAS (COMUNS) DE SOFRIMENTO: SILENCIAMENTO(S), BIOMEDICALIZAÇÃO E (SOBRE)VIVÊNCIA PSIQUIÁTRICA	106
1. O sofrimento silenciado que se torna “ruído ensurdecedor”	107
2. Resgatando a subjetividade do sofrimento: as explicações e o ímpeto de as partilhar	115
2.1. Os acontecimentos difíceis da vida	116
2.2. As histórias comuns de violência e trauma	118
2.3. Os elementos espirituais e paranormais	121
2.4. As (raras) explicações biológicas (e reflexões decorrentes)	123
3. As reações iniciais e a família como contexto emergente (e solitário) de cuidado	126
4. Das reduzidas (e reducionistas) possibilidades de cuidado	133
4.1. Entre o/a médico/a de família e o consultório privado de psiquiatria	133
4.2. A (in)evitabilidade da patologização (e do estigma), a centralidade do hospital e as histórias de (sobre)vivência psiquiátrica	140

4.3. Sobre quem fica e quem sai: (im)possibilidades de (re)construção das trajetórias para lá da instituição hospitalar	148
4.3.1. (Im)permanências e (não) reflexos da política de desinstitucionalização: ecos de um estudo longitudinal	149
NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 4	163

CAPÍTULO 5

BRECHAS QUE SE ABREM NOS “MUROS” DA (BIO)PSIQUIATRIA: A EQUIPA Y E O COMPROMISSO COM O CUIDADO NA COMUNIDADE	165
1. A pesquisa: breves notas sobre o trabalho de campo.....	165
2. Equipa Y: elementos de caracterização	168
2.1. Área sociogeográfica de atuação	168
2.2. Constituição e dinâmicas de organização	169
2.3. O espírito de compromisso com a filosofia de cuidados comunitários	172
3. A Equipa Y no contexto de um Centro de Saúde	175
3.1. (Des)integração e (i)lógicas organizativas	175
3.2. O valor da(s) proximidade(s) e o (autêntico) cuidado como prática contra-hegemónica	178
3.3. A escassez de recursos e a (in)evitável biomedicalização do sofrimento	185
3.3.1. Os limites à multidisciplinaridade e a escassez de respostas sociais	187
3.3.2. Projetos frustrados e a difícil promoção da autonomia	191
4. A Equipa Y no contexto dos cuidados domiciliários.....	193
4.1. A imersão na comunidade: contornos de uma realidade complexa	193
4.2. Potencialidades, limites e desafios da intervenção: uma equipa em trânsito (paradigmático?)	201
4.2.1 O (in)contornável <i>depot</i> : entre o argumento da “maior estabilidade” e o desafio da autonomia	204
4.2.2 Mais do que apenas “ir”, “estar de peito aberto”	213
4.2.3 Entre as múltiplas necessidades e a tentativa de as suprir:	219
4.2.4 Cuidar de quem cuida	226
5. Dos “muros” (in)transponíveis do modelo biomédico/hospitalar	231
5.1. A “verdade” biomédica e os diálogos por concretizar: limites à integralidade e à cidadania no cuidado	232
5.2. Resistências, incongruências e paradoxos institucionais/políticos	238
NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 5	244

CAPÍTULO 6

EPISTEMOLOGIAS E PRÁTICAS “OUTRAS” DE CUIDADO NO PREENCHIMENTO DAS AUSÊNCIAS E REESCRITA DAS NARRATIVAS 245

1. Entre querer e poder: (im)possibilidades no acesso à diversidade de saberes/práticas de cuidado	247
2. Narrativas emergentes em rutura com a monocultura biomédica	252
2.1. Saberes populares: a experiência com uma “benzedeira”	253
2.2. Naturopatia	257
2.3. A prática de <i>Yoga</i>	258
2.4. Arteterapia	260
2.5. Grupo de Auto-Ajuda/Ajuda-Mútua	266
2.6. Hipnoterapia	270
3. Da particular relevância das práticas espirituais. Ou: quando o invisível aos olhos dessacraliza o poder biomédico	274
3.1. Espiritualidade e saúde: um breve enquadramento	274
3.2. A dimensão espiritual nas trajetórias em estudo: um olhar geral	279
3.3. Possibilidades (extrafísicas) num Centro Espírita: um olhar sobre casos particulares	283
3.3.1. A epistemologia espírita: breve contextualização	286
3.3.2. Quando a epistemologia se traduz em prática terapêutica: reflexão em torno de dois casos	294
3.3.2.1. A chegada ao Centro Espírita e o “novo olhar” sobre o sofrimento	296
3.3.2.2. As práticas espíritas e a progressiva (re)conquista do equilíbrio ...	300
3.3.2.3. Consequências “outras”	306
NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 6	315

CONSIDERAÇÕES FINAIS 319

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 344

APÊNDICES

Apêndice A – Dados sociográficos dos/as participantes do *Grupo A* e *Grupo B*

Apêndice B – Excertos de Entrevista – Explicações sobre a origem do sofrimento: acontecimentos difíceis da vida

Apêndice C – Excertos de Entrevista – Explicações sobre a origem do sofrimento: as histórias comuns de violência e trauma

Apêndice D – Excertos de Entrevista – Manifestações e impactos disruptivos das experiências de sofrimento

Apêndice E – Excertos de Entrevista – As fragilidades do acompanhamento dos Cuidados de Saúde Primários

Apêndice F – Excertos de Entrevista – Circunstâncias que emolduraram o primeiro internamento hospitalar

Apêndice G – Excertos de Entrevista – Sobre os “não efeitos” (ineficácia) e “efeitos secundários” dos psicofármacos

Apêndice H – Excertos de Entrevista – Na linha do tempo: experiências e representações de violência em instituições hospitalares psiquiátricas

Apêndice I – Excertos de Entrevista – Efeitos estigmatizantes e discriminatórias da patologização e da passagem pela instituição hospitalar psiquiátrica

Apêndice J – Excertos de Entrevista – (Im)permanências e (não) reflexos da política de desinstitucionalização

Apêndice K – Entre a intenção e a prática: ponto situacional sobre as ESMC em Portugal

Apêndice L – Excertos de Entrevista – Profissionais da Equipa Y

Apêndice M – Excertos de Entrevista – Participantes do Grupo B a respeito da Equipa Y (impactos da presença na comunidade e modos de cuidar)

Introdução

Pese embora a existência de orientações políticas internacionais que defendem uma visão de cuidados holística e de respeito pelos direitos humanos (e.g., WHO, 1984, 1986, 2005, 2021), na prática, como aponta um recente relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021), a maior parte dos países (independentemente do nível de desenvolvimento económico) continua a basear as respostas ao sofrimento mental num modelo arraigadamente biomédico e hospitalocêntrico, focando-se no diagnóstico psiquiátrico, na administração de psicofármacos e na redução de sintomas (*ibidem*, 2021). Ora, este é um cenário prevalecente também em Portugal. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), num documento resultante do trabalho de uma Equipa de Missão, traçou um quadro muito preocupante sobre a realidade portuguesa, referindo-se, explicitamente, à hegemonia de uma cultura biomédica nos serviços de saúde mental (baseada na farmacologização e em serviços hospitalares) e à enorme carência de serviços e respostas multidisciplinares na comunidade (WHO, 2011). Tendo essa avaliação sido realizada em 2011, os anos seguintes não trouxeram mudanças significativas. Mais recentemente, em 2017 – desta feita, no âmbito de uma avaliação realizada por uma equipa nacional –, foi publicado o *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020* (CTARSM, 2017), que veio, precisamente, dar conta da persistência desse cenário, revelando as imensas dificuldades, hesitações e inércias ao nível da execução do *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016* (CNRSSM, 2007).

Ao mesmo tempo que nos deparamos com esta realidade sociopolítica, favorecedora da (re)produção de situações de elevada vulnerabilidade pessoal e social, deparamo-nos, também, com dados que apontam para o facto de Portugal se constituir como o país da União Europeia com mais sofrimento psicológico autorreportado entre a população com mais de 16 anos¹ (OCDE, 2020, p. 130). Portugal apresenta-se, além do mais, como um dos países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) onde se regista o maior consumo de medicamentos antidepressivos – ocupando o 5º lugar, segundo informação facultada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019).

¹ Ainda que tal deva ser submetido ao crivo de uma interpretação precavida e de uma leitura crítica, tal como sugere a própria OCDE quando refere que esses dados “podem ser influenciados por diferenças culturais, e diferentes níveis de estigma e literacia em saúde mental” (OCDE, 2020, p. 130).

Tanto em Portugal como um pouco por todo o mundo, vivem-se tempos muito paradoxais: nunca, como agora, se assistiu a uma tão ampla oferta de promessas científicas/biomédicas de alívio ou até mesmo supressão do mal-estar psicológico, contudo, concomitantemente, as manifestações subjetivas do mesmo não param de crescer, tornando ostensivas as insuficiências e ineficiências do modelo hegemónico de cuidados de saúde mental. O excessivo uso de psicofármacos, em detrimento de outro tipo de respostas (designadamente as de carácter psicossocial), tem vindo, inclusive, a ser alvo de crescentes críticas em virtude de pesquisas que colocam a descoberto o facto de a sua eficácia, não obstante a roupagem científica, ser muito relativa e muito contestável (Whitaker, 2017; Moncrieff, 2018; WHO, 2021, p. 201). Cada vez mais, têm também vindo a ser expressas preocupações referentes às evidências que mostram como o uso continuado desse mesmo tipo de medicamento é gerador de efeitos altamente nocivos à saúde mental e até mesmo à saúde física, a médio e longo prazo (Moynihan & Cassels, 2005; WHO, 2021, p. 201). De resto, em face de manifestas assimetrias de poder e de uma escassa cultura de diálogo e consentimento esclarecido sobre os malefícios dos psicofármacos, acrescem as críticas ao modelo biomédico pela forma como este tende a comprometer direitos humanos consagrados, como o direito à informação, à autonomia e à livre escolha do tratamento (WHO, 2005, 2021).

Todo este panorama (verificado tanto em Portugal como internacionalmente) aponta, enfim, para o indubitável esgotamento do modelo dominante de cuidados de saúde mental – modelo assente na hegemonia da racionalidade biomédica e na escassez (ou até completa ausência) de uma cultura de diálogo(s). E esta é, por assim dizer, a grande “porta de entrada” para a investigação que se propõe nesta tese.

Com efeito, a presente pesquisa nasce do reconhecimento da imperativa necessidade de se ir além do atual modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental; por outras palavras, nasce do reconhecimento da urgência de se construir um novo paradigma de cuidados: um paradigma que, rompendo com visões fragmentadas, reducionistas e desintegradoras, se oriente por uma visão *integral e ecológica*, que atenda às singularidades e necessidades multidimensionais do ser humano (e.g., dimensões psicológica, mental, social, cultural, espiritual, axiológica, etc.), bem como às relações e interações que o mesmo estabelece com outros seres humanos e com o(s) ambiente(s) que integra. Em termos muito genéricos, parti para a presente pesquisa com o propósito de contribuir para um conhecimento sobre as condições, atualmente existentes em Portugal, que possibilitam (ou impossibilitam) a construção desse (novo) modelo de cuidados, identificando quer as

condições favoráveis (que se constituem como “sinais de esperança”), quer as condições desfavoráveis (que se constituem como obstáculos) a essa edificação.

Foi a partir deste propósito de investigação, de caráter bastante geral, que me lancei na construção do objeto de pesquisa. Um primeiro passo consistiu em problematizar teoricamente os contornos dessa tão urgente transição paradigmática. Do que se trata, afinal, quando se fala em *integralidade* no âmbito das ações e práticas de saúde? Quais os atributos de um sistema de cuidados que se guie pela *ideal ético-político da integralidade*? Para essa problematização, mobilizei, essencialmente, contributos teóricos de autores/as do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) (e.g., Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Matos, 2006) e de autoras feministas que se dedicam à *ética do cuidado* (e.g., Mayerhoff, 1971; Tronto, 1993; Watson, 1999; Garland-Thomson, 2001; Mol *et al.*, 2010).

Mobilizando essa primeira linha de contributos teóricos, cheguei à asserção de que a construção de um modelo de cuidados que se oriente pelo *ideal ético-político da integralidade* pressupõe, necessariamente, a promoção de respostas às necessidades humanas (multidimensionais) a partir de metodologias participativas e tecnologias dialógicas, baseadas na autonomia e direito de escolha dos sujeitos (*cidadania no cuidado*). Neste sentido, e convocando uma outra linha teórica – a linha da *sociologia das ausências* (Santos B. S., 2006) –, sustentei a ideia de que as condições de edificação desse novo paradigma passam, inevitavelmente, por fazer sair do domínio da invisibilidade e do “desperdício da experiência” (Santos B. S., 2006) outros protagonistas sociais (a começar pelos/as protagonistas das experiências de sofrimento), outras formas de cuidado e outros saberes terapêuticos, que, por via da hegemonização biomédica, foram subalternizados ou até mesmo invisibilizados enquanto agentes válidos no enfrentamento do sofrimento mental. Defendi, nesse seguimento, e sob a influência da proposta da *ecologia de saberes* (Santos, B. S., 2006), que essa mesma construção implica a implementação de formas de diálogo entre diferentes protagonistas sociais e entre diferentes epistemologias²/práticas de cuidado; dito de outro modo, implica uma *ecologia de cuidados* (Nunes & Louvison, 2020).

² Comumente, a palavra *epistemologia* encontra-se vinculada a “conhecimento científico”, sendo usada estritamente nesse sentido. Nesta tese, sob uma perspectiva crítica – influenciada pela abordagem da “ecologia de saberes” de Boaventura de S. Santos (2007) e por outros/as autores/as (e.g., Camargo, 2008) –, essa palavra é usada em sentido amplo (atendendo à diversidade de formas de conhecimento existente no mundo), estando, portanto, desvinculada da ideia de que apenas diz respeito à ciência. Esta questão é aprofundada no âmbito do terceiro capítulo, especificamente no ponto que dedico à proposta teórica da “ecologia de saberes”.

Tomando por base a asserção de que a prossecução da *integralidade* nos cuidados de saúde só se torna possível mediante a construção de uma *ecologia de cuidados*, estabeleci, então, como objetivo geral da pesquisa: contribuir para a ampliação do campo de possibilidades de ação no domínio dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental – visibilizando significados/explicações, conceções, práticas, formas de cuidar e saberes terapêuticos mobilizados pelos/as protagonistas das experiências – que favoreça o conhecimento das condições de possibilidade de construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados*. A par da definição deste objetivo geral, sustentei que uma tal averiguação implica, necessariamente, uma imersão no universo subjetivo das *experiências vividas* das pessoas (Dubet, 1994), escutando-as e permitindo-lhes a livre expressão das suas próprias explicações, lógicas de ação, lógicas de interpretação e de avaliação da realidade – formas de racionalidade tão válidas quanto as da racionalidade científica moderna (Silva L. F. & Alves, 2011; Alves F., 2015).

Seguindo esta linha de raciocínio, a tese privilegiou a análise de *experiências vividas*³ de um conjunto de homens e mulheres (com diagnósticos psiquiátricos) cujas trajetórias passam pela mobilização de serviços públicos de saúde mental. Mais especificamente, formulei o objetivo de, à luz das *experiências vividas* dessas pessoas, conhecer as condições atualmente existentes para a construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados* ao nível de serviços públicos de saúde (serviços hospitalares e Equipa de Saúde Mental Comunitária), identificando, nesses contextos, quer as condições favoráveis (i.e., os “sinais de esperança”), quer as condições desfavoráveis (i.e., os obstáculos) a essa construção. Propus-me ainda analisar em que medida essas mesmas pessoas transcendem as respostas de carácter biomédico, mobilizando (alternativa ou simultaneamente) epistemologias/práticas “outras” de cuidado fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Procurei, nesse âmbito, responder à questão: em que medida esses “outros” *modos de cuidar* produzem efeitos emancipatórios nas respetivas trajetórias de vida, contribuindo (de diferentes formas e em diferentes níveis) para colmatar ou até mesmo superar as debilidades, insuficiências e incompletudes do modelo formal de cuidados?

³ A observação dessas *experiências vividas* foi realizada sob uma dupla estratégia analítica: por um lado, com o propósito de resgatar a subjetividade das *experiências de sofrimento* – visibilizando as explicações sobre as origens das mesmas, as reações às primeiras manifestações, as perceções acerca do modo como foram cuidadas ou negligenciadas, etc. –; por outro lado, com o propósito de reconstituir as respetivas trajetórias de cuidado. No âmbito deste segundo objetivo, foram mapeadas todas as ações empreendidas no sentido do enfrentamento do sofrimento, desde as ações de carácter mais íntimo (recursos internos e/ou ações mobilizadas em espaços próximos/informais de cuidado), passando pela mobilização de recursos no sistema oficial (dito “convencional”, tanto da esfera pública, como privada), até à procura de respostas no universo de saberes e práticas “outras” de cuidado (universo dito “não convencional”).

Complementarmente, a pesquisa tomou, como seu objeto, o estudo aprofundado (*etnográfico*) de uma das raras Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC) a operar em Portugal. Decidi estudar esse contexto em virtude de o mesmo se constituir – no âmbito do *Plano de Ação 2007-2016* (CNRSSM, 2007) – como a proposta política mais auspiciosa, que, teoricamente, transporta maiores condições de esperança de rutura com o modelo biomédico/hospitalocêntrico dominante. Em face de um contexto político marcado por reiteradas inércias, inúmeras fragilidades e profundas lacunas, propus-me analisar as reais condições de implementação dessa ESMC, buscando compreender em que medida ela consegue romper com o modelo reducionista hegemónico, aproximando-se de um modelo de cuidados pautado pela *integralidade*.

Atendendo aos objetivos da pesquisa, não se colocou qualquer dificuldade na escolha da metodologia. Mergulhar nas *experiências vividas* de sofrimento mental e no conhecimento aprofundado de um contexto específico de cuidados (o contexto de uma ESMC) pressupôs, obviamente, o enquadramento da pesquisa numa metodologia qualitativa. Desse modo, a estratégia consistiu na combinação de duas técnicas: *entrevista em profundidade* e *pesquisa etnográfica*.

Finalmente, e antes de passar para o roteiro dos capítulos da tese, importa salientar que esta investigação, no que respeita à paisagem académica portuguesa, vem contribuir para o preenchimento de grandes lacunas ao nível de estudos sobre as *experiências vividas* (subjettivas) de sofrimento mental e sobre as diversas formas (e modelos) de cuidados que lhe são dirigidos. De facto, no campo das ciências sociais, e muito em especial no campo da Sociologia, estamos perante uma temática muito pouco estudada e muito pouco conhecida, revestindo-se, assim, a presente pesquisa de particular relevância.

Roteiro dos capítulos da tese

Esta tese encontra-se estruturada em duas grandes partes: uma **primeira parte**, composta por três capítulos, onde o trajeto passa por enquadrar e problematizar teoricamente a temática em questão, culminando na construção do objeto de pesquisa e definição da metodologia; uma **segunda parte**, também composta por três capítulos, dedicada à apresentação e análise dos dados empíricos.

Passo a enunciar, muito sinteticamente, cada um dos capítulos.

O **primeiro capítulo**, que inaugura a primeira parte, visa enquadrar socio-historicamente o modo como as sociedades modernas ocidentais se distanciaram de

conceções terapêuticas baseadas em ideias de integralidade, complementaridade e interdependência para abraçarem a visão biomédica reducionista.

Já o **segundo capítulo** dedica-se à desconstrução da versão essencialista da “superioridade” biomédica, mostrando como essa suposta “superioridade” não decorre de qualquer razão de ordem “natural”, mas, antes, de um complexo quadro sociocultural de produção histórica – o contexto da modernidade ocidental.

O **terceiro capítulo**, que encerra a primeira parte da tese, é consagrado, especificamente, à construção do objeto de pesquisa e ao delineamento da metodologia. Dedico-me, primeiramente, à definição do objeto de pesquisa e à sua problematização, convocando três grandes linhas de contributos teóricos. Num segundo momento, dou lugar ao desenho da pesquisa: traço as premissas, indagações e objetivos; apresento os contextos a partir dos quais o trabalho de campo se desenvolve; e, finalmente, abordo os aspetos metodológicos que subjazem ao trabalho empírico.

O **quarto capítulo** abre a segunda parte da tese. Trata-se de um capítulo onde são apresentadas, globalmente, as histórias das trinta e quatro pessoas entrevistadas (i.e., *participantes dos Grupos A, B e C*). A análise realizada neste âmbito, repartida por vários subcapítulos, permitiu: i) mergulhar nas respetivas *experiências vividas* de sofrimento mental, visibilizando a dimensão subjetiva das mesmas (tradicionalmente silenciada pelo modelo biomédico); ii) apreender os modos de construção das trajetórias de cuidado até (e inclusive) à entrada em cena da instituição hospitalar; iii) compreender de que forma(s) as várias (im)possibilidades de cuidado – tanto as de carácter íntimo/informal como as de carácter institucional/formal –, registadas até (e inclusive) à entrada da instituição hospitalar na rede de cuidados, se refletiram nas respetivas biografias e no desdobrar das experiências.

O **quinto capítulo** é consagrado à apresentação dos resultados da pesquisa qualitativa/etnográfica que realizei àquela que se constitui como uma das raras ESMC a operar no sistema público português de cuidados de saúde mental, a Equipa Y. Para além de se basear no estudo etnográfico, este capítulo tem também por base a análise das entrevistas realizadas com os/as *participantes do Grupo B*.

Finalmente, o **sexto capítulo** dedica-se à análise das (im)possibilidades de cuidado para lá das respostas biomédicas e dos recursos terapêuticos oferecidos no quadro do SNS. Procura-se compreender em que medida as pessoas (*participantes dos Grupos A, B e C*) transcendem o modelo público hegemónico de cuidados dirigidos ao sofrimento mental, encontrando respostas emancipatórias no vasto universo de epistemologias/práticas “outras” de cuidado.

A tese é encerrada com uma secção de **considerações finais**, onde faço dialogar o conjunto de premissas e objetivos da pesquisa (delineados no terceiro capítulo) com os resultados propriamente ditos do estudo empírico, dando conta dos principais contributos da tese ao nível da temática em questão. Por último, reflito sobre algumas das possíveis limitações da pesquisa, que, de alguma forma, comprometem o seu alcance, e enuncio algumas pistas para trabalhos de investigação futuros.

PARTE I

**DESCONSTRUINDO A HEGEMONIA
BIOMÉDICA, (RE)DESCOBRINDO A
CONCEÇÃO DE INTEGRALIDADE**

CAPÍTULO 1

DAS COSMOVISÕES MÉDICAS ANCESTRAIS

AO REDUACIONISMO BIOMÉDICO

Servindo como porta de entrada à reflexão teórica do presente trabalho, este primeiro capítulo visa enquadrar socio-historicamente o modo como as sociedades modernas ocidentais se distanciaram de concepções terapêuticas baseadas em ideias de integralidade, complementaridade e interdependência – presentes em muitas cosmovisões médicas ancestrais – para abraçarem uma visão (bio)médica reducionista. Que pontos de mutação ocorreram nestas sociedades que as conduziram à hegemonização de um modelo médico cristalizado em ideias de dissociação, fragmentação, objetificação e redução dos sofrimentos humanos a causas biológicas?

O capítulo encontra-se subdividido em três pontos. Num primeiro ponto, darei conta de como, nos dias de hoje, a própria ciência moderna – pela mão da moderna física quântica e astrofísica – contraria a ideia clássica de funcionamento isolado, mecânico e fragmentado do universo; ideia que, paradoxalmente, ainda subjaz à conceptualização humana preconizada pelo modelo biomédico. As mais recentes descobertas da astrofísica e da moderna física quântica vão, na verdade, ao encontro de muitas das cosmovisões médicas ancestrais, corroborando as concepções que lhes servem de base à representação do ser humano como “totalidade singular” (microcosmo), em interdependência e complementaridade com o todo que integra (macrocosmo).

Num segundo ponto, dedicar-me-ei àquilo que designo como um paradoxo da construção identitária da biomedicina, ou seja, à sua herança hipocrática. Tido como o “pai” da medicina científica moderna, Hipócrates preconizava uma concepção humana integral e ecológica; uma concepção claramente contrária ao reducionismo praticado pela mesma (bio)medicina que lhe atribui a paternidade e amplamente ignorada por muitos/as daqueles/as que hoje iniciam a prática (bio)médica sob o chamado “juramento hipocrático”.

Finalmente, num terceiro ponto, mostrarei como a revolução científica moderna se constituiu como o grande ponto de viragem na concepção médica das sociedades modernas ocidentais. Neste âmbito, dedico um subponto a uma reflexão mais específica sobre como a visão biomédica reducionista se apropriou das experiências de sofrimento mental,

reduzindo-as a objetos da disciplina psiquiátrica e a explicações e tratamentos do foro essencialmente biológico.

1. Filhas/os do *cosmos*: o lugar (da totalidade) onde medicinas ancestrais e ciência moderna se cruzam

A mesma astrofísica que nos desvela uma gigantesca distância entre o ser humano e o universo revela-nos, paradoxalmente, um “vínculo umbilical ilacerável que une o cosmos aos nossos seres (Morin & Cassé, 2007, p. 14). É esta uma das considerações de Morin no prefácio da obra “Filhos do Céu. Entre Vazio, Luz e Matéria”, escrita em forma de diálogo com o astrofísico Michel Cassé. E prossegue:

[Com a astrofísica], aprendemos que as partículas que constituem os átomos dos nossos organismos nasceram nos primeiros segundos do universo; aprendemos que os átomos, de que são formadas as moléculas e as macromoléculas dos nossos organismos, foram forjados no núcleo de estrelas anteriores ao nosso Sol [...]. Resumindo, somos integralmente os filhos do cosmos e trazemos, nos nossos seres, em microcosmos, este cosmos (Morin & Cassé, 2007, p. 14).

Na década de 80 do século XX, Carl Sagan, o carismático astrónomo popularizado pela série *Cosmos*, já havia dito “a Terra e todos os seres vivos são feitos da matéria das estrelas”⁴, uma frase que surpreendera e encantara o seu público e que hoje, revalidada e aprofundada pela Astrofísica contemporânea, fundamenta o conceito *antropocosmos*, enunciado por Morin e Cassé (2007): conceito que nos remete para a ideia holográfica do ser humano como microcosmo que contém a totalidade da informação (o universo), ao mesmo tempo que contém informação radicalmente singular – “somos hipersingulares, mesmo tendo todo o universo em nós” (p. 73).

Não apenas a Astrofísica, como também a moderna física quântica transporta hoje esta ideia holográfica da realidade cósmica – e do ser humano, nela incluso –, olhando-a sob a perspetiva da totalidade. Assim o faz, muito especificamente, o físico David Bohm, autor da teoria da “ordem implicada”, a qual, partindo da noção de “totalidade ininterrupta” (Capra, 1986, p. 80) ou “totalidade indivisa” (Santos B. S., 1996, p. 47), intenta explorar a ordem que ele acredita ser inerente à teia cósmica de relações em um nível profundo (Capra, 1986, p. 80). Bohm designa essa ordem como “implicada” (Capra, 1986, p. 80) ou “entrettecida” (Capra, 2009, p. 312), descrevendo-a em analogia a um holograma – renomeado, por ele mesmo, como *holomovimento*, dado o carácter dinâmico da realidade

⁴ Frase proferida na série *Cosmos*, Episódio 8, intitulado Journeys in Space & Time, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=abp3q7aYOss&t=422s>

(Capra, 1986, p. 80). Para este físico, o todo está "envolvido" em cada uma de suas partes, na medida em que cada parte contém o todo: “se iluminarmos apenas uma parte do holograma, surgirá a imagem completa, embora com detalhe menor [do] que o conseguido no holograma completo” (Capra, 2009, p. 312).

Relacionadas com esta ideia de totalidade, outras ideias importantes trazidas pela moderna física quântica são as noções básicas de que tudo é energia, movimento, dinamismo e interconexão, incluindo interconexão entre o ser humano e a natureza, que mais não são, afinal, do que elementos indissociáveis, pertencentes a uma mesma e única realidade cósmica (Capra, 1986, 2009; Wilber, 2007). A física quântica dissolve, em última instância, a ideia clássica do funcionamento mecânico e fragmentado do universo – ideia cartesiana-newtoniana que exploraremos adiante –, substituindo-a pela ideia de que o universo representa “um todo unificado”, onde nada pode ser entendido de forma isolada e independente, mas apenas mediante os conjuntos de relações que se estabelecem e estendem entre tudo o que existe (Capra, 1986, p. 65).

Estamos perante ideias e noções relativamente recentes para a ciência dos nossos dias, todavia, muito antigas para inúmeras culturas ancestrais (Capra, 1982, 2009; Bivins, 1997; Wilber, 2004), que delas fizeram, intuitivamente, a base dos seus sistemas médicos. Com efeito, concepções do ser humano como uma totalidade singular, uma representação perfeita (holográfica) do cosmos – um microcosmos –, em que as partes se relacionam harmonicamente e em complementaridade (não oposição) com o todo que integram – o macrocosmos –, são comuns a muitos sistemas de cura ancestrais, como é o caso das medicinas xamânicas ou ligadas às culturas indígenas, a medicina greco-romana, a medicina Yūnāni (árabe), a medicina ayurvédica (indiana), a medicina tradicional tibetana, a medicina tradicional chinesa, etc. (Leslie, 1976; Capra, 1982, 2009; Scheper-Hughes & Lock, 1987; Laplantine, 1991; Bivins, 1997; Porter, 1997; Krippner, 2007; Kopenawa & Albert, 2015). Um fundamento comum a todos estes sistemas de cura milenares é, então, a noção do equilíbrio do ser humano como uma reprodução da harmonia do próprio cosmos. E é assim que a relação harmônica com a natureza, num entendimento profundamente amplo do seu significado, se afirma como elemento incontornável, entrelaçador das suas histórias ancestrais.

Para esses sistemas, a doença não é mais do que uma rutura do equilíbrio com a ordem natural, representando um fenómeno multidimensional, relacional e dinâmico onde se jogam, numa estreita interdependência, elementos fisiológicos, ambientais/sazonais, psicológicos, sociais, espirituais, etc. Sob uma tal perspectiva ecológica, a doença não é tida

como agente invasor, mas antes como processo natural, transitório, que ocorre dentro do ciclo natural da vida, sujeito a oscilações entre fatores de equilíbrio e desequilíbrio (Leslie, 1976; Capra, 1982; Laplantine, 1991; Bivins, 1997; Curtis & Gaylord, 2004). Sendo a tendência natural do ser humano a de retornar a um estado de equilíbrio dinâmico, o papel do/a curador/a ou do/a terapeuta é o de ajudar ao restabelecimento da ordem, harmonizando os fatores causais do desequilíbrio ou estimulando as capacidades naturais de cura da própria pessoa (Capra, 1982; Brelet-Rueff, 1991; Laplantine, 1991; Bivins, 1997; Saks, 1997).

Nas cosmovisões destes sistemas médicos milenares, uma inerente percepção de totalidade, complementaridade e interdependência faz, portanto, com que se olhe de forma naturalmente integrada e dinâmica para a realidade humana, em contraste com aquilo que define o modelo biomédico – modelo que, entretanto, se desenvolve e se arroga como hegemónico nas modernas sociedades ocidentais. Com efeito, não obstante o extraordinário incremento de saúde e esperança de vida que tem proporcionado, o modelo biomédico tem vindo, nas últimas décadas, a ser alvo de forte questionamento em virtude dos seus alicerces de carácter excessivamente positivista, mecanicista e reducionista, os quais, crescentemente se reconhece, cristalizam uma medicina dissociadora, parcial e limitada, incapaz de dar conta da integralidade inerente à natureza humana (Capra, 1982; Queiroz, 1986; Camargo Jr., 1992; Curtis & Gaylord, 2004; Guedes *et al.* 2006; Marcum, 2008; Lock & Nguyen, 2010). Viajando pela história da construção identitária deste modelo, recuando até ao ponto mais remoto em que consensualmente se reconhece a sua origem, descobre-se, porém, e paradoxalmente, que os seus primórdios se sustentam nos mesmos princípios ancestrais de integralidade de que se tem vindo a falar. Hipócrates de Cós, nascido por volta de 460 a.c. na Grécia antiga, conhecido como o “pai da medicina” – da biomedicina – perfilhava, com efeito, uma visão holística sobre a saúde e sobre o ser humano (Capra, 1982; Cule, 1997; Saks, 1997, p. 196), ignorada, na sua amplitude e profundidade, pela grande maioria daqueles/as que hoje iniciam a prática médica sob os auspícios do “juramento hipocrático” (Canguilhem, 2005, pp. 13-14).

2. Dos paradoxos da construção identitária da biomedicina: a herança integralista hipocrática

Devendo-se o reconhecimento da importância de Hipócrates (pela medicina científica moderna) aos seus princípios éticos e à sua contribuição empirista – assente na convicção de que a origem das doenças não reside em fenómenos sobrenaturais, mas em

fenómenos naturais, passíveis de serem cientificamente estudados –, o certo é que o chamado *corpus hippocraticum* vai muito além dessas contribuições, comportando uma complexidade e uma riqueza que fazem dele aquilo que se pode designar como “um verdadeiro tratado de ecologia humana” (Capra, 1982, p. 290). Toda a atitude médica que se afasta da ideia de doença como algo nocivo, maléfico e indesejável – ideia predominante no modelo biomédico (Laplantine, 1991, p. 115) –, encarando-a, ao invés, como algo positivo, como uma mensagem sinalizadora de um processo de reequilíbrio, encontra no designado mundo ocidental a sua primeira referência histórica em Hipócrates, mais especificamente na sua concepção de *natura medicatrix* ou *vis medicatrix naturae* (Laplantine, 1991, p. 231).

Hipócrates considerava a natureza como detentora de uma sabedoria curadora e, neste sentido, entendia que a medicina tinha, necessariamente, de consistir numa imitação da natureza, aprendendo a escutá-la, ao invés de a contrariar. Deste princípio naturalista decorreu, então, toda uma forma de encarar a medicina, deveras diferente daquela que, entretanto, se pratica no âmago da biomedicina. Ao reconhecer o poder curativo da natureza, a medicina hipocrática entende o/a médico/a como alguém que, ao invés de controlar ou intervir invasivamente, tem o papel de facilitar o processo de reequilíbrio, estimulando, por meios naturais, o poder curador inerente ao organismo humano (Capra, 1982, p. 291; Laplantine, 1991; Cule, 1997, p. 20; Wilson, 1997, p. 173; Curtis & Gaylord, 2004, p. 6; Canguilhem, 2005, p. 78). Tal como outros sistemas de cura milenares, também a medicina hipocrática se baseia na visão do ser humano como totalidade, dinamismo e interdependência com o todo que integra. Micro e macro se jogam numa cosmovisão que transfere para o funcionamento do organismo humano o modo de funcionamento do universo. À semelhança do que acontece em alguns sistemas médicos orientais, o sistema médico hipocrático entende que o universo é composto pelos elementos terra, ar, fogo e água, dotados das qualidades quente, frio, seco e húmido, correspondentes às várias estações do ano e também aos quatro pontos cardeais⁵. A transposição desta estrutura cósmica para a biologia resultou na concepção dos quatro humores (fluidos) do corpo humano, respetivamente, o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra.

Para Hipócrates, o estado de harmonia do organismo humano depende “da exata proporção e da perfeita mistura dos quatro humores, que [podem] alterar-se por ação de

⁵ Com efeito, na Medicina Tradicional Chinesa e na Medicina Ayurvédica (indiana) encontramos uma semelhante representação cósmica. Na Medicina Tradicional Chinesa é considerado um quinto elemento, o metal; na Medicina Ayurvédica é considerado, como quinto elemento, o éter. Tal como acontece no âmbito do sistema hipocrático, também para estes sistemas médicos ancestrais tais elementos estão ligados a órgãos humanos, exercendo uma forte influência na saúde humana (Bivins, 1997).

causas externas ou internas” (Rezende, 2009, p. 52). Ao desequilíbrio dos humores, ele associava determinados temperamentos ou paixões. Por exemplo, o excesso de bÍlis amarela estava associado a um temperamento colérico e o excesso de bÍlis negra a um temperamento melancólico. Para a restauração do equilÍbrio entendia-se necessário atuar sobre o humor em desequilÍbrio, auxiliando as forças curativas da natureza através de métodos terapêuticos diversos, que, em geral, passavam por alterações no estilo de vida (alimentação, repouso, exercício físico e reequilÍbrio emocional), pelo recurso a fitoterapia, banhos, massagens e, em última instância, a formas terapêuticas mais radicais como a sangria, clisteres e métodos purgativos (Curtis & Gaylord, 2004; Rezende, 2009).

Ao enfatizar a importância dos temperamentos ou paixões a par das influências ambientais e físicas no equilÍbrio integral do ser humano, a doutrina hipocrática dos humores sustenta-se numa interação fundamental entre corpo, mente e meio ambiente, representando um ponto alto da filosofia médica ocidental na concepção do ser humano como ser total e indivisível (Capra, 1982, p. 291; Bivins, 1997, p. 97).

Mais tarde, no século II d.C., a concepção psicossomática da doutrina hipocrática será aprofundada pelo médico e filósofo Cláudio Galeno, discípulo de Hipócrates, reconhecido como o último grande pilar da influência grega na medicina do ocidente (Achterberg, 1996, p. 60). Embora a história da medicina o reconheça mais pelos seus grandes feitos ao nível da anatomia e fisiologia, Galeno destacou-se igualmente no estudo dos impactos dos temperamentos e paixões na saúde humana, contribuindo de forma bastante madura para o entendimento da inter-relação corpo-mente e de muitos dos fenómenos que, hoje em dia, são remetidos para o foro da chamada “doença mental” (Capra, 1982, p. 291; Achterberg, 1996, p. 60; Holmes, 2013; Nutton, 2013). A doutrina hipocrática revitalizada e aprofundada por Galeno e, mais tarde, por Paracelso – médico do século XV que reverenciava o naturalismo hipocrático a tal ponto que considerava as “substâncias naturais” como sendo dotadas de “alma” (Laplantine, 1991, p. 232) – exerceu uma profunda influência na medicina europeia, servindo-lhe de base por várias centenas de anos, até bem perto do século XVIII. Uma visão médica naturalista e totalizante adentra-se, pois, pela renascença, reproduzindo a cosmovisão médica ancestral do ser humano como micro representação do Cosmos (Canguilhem, 1977; Hall, 1988; Laplantine, 1991; Wilson, 1997, p. 180; Vigarello, 2001, p. 38), em sintonia com muitas tradições médicas orientais, em particular com a Medicina Tradicional Chinesa e com a Medicina Ayurvédica (Capra, 1982; Bivins, 1997, p. 96). Uma aproximação das racionalidades médicas orientais e ocidentais se dá, portanto, por

esta altura, em múltiplos pontos de contacto de natureza holística, de todo insuspeitáveis quando observados à distância dos nossos dias.

Esta visão médica totalizante começa, todavia, a alterar-se à medida que os médicos renascentistas desenvolvem obsessivamente o seu interesse pelas dissecações anatómicas. De facto, ao aprofundarem-se no desvendar dos mistérios do interior do corpo humano, muitos médicos começam a adotar, a seu respeito, uma visão reducionista, passando a concebê-lo como uma entidade unicamente material, descontextualizada e esvaziada de alma (Wilson, 1997, p. 181; Lock & Nguyen, 2010, p. 40). Inaugura-se, assim, na história da designada medicina ocidental, o processo de rompimento com a visão ancestral do ser humano total e indivisível. O lugar do ser humano, a sua inscrição cosmológica e a sua interdependência com elementos naturais, começa, então, a alterar-se progressivamente, por via de um processo de desprendimento do universo e de forças invisíveis (Vigarello, 2001, p. 70) que marca, simultaneamente, o início de uma rutura com uma visão médica que sempre supôs a ligação do ser humano a uma essência transcendental ou metafísica (Dally, 1997).

3. Dissociar para “curar”: a revolução científica moderna e a rutura com a visão médica naturalista e totalizante

A viragem no paradigma médico das sociedades modernas ocidentais, iniciada no século XVI, enquadra-se, na verdade, numa concomitante mudança, bem mais lata, do próprio paradigma científico, com repercussões de tal ordem que ainda hoje ecoam e influenciam não apenas a ciência – e o sistema biomédico, nela incluso –, mas toda uma forma de se olhar e perspetivar a realidade na sua globalidade (Capra, 1982; 2009; Santos B. S., 1996, 2000; Wilber, 2004). O inglês Francis Bacon (1561-1626) personifica uma das primeiras e mais marcantes influências nessa mudança paradigmática, que, paulatinamente, vai arredando a conceção ancestral de integralidade humana, acomodando, em seu lugar, ideias de dissociação, fragmentação, oposição e reducionismo.

Francis Bacon, tido como um dos mais importantes fundadores da ciência moderna, preconizava uma finalidade controladora da ciência sobre a natureza, fazendo-a transitar de um lugar de sabedoria para um lugar de manipulação (Merchant, 2006). Utilizando uma linguagem metafórica explicitamente hostil, Bacon defendia que a natureza deveria ser “reduzida à obediência”, “obrigada a servir” e “escravizada”, competindo à ciência o papel de lhe “extrair todos os seus segredos” (Capra, 1982, p. 42; Merchant, 2006). A perspetiva

baconiana exerce um profundo impacto na forma como, daí em diante, se passa a encarar a relação do ser humano com a natureza. Se antes o propósito de se conhecer e estudar a natureza residia numa atitude ecológica de compreensão da ordem natural para nela se viver em integração e harmonia, com Bacon esse propósito desloca-se para uma atitude diametralmente oposta – e supostamente legítima – de poder e de afirmação, dramaticamente traduzida, nos dias de hoje, numa prossecução cega de objetivos profundamente antiecológicos (Capra, 1982, p. 42; Santos B. S., 2000, p. 54; Merchant, 2006; Krenak, 2020). Um processo de cisão entre o ser humano e natureza inicia-se, então, com Bacon, exercendo uma influência indelével que se estenderá aos nossos dias. Esta cisão será, entretanto, desenvolvida e aprofundada pelo antropocentrismo de outros dois grandes vultos da revolução científica moderna – Descartes e Newton –, que lhe somam uma (inter-relacionada) mudança de crucial importância para o desenvolvimento posterior das civilizações modernas: a substituição de uma concepção de vida natural (integrada no cosmos) por uma concepção de vida mecânica, reducionista e determinista.

Profundamente influenciado por Galileu (1564-1642), o filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) entendia que a chave para a compreensão da natureza e de toda a realidade cósmica residia na linguagem matemática. Neste sentido, só o que fosse deduzível a demonstração matemática poderia ser tido como evidência científica e, portanto, como verdade universal. Prosseguindo e aprofundando a visão geometrizada de Galileu, René Descartes concebeu, então, o mundo e todo o universo material como uma gigantesca máquina, cuja compreensão derivaria da análise rigorosa de cada uma das suas partes. Dividir a grande máquina para a compreender constituiu-se, com efeito, como um dos pilares essenciais do empreendimento epistemológico cartesiano – e, portanto, do modelo de racionalidade inerente à ciência moderna –, o qual, como adiante se retomará, exercerá vital importância na constituição do novo paradigma biomédico. A redução da complexidade da matéria transforma-se, pois, com Descartes, numa das principais regras do método científico, sustentada na ideia da possibilidade de fragmentação de parcelas até ao limite do possível (Santos B. S., 1996, p. 15).

René Descartes não chega, todavia, a ter oportunidade de desenvolver cientificamente a sua concepção mecanicista da natureza e do universo, não fazendo mais do que delinear, filosoficamente, as suas grandes linhas teóricas. É o cientista inglês Isaac Newton (1643-1727) quem, na verdade, confere realidade ao sonho cartesiano, completando a grande revolução científica iniciada no século XVI (Capra, 1982, p. 49). Elaborando uma síntese das obras de Copérnico, Kepler, Bacon, Galileu e Descartes; Newton desenvolve uma

teoria física e matemática da ordem cósmica – conhecida por mecanicismo –, que se tornará sólido alicerce para todo o pensamento científico da era moderna. Firmemente plasmadas as noções cartesianas, arroga-se, então, como verdade única e universal a ideia de que o mundo da matéria nada mais é do que uma grande máquina, “cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem” (Santos B. S., 1996, p. 17). Sustentada num rigoroso determinismo, a gigantesca máquina cósmica é encarada como sendo totalmente causal e determinada, na medida em que tudo o que acontece tem uma causa definida, resulta num efeito definido, sendo possível determinar com absoluta certeza o futuro de qualquer uma das suas partes desde que detalhadamente e objetivamente conhecidas no momento presente (Capra, 2009, p. 63). Filosoficamente, este determinismo radica numa separação fundamental entre o sujeito e o objeto, entre o “eu” e a “natureza”, a partir da qual se crê que esta última pode ser descrita objetivamente e imparcialmente, independentemente do observador humano (Santos B. S., 1996; Wilber, 2007; Capra, 2009). A busca de um fundamento absoluto do conhecimento sobre a natureza, isento de qualquer subjetividade, torna-se, pois, com a revolução cartesiana-newtoniana, o fim último de toda a ciência moderna (Santos B. S., 1996; Wilber, 2007; Capra, 2009). Como sublinha Boaventura de S. Santos (1996):

O determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido menos pela capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de o dominar e transformar. (p. 17)

O determinismo mecanicista vem assim acentuar dramaticamente a concepção instrumental que Bacon atribuíra à natureza. Até à Idade Média, como sublinha Carolyn Merchant (1980, p. 3), prevalecia a visão do mundo como “organismo vivo” e “mãe nutriente”⁶, que servia de restrição cultural à ação humana, incentivando um sistema de valores que conduzia naturalmente a comportamentos éticos e ecológicos. A introdução de uma visão mecanicista da natureza, ratificada pela própria ciência, vem reforçar a concepção pragmática e utilitária que Bacon projetara sobre a mesma (Capra, 1982, p. 47; Santos B. S., 1986, p. 17; Merchant, 2006, p. 530), legitimando a visão do ser humano como entidade distante, separada e superior, detentor de uma forma de conhecimento capaz de a dominar e

⁶ Há que sublinhar que esta concepção não se perdeu totalmente, permanecendo, nos dias de hoje, como uma cosmovisão estruturante de (resistentes) povos indígenas, espalhados por vários lugares do mundo. Em contracorrente à cultura moderna ocidental, esses povos continuam a reconhecer a Terra como um “organismo vivo”, chamando-a de “Mãe Terra”, “Gaia”, “Pachamama”, entre tantos outros nomes que evocam a sua essência provedora de acolhimento e cuidado. Vários/as autores/as indígenas, como é o caso de Ailton Krenak (2020) e David Kopenawa (2015), têm vindo, precisamente, a refletir (e, sobretudo, alertar) sobre como a ideia moderna de separação entre seres humanos e natureza se constitui como a maior fonte de destruição e sofrimento da nossa era.

transformar continuamente, tanto quanto lhe ditam seus anseios. No entanto, paradoxalmente, o próprio corpo humano torna-se vulnerável à visão utilitarista e instrumental que recai sobre a natureza, na medida em que também ele é incluso nessa concepção mecanicista da matéria. Descartes, na tentativa da construção de uma ciência natural globalizante, fez depender das leis mecânicas a compreensão de todos os organismos vivos existentes no planeta. Neste sentido, plantas e animais passam a ser entendidos como simples máquinas (Capra, 1982, p. 47), residindo a singularidade e superioridade humana na posse de alma, conectada ao corpo pela glândula pineal, localizada no centro do cérebro (Capra, 1982, p. 47). De resto, de acordo com o pensamento cartesiano, o corpo humano funciona como qualquer outro organismo vivo, indistinguível de qualquer “animal-máquina” (Capra, 1982, p. 47), concepção que marca fortemente o pensamento moderno, estendendo-se aos dias de hoje sob o entendimento ontológico do corpo-objeto, passível de incessante intervenção biotecnológica, não raras vezes levada para lá dos limites da bioética e do imaginável (Crawford, 1980; Haraway, 2000; Fukuyama, 2002; Habermas, 2006).

À materialidade mecânica do corpo – pertencente ao reino da *res extensa* –, Descartes opõe, com efeito, a mente humana – pertencente ao reino da *res cogitans* –, tratando-a como fazendo parte de um domínio superior e muito distante, lugar da razão e da verdade. Esta divisão constituir-se-á como base filosófica da ciência moderna, conduzindo-a a uma formulação extrema do dualismo espírito-matéria (Capra, 1982; Scheper & Lock, 1987; Santos B. S., 1996; Wilber, 2004). O poder da perspectiva dualista na forma como o ser humano se passa a perceber a si mesmo, a perceber o mundo e a relação com esse mesmo mundo é, de facto, fortíssimo, ao ponto de ainda hoje permear e influenciar os sistemas culturais das sociedades modernas ocidentais (Capra, 1982, 2009). Desde logo, uma percepção de dualidade e separação é introduzida na relação com todo o mundo material. A divisão entre matéria e mente leva a que se passe a encarar a matéria como morta e completamente separada dos seres humanos (Capra, 2009, p. 30), reforçando a ideia utilitarista e instrumental sobre a natureza. Por outro lado, a dualidade espírito-matéria introduz uma cisão na forma como o ser humano se passa a conceber a si próprio e a entender a relação com os outros seres humanos. Com a famosa preposição “cogito ergo sum” – “penso, logo existo” –, Descartes faz equivaler a identidade do ser humano à mente, desvinculando-a do organismo como um todo (Scheper & Lock, 1987; Damásio, 1995; Capra, 2009). Em decorrência, os seres humanos tendem a conceber-se como egos isolados (Capra, 2009; Wilber, 2004), existindo em corpos mecânicos, fragmentados, separados das suas mentes (Damásio, 1995; Capra, 2009, p. 30).

É alicerçando-se nestas bases da revolução científica moderna – bases mecanicista, determinista e dualista – que a medicina do chamado mundo ocidental se redefine, apartando-se das suas diretrizes-berço hipocráticas. Progressivamente, a visão naturalista e totalizante do ser humano dá lugar a uma visão reducionista, fragmentadora e antinaturalista, fazendo entrar em declínio a abordagem médica de caráter holístico que prevalecera até à era renascentista (Saks, 1997). Muito embora esta mudança se comece a operar a um nível ideológico e filosófico logo nos finais do século XVI, é entre os finais do século XVIII e os primeiros anos do século XIX que ela se começa a traduzir em efetivas alterações na saúde e na doença, à escala das sociedades humanas (Canguilhem, 1977, pp. 52-53). Esse momento coincide com a altura em que a medicina, sob o impulso da análise patológica de Bichat (1771-1802), deixa de ser contemplativa e baseada em classificações naturalistas para se transformar numa medicina positivista, anatomoclínica, desafeiçoada de epistemologias sustentadas em invisibilidades ou em princípios metafísicos (Canguilhem, 1977; Foucault, 1977b; Hahn & Kleinman, 1983). A emergente medicina científica transporta, pois, um novo olhar sobre o ser humano – um olhar biomédico –, firmado na “predominância do concreto” (Hahn & Kleinman, 1983, p. 312). Ecoando a cisão cartesiana matéria-espírito, na qual radica, a nova racionalidade médica define-se pela primazia da materialidade objetivável do corpo-máquina, relegando para uma espécie de exílio o domínio insondável da mente e da subjetividade humana (Capra, 1981; Hahn & Kleinman, 1983; Scheper & Lock, 1987; Guedes *et al.*, 2006). Apenas o que é material, mensurável e objetivável passa, com efeito, a servir os propósitos desta nova racionalidade, entretanto acometida do projeto de situar todo o seu saber e prática no interior do modelo das ciências naturais (Guedes *et al.*, 2006, p. 1095).

Respondendo eficazmente aos intentos de objetivação, a conceção mecanicista do corpo humano torna-se, então, dominante no seio da emergente biomedicina, subsistindo, ainda que não assumidamente, como seu sólido alicerce até aos nossos dias (Capra, 1982; Turner, 1996, pp. 205-206; Camargo Jr., 2005, p. 186; Luz, 2014). Fundamentada na ideia da ciência moderna de que “o conhecimento é tanto mais rigoroso quanto mais restrito é o objeto sobre que incide” (Santos B. S., 1996, p. 56), a racionalidade biomédica identifica na conceção reducionista do corpo-máquina a possibilidade de atomização e disciplinarização do saber, indispensáveis à sua chancela científica. O corpo é assim encarado como uma máquina constituída por peças isoladas, divisíveis em fragmentos cada vez menores, a doença como uma avaria ou mau funcionamento nessa mesma máquina e o médico como o técnico cuja tarefa é a de intervir, física ou quimicamente, para consertar “o defeito no

funcionamento de um específico mecanismo enguiçado” (Capra, 1982, p. 103). Como resultado, dá-se a hiperespecialização do olhar médico e o espartilhar do corpo humano por múltiplos especialistas, no âmbito de um processo que se complexifica à medida que os hospitais se transformam nos espaços por excelência da construção e reprodução da racionalidade médica científica e de regulação e vigilância da saúde das forças humanas produtivas (Canguilhem, 2005; Foucault 1977b).

É sem adversidades que a biomedicina empreende este seu desígnio de transformação do corpo em objeto, porquanto, como se viu, é a própria racionalidade científica moderna – ancorada no legado baconiano/cartesiano – a sustentar a ideia de que o corpo, ao integrar o território da natureza, se situa num lugar de exterioridade e inferioridade (Santos, Meneses & Nunes, 2004, p. 25), logo, de um lugar que naturalmente legitima a sua domesticação (Foucault, 2007, p. 17). O corpo feito objeto torna-se, pois, o foco da visão biomédica, fazendo prevalecer um olhar materialista, atomizador e desintegrador sobre o ser humano, que o desvincula da representação médica ancestral de totalidade e indivisibilidade. Ao fazer incidir o seu foco no corpo-objeto, a biomedicina institucionaliza-se como ciência das doenças (Hahn & Kleinman, 1983; Camargo Jr., 2005; Canguilhem, 2005; Luz, 2014), movimento que ocorre a par de uma ressignificação do próprio conceito de doença. De fenómeno natural e vital, sinal de desarmonia do organismo na sua totalidade, a doença passa a ser vista como “coisa” (Laplantine, 1991, p. 54; Camargo Jr., 2005, p. 186), “de existência concreta, fixa e imutável” (Camargo Jr., 2005, p. 186), expressão de anormalidade, identificável mediante lesões localizadas em ínfimas partes do corpo (Capra, 1982, p. 132; Camargo Jr., 2005; Canguilhem, 2005). Neste sentido, a doença torna-se o grande referencial da biomedicina, traduzido na supra importância de um diagnóstico, passível de se realizar mediante a identificação de um conjunto de sintomas que expressam a existência de lesões, as quais, por sua vez, devem ser procuradas “no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta”, que respeita, em geral, a “terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas” (Camargo Jr., 2005, p. 186).

Ao estabelecer-se como uma medicina tecnicista, focada nas doenças, a biomedicina distancia-se do sujeito (a quem, significativamente, chama “doente”), desfiliando-se, simultaneamente, dos antigos conceitos de “arte de curar” e “arte de cuidar”, por milénios integrados ao conhecimento do adoecimento humano (Capra, 1982; Canguilhem, 2005; Luz, 2014). A redução do ser humano a um conjunto de órgãos, fluidos, tecidos, células e moléculas – e a genes, nos tempos mais recentes – tem favorecido a sua objetificação científica, no mesmo passo em que tem vindo a torná-lo “inatingível enquanto

totalidade que sofre, deseja, sente e age” (Luz, 2014, p. 362). Deste modo, na mesma medida em que tem vindo a aprofundar o diálogo com o corpo, a biomedicina tem vindo a comprimir o diálogo com o sujeito (Cruz, 2011, p. 1334), num processo de desqualificação da dimensão subjetiva, fenomenológica e experiencial do adoecimento (Guedes *et al.*, 2006).

Uma cisão entre doença e sujeito sustenta, pois, toda a prática médica, levando ao descaramento do sofrimento subjetivo e de todo o conjunto de explicações e representações espontaneamente enunciadas pelo sujeito da doença, que assim se vê reduzido à patologia e ao estatuto de mero objeto a escrutinar por meio de inquéritos e de procedimentos padronizados e exaustivamente experienciados em sede de laboratório (Canguilhem: 2005, p. 24). A prevalência de um olhar distante sobre a pessoa leva, portanto, a que a relação terapêutica estabelecida pelo sistema biomédico se afaste dos ideais de proximidade e conhecimento humano integral, ancestralmente desenvolvidos por sistemas médicos localizados um pouco por todo o planeta (Leslie, 1976; Scheper-Hughes & Lock, 1987; Laplantine, 1991; Bivins, 1997; Porter, 1997; Krippner, 2007), consubstanciando este facto, aliás, como nota Laplantine (1991), um dos elementos mais diferenciadores de ambos os tipos de sistemas; sistema biomédico e sistemas médicos tradicionais:

Sem falar do papel do contato e da proximidade física de quem [...] cura em um quadro familiar [...], do caráter abrangente da percepção da doença [...] e da terapia, [o que caracteriza as medicinas populares] é, sobretudo, a imbricação estreita da questão do *como* etiológico-terapêutico e de uma interrogação sobre o *porquê* associado à subjetividade do doente. Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social [em contraponto ao racionalismo científico] não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. (p. 219)

É, com efeito, na qualidade da relação terapêutica que encontramos uma das grandes fragilidades da biomedicina, bem como um dos grandes ecos da sua cisão com a “antiga arte de curar” (Luz, 2014). Não por acaso, uma das primeiras grandes críticas ao modelo biomédico, com grande repercussão internacional – ocorrida no início dos anos 50 do século XX, pela voz de Michael Balint (1998) –, chamou a atenção para a crescente desumanização na relação “médico-paciente”, alertando para a necessidade de se resgatar o foco na pessoa (versus doença) e nos aspetos psicológicos e sociais que medeiam o seu processo de adoecimento. Volvidas várias décadas desde essa crítica, a problemática da humanização da relação terapêutica não apenas se mantém, como se mostra ainda mais pungente em virtude da acentuação do tecnicismo biomédico, decorrente dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da “Medicina Baseada na Evidência” (Pelizzoli, 2011;

Raposo, 2014). Para além das implicações ao nível das relações humanas propriamente ditas, o foco biomédico na doença e a desconsideração pela integralidade humana têm vindo a constituir-se como fatores geradores de implicações negativas no próprio estado de saúde das pessoas, seja pela incapacidade de resposta às verdadeiras causas das doenças (traduzida na ineficácia ou eficácia temporária de algumas intervenções), seja pela produção de efeitos colaterais indesejados, desequilibrantes do organismo como um todo (Tesser, 2007; Pelizzoli, 2011; Luz, 2014). Espartilhados pelos saberes técnicos de múltiplas especialidades, os sintomas e queixas relatados pelas pessoas tendem a ser tratados de forma compartimentada, à luz de uma nosologia predefinida e estandardizada, destituída de preocupações com “variabilidades singulares, reações individuais, idiosincrasias orgânicas, contextos psicossociais etc.” (Tesser, 2007, p. 472). O alheamento à singularidade e integralidade humanas não apenas qualifica o olhar técnico do/a profissional biomédico, como se estende ao universo dos procedimentos de intervenção – e.g., prescrição farmacológica, exames de diagnóstico e intervenções cirúrgicas –, conduzindo, não raras vezes, a sérias questões de iatrogenia⁷.

Na biomedicina, a experiência do sujeito tende a ser tida em conta tão somente na qualidade de matéria-prima, a partir da qual – e após uma ressignificação laborada num quadro de interpretação específico – se fabrica o diagnóstico da doença. Trata-se, no fundo, de um interesse distanciado ou, como designa Fox (1979 *apud* Hahn & Kleinman, 1983, p. 316), de uma “preocupação desapegada”⁸, adstrita aos corpos doentes e aos sinais (significativos) que estes lhe transmitem. No cerne da preocupação da biomedicina não habita, portanto, “o bem-estar geral, nem as pessoas individuais, nem simplesmente os seus corpos”, mas apenas “os seus corpos doentes” (Hahn & Kleinman, 1983, p. 312). Deste modo, no âmbito da prática clínica, a vinculação da biomedicina aos aspetos objetivos da doença tem vindo a refletir-se numa “tensão estruturante” entre o “saber e o sentir”⁹, entre o

⁷ A iatrogenia constitui-se, de facto, como uma das questões mais delicadas do modelo biomédico, frequentemente reconhecida como uma das principais razões da atual insatisfação com o modelo, que mais tem contribuído para o crescimento da procura de outros sistemas terapêuticos (Luz & Tesser, 2008; Luz, 2014; Pegado, 2017). Esta não é, todavia, uma questão recente. Em finais da década de 70, I. Illich (1977) já havia chamado a atenção para esta problemática, defendendo que as terapêuticas biomédicas (sobretudo as de natureza farmacológica), em virtude dos seus inúmeros efeitos colaterais, estavam, elas próprias, a produzir doenças. Designando esse processo como “iatrogenia clínica”, Illich (1977) protagonizou uma das críticas mais precoces à biomedicina, tomando uma posição que, ao invés de contrariada, tem vindo, no decorrer dos anos, a ser reforçada por evidências epidemiológicas incontrovertidas, que apontam a prescrição farmacológica como causa frequente de doenças e até de mortes (Lock & Nguyen, 2010, p. 70).

⁸ Tradução minha. Termo original: “detached concern”.

⁹ A cisão estabelecida pelo modelo biomédico entre a objetividade e a subjetividade da doença, ou seja, entre o “saber” e o “sentir”, veio, inclusivamente, incentivar uma diferenciação semântica ao nível da língua inglesa, com a utilização de dois termos distintos para a designação de doença: *disease e illness*. Assim, enquanto o

“aspecto científico” e o “aspecto humano” (Bonet, 1999), traduzindo-se, em última análise, naquilo que Byron Good e Mary-Jo Good (1989 *apud* Bonet, 1999, p. 142) designam por tensão estruturante entre as noções de competência e as noções de cuidado: as primeiras associadas à linguagem científica, aos conhecimentos e habilidades médicas; as segundas associadas às atitudes de compaixão, de empatia e a todas as questões conhecidas por “aspectos pessoais da medicina” (p. 142).

Resultado da pesada herança cartesiana, a dualidade e distância entre o modo como profissionais olham a doença e o modo como sujeitos sentem e sofrem essa mesma doença corresponde, na verdade, a uma tradução dos efeitos disfuncionais da dicotomia corpo/mente no exercício da biomedicina (Scheper & Lock, 1987). Durante a primeira metade do século XX, um crescente reconhecimento dos impactos negativos desta cisão – refletidos, sobretudo, na desumanização da relação “médico-doente” (Balint, 1998; Guedes *et al.*, 2006, p. 1094) e na incapacidade de se considerar os fatores psíquicos como elementos fundamentais na construção das doenças somáticas (Scheper & Lock, 1987; Guedes, 2003, p. 163) – incentiva a criação da chamada “medicina psicossomática”, uma disciplina manifestamente interessada em resgatar a humanização da prática terapêutica e em construir um novo modelo explicativo da gênese da doença mediante a reunificação corpo/mente (Scheper & Lock, 1987, p. 9; Camargo Jr. *et al.*, 1998; Guedes, 2003; Guedes *et al.* 2006, p. 1094). Todavia, não obstante o seu caráter revolucionário e pujança inicial, este movimento não conseguiu robustecer-se ao longo do seu percurso, chegando aos dias de hoje com “pouco ou nenhum papel de destaque na prática médica” (Guedes *et al.* 2006, p. 1095). Neste sentido, o modelo biomédico mantém a tendência de categorizar e tratar as aflições humanas com base na ideia de que a sua origem reside ou em causas totalmente orgânicas ou em causas totalmente psicológicas – “está no corpo ou está na mente” (Scheper & Lock, 1987, p. 9) –, fazendo recair, sem surpresa, o pêndulo da dualidade para a dimensão corpórea.

Com efeito, dada a sua orientação arraigadamente organicista e materialista, a biomedicina tem produzido e reproduzido a ideia de que os mecanismos biológicos representam a base e a essência da vida (Capra, 1982, p. 123), numa suspensão da ideia ancestral do igual valor da mente, do espírito e de outras dimensões extrabiológicas na

termo *disease* designa a interpretação biomédica das alterações ou disfunções de ordem fisiológica ou biológica, independentemente do reconhecimento ou percepção do indivíduo; o termo *illness* designa a experiência e a percepção subjetiva da doença, incorporando os processos de significação pessoais, sociais e culturais (Hahn & Kleinman, 1983; Turner, 1996). Em um desencontro que vai muito além de uma mera questão semântica, diga-se assim, profissionais biomédicos diagnosticam e tratam *disease*, enquanto os sujeitos experienciam e sofrem *illness* (Kleinman *et al.*, 2006, pp. 140-141).

conceção de saúde humana (Capra, 1982; Scheper & Lock, 1987; Laplantine, 1991; Achterberg, 1996; Krippner, 2007). Em resultado desse reducionismo biologista, os eventos mentais têm sido secundarizados, entendidos e tratados como fenómenos dignos de pouco interesse e de menor atenção clínica (Capra, 1982, p. 123), o que, historicamente, se tem refletido num remetimento do sofrimento mental e de tudo aquilo que se designa por doenças do foro psíquico para um lugar de subalternidade. Imensuráveis e de difícil compreensão à luz da racionalidade anatomopatológica, adstrita às causas orgânicas das doenças (Capra, 1982; Camargo Jr., 2005; Canguilhem, 2005), as manifestações mentais espelham, mais do que quaisquer outros sintomas, a relação distante e paradoxal que a biomedicina estabelece entre o “sofrer” e o “saber”, entre a subjetividade da enfermidade e a objetividade da patologia (Camargo Jr., 1992; Guedes *et al.*, 2006). A relação privilegiada da biomedicina é com a doença concreta, tecnicamente observável e palpável. O sofrimento psicológico como que representa um enorme “ruído” para uma medicina que não se habituou à conexão com os níveis subjetivos, imateriais e simbólicos dos processos de adoecimento (Scheper & Lock, 1987; Camargo Jr., 1992; Guedes *et al.*, 2006) ou, em última análise, para uma medicina descomprometida com a dimensão da alma ou do espírito; dimensão incorporada, por milénios, em sistemas médicos tradicionais de todo o planeta (Capra, 1982; Laplantine, 1991; Levin, 2008; Porter, 1997).

A dificuldade do modelo biomédico em se relacionar com as manifestações extrabiológicas da doença tem-se traduzido, de facto, numa forma muito problemática, ambivalente e ineficaz de se lidar com o sofrimento mental. Obedecendo à imperiosa necessidade de hiperespecialização, as designadas doenças do foro mental têm sido remetidas para uma disciplina biomédica específica, a psiquiatria, a qual desde o início se viu diminuída relativamente a outras especialidades biomédicas (Capra, 1982, p. 123), como se tratando de uma área menos nobre, situada na “periferia do aparato médico” (Camargo Jr., 1992, p. 213). Ora, em virtude da sua ambígua e frágil posição no seio de um sistema médico marcadamente biologista, tecnicista e medicalizante (Fanu, 2002), a psiquiatria moderna sempre se sentiu impelida a trilhar um caminho de aproximação ao seu modelo mãe. Assim, num percurso que apenas foi interrompido por breves e efémeros desvios – como a passagem pelas teorias psicanalíticas e psicodinâmicas (no início do século XX) e pelos movimentos da antipsiquiatria, psiquiatria democrática, social e comunitária (décadas de 1960 e 1970) –, a disciplina psiquiátrica (ou, melhor dizendo, biopsiquiátrica) chega aos nossos dias revestida do mesmo carácter organicista/reducionista que se descobre nas demais especialidades biomédicas.

3.1. Reduccionismo biomédico e sofrimento mental

Tendo nascido como uma disciplina biopolítica, com funções administrativas e corretivas, ao serviço do Estado¹⁰ (Foucault, 2005b), a psiquiatria desde cedo ambicionou a integração plena ao modelo biomédico, o que a levou a afastar-se da conceção de “tratamento moral” (fundada por Pinel) e a procurar as supostas causas orgânicas da chamada “loucura”. Um primeiro marco no prosseguimento dessa pretensão ocorreu quando, no decurso da segunda metade do século XIX, ela começou a desenvolver-se na linha “organicista” (ou “biológica”), defendendo a ideia de “loucura” como “doença mental” de origem orgânico-cerebral. Neste contexto, uma das personagens que mais se destacou foi Bénédict Morel (1809-1873), médico psiquiatra que criou a teoria da degenerescência psíquica. Tendo como grande objetivo a associação direta de sintomas de sofrimento mental a lesões no cérebro, a corrente organicista adentrou o século XX com grande vigor, chegando mesmo, pela mão de Emil Kraepelin (1875-1961), a uma classificação descritiva e nosográfica das doenças mentais, baseada no modelo positivista (Alves F., 2011, p. 35). Com o desenvolvimento desse sistema diagnóstico, Kraepelin deu um passo decisivo na construção do modelo científico na psiquiatria, levando a que esta se tornasse definitivamente uma das especialidades da biomedicina.

No decorrer do século XX, a psiquiatria biológica verá a sua grande conquista em risco de se perder em decorrência da entrada em cena de uma nova corrente de pensamento: a corrente psicodinâmica, inspirada na psicanálise nascente de Freud (1856-1939). Esta corrente – desenvolvida não apenas por Freud, mas também por Alfred Adler (1870-1937), Carl-Gustav Jung (1875-1961), entre outros –, vem defender a importância de fatores psicológicos na abordagem do sofrimento psíquico, “passando as neuroses a constituir um dos grandes setores clínicos da psiquiatria” (Alves F., 2011, p. 35). Ao revelar que a “doença mental” não corresponde apenas a malformações genéticas ou orgânicas, mas também a “um estado de perturbações afetivas ligado à história do sujeito” (Alves F., 2011, p. 35), o movimento da psicanálise veio provocar um enfraquecimento da hegemonia das teorias organicistas, colocando a descoberto as suas fragilidades.

O modelo psicanalítico/psicodinâmico ocupou um lugar importante no panorama psiquiátrico até às décadas de 60 e 70 do século XX, tendo iniciado o seu declínio a partir dos anos de 1980, quando a psiquiatria biológica começou a investir as suas forças na

¹⁰ Sobre a história da psiquiatria, ver, p. ex., Castel (1978), Porter (2002) e Foucault (2005b). Sobre a história da psiquiatria no contexto específico português, ver p. ex., José Morgado Pereira (2015, 2020) e Tiago Pires Marques (2011, 2013).

reconquista da sua plena hegemonia. De facto, a primeira metade do século XX não lhe tinha sido favorável. Para além de ter sido colocada em causa pelas “explicações psicológicas” da visão psicanalítica, a corrente psiquiátrica biologista tinha também perdido a sua credibilidade científica aos olhos da própria sociedade em virtude do “bombardeio das contundentes críticas do movimento da antipsiquiatria¹¹ (Freitas & Amarante, 2017, p. 44) e também em decorrência do crescente repúdio social a teorias biológicas (como a da “degeneração psíquica”), tidas no pós-holocausto como imorais e perigosas pelos potenciais usos eugénicos (Aguiar, 2015, p. 233). A corrente biologista procurou, então, retomar a sua credibilidade e lugar de supremacia através do lançamento do DSM-III¹² (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders¹³), editado pela poderosíssima American Psychiatric Association (APA). Exercendo uma forte pressão dentro da APA, a corrente psiquiátrica biológica conseguiu assegurar a sua ascensão (e, conseqüentemente, a perda de hegemonia do movimento psicodinâmico) ao basear o DSM-III na visão sintomatológica/diagnóstica de Kraepelin. Na base dessa nova edição esteve a procura de um sistema de medição “fiável” (independente do contexto e história de vida do sujeito) que justificasse a classificação das doenças mentais mediante sintomas (Alves F., 2011; Aguiar, 2015).

¹¹ O movimento que ficou conhecido por “antipsiquiatria” nasceu nas décadas de 1960/1970 no contexto dos movimentos de contracultura, que questionavam contundentemente a ordem vigente e todo o tipo de violências e injustiças sociais. Num sentido muito lato, este movimento (internamente bastante heterogéneo) diz respeito à crítica e contestação à psiquiatria então vigente, ligada a uma forte medicalização e a um sistema asilar produtor de inúmeros tipos de violência, de exclusões sociais e de uma ideia de doença como fatalidade. Várias personalidades ficaram indelevelmente ligadas a este movimento (ainda que algumas não o tenham assumido de forma direta), de entre as quais se destacam: Michel Foucault (em França), Ronald Laing e David Cooper (em Inglaterra), Erving Goffman e Thomas Szasz (nos EUA) e Franco Basaglia (em Itália). De um modo muito genérico, podemos dizer que a crítica consistiu numa fortíssima denúncia aos abusos realizados pelas práticas psiquiátricas da época, tendo sido construída, muito em particular, uma crítica ao modelo asilar e à conceção de “doença mental”. Não apenas se defendeu a ideia de que a doença mental era agravada e cronicada através dos procedimentos utilizados no tratamento psiquiátrico tradicional, como também a ideia de que a mesma era, frequentemente, criada por esses mesmos procedimentos. Como assinala Fátima Alves (2011, p. 42), uma das grandes conquistas da antipsiquiatria foi a de mostrar como a “doença mental” é uma construção social e como a psiquiatria e as estruturas assistenciais veiculam e cumprem valores culturais e sociais. É de notar que muitas das críticas da “antipsiquiatria” são hoje encaradas por várias/os autoras/es – sobretudo da chamada “psiquiatria crítica”, como é o caso de Freitas e Amarante (2017) e Whitaker (2017) – como críticas que continuam atuais e pertinentes; bastante úteis para o questionamento do modelo (bio)psiquiátrico atualmente vigente.

¹² Antes deste lançamento já haviam sido publicados os DSM-I e DSM-II, todavia, dada a forte influência da psicanálise na classificação de muitas doenças, ambos haviam fracassado no seu intento de hegemonizar a psiquiatria biológica (Freitas & Amarante, 2017, p. 67).

¹³ O DSM é comumente tido como a “bíblia” da psiquiatria. O lançamento do DSM I ocorreu em 1952, com 106 categorias de diagnósticos. Desde então, foram realizadas várias revisões, com a multiplicação de categorias a cada novo lançamento. Tendo sido produzido pela Associação de Psiquiatria Americana, a sua influência é hoje incontestavelmente globalizada (Freitas & Amarante, 2017, p. 44), servindo como referência não apenas para psiquiatras, mas também para médicos/as de outras especialidades e de clínica geral, assim como para profissionais não médicos/as (p.e., psicólogos/as, serviço social, etc.).

Como sublinham Fátima Alves (2011, p. 61), Fernando Freitas e Paulo Amarante (2017, p. 44), ao contrário do que o senso comum acredita, as classificações que aparecem no DSM-III (e se desenvolvem nas suas sucessivas versões) não se devem a quaisquer avanços científicos ou ao desenvolvimento de novas teorias sobre a *psique* humana. Resultam, antes, de disputas políticas que dão conta de múltiplos interesses, de entre os quais se destacam os interesses corporativos da psiquiatria e da indústria farmacêutica, mas também de outros setores da sociedade, como seguradoras e até mesmo grupos organizados de pacientes psiquiátricos (mobilizados, p. ex., pela reivindicação do direito à participação de medicamentos) (Freitas & Amarante, 2017, p. 44). O DSM-III vem, portanto, garantir a hegemonia do paradigma biológico e, concomitantemente, do paradigma do tratamento psicofarmacológico. Conforme assinala Aguiar (2015), desde então, ambos os paradigmas caminham de mãos dadas, sendo que essa associação se torna bastante evidente “com a publicação do DSM-IV, quando a inclusão de novos diagnósticos ocorre de maneira paralela à produção de novos medicamentos” (p. 249).

Ao fazer valer como dominante a abordagem organicista, a psiquiatria operou uma transferência de conceitos e métodos tidos como úteis no tratamento das designadas doenças do foro físico para o campo do foro mental, passando a conferir uma enorme centralidade ao diagnóstico e ao psicofármaco. Com efeito, as experiências de sofrimento mental passaram a ser categorizadas em função de *check lists* de sintomas (independentemente das suas causas) e as substâncias químicas farmacológicas (pela sua ação direta no cérebro) passaram a representar o método terapêutico por excelência (Alves F., 2011, p. 59; Zózimo, 2015; Freitas & Amarante, 2017), retirando protagonismo às terapias intrapsíquicas que intentavam sondar as causas mais profundas das experiências de sofrimento (Alves F., 2011, p. 59). Ao mesmo tempo que se passou a conferir primazia às substâncias químicas, retirou-se importância às características pessoais do/a terapeuta e à relação deste/a com a pessoa “doente”. Como refere Fátima Alves (2011), “o psiquiatra que utiliza os medicamentos para mudar a neuroquímica do cérebro precisa apenas de saber que sintomas o cliente tem e não os seus significados, nem a forma como o próprio os encara, os explica ou lida com eles” (p. 60).

Durante a segunda metade do século XX e dealbar do novo milénio, a psiquiatria biológica/psicofarmacológica não parou de aprofundar o seu poder, impondo-o como “natural” e “inevitável”. A cada nova versão do DSM, a poderosa APA tem vindo a multiplicar as categorias de diagnósticos, estendendo o processo de

patologização/psiquiatrização a uma gigantesca gama de experiências humanas¹⁴ que antes eram tidas como manifestações “naturais” diante dos desafios da vida (Zózimo, 2015; Freitas & Amarante, p. 2017; Cacciatore & Frances, 2022). Na base dessa ampliação indefinida está uma suposta lógica “preventiva”, pronta a “identificar comportamentos de risco cada vez mais subtis (Caponi, 2012: 117), bem como uma lógica baseada na “necessidade de intervir e medicar os desvios, isto é, [n]a instalação da estratégia biopolítica identificada por Foucault [(2005a)] como dispositivo “risco-segurança” (Caponi, 2012: 116). Uma lógica que se articula intimamente com os interesses regulatórios e disciplinadores das sociedades capitalistas neoliberais e com os interesses financeiros das grandes indústrias farmacêuticas (Moysés, 2001; Moynihan & Cassels, 2005; Angell, 2010; Freitas & Amarante, 2017; Whitaker, 2017; Maté, 2022a).

O modo como a (bio)psiquiatria, aliada à indústria farmacêutica, se apropriou hegemonicamente do campo da saúde mental configura, na nossa atualidade, uma das maiores expressões (senão mesmo a maior) do fenómeno da “medicalização da vida”; um fenómeno que, desde as reflexões inaugurais dos anos 60 e 70 do século XX (e.g., Szasz, 1970; Illich, 1975; Foucault, 1989; Zola, 1972; Cooper, 1973; Laing, 1973; Conrad, 2007)¹⁵, se intensificou e complexificou acerrimamente, levando alguns autores mais recentes à proposta de novos conceitos, como o de *biomedicalização* (Clarke *et al.*, 2003) e o de *farmacologização* (Bell & Figert, 2012). Para lá das respetivas nuances, todos esses conceitos – *medicalização*, *biomedicalização* e *farmacologização* – dão conta da crescente jurisdição da biomedicina sobre uma vasta gama de processos da vida, conducente a que um número cada vez maior de experiências e comportamentos sejam mediados pelas conceções biomédicas de saúde e doença e transformados em objeto de sua intervenção. Ora, Freitas e Amarante (2017), num livro intitulado “Medicalização em Psiquiatria”, descrevem, passo a passo, a construção desse fenómeno no campo da saúde mental, revelando, precisamente, como ele está longe de se constituir como um fenómeno “natural” ou fruto de uma suposta superioridade científica. Os autores mostram, com efeito, como a medicalização em psiquiatria tem vindo a ser construída por via de um processo de transformação de experiências consideradas perturbadoras (frequentemente, sob o ponto de vista de normas sociais que ditam o que é desejável e indesejável para o “bom funcionamento da sociedade”)

¹⁴ Uma dinâmica que, pelo atrelamento aos interesses das grandes indústrias farmacêuticas, tem vindo a ser designada por *disease mongering*, i.e., “tráfico ou mercantilização de doenças” (Tesser, 2017, p. 5).

¹⁵ Nem todas essas reflexões se reportaram explicitamente ao termo “medicalização”, como são os casos das reflexões de Cooper (1973), Laing (1973) e de Foucault (1984). No entanto, todas elas se referem ao fenómeno, evidenciando o crescente poder e controlo da medicina moderna sobre os processos da vida.

em objetos da saúde, “permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou política para os domínios da ordem médica e práticas afins” (Freitas & Amarante, 2017, p. 14).

Na linha de pensamento de Freitas e Amarante (2017), há que acentuar a íntima relação que se estabelece entre a psiquiatria organicista e os interesses do sistema capitalista neoliberal. Para que os pressupostos económicos deste sistema fluam livremente, ele precisa dissociar-se dos inúmeros tipos de desigualdades, injustiças e violências que produz e reproduz de forma contínua. Ora, para tal, a “disciplina social neoliberal deve anular [a] dimensão de revolta que se exprime no sofrimento psíquico” (Safatle, 2021, p. 31). Impõe-se, nesse sentido, que se proceda a uma despolitização dos sujeitos e a uma descontextualização das suas experiências de sofrimento, levando-os a acreditar que as razões do seu mal-estar nada têm a ver com o modelo de sociedade onde estão inseridos ou com as condições de opressão a que são submetidos, mas que derivam apenas de si próprios, de seus processos de individuação e, sobretudo, das suas disfunções neuroquímicas (cerebrais). Na prossecução da hegemonização dessa ideia de individualização do sofrimento mental¹⁶, fez-se necessário reconstruir o que podemos chamar de “gramática social do sofrimento” (Safatle, 2021, p. 31), o que se tornou possível mediante a articulação com a psiquiatria biológica; mais concretamente com a edição do DSM-III. Como refere Safatle (2021):

Não por acaso a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 é seguida por uma modificação brutal das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico”. Essa modificação consolida-se através do advento da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), no final dos anos 1970: manual de psiquiatria que representa uma rutura profunda com uma gramática social do sofrimento que, até então, dava paulatinamente espaço à consciência da dimensão conflitual dos processos de socialização próprios à sociedade capitalista. (p. 31)

A hegemonização da aceitação dos pressupostos neoliberais capitalistas acontece, pois, a par e passo com a hegemonização do modelo psiquiátrico reducionista, o qual, ao obscurecer a multicausalidade do sofrimento mental, leva a que este permaneça sob um vazio de respostas e sob um cenário de desvalorização de outro tipo de racionalidades e abordagens (para lá da farmacológica) – tanto abordagens terapêuticas dirigidas à própria pessoa (a um nível micro) como abordagens que visem uma mobilização mais ampla (nível meso e macro) no sentido de transformações no contexto social e planetário onde a mesma se encontra

¹⁶ Relativamente ao contexto específico português, uma importante reflexão sobre o processo de individualização do sofrimento mental (refletido nas próprias políticas públicas de saúde) é realizada por Tiago Pires Marques no artigo “O fosso de políticas. A saúde mental global em um país semiperiférico (Portugal, 1998-2016)” (Marques, 2017).

inserida. Os efeitos dessa dupla hegemonia repercutem-se, enfim, num desincentivo à reflexão crítica sobre as causas sociais que estão na origem das experiências de sofrimento, o que, por sua vez, se reflete negativamente na “conceção de políticas e no desenho de intervenções” (Augusto, 2020, p. 476). Como assinalam Freitas e Amarante (2017), “o que a psiquiatria e suas práticas afins fazem é dar respostas simplificadoras aos comportamentos incômodos” (p. 32). Os autores consideram mesmo que se vivem tempos de uma “farmocracia” (Freitas & Amarante, 2017, p. 32); termo usado por Szasz (1979) na década de 70, ou seja, numa altura em que a farmacologização se mostrava bastante preambular quando em comparação com os nossos dias.

CAPÍTULO 2

DAS RAZÕES DO PRIVILÉGIO EPISTÊMICO DA BIOMEDICINA: DESCONSTRUINDO A METANARRATIVA¹⁷

Firmada sob a crença de representar um *metasaber*, uma verdade única, universal e globalizante, que abarca e explica toda a realidade, a biomedicina exhibe-se nas modernas sociedades ocidentais como uma *metanarrativa*¹⁸ (Lyotard, 2003). Provocando uma inevitável “distorção da construção do conhecimento histórico” (Gomes & Meneses, 2011, p. 1) – no caso, uma distorção sobre os modos de construção do saber médico –, tal aspiração hegemónica ressoa nos discursos do senso comum, traduzindo aquilo que podemos designar como um dos grandes ecos da sua gigantesca capacidade de afirmação regulatória. Com efeito, diariamente, de forma inconsciente e automática, todas/os nós – incluindo cientistas sociais – a veiculamos simplesmente como “a medicina”, reservando as especificações terminológicas para as práticas terapêuticas ou sistemas de cura que não são tidos como reais ou legítimos (Hahn & Kleinman, 1983, p. 312), como é o caso, entre outras, da medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica, medicina antroposófica ou homeopatia. De onde brota, afinal, este poder simbólico da biomedicina? A partir de onde se produziu, a seu respeito, tal ideia de hegemonia, capaz de eclipsar todos os outros saberes terapêuticos – muitos deles milenares e, portanto, muito mais antigos –, obliterando-lhes o estatuto de verdadeiras medicinas? Que força(s) move(m) este modelo ao ponto de conseguir manter o seu poder hegemónico praticamente intacto, não obstante os inequívocos sinais das suas limitações e crescentes manifestações (individuais e sociais) de insatisfação com os seus resultados?

Desconstruir o pretensível privilégio epistémico da biomedicina passa por a inscrever no seu complexo quadro de produção histórica, entendendo-a como um sistema terapêutico entre muitos outros, construído num contexto social e cultural determinado e, portanto,

¹⁷ A redação deste capítulo tem por base um artigo (Nogueira, 2018) que publiquei na *Revista Saúde e Sociedade* (v.27, n.4, pp.1019-1032), em 2018. O presente capítulo não corresponde integralmente ao artigo, uma vez que foram realizadas algumas alterações, tanto ao nível da supressão de algumas partes como ao nível da própria construção do texto.

¹⁸ Jean-François Lyotard (2003) utiliza o termo “metanarrativa” para designar toda a forma discursiva de saber – uma narrativa – que, num determinado momento histórico, tem a capacidade de agregar um nível superior de consenso em relação a uma multiplicidade de jogos de linguagem, passando, desde modo, a representar um discurso superior de legitimação – uma grande narrativa –, ao qual são atribuídos poderes diversos, designadamente o poder de descrever e prescrever a realidade humana com base numa ideia de progresso.

fundado sobre um conjunto específico de valores, premissas, crenças e problemáticas¹⁹ (Leslie, 1976; Hahn & Kleinman, 1983; Morin, 2005; Lock & Nguyen, 2010). É neste sentido que, no âmbito do presente capítulo, a biomedicina é objeto de uma compreensão sociológica a partir do contexto histórico da modernidade ocidental. A desconstrução que aqui se propõe ocorre mediante quatro pontos, que correspondem àquilo que aqui se entende serem os principais pilares de construção do poder hegemónico da biomedicina. O primeiro ponto dedica-se à compreensão do suposto privilégio epistémico da biomedicina pela sua “ligação umbilical” à ciência moderna e à sua trajetória de colonização. O segundo ponto dedica-se ao modo como a biomedicina foi ao encontro dos ideais modernos e se estabeleceu como poder normativo. O terceiro ponto questiona o reconhecimento público da (suposta) maior eficácia do modelo biomédico, granjeado a partir de meados do século XIX, relativizando-o no quadro da sua compatibilidade com os novos imperativos capitalistas. Finalmente, o quarto ponto dedica-se à importância da constituição de um forte movimento profissional biomédico e às suas estratégias de fechamento com vista à monopolização dos cuidados oficiais de saúde.

1. A ligação umbilical à ciência moderna e à sua trajetória de colonização

O gigantesco capital simbólico granjeado pela biomedicina, que a legitimou e naturalizou no espaço público como “a medicina”, melhor se compreende se atentarmos no seu contexto sociocultural de produção – a modernidade ocidental –, mais especificamente no culto exacerbado do cientificismo, que se constitui, por assim dizer, como a grande marca ideológica que perpassa todo o projeto da modernidade. De facto, não é sem motivo que a modernidade é também conhecida por *Era da razão* ou *Era da ciência*. Inaugurada, como atrás se viu, com a revolução científica cartesiana/newtoniana dos séculos XVI-XVII, a modernidade ocidental fez assentar o seu projeto de emancipação numa hipercientificização

¹⁹ Esta conceptualização da biomedicina como sistema sociocultural, resultante de um complexo processo de construção histórica, é algo relativamente recente no âmbito das ciências humanas e sociais. Os primeiros estudos sobre aquilo que hoje se designa por biomedicina foram realizados por sociólogos – de entre os quais se destacam Goffman, Merton, Parsons, e Strauss –, durante as décadas de 50 e 60 do século XX, sendo que tais estudos desconsideraram as bases culturais da biomedicina, preferindo dedicar-se a aspetos ligados à profissão (papéis sociais e socialização médica) e aos impactos da ideologia institucional (Gaines & Davis-Floyd, 2004, pp. 95-96). Só a partir da década de 70 é que os estudos sobre a biomedicina passaram, progressivamente, a perspetivá-la como construção sociocultural, historicamente situada. Tal aconteceu pela mão da antropologia quando esta se adentrou pela primeira vez no estudo de sistemas médicos não ocidentais. Cf., p. ex., Leslie (1976) e Kleinman (1980).

da realidade, ou seja, num monopólio da racionalidade cognitivo-instrumental da ciência (Santos B. S., 2000), de onde fez derivar todas as suas audaciosas promessas de abundância e prosperidade (Santos B. S., 2000; Morin, 2005). Alicerçada, como se viu no capítulo anterior, nos princípios materialistas, dualistas e deterministas de Descartes e de Newton, a ciência moderna teve a capacidade de se naturalizar como a única explicação possível do real, ao ponto de “não o podermos conceber senão nos termos por ela propostos” (Santos B. S., 2000, p. 79).

A afirmação da ciência como única forma de conhecimento válido tem origem não apenas em razões de ordem epistemológica – relacionadas com a sua ideologia positivista/objetivista –, mas também em razões de ordem económica, social e política (Foucault, 1989, 1999; Shiva, 2002; Mignolo, 2003; Morin, 2005; Santos B. S., 2000; Santos B. S., Meneses & Nunes, 2004). Com efeito, traduzindo-se facilmente em desenvolvimento técnico, a ciência moderna não tardou a associar-se ao capitalismo nascente, passando a representar o baluarte de um sem fim de potencialidades de prosperidade material e social, em rutura com tudo aquilo que se pretendia superar do passado. Desde então, e ao mesmo tempo em que foi capaz de transformar “os critérios de validade do conhecimento em critérios de cientificidade do conhecimento” (Santos B. S., Meneses & Nunes, 2004, p. 19), a ciência moderna “conquistou o privilégio de definir não só o que é ciência, mas, muito mais do que isso, o que é conhecimento válido” (*ibidem*). Paralelamente, a consolidação desta soberania epistémica inscreve-se num processo bem mais amplo e bem mais complexo, que se situa para lá das fronteiras históricas e culturais que o viram nascer. Apresentando-se-lhe a negatividade de outros saberes como um espelho refletor da sua tão almejada positividade, a ciência moderna empreende um verdadeiro projeto de asfixia da validade dessas “epistemologias outras” (Meneses, 2008, p. 6), expedindo-as para posições de subalternidade (Shiva, 2002; Mignolo, 2003; Santos B. S., Meneses & Nunes, 2004; Santos B. S., 2007); a partir de onde passam a ser declaradas como “não existentes, ou descritas como reminiscências do passado, condenadas a um esquecimento inevitável” (Meneses, 2008, p. 6). Cumpre-se esse projeto por via do acoplamento à expansão colonial – outro grande projeto da modernidade ocidental –, numa simbiose perfeita que serve aos audaciosos propósitos de ambos os empreendimentos, ciência e colonialismo.

De facto, conforme aponta a teoria crítica implicada com o pensamento pós-colonial, a deslegitimação dos saberes dos povos conquistados – os chamados povos do “Sul” – constituiu-se como uma das mais ardilosas estratégias de sucesso da constituição daquilo que Mignolo (2005) – numa adaptação da terminologia de Wallerstein (1974) –

designa por “sistema mundo/moderno colonial”. Ao reduzirem a imensa diversidade de saberes dos povos conquistados a meras manifestações de irracionalidade que necessariamente devem ser submetidas à única fonte de saber verdadeiro – o conhecimento científico –, os agentes colonizadores veem facilmente chanceladas as suas práticas de subordinação e “domesticação”, proclamando-as em nome de supostos “projetos ‘civilizadores’, libertadores ou emancipatórios» (Santos B. S., Meneses & Nunes, 2004, p. 23). E ao mesmo tempo que se expande à custa desse “propósito maior” – responsável pela perpetuação de um verdadeiro “epistemicídio” (Santos B. S., 2007, p. 29) –, o projeto imperialista robustece globalmente o poder hegemónico do conhecimento científico moderno, transformando-o num “regime de verdade” (Foucault, 1989).

O percurso da biomedicina inscreve-se e funde-se, portanto, nesse mesmo percurso socio-histórico da ciência moderna, porquanto é justamente no seio dessa racionalidade que ela nasce e se consolida tal como hoje a conhecemos, ou seja, como medicina científica moderna. É, portanto, na medida em que se encontra tão visceralmente vinculada à racionalidade científica moderna que a emergente biomedicina se consolida, ela própria, como “regime de verdade” (Foucault, 1989) ou “metanarrativa” (Lyotard, 2003), deslegitimando todos os outros saberes terapêuticos, tenham eles sido produzidos nas modernas sociedades ocidentais, nos países do oriente ou nos chamados países do sul.

Essa não é, todavia, uma transformação automática. Durante praticamente todo o século XVIII, conhecimentos e práticas terapêuticas de carácter não científico – designadamente a teoria humoral desenvolvida por Galeno e determinadas práticas da medicina tradicional chinesa – ocupam lugar em círculos médicos de muitas sociedades ocidentais, a tal ponto que a acupuntura chega mesmo, por esta altura, a ser praticada em hospitais públicos de França e de Inglaterra (Bivins, 1997). Um marco histórico se dá, todavia, em meados do século XVIII, encarreirando a emergente medicina moderna numa trajetória cientificista que vem minar, por completo, a sua possibilidade de aproximação a outros sistemas de cura ou a outras formas de conhecimento terapêutico. Trata-se da publicação, em 1761, da obra *De Sedibus et causis Morborum*, na qual Morgagni apresenta uma relação entre as lesões dos cadáveres e as manifestações das doenças. É a partir daqui, com efeito, que se inicia consistentemente aquilo que Foucault (1977b) designa por anatomoclínica, um processo que marca o início da medicina científica moderna.

É colossal a mudança de perspectiva que então se opera. A partir do momento em que se admite que os sintomas são manifestações de lesões, todo um novo campo epistemológico se descerra, incompatível com “explicações outras” que não sejam as que se

fundamentem em critérios de positividade, próprios da racionalidade científica moderna. Com a nova visão da anatomoclínica, estabelece-se uma ligação profunda entre a lesão e a doença que vem autorizar a redução de todo o processo de adoecimento a fatores biológicos. Com este reducionismo, já dado a conhecer no capítulo anterior, a medicina moderna soma novos créditos a favor do silenciamento de outros saberes. Subsumindo todo o processo de adoecimento à lesão, a nascente biomedicina “ganha poder absoluto sobre a doença, na medida em que nada do que ocorre escapa aos seus domínios” (Camargo Jr., 1992, p. 212).

2. O nascimento da clínica, a cumplicidade com os ideais modernos e a conquista do poder normativo

As conquistas anteriormente descritas só se tornaram possíveis graças a correlatas transformações no espaço hospitalar, espaço onde foram criadas as condições para a realização das observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas. De facto, a movimentação epistemológica que instaura uma nova racionalidade médica – a científica – acontece a par de profundas alterações nos papéis e modos de funcionamento da instituição hospitalar. É nessa reconfigurada instituição que a emergente biomedicina fermenta o poder hegemónico, que, entretanto, extravasa para a esfera social e política.

Segundo Foucault (1977b), a partir de finais do século XVIII, o hospital deixa de ser um local de “assistência aos pobres” para se transformar numa escola, num espaço privilegiado de exercitação científica²⁰, onde, “a verdade se ensina por si mesma” (p. 77). A “verdade” erigida pela racionalidade anatomoclínica torna-se um dispositivo primordial na

²⁰ A construção dessa íntima ligação entre a biomedicina nascente e a instituição hospitalar, ocorrida a partir de finais do século XVIII, verificou-se, igualmente, na especialidade psiquiátrica (e.g., Foucault, 2005b; Alves F., 2011; Pereira, 2015). Com efeito, no que concerne à história da apropriação da (então) chamada “loucura” pela biomedicina/psiquiatria, é de sublinhar como essa apropriação se iniciou numa sociedade altamente normativa, disciplinar e moralizante, fundamentada no princípio do encarceramento de pessoas indesejáveis, bem como na ideia médica (supostamente científica) de que isolar se constitui como condição fundamental para “melhor conhecer” e “melhor tratar” a pessoa “alienada” (“despossuída de razão”) (Foucault, 2005b). É também de sublinhar como essa apropriação se iniciou com uma visão reducionista e com uma objetificação do ser humano: os designados “alienados” tornaram-se objetos por excelência do “tratamento moral” e da investigação científica/psiquiátrica. O internamento e o espaço hospitalar (na altura, “asilar”) ficaram, desde logo, associados a valores tidos como nobres para a biomedicina: valor terapêutico (já que, supostamente, isolar permitiria “melhor tratar”) e valor científico (pela possibilidade de observação e estudo dos “alienados internados”, que, alegadamente, muito faria pelo desenvolvimento da psiquiatria). Esta enorme valorização do espaço hospitalar pela psiquiatria subsistirá praticamente até aos dias de hoje – o que acontece, designadamente, em Portugal, onde o modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental continua, em grande medida, hospitalocêntrico (Hespanha *et al.*, 2012).

configuração de modelos de suposta inteligibilidade humana, retroalimentando, assim, ainda mais, o privilégio epistémico face a outras racionalidades. O propósito maior da clínica deixa de residir na singela busca da cura dos sujeitos – na antiga “arte de curar” (Luz, 1997) – para residir na transformação de casos individuais em modelos descritivos e explicativos das doenças, a partir dos quais são construídos sistemas classificatórios. É assim que, na viragem do século XVIII para o século XIX, como descreve Foucault (1977b), se descobre uma prática médica não mais regida pela saúde, mas pela “norma” e sua incessante reprodução.

Justamente pela capacidade em prescrever a norma, a emergente biomedicina integra-se habilmente no complexo modelo de tecnologias disciplinares das modernas sociedades ocidentais (Foucault, 1977a, 1977b, 1989) – afiançando, desse modo, sem qualquer dificuldade, a hegemonia política e social face a outros saberes terapêuticos. Tal capacidade se deve, em grande medida, à estreita cumplicidade com a lógica capitalista moderna; lógica que permeia todo o projeto sociocultural da modernidade (Santos B. S., 2000, p. 156), com profundos impactos na forma como se passa a conceber a corporalidade humana. De facto, não é por acaso que o desenvolvimento inicial da biomedicina se dá nos países de maior desenvolvimento capitalista – Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos da América –, para depois, então, se difundir para os países mais periféricos (Menéndez, 2005).

Ao visar a máxima rentabilidade económica, a lógica de mercado capitalista faz com que o organismo humano passe a ser visto como uma espécie de prolongamento da maquinaria industrial, daí decorrendo, a respeito do mesmo, uma conceção instrumental e mecanicista que se acha em perfeita sintonia com a nova visão médica reducionista fortemente influenciada, como se viu anteriormente, pela conceção mecanicista cartesiana-newtoniana. Com o capitalismo emergente, o corpo é, então, transformado numa “realidade biopolítica”, na mesma medida em que a medicina científica moderna é convertida na sua estratégia primordial (Foucault, 1989, p. 82).

Sob a égide da racionalidade moderna ocidental, a biomedicina é, pois, autorizada a erigir uma nova metáfora sobre o corpo (e sobre a mente), sendo-lhe concedido o direito de patologizá-lo e restaurá-lo em nome de uma norma corporal (e mental) instituída. Estamos perante aquilo que Foucault (1999) designa por biopoder: um poder que age sobre os corpos, definindo-os como apropriados ou inapropriados, e cuja mais alta função não é matar, mas “investir a vida de cima a baixo” (p. 131). O biopoder, esclarece Foucault (*ibidem*), desenvolveu-se mediante a articulação dos fenómenos da vida com a autoridade política, tendo assumido duas formas principais, relacionadas entre si. A primeira tem início no século

XVII e diz respeito a uma “anatomopolítica do corpo-humano”, ou seja, um conjunto de procedimentos disciplinares que concebem o corpo como máquina, reclamando o seu adestramento, a ampliação das suas aptidões, a extorsão das suas forças e a sua docilidade – produção de “corpos dóceis” –, com vista à utilidade, aproveitamento económico e integração em sistemas de controlo (Foucault, 1980, pp. 171-172, 1999, p. 131). A segunda forma desenvolve-se a partir de meados do século XVIII e centra-se numa “biopolítica da população”, isto é, num conjunto de intervenções e controlos reguladores do “corpo-espécie” – a saúde, a natalidade, a longevidade, a mortalidade, etc. –, com base na ideia de que a “população” constitui uma questão económica e política e, portanto, que deve ser tomada como objeto de governação (Foucault, 1999, p. 131). O biopoder trata, em síntese, de distribuir os seres humanos em termos do seu valor e utilidade – qualificando-os, medindo-os, avaliando-os e hierarquizando-os –, operando através da norma (*ibidem*). A norma emerge, pois, neste contexto, como princípio orientador “que tanto pode aplicar-se a um corpo que se quer disciplinar como a uma população que se deseja regularizar” (Foucault, 2005a, p. 302), residindo na biomedicina o *locus* privilegiado da sua construção e emanação (Foucault, 1977b, 1989). De forma mais específica, é de notar que a psiquiatria, ao converter a chamada “loucura” em “doença” (seu objeto de observação, estudo e vigilância), passou, desde meados do século XVIII, a integrar o grande aparato do chamado “biopoder” (Foucault, 1999), tornando-se detentora do direito de definir o que é uma “mente normal” e o que é uma “mente patológica”. Autoproclamando-se como alicerçada no modelo científico, cedo se afirmou como disciplina neutra e exata, o que lhe afiançou esse “biopoder”, que, em última análise, lhe passou a conferir o direito de internar a pessoa “doente mental” num local próprio, a fim de a moralizar, “domesticar” e educar de acordo com os ideais morais da nova sociedade capitalista (Foucault, 1999). Sendo, à época, o método do isolamento considerado um método natural, inerente às necessidades terapêuticas, o paradigma do internamento iniciou aí o seu reinado (que se prolongará até perto dos nossos dias) com o aval da própria ciência (Alves D. & Guljor, 2006, p. 224).

Desde finais do século XVIII, princípios do século XIX, a emergente medicina científica deixa, portanto, de constituir apenas o *corpus* de técnicas de cura e do saber que elas requerem, para passar, igualmente, a envolver um conhecimento e uma definição do *ser humano modelo*, assumindo uma postura normativa que a legitima “a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive” (Foucault, 1977b, p. 39). A biomedicina – que pode, então, ser interpretada como tecnologia de poder centrada na vida (Foucault, 1999, p. 135) – introduz uma inteligibilidade sobre a corporalidade (e sobre a mente) que a

situa na bipolaridade do normal e patológico, do normal e anormal, do puro e impuro (Foucault, 1977b; Douglas, 1991; Canguilhem, 2009). Um ideal de saúde, perfeição e pureza corporal e mental passa a balizar o *modus operandi* das práticas biomédicas, servindo de roteiro à definição da necessidade de correção e restauro dos corpos e mentes marcados/as pelo signo do desvio, visando resgatá-los/as do universo da desordem. Isto mesmo sugere Canguilhem (2009) quando diz:

Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar. [...] Normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho. (p. 109)

Ao mesmo tempo que se instala a hegemonia da normalidade (científica e politicamente avalizada), instala-se a “função soteriológica” (função de “salvação”) da biomedicina (Good, 1994). Essa promessa salvífica revela-se tanto mais eficaz quanto vai ao encontro de uma nova narrativa da existência, a saber, a moderna ideologia individualista, cuja emergência se articula, intimamente, com o florescimento e desenvolvimento do sistema capitalista. Com base na aceitação de referenciais de normalidade e de padronização, o corpo transforma-se na sede da “soberania do ego” (Le Breton, 2002, p. 8), símbolo de produtividade, poder, independência e sucesso, submetido permanentemente à luz dos holofotes da sociedade. Indo para lá da dimensão estritamente individual, o caráter regulatório da biomedicina revela-se, em última análise, no modo como se globaliza enquanto “vocabulário social”, por via da imposição dos “seus modelos etiológicos, nosológicos, profiláticos e terapêuticos” (Cruz, 2007, p. 21). Restituindo a ordem ao corpo (e mente) individual, a biomedicina contribui para a tão desejada ordem do corpo social, passando a ser encarada, por parte dos poderes públicos, como um poderoso dispositivo de controlo e vigilância (Foucault, 1977b, p. 21). É com base nessa percepção que ela será, então, apropriada pelos Estados-Nação, passando a auferir, da sua parte, o “testemunho de validade e a proteção legal” (*ibidem*), que, derradeiramente, a fazem ser reconhecida como “a medicina”, a única verdadeiramente legítima e real (Hahn & Kleinman, 1983, p. 312).

3. A eficácia comparativa da biomedicina e sua articulação com o capitalismo

Articulando-se com o poder regulatório acima descrito, a institucionalização da biomedicina no espaço público como “medicina oficial”, a partir da segunda metade do século XIX, aparece obviamente ligada ao reconhecimento público da sua eficácia

terapêutica. Ainda que, em certa medida, tal reconhecimento se associe aos seus efetivos resultados terapêuticos, importa ir além dessa leitura imediatista, buscando as razões socio-históricas menos óbvias – e, por isso, menos visibilizadas –, desse mesmo reconhecimento público, que, paulatinamente, faz eclipsar o reconhecimento da eficácia de modalidades terapêuticas tradicionais ou não científicas (Bakx, 1991; Cant & Sharma, 1999).

Atente-se, nesse sentido, ao movimento de forte adesão dos setores operários ao modelo biomédico, a partir de finais do século XIX; movimento onde se joga uma estreita articulação entre as difíceis condições de vida e salubridade desses grupos, as suas necessidades de sobrevivência e os novos e intransigentes imperativos capitalistas de produtividade. Com efeito, dadas as condições laborais extremamente difíceis e precárias, os acidentes de trabalho eram, por essa altura, muito frequentes e muito graves, sendo que era justamente nesse campo que a biomedicina revelava maior eficácia, através dos seus novos elementos de suporte e diagnóstico, dos avanços nas técnicas cirúrgicas e da descoberta da anestesia e do desenvolvimento das condições assépticas (Menéndez, 2005, p. 27). Por outro lado, nesse mesmo período, eram igualmente os setores operários aqueles que mais sofriam as consequências negativas das doenças infecciosas, registadas, nesse final de século, como uma das principais causas de morte das populações urbanas. Iniciada a reversão desse quadro, eleva-se a percepção positiva desses grupos em redor da biomedicina, atribuindo-lhe o papel fundamental na redução dessas doenças – mesmo quando essa redução se devia a outros fatores²¹ – e passando a aderir, cada vez mais, às suas práticas terapêuticas (Capra, 1982; Menéndez, 2005).

Relacionada com o carácter regulatório da ideologia capitalista, a percepção positiva da eficácia da biomedicina por parte dos setores operários é bem um reflexo do carácter de urgência sentido por esses setores da sociedade na resolução das suas enfermidades. Adoecer traduzia-se em deixar de trabalhar e no enorme risco de ficar desempregada/o, comprometendo dramaticamente as condições de sobrevivência de toda a família. Retornar ao mercado de trabalho tornava-se, pois, urgente, implicando, necessariamente, uma restauração imediata do estado de saúde (Menéndez, 2005). Enformando novas representações sobre a saúde e a doença, a nova relação das classes operárias com o “tempo” é, pois, determinante na compreensão da racionalidade implícita no aumento da sua demanda pelo saber biomédico e conseqüente relativo menor recurso aos sistemas de cura e práticas

²¹ Veja-se o estudo de McKeown (1976 *apud* Capra, 1982, pp. 117-118), que veio mostrar, relativamente à realidade inglesa, que o declínio da mortalidade a partir da segunda metade do século XIX se deveu muito mais à melhoria global das condições de vida do que às novas práticas biomédicas.

terapêuticas não científicas a que antes recorriam em primeira instância. Os novos imperativos capitalistas revelam-se, com efeito, incompatíveis com as práticas tradicionais cujos processos terapêuticos se baseiam num maior respeito pelos ritmos naturais e biológicos do organismo humano. Tais práticas – que, dependendo da abordagem, podem até ser qualificadas como expectantes ou miméticas, em virtude da forma como procuram imitar a natureza (Laplantine, 1991, p. 162) –, ainda que continuem a representar um importante recurso para muitos setores da sociedade (incluindo para o operariado), vão assim perdendo poder simbólico em favor da biomedicina, a qual, em contrapartida, pode ser qualificada como uma “medicina de urgência” (Capra, 1982, p. 116; Menéndez, 2005, p. 27). Com a ideologia capitalista a definir essa condição de urgência, dá-se um “abalo terapêutico”, um rompimento com a visão de cura ancestral, que explica, a par do “epistemicídio” de que se falou anteriormente, a percepção social positiva granjeada pela biomedicina a partir de finais do século XIX.

Importa enfatizar, portanto, que a maior eficácia terapêutica atribuída à medicina científica moderna, entre finais do século XIX e princípios do século XX, decorre de uma combinação de fatores reais e imaginários, que tanto se associam à aplicação de práticas realmente efetivas como à aplicação de práticas indiferentes ou até negativas, em linha com uma proposta de resolução de problemas de saúde originados num contexto de produção capitalista (Menéndez, 2005). Paradoxalmente, o mesmo compromisso estabelecido entre o modelo biomédico e a ideologia capitalista que ajudou a que ele se tornasse hegemónico, representa, nos dias de hoje, um dos fatores que mais contribui para a sua descredibilização²². Como refere Queiroz (1986):

É possível dizer, sem contradição, que num certo momento, a medicina científica tornou-se hegemónica exatamente por se mostrar compatível com o "ethos" capitalista e, num outro momento, tornou-se inviável exatamente por se mostrar excessivamente comprometida com esse "ethos", perdendo assim a sua independência e autonomia, ainda que relativas, face ao sistema social em que atua. Na medida em que a sua funcionalidade ao sistema significa tornar-se insensível às causas reais de doenças (que muitas vezes residem na forma como a vida é organizada pela sociedade) e às soluções que implicariam [uma] melhoria do nível de saúde [da] população, a [bio]medicina tem produzido serviços extremamente caros e ineficazes, dois [dos] sintomas principais [da] sua crise. (p. 310).

²² Conforme se viu no último subponto do capítulo anterior, tal compromisso é bem patente na nossa atualidade no que tange à relação particular que se estabelece entre a (bio)psiquiatria (ou, mais especificamente, entre as várias edições do DSM) e o sistema neoliberal capitalista. Esse compromisso é hoje objeto de questionamento por autoras/es da chamada “psiquiatria crítica” – corrente que retoma muitas das críticas e denúncias expostas pelo movimento que ficou conhecido por “antipsiquiatria” (décadas de 1960/1970).

De facto, seguindo a linha de raciocínio de Queiroz (1986), se a desvalorização das causas não biológicas das doenças é hoje crescentemente questionada e encarada como uma das grandes fragilidades do modelo biomédico²³, já em finais do século XIX essa mesma desvalorização era tida como sinal da sua cientificidade e, portanto, da sua maior eficácia, concorrendo ativamente para a sua supremacia. No trilho do reducionismo biologista, a teoria dos germes protagonizada por Louis Pasteur (1822-1895) e por Robert Koch (1843-1910), respetivamente em França e na Alemanha, veio instaurar, em meados do século XIX, um modelo monocausal de explicação da doença, cuja influência não apenas adentrou o século XX, como ainda se faz sentir nos nossos dias (Queiroz, 1986; Lock & Nguyen, 2010). Com a circunscrição da procura da doença no corpo individual – tido como o *locus* do agente patogénico – e com a transformação desse mesmo corpo num “campo de batalha”, a teoria microbiana vem promover um ponto de inflexão epistemológica, a partir do qual se passa a desenvolver uma verdadeira obsessão com a identificação do “inimigo” e com a descoberta das “balas mágicas” para o derrotar (Brandt, 1987 *apud* Bastos, 1997, p. 78).

A partir de finais do século XIX, o foco na doença infecciosa torna-se, pois, predominante, levando, progressivamente, “ao obscurecimento de concepções que destacavam a multicausalidade das doenças” (Bastos, 2002, p. 74) e que defendiam, para a sua erradicação, a atenção a fatores de ordem extrabiológica (Queiroz, 1986; Barros, 2002; Bastos, 2002; Lock & Nguyen, 2010; Rose, 2013). Assim, justamente numa altura em que as doenças cada vez mais se relacionavam com as condições de trabalho e de vida próprias do contexto socioeconómico capitalista, a medicina científica moderna transformava-se “numa racionalização para não se lidar com as causas verdadeiras das doenças num modo que pudesse ser disfuncional para o crescimento do sistema produtivo”²⁴ (Berliner, 1982 *apud* Queiroz, 1986, p. 313).

Ao difundir a ideia de que a origem de todas as doenças individuais e coletivas residia na proliferação de germes, a teoria microbiana veio incentivar a intervenção na ordem social; todavia, não no sentido de transformações sociais profundas que dirimissem as desigualdades, mas no sentido da monitorização de fatores de contágio e de propagação das

²³ E, mais especificadamente, como uma das maiores fragilidades daquela que é, no âmbito do modelo biomédico, a especialidade que se apropriou hegemonicamente do campo do sofrimento mental: a (bio)psiquiatria.

²⁴ Falando de forma mais específica, tal aconteceu e continua a acontecer, como vimos no capítulo anterior, no campo da psiquiatria e no modo como esta tem vindo a lidar com as experiências de sofrimento mental; um modo (reducionista/organicista) que leva as pessoas (e a sociedade em geral) a acreditar que as razões do seu mal-estar têm a ver, sobretudo, com as suas disfunções neuroquímicas (cerebrais), não se encontrando associadas ao modelo (opressor) de sociedade onde estão inseridas.

doenças infecciosas pela implementação de medidas de caráter higienista. Objetivando a saúde de toda a coletividade, a medicina científica moderna ganha, então, revigorado poder regulatório, com a atribuição, por parte dos Estados, do papel de policiamento da implementação dessas medidas (Foucault, 1989; Canguilhem, 2005; Lock & Nguyen, 2010). É assim que, a partir de finais do século XIX, a emergente biomedicina assume uma nova feição, a de “medicina da força de trabalho”, direcionada para o “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas para o trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas” (Foucault, 1989, p. 97). Iniciando-se em Inglaterra e rapidamente se disseminando por toda a Europa, esta atribuição de poderes à biomedicina, por parte dos Estados, é fundamental na compreensão da construção da sua legalidade e autoridade pública, no âmbito de um processo em que a progressiva aquisição do monopólio dos atos terapêuticos se traduz, concomitantemente, numa “desapropriação do saber popular em saúde” (Catão, 2011, p. 79).

Para além da dimensão higienista, associada à saúde pública, outra consequência importante da teoria microbiana da doença é, como atrás se referiu, a “obsessão” que a medicina científica moderna passa a desenvolver na descoberta das “balas mágicas” que permitirão aniquilar o “inimigo” (Bastos, 1997, p. 78). Com efeito, a revolução *farmacoterapêutica* que vinha sendo germinada desde os primeiros anos do século XIX beneficia de um enorme impulso a partir do momento em que começam a ser isolados os microrganismos responsáveis pelas doenças infecciosas. Paul Ehrlich (1854-1915), autor da célebre expressão “balas mágicas”, é justamente quem vem colocar “a terapêutica experimental no patamar das disciplinas científicas” (Pita, 2006, p. 49), com as suas descobertas revolucionárias no tratamento da sífilis. Ao combater uma das doenças mais mortais e temidas há vários séculos, o “milagroso” medicamento de Ehrlich – o famoso *salvarsan* – vem estabelecer, terminantemente, “o primado da ação terapêutica do medicamento e da sua capacidade de atuação, relativamente à força curativa da natureza” (Pita, 2006, p. 50), mobilizando a farmacologia para o centro da intervenção médica

Não negligenciando o papel igualmente importante de outros procedimentos biomédicos (como os cirúrgicos), é na popularidade do medicamento – na sua aceção moderna, ou seja, enquanto “substância farmacológica, produzida por síntese química e apresentada sob forma farmacêutica” (Lopes *et al.*, 2012, p. 6) – que se encontra, em grande medida, a base do processo de reconhecimento público da eficácia da biomedicina, comparativamente a outros saberes. Justapondo-se de forma perfeita à nova conceção de “urgência terapêutica”, incentivada pelos novos estilos de vida da era capitalista, o fármaco

passa a figurar como um dos elementos mais populares da biomedicina e um dos maiores símbolos da sua eficácia. E, na mesma medida em que significa crescente manifestação de confiança na ciência, representa um retrocesso no recurso a soluções terapêuticas não farmacológicas – não científicas –, sujeitando-as a um progressivo processo de descredibilização e desqualificação social (Lopes, 2010). Com efeito, ainda que as modalidades terapêuticas tradicionais continuem a existir, o certo é que, a partir de finais do século XIX, elas vêm a perder reconhecimento e valor social em prol da farmacologização (Lopes *et al.*, 2012) – processo que, desde o início, se alimenta da medicalização da vida e concomitante desenvolvimento da indústria farmacêutica, dois fenómenos intimamente ligados ao capitalismo (Zola, 1972; Illich, 1977; Abraham & Lewis, 2002; Rose, 2003; Conrad, 2007).

4. Movimento profissional biomédico e estratégias de dominação

Entre os fatores que contribuíram para a hegemonia do modelo biomédico, a maior ou menor eficácia dos atos médicos é, como defende Luz (2014, p. 19), uma questão de menor importância, sobretudo quando confrontada – como aqui se tem vindo a fazer – com a questão da compatibilidade entre este mesmo modelo e as “características culturais” do contexto onde se impôs. Foi essa compatibilidade, aliás, aliada ao facto de o método científico se ter tornado independente tanto do/a profissional médico/a como da pessoa “doente”, que veio permitir a constituição de uma forte corporação profissional, elemento fundamental no modo como a biomedicina veio a conseguir “superar as medicinas concorrentes” (Luz, 2014, p. 19).

A história do processo de dominação da biomedicina liga-se, com efeito, à história da constituição, no seu próprio seio, de um forte movimento profissional, investido, desde o seu início, de um conjunto de esforços tendentes à monopolização dos cuidados de saúde, mediante estratégias de pressão institucional que procuram definir “quem pode ou não participar, que interações são válidas e legítimas, quais se devem excluir e de que forma as interações válidas são organizadas” (Burns & Flam, 2000, p. 107). Comumente, o *Medical Registration Act de 1858*, no Reino Unido, é referenciado como marco histórico do início desse movimento. Com ele, é criado o *General Medical Council* (GMC), através do qual é conferido à profissão médica – biomédica – o direito de se autorregular, bem como o monopólio do título médico, baseado num registo oficial de praticantes policiados pelo próprio GMC (Saks, 2005, p. 201). Esse movimento veio reivindicar o direito de submeter

as práticas médicas ao crivo da cientificidade, estabelecendo o seu próprio conhecimento como o único válido e aceitável, conquistando assim o poder de desacreditar outras filosofias e práticas terapêuticas concorrentes, classificando-as como inapropriadas e ilegítimas e, portanto, como desmerecedoras da legitimação e apoio estatal (Cant & Sharma, 1996; Frohock, 2002; Saks, 2005).

Entre finais do século XIX e princípios do século XX, nos casos específicos dos EUA e do Reino Unido, o profissionalismo biomédico tinha já alcançado um elevado grau de sucesso no fechamento ocupacional da prática médica, granjeando o obscurecimento do pluralismo terapêutico até então vigente (Saks, 2003). Wallis e Morley (1976 *apud* Saks 2003, p. 41), representantes da perspectiva funcionalista aplicada à área da saúde, vêm contribuir para a reprodução da abordagem *mainstream* sobre as razões dos privilégios da profissão biomédica, sustentando que a explicação para tal fechamento – para o período e espaços geográficos referenciados – reside na maior capacidade tecnocientífica da biomedicina em oferecer respostas às necessidades do mundo moderno. Mike Saks (2003), referência na investigação sobre o processo de profissionalização na biomedicina, vem rejeitar esta perspectiva essencialista, adotando, ao invés, uma posição relativista, que enfatiza a análise das interações entre os interesses dos grupos ocupacionais concorrentes. Com efeito, situando-se na mesma linha relativista desenvolvida no ponto anterior, Saks (2003) rejeita a ideia de que a profissionalização biomédica, baseada no fechamento e exclusão de praticantes de outros sistemas médicos, se associe de forma linear ao aumento da sua eficácia. Desde logo, este argumento não é válido para o caso específico do Reino Unido, uma vez que o *Medical Registration Act de 1858* surgiu muito antes da revolução farmacológica e de outros avanços no diagnóstico e tratamento que ocorreram já no século XX (Saks, 2003, p. 42). Esta ideia não se sustém igualmente para o caso dos EUA, já que, neste país, o nível em que se encontrava o conhecimento médico na segunda metade do século XIX era também limitado (Saks, 2003, p. 43). Os maiores avanços científicos na medicina norte-americana vieram a verificar-se apenas a partir do século XX (Saks, 2003, p. 43).

No início do século XX, a *American Medical Association* (AMA) diligenciou a realização de uma grande pesquisa, cujo objetivo primordial passava por conhecer as escolas médicas dos EUA e Canadá, garantindo que estas se revestiam de uma sólida base científica. Essa pesquisa resultou na publicação, em 1910, do documento *Medical Education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, da autoria de Abraham Flexner. Esse documento, conhecido por *Relatório*

Flexner, veio a traduzir-se num verdadeiro ponto de viragem na história da profissionalização biomédica, não apenas na América do Norte, como em muitas outras sociedades modernas ocidentais (para onde acabou por ser exportado). Fixando rígidas diretrizes de cientificidade, o *Relatório Flexner* serviu para a AMA exercer pressão junto dos Estados norte-americanos para o encerramento de um elevado número de escolas médicas que, presumivelmente, não obedeciam aos requeridos padrões de positividade. Como resultado, pouquíssimas instituições foram consideradas como estando dentro desses padrões, sendo as demais escolas – a grande maioria – declaradas como irregulares e, portanto, legalmente forçadas a fechar (Capra, 1982, p. 140). Alcançando, nesses termos, uma drástica redução e restrição na oferta do ensino médico, o movimento profissional biomédico veio assim a dar gigantescos passos na consolidação do fechamento e monopolização da área da saúde, conseguindo, simultaneamente, que os seus serviços se tornassem bens altamente escassos e detentores de elevado prestígio e *status* social (Saks, 2003).

Em meados do século XX, em praticamente todo o mundo moderno ocidental, e muito especialmente nos EUA e Reino Unido, a profissão biomédica tinha-se tornado extremamente poderosa, em virtude da reforma *flexneriana* da educação médica, do suporte (legal e financeiro) crescentemente oferecido pelos Estados (Saks, 2003) e da constante reafirmação do método científico, encarado como verdade única e universal, válida para todos os tempos e lugares do mundo (Bakx, 1991). Dessa forma, ao mesmo tempo que a profissão médica estendia os seus poderes e a ortodoxia biomédica se consolidava, as práticas terapêuticas que não se enquadravam na ideologia científica passavam a ser vistas como crenças marginais, resquícios pré-modernos ou até mesmo como formas de heresia (Bakx, 1991; Frohock, 2002).

Após aquele que pode ser considerado um período de eclipse (Bakx, 1991), assiste-se, durante as décadas de 60 e 70 do século XX – no âmbito dos chamados movimentos de contracultura –, à (re)emergência do interesse das populações modernas ocidentais por sistemas terapêuticos tradicionais ou não científicos. Importa sublinhar, todavia, que a crescente visibilidade e reconhecimento desses sistemas não vem destronar a biomedicina da sua posição de hegemonia (Cant & Sharma, 1996, 1999), o que é bem revelador do modo eficaz com que soube construir o seu projeto de dominação.

CAPÍTULO 3

PARA LÁ DA HEGEMONIA BIOMÉDICA: “OUTROS” MODOS DE OLHAR E CUIDAR O/DO SOFRIMENTO MENTAL SÃO (SIM) POSSÍVEIS

Os capítulos anteriores serviram como ponto de partida à reflexão teórica do presente trabalho, permitindo-nos enquadrar e compreender o processo socio-histórico de hegemonização do reducionismo biomédico nas sociedades modernas ocidentais. Já este terceiro capítulo é consagrado, mais especificamente, à problematização e construção do objeto de pesquisa. O capítulo é composto por dois grandes subcapítulos, cada um deles constituído por vários subpontos.

Num primeiro subcapítulo, dedico-me à definição do objeto de pesquisa e à sua problematização, convocando vários contributos teóricos. Num segundo subcapítulo, dou lugar ao desenho da pesquisa, traçando de forma mais específica e sistemática as suas premissas, indagações e objetivos, apresentando os contextos a partir dos quais a mesma se desenvolve e, finalmente, debruçando-me sobre os diversos aspetos metodológicos que subjazem ao trabalho empírico.

1. Construindo um objeto de pesquisa (I): contributos teóricos

Não obstante as suas inequívocas virtualidades – sobretudo quando pensamos no importantíssimo papel que desempenha enquanto “medicina de urgência” (Capra, 1982) –, o modelo biomédico revela-se limitado e incompleto, incapaz de dar conta da complexidade inerente ao ser humano. O caminho reflexivo trilhado até ao momento (sobretudo no primeiro capítulo) aponta claramente para esse dado, revelando como o reducionismo biomédico, com a sua grande aspiração à objetividade, se consubstancia numa visão estreita e parcial da realidade, subtratora das possibilidades de ação como medicina verdadeiramente vocacionada para a saúde integral e para a antiga “arte de curar” (Luz, 2014). Espartilhada por um vasto leque de disciplinas, artificialmente laboradas pela herança cartesiana-newtoniana, essa estreiteza estende-se, como se viu, ao domínio do sofrimento mental, hegemonicamente perfilhado pela psiquiatria. Na verdade, nas últimas décadas, e apesar de uma forte retórica política em favor de uma visão “biopsicosocial” (Engel, 1977; Camargo,

1997; Sawaia, 2003) – retórica em linha com as recomendações da própria OMS²⁵ (WHO, 1984, 1986) –, grande parte dos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2021) tem vindo a protagonizar um aprofundamento do reducionismo psiquiátrico, em consequência da crescente hegemonia da psiquiatria organicista (tema desenvolvido no primeiro capítulo). Reduzindo as experiências de sofrimento mental a explicações biológicas (centradas na ideia de disfunções cerebrais, neuroquímicas), a hegemonização de uma tal visão reducionista veio desconsiderar os antigos esforços das ciências humanas e sociais em demonstrar a influência de variáveis sociais, subjetivas e culturais na promoção da saúde humana integral (Sawaia, 2003). É assim que, na nossa contemporaneidade, qualquer sinal de sofrimento mental tende “a ser transformado em objeto de práticas médicas limitadas a sumárias rotulações diagnósticas, quase sempre acompanhadas pela prescrição de algum tipo de psicofármaco” (Ferrazza, 2013, p. 12).

O amplo fenómeno da “psiquiatrização da vida” – ancorado, como se viu, na incessante listagem de novas perturbações mentais que justificam o constante investimento farmacêutico em novos medicamentos – não se tem refletido, todavia, na tão esperada correspondência ao nível das promessas que carrega. Muito embora se possa verificar uma melhoria dos sintomas do sofrimento mental (o que, obviamente, não é de se subvalorizar), a atuação psicofarmacológica tende a ficar muito aquém dos efeitos desejados, levando as pessoas a permanecer em círculos viciosos de mal-estar, de efeitos iatrogénicos – quer clínicos (efeitos colaterais dos medicamentos), quer sociais (p. ex., discriminação e estigma) – e de dependência tanto de químicos como dos/as profissionais que os prescrevem, não raras vezes de forma fria e distante, atendendo ao rótulo da doença, em detrimento da pessoa e de toda a sua biografia e subjetividade. Reduzindo as explicações das experiências de sofrimento a disfunções neuroquímicas e a desregulações cerebrais, a racionalidade psiquiátrica biomédica vem assim reduzir a pluralidade e a complexidade humana a uma única dimensão e a uma mesma matriz explicativa, aí residindo o grande cerne das suas limitações (Kirmayer & Minas, 2000; Caponi, 2012; Ferrazza, 2013).

²⁵ De facto, ainda que mundialmente as práticas de saúde continuem a refletir a supremacia da visão reducionista biomédica, há já várias décadas a OMS vem produzindo orientações no sentido da inflexão desse caminho. De entre os Relatórios elaborados na defesa de uma conceção integral de cuidados de saúde, sobressai a célebre *Carta de Ottawa* (WHO, 1996). Nesse documento, a OMS retira protagonismo ao modelo biomédico, referindo-se à promoção da saúde como uma responsabilidade partilhada entre vários agentes, individuais e coletivos, chamando a atenção para a necessidade de os serviços de saúde serem sensíveis às necessidades culturais das populações e abrirem canais de comunicação com a esfera social, política, económica e ambiental. O mesmo documento faz ainda emergir o conceito de “totalidade”, alertando para a necessidade de alterações ao nível da formação dos profissionais de saúde de modo a compreenderem a pessoa na sua totalidade.

Apesar do crescente reconhecimento público das suas debilidades e da necessidade de a fazer dialogar com outros saberes terapêuticos²⁶, o certo é que a biomedicina continua a figurar como metanarrativa (Lyotard, 2003), como modelo médico epistemologicamente superior, modelador e regulador da forma como se concebe e trata o sofrimento mental. No âmbito do presente trabalho, defende-se a premissa de que é justamente na persistência dessa representação de superioridade que reside um dos grandes obstáculos – senão mesmo o maior – à superação desse paradigma médico dominante (de tónus mecanicista e reducionista) por um paradigma de cuidados de saúde alternativo, de carácter holístico e integral, direcionado não para partes desintegradas do ser humano, mas para a totalidade desse mesmo ser, em interação dinâmica com o meio envolvente. Precisamente por se defender essa ideia, dedicou-se o segundo capítulo à desconstrução da versão essencialista da superioridade biomédica. Empreendendo esse questionamento, foi possível compreender, com efeito, como essa suposta superioridade não radica em qualquer razão de ordem “natural”, decorrendo, antes, de um complexo quadro sociocultural de produção histórica – o contexto da modernidade ocidental. Foi possível compreender, inclusivamente, como, no âmbito da sua normalização enquanto verdade única, universal e globalizante, a biomedicina foi capaz de eclipsar o reconhecimento da validade de outras abordagens e racionalidades terapêuticas (Bakx, 1991; Cant & Sharma, 1999), catapultando-as para lugares de subalternidade e deslegitimação política e social.

A metáfora do pensamento abissal, de Boaventura de Sousa Santos (2007), afigura-se bastante interessante e adequada para sintetizar esse processo de hegemonização da biomedicina nas modernas sociedades ocidentais. Segundo Santos (*ibidem*), o pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal, assente em distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas últimas, as invisíveis, são estabelecidas mediante linhas radicais que inviabilizam a copresença do universo “deste lado da linha” com o universo “do outro lado da linha”. Esse “outro lado da linha” é produzido como realidade que não existe – ou que, pelo menos, não existe numa lógica de horizontalidade. No campo do conhecimento, elucida o autor, “o pensamento abissal consiste na concessão à ciência moderna do monopólio da distinção universal entre o verdadeiro e o falso” (Santos B. S., 2007, p. 5). Do lado de cá,

²⁶ Esse crescente reconhecimento encontra-se refletido, por exemplo, nas recomendações da OMS, vertidas em vários documentos, de onde se destacam a “Declaração de Alma Ata” (WHO, 1978) e o documento “Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos” (WHO, 2021). Outro dado que reflete esse reconhecimento é a elevada procura (na esfera privada) de epistemologias e práticas “outras” de cuidado, a qual se iniciou de modo pujante nas décadas de 1960/1970 – no contexto dos movimentos de contracultura e da chamada “Nova Era” (Sharma, 1992; Toniol, 2016) – e, desde então, não mais parou de crescer.

está a verdade científica; do lado de lá, “não há conhecimento real; existem crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjetivos, que, na melhor das hipóteses, podem tornar-se objetos ou matéria-prima para a inquirição científica” (Santos B. S., 2007, p. 5). Ora, conforme nos foi dado apreender no segundo capítulo, esse foi justamente o processo pelo qual a biomedicina foi capaz de se impor como modelo hegemónico nas sociedades modernas ocidentais. Umbilicalmente ligada à ciência moderna, o modelo biomédico nasce e desenvolve-se no “lado de cá da linha”, naturalizando-se e universalizando-se como epistemologicamente superior a todas as outras formas de saber terapêutico, direcionando-as, claro está, para o “lado de lá da linha”.

Sustentando-se na ideia primordial da inequívoca urgência de se caminhar para um novo paradigma de cuidados dirigidos ao sofrimento mental – que, rompendo com todo o tipo de reducionismos, atenda ao princípio da integralidade humana –, a presente pesquisa parte justamente do pressuposto da imperativa necessidade de se ir além desse “pensamento abissal”, tão firmemente estabelecido no paradigma dominante de cuidados de saúde das modernas sociedades ocidentais, em geral, e de Portugal, em particular. Neste sentido, um primeiro passo na construção do objeto de pesquisa passa por definir teoricamente os principais contornos dessa tão urgente transição paradigmática. Do que se trata, afinal, quando se fala em *integralidade* no âmbito das práticas de saúde? Quais os atributos de um sistema de saúde norteado pela ideia de cuidado integral? Estas são questões sobre as quais me debruçarei num primeiro momento.

Enquadrado teoricamente o referencial da *integralidade*, ocupar-me-ei, num segundo momento, de outro contributo teórico igualmente importante no delineamento do objeto de investigação, a saber, a linha de reflexão de Boaventura de Sousa Santos em torno da “sociologia das ausências” e “ecologia de saberes”. Com efeito, no enalço de Boaventura de S. Santos (2007), sustenta-se, nesta tese, a ideia de que as condições de construção desse novo paradigma – norteado pelo ideal da *integralidade* – passam, necessariamente, pelo esvaziamento do poder hegemónico do modelo biomédico e pelo reconhecimento da presença de outros protagonistas e de outras abordagens terapêuticas que, por via do “pensamento abissal”, têm vindo a ser subalternizados ou invisibilizados enquanto agentes válidos no campo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental. Defende-se, especificamente, sob a influência da proposta teórica da “ecologia de saberes”, que a construção de um modelo de cuidados pautado pelo ideal ético-político da integralidade se faz credora, acima de tudo, da implementação de formas de diálogo e interação entre esses diferentes saberes. Advoga-

se, em última instância, que só assim se torna possível a construção de uma “ecologia de cuidados” (Nunes & Louvison, 2020) no campo das experiências de sofrimento mental.

Finalmente, num terceiro momento, mostrarei como a operacionalização da pesquisa passa, necessariamente, por um enfoque no universo fenomenológico das experiências de sofrimento mental, oferecendo voz aos seus protagonistas, ou seja, às mulheres e aos homens que sentem e vivem a densidade dessas mesmas experiências. Defende-se, mais especificamente, que é mergulhando nos testemunhos das suas experiências subjetivas e acedendo aos modos de construção das suas trajetórias de cuidado – à luz de uma pluralidade de racionalidades e lógicas de ação – que poderemos aceder à diversidade ontológica e epistemológica que povoa o campo de enfrentamento do sofrimento mental e, desse modo, aproximarmo-nos da compreensão das condições de construção de um novo paradigma de cuidados, que supere o hegemónico paradigma reducionista.

1.1. O ideal da integralidade no horizonte da transição paradigmática

Perpassando não apenas o domínio da saúde, mas o campo do conhecimento em geral, vários/as autores/as têm vindo, como referido anteriormente, a questionar o olhar reducionista que o paradigma epistemológico dominante lança sobre a realidade, sustentando a emergência de uma transição paradigmática (e.g., Capra, 1982; Santos B. S., 1999; Shiva, 2002; Wilber, 2004; Morin, 2005). No campo da saúde, esse questionamento tem-se revelado particularmente profícuo, traduzindo-se num volume considerável de escritos académicos²⁷. Todavia, não obstante a diversidade e riqueza de conteúdo de que é portadora, essa produção académica tende a manifestar-se dispersa e pouco sistematizada quanto à emanção de uma proposta teórica que possa servir de base ou referência a trabalhos de investigação como aquele que aqui se propõe. Com efeito, fazendo uso dos mais variados termos ou conceitos para caracterizar o novo paradigma – como holístico, complexo, sistémico, integrativo, integral, etc. –, a literatura socioantropológica, de um modo geral, tende a não oferecer uma proposta teórica consistente e condensada em torno da temática em causa, o que se deverá, porventura, como apontam Roberti di Sarsina e Tassinari (2015), à própria complexidade que a caracteriza. É na literatura académica brasileira que vou encontrar, a esse nível, o carácter de maior exceção, nela identificando a linha teórica que,

²⁷ Sendo a literatura imensa, oferecem-se apenas alguns exemplos: Albrecht *et al.* (1998); Lake (2007); Tremblay e Richard (2014); Anderson e Rodrigues, (2017), entre outros/as.

atendendo aos propósitos da presente investigação, melhor se coaduna com a reflexão que pretendo realizar em torno da noção de integralidade.

Um grupo em particular, conhecido por Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde²⁸ (LAPPIS), tem liderado essa reflexão, constituindo-se, de acordo com a minha pesquisa, como um dos grupos de trabalho que mais tem contribuído para a clarificação, sistematização e desenvolvimento teórico da noção de *integralidade*. É essencialmente por via das produções teóricas do LAPPIS²⁹ que conduzo a exposição que se segue, fazendo dialogar, sempre que oportuno, essa linha de pesquisa com outras contribuições teóricas, situadas para lá do LAPPIS e da academia de ciências sociais brasileira.

Do que se trata, então, quando se fala em integralidade no âmbito das práticas de saúde? Numa primeira instância, cabe realçar a asserção de tónus mais genérico que subjaz à generalidade da produção teórica do grupo LAPPIS, consonante com algumas das proposições que verificámos serem defendidas pela própria OMS (WHO, 1984, 1986). Integralidade, no campo da saúde, implica olhar o ser humano como um todo – ou seja, não apenas sob a dimensão biológica, mas também sob as dimensões social, psicológica, mental, cultural, espiritual, axiológica, etc. –, declinando todo o tipo de reducionismos e objetificações, e implicando, em contrapartida, a abertura a todo o tipo de diálogo, incluindo o diálogo entre diversos saberes. Implica substituir o foco na doença pelo foco na pessoa, atendendo à sua subjetividade, à sua história de vida singular, ao seu modo próprio de viver, pensar, agir, sonhar, etc. (Pinheiro & Mattos, 2006, 2007a, 2007b, 2009; Pinheiro & Silva Jr., 2010; Gerhardt *et al.*, 2016; Pinheiro *et al.*, 2017).

Na verdade, para o grupo LAPPIS, a noção de integralidade implica tudo o que se acabou de enunciar e muito mais. O grupo defende que a noção de integralidade se define, acima de tudo, pelo ser carácter aberto, dinâmico, polissémico e polifónico, não se devendo

²⁸ Consultando a respetiva página *web*, lê-se: “O LAPPIS representa o crescimento e a institucionalização do projeto ‘Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde’, criado em 2000, sendo certificado como grupo de pesquisa em 2004. [...] O LAPPIS é um programa de estudos que reúne um coletivo de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde”. O objetivo do LAPPIS é definido da seguinte forma: “A proposta do grupo é repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho desenvolve uma prática teórica interdisciplinar, com integrantes oriundos de diferentes pesquisadores e profissionais das áreas das ciências sociais e humanas, aplicadas ou não à saúde e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde, educação e justiça e na sua relação com a sociedade civil”. Para aceder a estas citações, bem como a outras informações sobre o LAPPIS, consultar: <https://lappis.org.br/site/sobre-o-lappis>.

²⁹ Produções teóricas essas resultantes não apenas de contributos dos pesquisadores do grupo, como de autores convidados, alinhados nos mesmos propósitos de análise.

a ela atribuir um conceito fechado, unívoco, mas sentidos distintos, construídos na prática cotidiana, em resultado do entrelaçamento de diversas vozes sociais (Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Matos, 2007a, 2007b, 2009). Relutando-se em abordar a integralidade como um conceito, privilegia-se a sua abordagem enquanto “ideal regulador”, enquanto “devir” que deve orientar toda e qualquer ação em saúde (Pinheiro & Guizardi, 2004; Camargo Jr., 2007; Pinheiro & Matos, 2007a, 2007b, 2009). Kenneth Camargo Jr. (2007), uma das vozes do LAPPIS, considera que o ideal da integralidade está para a ação em saúde, como o ideal da objetividade está para a investigação científica, ou seja, como algo que mesmo não sendo possível atingir de forma plena, jamais deve deixar de reger a nossa procura. É neste sentido que o autor refere que a integralidade é “a um mesmo tempo inalcançável³⁰ e indispensável” (Camargo Jr., 2007, p. 42). Na mesma linha, Ruben Mattos (2009), autor do mesmo grupo de pesquisa, enuncia a integralidade como “imagem-objetivo”, referindo que toda a imagem-objetivo visa “indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade” (Mattos, 2009, p. 45). Especificando:

De certo modo, uma imagem objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las. Os enunciados de uma imagem-objetivo sintetizam [o] nosso movimento. Ao enunciar aquilo que, segundo [a] nossa aspiração, existirá, a imagem-objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade. (Matos, 2009, p. 45)

A integralidade, enquanto “imagem-objetivo”, constitui-se como um enunciado de atributos desejáveis do sistema de saúde, das suas instituições e das suas práticas, correspondentes a um conjunto de valores que se relacionam com “o ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (Matos, 2009, p. 45). Como qualquer outra “imagem-objetivo”, defende o mesmo autor, a integralidade não dita de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela carrega, sim, “um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de lutas, que têm em comum a superação daqueles aspetos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar)” (p. 46).

Para o grupo LAPPIS, a integralidade deve ser tomada como princípio orientador da ação em saúde ao nível de três dimensões interrelacionadas, a saber: práticas dos/as

³⁰ Oliveira e Cutolo (2018) desenvolvem esta ideia referindo-se à impossibilidade epistemológica de se alcançar a totalidade da pessoa. Referem: “por mais que eu me aproxime dos aportes, das necessidades do outro, jamais o entenderia em sua totalidade. Totalidade não é algo “alcançável” ao olhar epistemológico” (Oliveira & Cutolo, 2018, p. 147). Neste sentido, referem-se à sua preferência por um termo que tem vindo a ser usado na língua inglesa para traduzir a ideia de integralidade, a saber; *comprehensiveness care*; uma expressão que remete para a habilidade de se compreender um amplo aspeto do sujeito” (p. 148).

profissionais; organização dos serviços; e organização/desenho das políticas (Pinheiro, 2008; Mattos, 2009). Em todos estes níveis – correspondentes aos níveis micro, meso e macro de qualquer sistema nacional de saúde – o reducionismo tem vindo a imperar, decorrente, em grande medida, da incapacidade de se estabelecer uma relação com o/a outro/a e de se ceder à tentação de o/a transformar em objeto (Mattos, 2009). Observam-se traços de objetificação ao nível das práticas quando, por exemplo, os/as profissionais tratam apenas de doenças, lidando com os sujeitos como se eles fossem apenas detentores de doenças, não portadores de experiências, sonhos e aspirações (Mattos, 2009, p. 66). Analogamente, e também a título de exemplo, observam-se esses traços quando os serviços se organizam de forma a responderem tão somente às necessidades de atendimento oportuno dos sintomas dos sofrimentos, “apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia ou como a clínica” (Mattos, 2009, p. 66). Finalmente, ao nível macro, esses traços são visíveis quando, paradigmaticamente, os agentes formuladores de políticas concebem os sujeitos que serão alvos dessas mesmas políticas como meros objetos, alvos das suas intervenções, reduzindo a resolução de determinado tipo de problemas a apenas uma ou outra dimensão (geralmente foro biológico), desconsiderando as demais (Mattos, 2009, p. 66).

De facto, no âmbito da produção teórica do LAPPIS, uma ideia que sobressai como condição *sine qua non* da construção da integralidade é, precisamente, a recusa da objetificação dos sujeitos que sofrem e buscam os serviços de saúde (Pinheiro & Matos, 2006; 2007a, 2007b, 2009; Pinheiro & Silva Jr., 2010; Pinheiro *et al.*, 2017). A integralidade, enquanto construção que se faz no quotidiano, implica, necessariamente, o estabelecimento de “uma relação sujeito-sujeito” (Mattos, 2009, p. 66), pois só se torna possível “na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória” (Camargo Jr., 2007, p. 44). É justamente nesta linha de pensamento que o grupo de pesquisa toma a noção de *cuidado* como central na sua análise, fazendo-a corresponder à própria essência da noção de integralidade (Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Matos, 2006, 2007a, 2007b, 2009; Pinheiro, 2007, 2008; Pinheiro & Silva Jr., 2010). Com efeito, enquanto atividade intrinsecamente humana, o *cuidado* configura o “ethos humano do agir em saúde” (Pinheiro, 2007, p. 15), representando, no entendimento de Roseni Pinheiro (2007), coordenadora do grupo de pesquisa, a maior expressão da integralidade nos encontros humanos em saúde. Bem a propósito, cabe evocar Heidegger – o “filósofo do cuidado”, por excelência (Boff, 2005, p. 28) –, quando, na célebre obra “Ser e Tempo”, caracteriza o *cuidado* como “totalidade estrutural”, “constituição ontológica” subjacente a toda a atividade humana (Heidegger, 2005, p. 265).

Precisamente pela centralidade que a noção de *cuidado* ocupa, enquanto manifestação superior da integralidade, é nela que me concentrarei já em seguida, convocando tanto a produção teórica do LAPPIS como outras fontes teóricas que igualmente problematizam “os modos de produzir (pensar e agir) o cuidar e ser cuidado na saúde” (Pinheiro, 2007, p. 16).

1.1.1. A ética do cuidado como expressão superior da integralidade

Apesar da banalização da palavra nas sociedades contemporâneas, *cuidar* tende a não ser reconhecido na verdadeira amplitude e profundidade do seu significado. Como refere Mayerhoff (1971, p. 8), falamos frequentemente em *cuidado* como se não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa. Na sua essência, cuidar é muito mais do que isso:

Para cuidar de alguém, tenho de saber muitas coisas. Tenho de saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho de saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico. (Mayerhoff, 1971, p. 8)

É nesse preciso sentido que Jean Watson (1999, p. 56) – autora de referência na literatura sobre o cuidado, no âmbito da disciplina de enfermagem – nos convida a olhar o *cuidado* como um “empreendimento epistémico”. Olhando para o *cuidar* como o ideal moral da enfermagem, a autora encara-o como sendo muito mais do que “apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo” (Watson, 1999, p. 55). Requerendo necessariamente um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual, todo o ato de *cuidar*, defende Watson (1999), se relaciona com “respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interações ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento” das próprias capacidades e limitações para negociar (p. 55). Deste modo, e na mesma linha defendida por Mayerhoff (1971), o *cuidado* configura para Watson (1999) um processo que se caracteriza, eminentemente, pela intersubjetividade e interdependência.

Colocando a tónica justamente na natureza interdependente e intersubjetiva do ato de *cuidar*, Joan Tronto (1993) é outra autora de referência que sinaliza a derradeira importância do *cuidado* na vida humana. Tronto defende a urgência de nos focarmos num “conceito integral de cuidado”, considerando, para tal, a necessidade de superarmos o clássico dilema “autonomia versus dependência” pela ideia de “interdependência humana” (Tronto, 1993, p. 101). Na verdade, todos/as somos vulneráveis e interdependentes, assim

defende a autora, entendendo ser essa a grande premissa de uma verdadeira “ética do cuidado”. Alinhada com a perspectiva teórica de muitos/as outros/as autores/as (Kittay, 1999; Watson, 1999; Garland-Thomson, 2001; Boff, 2005; Mol *et al.*, 2010; Alves J., 2016; Portugal, 2021), esta linha de pensamento transporta a grande virtuosidade de ultrapassar a crença simplista de que o *cuidado* se constitui como resposta excecional ou temporária, dirigida a determinados grupos específicos de pessoas – como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência ou pessoas que experienciam períodos mais ou menos prolongados de doença. Como sublinham Mol *et al.* (2010), cuidar e ser cuidado são aspetos omnipresentes da vida humana, fazendo parte do quotidiano de todas as pessoas, durante toda a vida, desde o nível mais básico, relacionado com a satisfação das necessidades de subsistência, passando por outras formas mais específicas, onde se incluem os cuidados às pessoas com doenças ou com determinado tipo de incapacidade.

Mesmo quando se fala em situações específicas, relacionadas com doenças ou determinado tipo de incapacidade, importa reter que todos/as somos potencialmente vulneráveis a tais situações, em qualquer momento das nossas vidas. A autora feminista Garland-Thomson (2001, p. 3) utiliza o termo “temporariamente aptos” precisamente para sublinhar essa condição universal da vulnerabilidade; condição que, ao mesmo tempo que colide com a perceção daqueles/as que se julgam imutáveis, faz do cuidado às pessoas com doenças ou incapacidades “a mais humana das experiências” (p. 3). O reconhecimento de que todos/as nós, em algum momento das nossas vidas, poderemos vir a confrontar-nos com a experiência da incapacidade é algo que, inevitavelmente, nos leva a admitir a interdependência das relações humanas e a centralidade do ato de cuidar e ser cuidado (Garland-Thomson, 2001; Mol *et al.*, 2010), contrariando as conotações negativas frequentemente atribuídas à noções de dependência e de *cuidado*. Com efeito, em sociedades como a nossa, onde os valores do individualismo e da independência são tão fortemente valorizados, a ideia de se depender de alguém tende a não ser facilmente aceite (Alves J., 2016; Portugal, 2007), ao ponto de sobre ela se fomentar um certo sentimento de vergonha – a “vergonha da dependência” (Sennet, 2001, pp. 214-217) – e uma certa ideia de “infantilização” (Sennet, 2004, pp. 102-107), que acabam por se refletir em “modelos de cuidado” pouco dignificantes tanto para quem cuida como para quem é cuidado (Alves J., 2016).

Transitar para uma perspectiva alternativa do *cuidado*, que o reconheça como central e transversal à vida de todas as pessoas, permitirá superar o negativismo e o desconforto que tradicionalmente lhes estão associados (Alves J., 2016), recolocando-o num

lugar em que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 2002, p. 25). Ora, é essa a perspectiva que o grupo LAPPIS defende, quando, na voz de Roseni Pinheiro (2007), posiciona o *cuidado* como a maior expressão da integralidade nos encontros humanos em saúde ou, por outras palavras, como valor ético-político do agir em saúde, “cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações” (p. 15). A autora convoca-nos, então, a olhar o *cuidado* para lá da perspectiva comum das políticas de saúde públicas, que tende a restringi-lo aos procedimentos técnicos desenvolvidos por profissionais de saúde e a defini-lo como “construto teórico-prático que se pauta quase que exclusivamente pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica” (Pinheiro, 2007, p. 17).

Conceber o *cuidado* como valor ético-político implica olhá-lo para lá de todos os sentidos restritos que o delimitam ao tecnicismo e à dimensão biológica, apreendendo-o como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão [da] saúde como o direito de ser” (Pinheiro, 2007, p. 18). O *cuidado* associa-se, deste modo, a um amplo sentido de direitos humanos e de existência em sociedade, onde o domínio instrumental das técnicas assume o papel de servir à “realização de valores relacionados à felicidade humana, democraticamente validados como Bem comum” (Ayres, 2007, p. 128). Conforme referido no primeiro capítulo, o modo como os arranjos tecnocientíficos se configuraram nos serviços veio favorecer a produção de inúmeras debilidades e limitações no seu próprio seio: incapacidade de se olhar para a totalidade da pessoa, uma abordagem excessivamente centrada na patologia, um enorme empobrecimento das relações humanas e, sobretudo, como defende Ayres (2007, 2009), um frágil compromisso com o bem-estar das pessoas. A ideia de *cuidado* vem, precisamente, reconstruir a “atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (Ayres, 2009, p. 18). No lugar dos valores de disciplina impostos pela racionalidade biomédica – que têm promovido uma neutralização dos “sujeitos sociais, despolitizando-os e tornando-os invisíveis nos contextos históricos e sociais em que se inserem” (Pinheiro, 2007, p. 22) –, o *cuidado* como valor ético-político propõe-se a dar lugar a um “efetivo exercício da liberdade do ser humano a ter direitos, direitos de ser e viver, respeitados em suas diferenças, reconhecidos em sua pluralidade” (Pinheiro, 2007, p. 22). O grupo LAPPIS vem, assim, ao encontro de Foucault (2004), quando este, sob uma perspectiva ontológica, conceptualiza o “cuidado de si” (que é também um “cuidado aos outros”) como “prática de liberdade”. Com efeito, para Foucault (2004), o “cuidado de si” implica um “conhecimento de si”; conhecimento que, ao fomentar

uma relação ética do sujeito consigo mesmo (e com os/as outros/as), lhe permite resistir aos jogos de poder que geram normalização e dominação.

É, de facto, na dimensão ontológica-existencial que o grupo LAPPIS faz assentar a compreensão essencial da noção de *cuidado* (Ayres, 2007; Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro, 2007; Pinheiro & Matos, 2007b), procurando, em última análise, conciliar filosofia e política (Ayres, 2007; Pinheiro, 2007), ou, dito de outro modo: “recuperar o sentido da política como efetivo exercício da liberdade, não uma liberdade individual, mas relacional, que, para tanto, necessita de um lugar, de um espaço público para a sua materialização” (Pinheiro, 2007, p. 23). É neste sentido que Ayres (2007), numa das coletâneas do grupo LAPPIS, sustenta a ideia de *cuidado integral* como uma expansão do horizonte normativo das práticas de saúde, de uma estrita referência à “normalidade morfofuncional” para uma ideia de “projeto de felicidade” – ideia inspirada na ontologia existencial de Heidegger (2005). A alusão de Ayres (2007) a “projeto de felicidade” remete-nos para a forma como Heidegger, com a sua fenomenologia hermenêutica e analítica existencial, nos convoca

[...] a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua conceção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências; e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. (Ayres, 2007, p. 131)

A transposição da ideia ontológica de “projeto de felicidade” para o horizonte normativo das políticas de saúde reveste-se, segundo Ayres (2007), de grande potencial hermenêutico, pelas eventuais implicações ao nível da reconstrução das práticas de saúde. Trata-se, no fundo, de entender que a finalidade do encontro intersubjetivo entre a/o profissional e a pessoa que procura o serviço de saúde deve ir além do êxito técnico das intervenções. Com efeito, devendo mobilizar-se no sentido da conquista de sucessos técnicos, esse encontro deve recobrir-se de um propósito maior, orientado para o sucesso do projeto existencial da pessoa (Ayres, 2001), conducente “a uma experiência vivida, valorada positivamente, experiência que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional” (Ayres, 2007, p. 129). Assim entendida, a noção de *cuidado* manifesta-se *cuidado integral*.

Cuidar da saúde de alguém é mais [do] que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa [de] se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (Ayres, 2001, p. 71)

Envolvendo, portanto, um reconhecimento da “vocação ontológica” do ser humano para “o Ser Mais” (Freire, 2002, p. 10), o *cuidado integral* tem na noção de *responsabilidade* um dos princípios mais importantes da sua operacionalização – e isto não apenas segundo o grupo LAPPIS, como segundo outras/os autoras/es que igualmente se debruçam sobre o tema (Tronto, 1993; Tong, 1998; Kittay, 1999; Watson, 1999; Boff, 2005). A noção de *responsabilidade* reúne, em si mesma, uma condição essencial à *ética do cuidado*, a saber, a integração da dimensão do *cuidado* com a dimensão da justiça, duas dimensões tradicionalmente separadas e tidas como inconciliáveis (Tronto, 1993; Tong, 1998). Enformando uma “falsa dicotomia”, o argumento de tal separação tem assentado na ideia de “que o cuidado é particular, a justiça universal; que o cuidado se baseia na compaixão, a justiça na racionalidade” (Tronto, 1993, p. 166) – uma dicotomia que se tem traduzido na incompletude tanto de uma dimensão como da outra (Tronto, 1993; Tong, 1998; Zoboli, 2007). Descobrimo complementaridades, ao invés de incompatibilidades, a *ética do cuidado* vem favorecer a integração de ambas as dimensões – *cuidado e justiça* –, permitindo compreender:

[...] que as necessidades de compaixão e cuidado são universais e que a desigualdade violenta a dignidade humana. [...] Possibilita [...] perceber a insuficiência de uma concepção de justiça míope para as diferenças da vida humana, corrigindo a latente indiferença de uma moralidade de não-interferência e voltando a atenção para as consequências da escolha. (Zoboli, 2007, p. 68)

Levando os seres humanos a sentirem-se “ligados e religados uns aos outros” (Boff, 2005, p. 31) – com a passagem de um “eu” para um “nós” que não implica a perda da individualidade, mas a construção de um “sermos livres juntos” (Singly, 2006) –, é o reconhecimento da “alteridade, reciprocidade e complementaridade” (Boff, 2005, p. 31) que faz nascer esse sentido de responsabilidade coletiva (Ayres, 2009; Boff, 2005; Pinheiro, 2010; Zoboli, 2007; Zoboli & Pegoraro, 2007). Na sua “vocação ontológica”, o ser humano percebe-se mais do que um ser no mundo, entende-se como “presença no mundo, com o mundo e com os outros” (Freire, 2002, p. 10). É da consciência dessa interdependência que resulta a necessidade ética de integrar *cuidado e justiça*, sob a forma de responsabilidade:

[...] mover-se pela ética do cuidado implica assumir uma atitude, um modo-de-ser essencial no qual a pessoa faz-se presença responsável e, sem esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de interrelações pessoais, sociais e ambientais que dá suporte e sustenta a vida, a fim de potencializar positivamente essas relações, por meio da comunicação inclusiva e da solução não-violenta dos conflitos na defesa e promoção da vida, especialmente dos mais vulneráveis. (Zoboli, 2007, p. 68-69)

A assunção de uma verdadeira responsabilidade coletiva no domínio das ações de saúde representa uma posição ética revolucionária, direcionada para o tão almejado *cuidado*

integral. Ao visar a integração da dimensão (intersubjetiva) do cuidado com a dimensão (racional) da justiça (Tronto, 1993), a responsabilidade coletiva, no âmbito das políticas públicas de saúde, permite pensar os princípios da universalidade e da equidade para lá da perspectiva tradicionalmente instituída, arreigada a sistemas de pensamento abstratos, racionalistas e impessoais, que tanto têm contribuído para o reducionismo da vida humana, reprodução de sofrimentos, injustiças e desigualdades sociais. Sob a perspectiva conciliadora do *cuidado* e da *justiça*, a resolução da questão da universalidade não passa simplesmente por uma atuação ao nível quantitativo, com uma expansão do número de profissionais, serviços e equipamentos tecnológicos e sociais (Teixeira, 2007; Gerhardt *et al.*, 2010). Atuar ao nível da cobertura territorial dos serviços de saúde, garantindo uma equidade no acesso a consultas e equipamentos, é, sem sombra de dúvida, fundamental. Sem justiça a esse nível não existem condições para um agir em saúde verdadeiramente pautado pelo valor ético-político da integralidade. Todavia, tal não é suficiente. Importa, com efeito, caminhar para lá da conceção tecnocrática do planeamento em saúde, caracterizado, frequentemente, por uma série de equívocos produzidos pela racionalidade estritamente economicista de *experts* que tomam as pessoas como recetáculos passivos das suas medidas (Pinheiro, 2009; Carapinheiro & Correia, 2015; Hespanha & Portugal, 2015). Dito de outro modo, importa buscar um olhar ampliado sobre a universalidade de direitos, que valorize tanto aspetos de tónus objetivo/quantitativo quanto aspetos de tónus subjetivo/qualitativo, onde a “alteridade” figure como critério ético, ou seja, onde o “outro” – que é também um “nós” – seja visto como sujeito e protagonista histórico e, portanto, tido como “relação, abertura, comunicabilidade e intersubjetividade” (Zoboli, 2007, p. 69).

Numa tal perspectiva, ancorada num verdadeiro sentido de responsabilidade coletiva, a associação entre a ideia de universalidade e a ideia de respostas padronizadas, referentes a sujeitos abstratos e indiferenciados, é inconcebível (Costa & Lionço, 2006; Pinheiro, 2010; Trad, 2010). O *cuidado integral*, enquanto valor ético-político do agir em saúde, implica que se olhe à questão das necessidades de uma forma ampliada e singularizada, atendendo à pluralidade e variabilidade humana, sendo esta uma condição indispensável à conciliação do *cuidado* com a *justiça*, da *diversidade* com a *universalidade de direitos* (Costa & Lionço, 2006; Trad, 2010; Zoboli, 2007; Zoboli & Pegoraro, 2007). Fica claro, portanto, sob a ótica da *ética do cuidado*, que a equidade não se restringe à mera oferta igualitária de um conjunto de serviços e equipamentos de saúde, devendo envolver, acima de tudo, condições concretas para que os serviços respondam adequadamente às necessidades multidimensionais, singulares e específicas de cada pessoa (Costa & Lionço,

2006). Tal implica operar no terreno da alteridade, sob uma “perspectiva que resista às tentações etnocêntricas e generalizantes” (Trad, 2010, p. 51). Isso pressupõe, por outras palavras, perceber que “a construção de padrões e perfis sociodemográficos e epidemiológicos, ainda que necessária, [se revela] limitada quando se trata de apreender dimensões mais complexas” (Trad, 2010, p. 51), fazendo-se urgente a incorporação de dispositivos hermenêuticos que favoreçam a apreensão e compressão da subjetividade humana (Ayres, 2007; 2009; Pinheiro & Matos, 2007b; Trad, 2010; Pinheiro *et al.*, 2017). Convém não esquecer que, no âmbito dos serviços de saúde, o reconhecimento e compreensão das necessidades específicas de cada pessoa “constitui tanto um princípio ético, quanto um requisito indispensável para a efetividade das práticas de saúde” (Trad, 2010, p. 47).

No lugar de abordagens unilaterais e verticalizadas, onde apenas as vozes da racionalidade científica e dos agentes tecnocráticos se fazem ouvir (Pinheiro, 2010; Trad, 2010), a perspectiva contra-hegemônica do *cuidado integral* prevê a compreensão das necessidades humanas a partir da implementação de “tecnologias relacionais”, baseadas no entendimento da saúde como um “direito de ser” (Pinheiro, 2010, p. 19). Assumindo um compromisso ético não apenas com a promoção e recuperação da saúde das pessoas, mas também, de uma forma mais lata, com os seus universos existenciais – repletos de experiências, saberes, sentidos, expectativas e sonhos, próprios de cada ser –, não é de admirar que o “agir responsável” em saúde, direcionado à integralidade, tenha na “dimensão dialógica” a condição mais básica da sua real possibilidade (Ayres, 2007, 2009; Pinheiro, 2007; Zoboli, 2007). Esta é uma perspectiva que claramente sobressai, de forma transversal, à composição teórica do grupo LAPPIS. Intersectada com o princípio ético da “responsabilidade”, a “dimensão dialógica” emerge, com efeito, no conjunto das coletâneas de textos do referido grupo, como princípio fundamental, condição *sine qua non* da produção do *cuidado integral*. Em todos os níveis do “agir responsável” em saúde, o diálogo – o verdadeiro diálogo, i.e., aquele que efetivamente produz “efeitos de polifonia”, não aquele que se mascara, levando a que apenas uma voz se faça ouvir (Pinheiro, 2007, p. 19) – configura palavra de ordem (ou melhor dizendo, de “contra-ordem”), elemento chave que permite, tanto a quem desenha as políticas como a quem atua no terreno, reconhecer verdadeiramente as necessidades das pessoas e, com elas (não sobre elas), proceder à construção de programas de cuidado verdadeiramente direcionadas no sentido da integralidade.

A importância da dimensão dialógica verifica-se, desde logo, no momento do encontro entre quem busca o *cuidado* e quem o presta. É a abertura ao diálogo que permite o estabelecimento de vínculos, laços de afetividade, sentimentos de acolhimento e confiança, os quais, favorecendo uma espécie de “lugar seguro”, se constituem, por si só, como instrumentos terapêuticos, tanto pelo bem-estar que proporcionam como pela forma como potenciam o sucesso das intervenções propostas (Kirmayer, 1988; Luz, 1997; Silva Jr. & Mascarenhas, 2010). Pautando-se pelo reconhecimento ontológico da intersubjetividade, o “acolhimento”, no seu sentido mais pleno, opera por via de um processo hermenêutico, compreensivo-interpretativo, que estabelece “no e pelo diálogo” a possibilidade de “fusão de horizontes” (Ayres, 2007, p. 139). O cuidado começa com o acolhimento da pessoa, com o reconhecimento do seu sofrimento como real, com a aceitação do universo de explicações e representações que carrega, mesmo que estas não correspondam às percepções de quem cuida (Kirmayer, 1988; Pinheiro & Luz, 2007). A escuta representa, neste sentido, uma condição essencial à expressão ética do cuidado. Saber escutar é, no fundo, “conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas” (Pinheiro & Luz, 2007, p. 18). É valorizando dialogicamente a liberdade do outro – “nomeando-o, escutando-o e dando-lhe a palavra” (Almeida & Pinheiro, 2010, p. 273) – que se torna possível apreender a singularidade do seu modo de ser e do seu projeto de vida; apreensão essencial ao conhecimento ampliado das necessidades de quem se faz portador, bem como das possibilidades e formas de lhes dar resposta (Teixeira, 2007).

Se o que está em causa na produção ética do cuidado é responder de forma ampliada às necessidades humanas, garantindo a autorrealização dos sujeitos e a construção da justiça social (Pinheiro, 2010), a importância da dimensão dialógica obviamente transcende a relação primordial entre quem cuida e quem é cuidado, perpassando toda a rede de relações dos serviços de saúde (Teixeira, 2007). Aplicando-se a toda a lógica organizacional, importa destacar a particular relevância de que tal dimensão se reveste ao nível das relações entre diferentes profissionais e entre diferentes saberes/abordagens terapêuticas (Ayres, 2007; Pinheiro, 2007; Pinheiro & Luz, 2007). De facto, como já referido anteriormente, um dos maiores obstáculos (senão mesmo o maior) à concretização da integralidade nas ações em saúde reside na forma como um modelo epistemológico específico – o biomédico – tem vindo a impor a sua racionalidade perante as demais, fazendo da normalização biológica o bastião das necessidades humanas e a intervenção farmacológica a panaceia para a sua resolução. Ora, sob aquilo que vulgarmente se designa por “problemas de saúde” – sejam tidos como sendo do “foro físico” ou do “foro mental” – agregam-se uma multiplicidade de

causas e de explicações de base subjetiva e sociocultural; em síntese, uma complexidade de desafios que reclamam diferentes níveis de abordagem, tanto na sua descrição e apreensão quanto no desenho de estratégias de intervenção (Camargo, 2007; Silva, Augusto, Bäckström & Alves, 2013; Augusto, 2015, 2020). Defendendo a não exequibilidade de um modelo de cuidados que permaneça fundamentado numa única racionalidade terapêutica, o diálogo entre diferentes saberes/racionalidades é apontado pelo grupo LAPPIS como pilar fundamental na produção de uma ética do *cuidado integral*. Não se trata apenas de reconsiderar a importância de saberes disciplinares oficialmente já instituídos – as mais das vezes, subalternizados e desconsiderados face ao saber biomédico – e, portanto, já enquadrados nos serviços nacionais de saúde (como é o caso da psicologia, serviço social, terapia ocupacional, etc.). Trata-se igualmente de reconhecer (e fazer dialogar) outro tipo de saberes/racionalidades terapêuticas, comumente subsumidas aos rótulos de “não convencionais”, “tradicionais” ou “complementares e alternativas”.

Com efeito, ainda que muito se fale na importância da promoção de práticas de saúde “multidisciplinares” e “interdisciplinares”, estas não têm tido uma efetiva tradução na realidade; e ainda menos quando se fala em práticas “transdisciplinares” ou “meta-disciplinares”, que impliquem conhecimentos tradicionais, leigos ou não-metódicos, que escapem ao crivo do cientificismo positivista (Luz, 2009; Pelizzoli, 2011; Alves F. & Nicolau, 2017). Pela forma como, em geral, se centram na totalidade humana (não nas doenças), se orientam para as causas dos desequilíbrios (não apenas para os sintomas) e buscam modos de intervenção mais naturais e menos invasivos (Porter, 1997; Luz, 2014), as abordagens terapêuticas ditas não convencionais têm vindo a ser objeto de crescente procura nas sociedades modernas ocidentais. Refletindo uma enorme insatisfação com os procedimentos biomédicos (Luz, 1997), o movimento de procura de tais abordagens é bem revelador de como os sujeitos nelas identificam o preenchimento de lacunas deixadas a descoberto pelo modelo convencional (Pinheiro & Luz, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011; Luz, 2014). Indo ao encontro das orientações da própria OMS – que recomenda a inserção de saberes médicos não convencionais nos sistemas oficiais de saúde (WHO, 1984, 1986) –, o grupo LAPPIS entende que a produção do *cuidado integral* só é verdadeiramente possível com a abertura dialógica a outras racionalidades terapêuticas. Para além das potencialidades ao nível mais direto da saúde dos sujeitos, o diálogo entre diferentes saberes “apresenta um grande potencial transformador das relações sociais existentes nas instituições de saúde” (Pinheiro *et al.*, 2011, p. 78). Com todos os desafios de implementação que envolve, a introdução de uma efetiva cultura de diálogo entre saberes terapêuticos potencia a

requalificação da própria tessitura das interações humanas no seio dos serviços públicos de saúde, promovendo uma visão ética e democrática que privilegia a autonomia das pessoas (Ayres, 2009; Pinheiro & Luz, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011). Permitindo-lhes o direito de escolha informada do próprio tipo de cuidado – num claro exercício de “cidadania no cuidado” (Pinheiro *et al.*, 2011) –, a oferta de diferentes abordagens terapêuticas representa, ademais, uma forma de garantir a universalização de direitos de acesso à saúde (Pinheiro & Luz, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011).

Nada é mais contrário à integralidade das ações de *cuidado* do que aquilo que sobejamente se sabe ser comum no âmbito das práticas biomédicas: práticas onde “as finalidades instrumentais justificam uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de [utente], cabendo a este um lugar subordinado” (Ayres, 2009, p. 21). Com uma ênfase na dimensão ontológica-existencial, nas ideias de interdependência/intersubjetividade, responsabilidade individual/coletiva e abertura dialógica, a proposta de *cuidado integral* defendida pelo grupo LAPPIS representa um ponto de viragem na forma de se conceber o lugar dos sujeitos nas redes institucionais de saúde. De um lugar passivo, onde quem busca *cuidado* é sistematicamente reduzido à condição de “objeto a ser conhecido e transformado pelo profissional” (Ayres, 2009, p. 21), caminha-se para um lugar de agência e de cidadania ativa. Um lugar, enfim, onde não mais se procura silenciar a voz da outra pessoa, mas nela reconhecer a capacidade de pensar, sentir, agir, escolher e transformar a realidade (tanto a realidade interna como a externa). A ideia de “cidadania no cuidado”, defendida pelo grupo LAPPIS, é assim tida como eixo fundamental das ações de saúde integrais. A produção ética do *cuidado*, como expressão da integralidade, implica o envolvimento ativo dos sujeitos nos seus próprios processos de *cuidado*, com o favorecimento, por parte de quem cuida, de condições para escolhas mais conscientes e informadas, geradoras de autonomia e emancipação social (Pinheiro & Luz, 2007; Zoboli, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011). Ainda mais: a “cidadania no cuidado” implica a participação dos sujeitos para lá do nível individual, incentivando o envolvimento coletivo na construção de políticas, soluções e programas de cuidado (Pinheiro & Matos, 2006). O compromisso ético-político implícito no *cuidado integral* prevê, enfim, que se rompa com a “monofonia” confinada às paredes das instituições, dando ensejo à ação criativa de racionalidades plurais, isto é, às múltiplas vozes oriundas da sociedade civil, que, de forma mais ou menos organizada, expressam saberes, experiências e anseios de comunidades, grupos e famílias (Pinheiro & Matos, 2006).

Nesta perspectiva, e para finalizar este subponto, faz-se uso da asserção de Pinheiro *et al.* (2011) quando qualifica a integralidade “tanto como dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, quanto como propiciador de práticas quotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (p. 82). Assim concebido, o *cuidado integral* configura um termo “plural, ético e democrático”, que tem no “dialogismo” um dos seus componentes mais relevantes (Pinheiro *et al.*, 2011, p. 82). Constituindo-se como importante contributo no delineamento do nosso objeto de pesquisa, a linha de pensamento do grupo LAPPIS conduz-nos a uma outra importante linha teórica de reflexão, desta feita protagonizada por Boaventura Sousa Santos.

Com efeito, da exposição precedente, fica clara a importância de uma análise sociológica que faça sair da invisibilidade e do domínio do “desperdício da experiência” (Santos B. S., 2006) saberes e agentes sociais que têm vindo a ser alvo de exclusão por parte do poder biomédico hegemónico. Saberes e agentes sociais, cumpre acrescentar, que, numa perspectiva dialógica, poderão vir a contribuir para a superação do atual reducionismo, auxiliando na construção de um modelo de cuidados pautado pelo ideal ético-político da integralidade. É nesse sentido (i.e., pelo poder teórico contributivo de que se reveste para a nossa análise) que, já em seguida, se oferecem alguns ecos da linha de reflexão de Boaventura de Sousa Santos em torno da “sociologia das ausências” e “ecologia de saberes”.

1.2. Superar reducionismos, superando exclusivismos: contributos da sociologia das ausências e ecologia de saberes

Tal como vimos nos capítulos precedentes, a história do triunfo do reducionismo biomédico sobre outras formas de conhecimento terapêutico liga-se à história da construção da soberania da ciência moderna. Ora, a alegada validade universal da racionalidade científica moderna mais não é, segundo Boaventura de S. Santos (2001), do que um “localismo globalizado”, um localismo que, ao tornar-se global, se tornou totalitário, negando o carácter racional a todas as formas de conhecimento que não se regem “pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (Santos B. S., 1996, p. 11). Ir para lá deste “pensamento abissal” (Santos B. S., 2007) tem-se constituído como um dos grandes intentos do empreendimento teórico de Boaventura de Sousa Santos, cujo marco inicial teve lugar em 1987, com a publicação de *Um Discurso Sobre as Ciências*. De facto, identificando o reducionismo/determinismo como uma das grandes fontes da crise da matriz epistemológica da ciência moderna, já nessa ocasião, Santos apontava para os indícios de

uma transição paradigmática que conduziria a ciência moderna ao reconhecimento dos seus limites epistemológicos e metodológicos, assim como ao reconhecimento da urgência de um diálogo interdisciplinar tanto no seu seio, como com atores externos (Santos B. S., 1996).

É em 1995, no último capítulo do livro *Towards a New Common Sense*, que Santos começa a esboçar as primeiras formulações do seu projeto de superação do “pensamento abissal”, com a introdução da “metáfora do Sul” (Santos B. S., 1995). De acordo com o autor, o conceito de “Sul” integra a dupla hierarquia do Sul subordinado ao Norte e do Oriente subordinado ao Ocidente, expressando uma dupla dominação: socioeconômica e sociocultural (Santos B. S., 1995). Enquanto símbolo de uma construção imperial, “o Sul exprime todas as formas de subordinação a que o sistema capitalista mundial deu origem: expropriação, opressão, silenciamento, diferenciação desigual, etc.” (Santos B. S., 2000, p. 341). Neste sentido, a metáfora do Sul não se refere necessariamente a um Sul geográfico: “o sul está espalhado, ainda que desigualmente distribuído, pelo mundo inteiro, incluindo o Norte e o Ocidente” (Santos B. S., 2000, p. 341). Constituindo-se, no fundo, como uma metáfora do sofrimento humano causado pelo colonialismo, pelo capitalismo e pelo patriarcado (Santos B. S., 2018, p. 19), a metáfora do Sul encerra uma multiplicidade de saberes e conhecimentos que foram excluídos, invisibilizados e desperdiçados por uma modernidade que fez da racionalidade científica o seu grande culto epistemológico (Santos B. S., 1995, 2000, 2012).

Defendendo a urgência de uma reconstrução da teoria crítica, Santos sinaliza, então, que tal reconstrução só se torna possível a partir das experiências de quem tem sofrido com o exclusivismo epistemológico da ciência moderna e com a redução das possibilidades emancipatórias às tornadas possíveis pela modernidade ocidental (Santos B. S., 2000, 2006) – redução que, em seu entender, transformou a emancipação social “no duplo, e não no contrário, da regulação social” (Santos B. S., 2006, p. 27). Uma teoria crítica que verdadeiramente objetive uma reinvenção da emancipação social deve assim, segundo o autor, ir além das concepções teóricas dominantes, produzidas no Norte, propondo-se “a aprender com o Sul” (Santos B. S., 2006, p. 27). Partindo da ideia-chave de que não há justiça global sem que haja justiça cognitiva global, Boaventura de S. Santos (2007) faz então surgir uma nova abordagem para a teoria crítica: as *Epistemologias do Sul*.

As *Epistemologias do Sul* surgem, portanto, como uma proposta de transformação do modo de produzir conhecimento, assente nas seguintes premissas: a) a compreensão do mundo vai muito além da compreensão ocidental do mundo; b) não faltam alternativas no mundo, o que falta é um pensamento alternativo de alternativas: grande parte da diversidade

do mundo é desperdiçada na medida em que as teorias e conceitos desenvolvidos no Norte global (usados em todo o mundo acadêmico) não identificam muita dessa diversidade; c) a diversidade do mundo é infinita e nenhuma teoria geral a pode alcançar (Santos B. S., 2012, p. 51). É no âmbito desta proposta contra-hegemônica de produção de conhecimento que Boaventura de S. Santos vem falar da urgência de se colocar em prática uma ferramenta epistemológica alternativa, a “sociologia das ausências” (Santos B. S., 2002, 2006), fazendo sobressair, como forma de operacionalizar, um instrumento fundamental: a *ecologia de saberes*.

Fundamentando-se na ideia de que aquilo que não existe é ativamente produzido como não existente ou como alternativa não credível ao que existe, a “sociologia das ausências” passa por conhecer e credibilizar a diversidade das práticas sociais existentes no mundo face às práticas hegemônicas (Santos B. S., 2002). De acordo com Santos, a produção social de tais ausências “resulta na subtração do mundo e na contração do presente e, portanto, no desperdício da experiência” (Santos B. S., 2006, p. 104). A sociologia das ausências visa, portanto, “identificar o âmbito dessa subtração e dessa contração de modo que as experiências produzidas como ausentes sejam libertadas dessas relações de produção e, por essa via, se tornem presentes” (Santos B. S., 2006, p. 104). Fornecendo, entre outros exemplos, o significativo exemplo dos saberes médicos tradicionais, Boaventura de S. Santos sintetiza, enfim, o objetivo da “sociologia das ausências” da seguinte forma:

O objetivo da sociologia das ausências é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. Fá-lo, centrando-se nos fragmentos da experiência social não socializados pela totalidade metonímica. O que é que existe no Sul que escapa à dicotomia Norte-Sul? O que é que existe na medicina tradicional que escapa à dicotomia medicina moderna/medicina tradicional? O que existe na mulher que é independente da sua relação com o homem? É possível ver o que é subalterno sem olhar à relação de subalternidade? É possível que os países considerados menos desenvolvidos sejam mais desenvolvidos que os desenvolvidos em domínios que escapam à dicotomia hegemônica? (Santos, B. S., 2006, p. 104)

A “sociologia das ausências” associa-se a uma “sociologia das emergências”, pois “quanto mais experiências estiverem hoje disponíveis no mundo mais experiências são possíveis no futuro” (Santos B. S., 2002, p. 259). Com efeito, ao expandir o presente, adicionando-lhe o que havia sido subtraído por via da invisibilização, a “sociologia das ausências” vem contribuir para uma ampliação simbólica de saberes, práticas e agentes, fomentando novas possibilidades de futuro (Santos B. S., 2002, 2006). Essa ampliação simbólica corresponde, no fundo, a uma forma de imaginação sociológica que objetiva um duplo propósito: “por um lado, conhecer melhor as condições de possibilidade da esperança;

por outro, definir princípios de ação que promovam a realização dessas condições” (Santos B. S., 2006, p. 256).

Fazendo um *link* para o presente estudo, cabe sublinhar que a abordagem da “sociologia das ausências” se revela de grande utilidade para a análise que se pretende realizar pela base alternativa de imaginação sociológica que lhe proporciona. Com efeito, no âmbito da presente pesquisa, afigura-se de suma importância averiguar em que medida o silenciamento de outras formas de conhecimento pela monocultura do saber biomédico tem vindo a contribuir para uma subtração e contração das possibilidades de ação no domínio dos cuidados de saúde mental, produzindo um esvaziamento das possibilidades de esperança. A “sociologia das ausências” abre-nos, precisamente, a possibilidade de ampliar esse campo de possibilidades pela forma como nos incita a colocar práticas e formas de saber subalternizadas pelo exclusivismo epistemológico científico num espaço em que a sua credibilidade possa ser discutida e as suas relações com as experiências hegemónicas possam “ser objeto de disputa política” (Santos B. S., 2006, p. 105).

E como se operacionaliza esta forma alternativa de fazer sociologia? É neste ponto, como atrás se disse, que Boaventura de Sousa Santos faz sobressair a proposta da “ecologia de saberes”. A “sociologia das ausências” opera substituindo a monocultura do saber científico por uma “ecologia de saberes”, pois só mediante “o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico” (Santos B. S., 2007, p. 23) é possível romper com o “pensamento abissal”. Operacionalizar uma “sociologia das ausências” no campo específico a que nos propomos implica, portanto, reconhecer a existência de uma diversidade ontológica e epistemológica ao nível das conceções e modos de lidar com o sofrimento mental, entendendo a biomedicina como uma forma de conhecimento entre muitas outras formas, ou seja, como um saber que se situa numa constelação plural de saberes, a que Santos (2006) dá o nome de “ecologia de saberes”:

Trata-se de uma ecologia porque assenta no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogéneos, da autonomia de cada um deles e da articulação sistémica, dinâmica e horizontal entre eles. A ecologia de saberes assenta na independência complexa entre os diferentes saberes que constituem o sistema aberto do conhecimento em processo constante da criação e renovação. (p. 157)

Dito em poucas palavras, a ecologia de saberes “baseia-se na ideia de que o conhecimento é interconhecimento” (Santos B. S., 2007, p. 23). Uma premissa fundamental desta proposta epistemológica é a convicção da incompletude de todos os saberes. Na medida em que “nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis no mundo, todas elas são, de diferentes maneiras, incompletas (Santos B. S., 2007,

p. 23). Todos os saberes possuem limites internos e externos: os internos respeitam aos limites das intervenções no real que permitem, enquanto “os externos decorrem do reconhecimento de intervenções alternativas tornadas possíveis por outras formas de conhecimento” (Santos B. S., 2007, p. 36). O princípio da incompletude aplica-se, portanto, evidentemente, à ciência e à biomedicina, o que não significa, de forma alguma, que a ecologia de saberes advogue a sua irrelevância. Trata, antes, de explorar a sua pluralidade interna – ou seja, a sua diversidade, incluindo as práticas internas alternativas que tendem a ser desconsideradas ou subalternizadas – e promover a interação e a interdependência entre os saberes terapêuticos científicos e outros saberes, não-científicos (Santos B. S., 2007).

A ecologia de saberes permite não apenas superar a monocultura do saber biomédico, mas também a ideia de que os saberes terapêuticos não científicos são alternativos ao saber médico científico. A ideia de *alternativa* tem implícita a ideia de normalidade e esta, por sua vez, a ideia de norma, “pelo que, sem mais especificações, a designação de algo como alternativo tem uma conotação latente de subalternidade” (Santos B. S., 2006, p. 107). Um bom exemplo, oferecido por Boaventura de S. Santos (2006), é o caso da biomedicina e da medicina tradicional em África. Conforme sublinha o autor, sendo a última a prevalecente, não faz qualquer sentido considerá-la alternativa à primeira. O que importa, na verdade, “é identificar os contextos e práticas em que cada uma opera e o modo como concebem saúde e doença e como superam a ignorância (sob a forma de doença não diagnosticada) em saber aplicado (sob a forma de cura)” (Santos B. S., 2006, p. 107).

A proposta epistemológica da ecologia de saberes, quando aplicada ao nosso campo de análise, visa, portanto, a promoção de uma nova forma de interação entre o saber biomédico e saberes terapêuticos “outros”. Traduz-se, na prática, em conferir “igualdade de oportunidades” às diferentes formas de conhecimento terapêutico, “visando a maximização dos seus respetivos contributos para a construção de ‘um outro mundo possível’” (Santos B. S., 2006, p. 108) ao nível do campo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental. Não se trata, como sublinha o autor, de conceder igual validade a todos os tipos de conhecimento, mas “permitir uma discussão pragmática entre critérios de validade alternativos, uma discussão que não desqualifique à partida tudo o que não se ajusta ao cânone epistemológico da ciência moderna” (Santos B. S., 2006, p. 108).

Não obstante o propósito de criar relações horizontais entre saberes, a ecologia de saberes não é incompatível com as hierarquias concretas existentes no âmbito de práticas sociais concretas (Santos B. S., 2006, 2007). O que ela rejeita, na verdade, são as “hierarquias universais e abstratas e os poderes que, através delas, têm sido naturalizados pela história”

(Santos B. S., 2006, p. 108). Deste modo, ao invés de endossar uma “hierarquia única, universal e abstrata entre os saberes, a ecologia de saberes favorece hierarquias dependentes do contexto, à luz dos resultados concretos pretendidos ou atingidos pelas diferentes formas de saber” (Santos B. S., 2007, p. 28). Portanto, ao invés de se fundar na presunção da superioridade de um modelo epistemológico face a outros – no caso, de um modelo epistemológico terapêutico (ou de cuidado) face a outros –, as hierarquias fomentadas no âmbito da ecologia de saberes são pontuais e contextuais e derivam, acima de tudo, de uma “epistemologia das consequências” (Santos B. S., 2007). Verifica-se, neste sentido, uma inversão da validação do conhecimento, com um deslocamento da capacidade em se aferirem as causas, subjacentes ao objeto delineado, para uma valorização do tipo de efeitos que são produzidos.

A ecologia de saberes não concebe os conhecimentos em abstrato, mas antes como práticas de conhecimento que possibilitam ou impedem certas intervenções no mundo real. Um pragmatismo epistemológico é, acima de tudo, justificado pelo facto de as experiências de vida dos oprimidos lhes serem inteligíveis por via de uma epistemologia das consequências. No mundo em que vivemos, as consequências vêm sempre primeiro que as causas. (Santos B. S., 2007, p. 28)

É nesta mesma linha de pragmatismo que João Arriscado Nunes (2008) se alinha com a proposta da “ecologia de saberes” de Santos (2006, 2007), realçando como a opção epistemológica de fazer depender a validade de um conhecimento da sua produção prática leva, indubitavelmente, à possibilidade de diálogo entre o saber científico e outras formas de conhecimento. Oferecendo lugar às suas palavras: “Se a demonstração da verdade de um enunciado ou da eficácia de uma ação está nas suas consequências, não fará sentido postular a exclusão *ex ante* de certas formas de descrição ou de explicação como falsas ou irracionais (Nunes, 2008, p. 63).

Ao deslocar a validade do conhecimento do laboratório científico para o universo fenomenológico da experiência, a proposta da “sociologia das ausências” e da “ecologia dos saberes” vem reconhecer a extrema importância das vozes dos próprios sujeitos, protagonistas das experiências vividas. No caso específico dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental – objeto da nossa análise –, a concretização de tal proposta obriga, pois, à inclusão dos sujeitos que têm sido silenciados pela objetificação reducionista das tecnologias biomédicas. Destarte, a linha teórica de Boaventura de Sousa Santos, quando aplicada ao campo da saúde, faz-nos transitar do domínio da produção biomédica das ausências – ausência dos sujeitos e das suas subjetividades – para o laboratório fenomenológico das experiências. Desse lugar alternativo, desestabilizador da ordem estabelecida, fazem-se presentes as vozes daqueles e daquelas que se expressam a partir da

densidade das próprias experiências de sofrimento mental, ensejando-se, nesse mesmo passo, a visibilização dos universos afetivos, culturais, sociais e políticos a partir dos quais essas experiências se vocalizam (Cruz, 2013).

Incitar as vozes silenciadas, cedendo-lhes espaço para se expressarem, constitui-se como ponto nevrálgico na construção do presente objeto de pesquisa, pelo que, seguidamente, me focarei um pouco mais na problematização desse tema.

1.3. Das vozes que contam: a diversidade epistemológica a partir do laboratório fenomenológico da experiência

Foram já vários os momentos em que dei conta de como a biomedicina se consagrou como “a medicina”, a única real e legítima (Hahn & Kleinman, 1983), estabelecendo uma “linha abissal” (Santos, 2007) a partir da qual se demarcou e distanciou de todos os saberes não coadunáveis com a sua lógica objetiva, comprovável e generalizável. No desdobramento desse processo, o saber feito das certezas da razão (Silva L. F., 2013) não se limitou a excluir e a deslegitimar outros sistemas terapêuticos, tendo produzido igualmente – e *quicá* primordialmente – a subalternização das vozes dos sujeitos a quem, significativamente, chama de “doentes” ou “pacientes”. De facto, a relação entre profissionais médicos e “doentes” não apenas tem servido de palco para o “teatro nosológico” (Foucault, 1999) da patologização e normalização (Foucault, 1999; Canguilhem, 2009), como também para a subalternização daqueles últimos enquanto agentes epistémicos (Cruz, 2013). Do/a “doente” é esperada uma posição passiva, de conformação ao clássico *papel de bom doente* – tal como tipificado por Parsons (1991) na década de 50 – que cumpre rigorosa e passivamente as orientações prescritas por quem desempenha o papel de profissional da biomedicina.

Herdeira, como se viu, da revolução científica moderna (*vide* capítulo 1), a biomedicina foi profundamente influenciada pela separação sujeito-objeto, sujeito-natureza, introduzida por Descartes, a partir da qual se passou a acreditar que a natureza poderia ser descrita objetivamente e imparcialmente, independentemente do observador humano (Santos B. S., 1996; Wilber, 2007; Capra, 2009). Tendo esse processo sido alvo de problematização no primeiro capítulo, faz-se agora desnecessário esse aprofundamento. Remetendo-nos para essa anterior exposição, importa lembrar, tão somente, como as repercussões dessa separação ainda hoje se fazem sentir no modelo médico hegemónico. Ao transformar, por um lado, a razão médica (personificada pelo/a profissional) em “sujeito conhecedor” e, por outro, o sujeito da doença (personificado pelo/a “doente”) em “objeto

cognoscível”, a lógica cientificista biomédica veio introduzir uma cisão fundamental entre objetividade e subjetividade, vertida, em última análise, na negligência das dimensões subjetiva, fenomenológica e experiencial inerentes ao sofrimento humano (Camargo, 1992; Guedes *et al.*, 2006; Alves F., 2011; Silva L. F., 2013).

Negada a possibilidade de construção ontológica para lá da nosologia do aparato biomédico, a relação entre “doentes” e profissionais tem-se nutrido da desqualificação do campo de saberes, sentimentos e experiências de que os primeiros se fazem portadores. Avessos à “instância teórica unitária que pretenderia filtrá-los, hierarquizá-los ou ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro” (Foucault, 2005a, p. 13), esses universos culturais, simbólicos e subjetivos fogem à linearidade de uma racionalidade que, não os conseguindo compreender e controlar, opta, alternativamente, por os silenciar ou classificar como pertencentes ao domínio da irracionalidade, crença, superstição ou ignorância (Alves F., 2011, 2013, 2015; Silva L. F., 2013).

Acontece que esse domínio que a ciência biomédica tende a remeter para o campo do ilógico, na verdade, nada tem de irracional, correspondendo antes a uma racionalidade de tipo distinto, que opera segundo “lógicas complexas que envolvem a subjetividade da experiência humana com os seus valores, símbolos e crenças” (Silva L. F., 2012, p. 16). Lógicas que, reportando-se a conhecimentos, saberes e práticas que circulam no mundo da vida (Silva L. F. & Alves, 2011; Silva L. F., 2012; Alves F., 2015), são sempre contextuais, ancoradas em distintos contextos socioculturais de produção de representações, sentidos e significados que modelam diferentes experiências, comportamentos e opções de vida (Kleinman, 1988; Helman, 2007; Alves F., 2011, 2015; Silva L. F. & Alves, 2011; Silva L. F., 2012). Trata-se de racionalidades leigas³¹ (plurais) que, traduzindo a necessidade humana de “dar significados ao que existe, em saber porquê e para quê existe (ao que a ciência não dá resposta)” (Silva L. F., 2013), se referem:

[...] à forma como os sujeitos constroem significados e sentidos para os fenómenos da experiência, tendo como referência a ordem social e cultural e convocando as múltiplas dimensões onde a vida se desenrola (o natural, o mágico, o religioso, o sociopolítico, etc.), proporcionando, assim, a reconstrução contínua e reflexiva dos saberes e da ação em torno dos fenómenos onde são requeridos. (Alves F., 2015, p. 117)

³¹ Em Portugal, duas autoras em particular têm-se dedicado à problematização teórica e à pesquisa empírica das racionalidades leigas no campo da saúde. São elas Fátima Alves e Luísa Ferreira da Silva, que, ora individualmente (e.g., Alves, 2011, 2013, 2015; Silva, 2012, 2013), ora em coautoria (e.g., Silva & Alves, 2011), têm sido responsáveis pelo grosso da produção científica a esse nível. Fátima Alves tem-se debruçado sobre o domínio específico do sofrimento mental. Da sua produção académica, destaca-se a obra “A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre a saúde e doença mental” (Alves, 2011).

Considerar as racionalidades leigas ao nível do estudo do sofrimento mental implica, então, dar voz à pluralidade de representações, sentidos e significados implícitos em tais experiências subjetivas de sofrimento. Por muito distante que essa pluralidade de concepções possa estar da “normatividade nosográfica e diagnóstica que orienta o saber psiquiátrico” (Alves F. & Nicolau, 2017, p. 800), ela é sempre tradutora de “expressões válidas de saber” que importa conhecer (Alves F. & Nicolau, 2017, p. 799). O reconhecimento da importância das “vozes leigas”, protagonistas das experiências de sofrimento mental, acontece, portanto, em contramão ao movimento de oposição da ciência ao senso comum, responsável pela cristalização do último no campo do “superficial, ilusório e falso” (Santos B. S., 2000, p. 100). Acontece, enfim, no seio da emergência do “novo paradigma” – “paradigma emergente” (Santos B. S., 1996, 2000) –, onde as tradicionais dicotomias (natureza/cultura, matéria/espírito, sujeito/objeto, etc.) tendem a ser superadas por uma visão ecológica, “em que observador e observado, objetivo e subjetivo, se ligam com continuidade em vez de se oporem como entidades distintas” (Silva L. F., 2013, p. 173). Já não se descarta o senso comum como irracional, antes nele se reconhece uma outra forma de racionalidade, prática e pragmática (Alves F., 2011; Santos B. S., 2000; Silva L. F., 2013), portadora de elevado potencial emancipatório tanto pelo modo como vem “enriquecer a nossa relação com o mundo” (Santos B. S., 2000, p. 101) como pelo modo como vem permitir a compreensão da complexidade desse mesmo mundo (Dubet, 1994; Santos B. S., 2000; Morin, 2005; Silva L. F., 2013).

2. Construindo um objeto de pesquisa (II): indagações, objetivos, contexto(s) e aspetos metodológicos

2.1. Indagações e objetivos da pesquisa

Importa, então, traçar de forma mais clara e sistemática as indagações e objetivos da pesquisa, condensando e problematizando as grandes linhas dos contributos teóricos previamente convocados.

Cumprir-me lembrar, antes de mais, que o ponto de partida que mobiliza esta tese é o reconhecimento da urgência de se caminhar para um novo paradigma de cuidados dirigidos ao sofrimento mental, que, rompendo com o pensamento biomédico “abissal” (Santos B. S., 2007) e com os reducionismos por ele produzidos, se oriente pelo ideal ético-político da integralidade (tal como anteriormente conceptualizado). Parte-se também da

premissa de que um dos grandes obstáculos – senão mesmo o maior – à superação do paradigma biomédico dominante reside na persistente representação essencialista da sua suposta superioridade, que o naturaliza como o único modelo médico verdadeiro, legítimo e universal.

Mobilizando a proposta teórica da “sociologia das ausências” (Santos B. S., 2006), sustento a ideia de que as condições de edificação de um novo paradigma passam, necessariamente, pelo questionamento da hegemonia (reducionista) biomédica e por fazer sair do domínio da invisibilidade e do “desperdício da experiência” (Santos B. S., 2006) outros/as protagonistas sociais (a começar pelos/as protagonistas das experiências de sofrimento), outras formas de cuidado e outros saberes terapêuticos, que, por via do “pensamento abissal” (Santos B. S., 2007), foram subalternizados ou até mesmo invisibilizados enquanto agentes válidos no enfrentamento do sofrimento mental.

De facto, como se viu, o ideal ético-político da integralidade tem no diálogo entre diferentes saberes/epistemologias de cuidado um dos grandes pilares do “agir responsável em saúde” (Pinheiro, 2007), essencial à conciliação do *cuidado* e da *justiça* (Tronto, 1993; Teixeira, 2007; Zoboli, 2007; Gerhardt *et al.*, 2010). Fundada numa perspectiva ética e democrática, a abordagem do “cuidado integral” coloca a tónica na autonomia e direito de escolha dos sujeitos (“cidadania no cuidado”) e na promoção de respostas adequadas (não padronizadas) às necessidades multidimensionais e singulares dos mesmos (Costa & Lionço, 2006; Pinheiro & Luz, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011). Incompatível com perspetivas unilaterais e verticalizadas – onde apenas as vozes da racionalidade científica e dos agentes tecnocráticos se fazem ouvir (Pinheiro, 2010; Trad, 2010) –, a abordagem da integralidade mobiliza-nos, portanto, a olhar a problemática dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental sob uma nova ótica: a compreensão e promoção de respostas às necessidades humanas (multidimensionais) a partir da implementação de metodologias participativas e tecnologias dialógicas. Defende-se, então, especificamente, sob a influência da proposta da “ecologia de saberes” (Santos B. S., 2006, 2007), que a construção de um modelo ecológico de cuidados pautado pelo ideal ético-político da integralidade se faz credora, acima de tudo, da implementação de formas de diálogo e interação entre diferentes protagonistas sociais e entre diferentes saberes/epistemologias de cuidado, que se consubstanciam em diferentes modos de conceber e cuidar as/das experiências de sofrimento mental. A presente pesquisa parte, pois, da ideia-base de que a prossecução da integralidade no campo do enfrentamento do sofrimento mental só se torna possível mediante a construção de uma “ecologia de cuidados” (Nunes & Louvison, 2020).

Enquanto objetivo geral, proponho-me, então, contribuir para a ampliação do campo de possibilidades de ação no domínio dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental, visibilizando significados/explicações, concepções, práticas, saberes terapêuticos e formas de cuidar situados/as para lá do exclusivismo epistemológico biomédico, que contribuam para o conhecimento das “condições de possibilidade de esperança” (Santos B. S., 2002, p. 256) de construção de um modelo ecológico de cuidados pautado pela integralidade. Reconhecendo a importância de uma “ecologia de saberes” (Santos B. S., 2006, 2007) no campo dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental – ou seja, reconhecendo a importância de uma “ecologia de cuidados” (Nunes & Louvison, 2020) –, a proposta é, portanto, a de visibilizar a diversidade ontológica e epistemológica que povoa esse campo, resgatando espectros mais amplos de percepções, ações, saberes e agentes sociais (Santos B. S. & Meneses, 2009), localizados para lá daquilo que o poder médico hegemônico define como sendo “o legítimo” ou “o mais importante”. Conforme ficou claro na exposição anterior (a respeito da proposta teórica da “ecologia de saberes”), não se trata, de modo algum, de negar a importância da biomedicina ou, mais especificamente, da psiquiatria. Com efeito, no âmbito do presente trabalho, não se deixa de reconhecer a enorme relevância dos saberes e práticas biomédicas no campo do enfrentamento do sofrimento mental. Com base na premissa teórica da “ecologia de saberes”, sustenta-se, todavia, que o saber biomédico, como qualquer outro tipo de saber, é incompleto e que a manutenção da sua hegemonia (silenciadora de outros saberes e práticas) é manifestamente incompatível com o *ideal ético-político da integralidade*.

Assumindo que “nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis no mundo” (Santos B. S., 2007: 27), defende-se, no âmbito da presente pesquisa, que as condições para a construção da *integralidade* residem na promoção de formas de diálogo e interação entre diferentes agentes sociais e entre diferentes epistemologias e práticas de cuidado, de base científica e não científica (Santos B. S., 2007). Tratando-se o sofrimento mental de um fenômeno complexo e multidimensional, proponho-me averiguar em que medida cada forma de saber (identificada) supera a “ignorância” das outras, procurando perscrutar, em última análise, a potencialidade de cada uma delas na construção de “um outro mundo possível” (Santos B. S., 2006, p. 108), o da *integralidade* no campo dos cuidados de saúde.

Em decorrência da reflexão teórica precedente, torna-se claro que a possibilidade de tal averiguação não se dá por via da racionalidade científica (objetiva), mas por via daquilo que Boaventura de S. Santos (2007) designa por “epistemologia das consequências”,

ou seja, olhando aos efeitos (subjetivamente) validados pelos próprios sujeitos, protagonistas das experiências. É assim que as “vozes leigas”, portadoras das suas próprias explicações, lógicas de ação, de interpretação e de avaliação – formas de racionalidade tão válidas quanto a da racionalidade científica (Silva L. F. & Alves, 2011; Silva L. F., 2012; Alves F., 2015) –, assumem crucial importância nesta pesquisa. Nelas se reconhece o elemento mediador por excelência do conhecimento e compreensão que possamos vir a ter sobre o objeto de estudo delineado. Com efeito, a pertinência das vozes leigas no campo específico do estudo do sofrimento mental fundamenta-se na premissa de que elas se constituem como o *locus* privilegiado de acesso “ao saber mobilizado no quotidiano que organiza e direciona interpretações, concepções e ações na construção de trajetórias” (Alves F. & Nicolau, 2017, p. 800). Possibilitando iluminar representações, intencionalidades e interpretações dos sujeitos, tanto em relação ao modelo biomédico como em relação à procura de outras soluções de cuidado, a inclusão das vozes leigas responde, ademais, ao grande ideário do princípio da integralidade. De facto, como atrás se viu, o ideal ético-político da integralidade, na sua própria essência, assume o compromisso de dar voz aos sujeitos, reconhecendo-os como protagonistas (ontológicos e epistémicos) das suas próprias histórias, detentores de capacidade de escolha e de participação ativa nos processos que afetam as suas próprias vidas (Ayres, 2007).

Sustenta-se, portanto, no âmbito desta tese, que as lógicas de interpretação e ação dos sujeitos perante o sofrimento mental não se reduzem a um tipo de papel programado por um determinado sistema social, correspondendo, antes, a uma pluralidade de modos de sentir, interpretar e agir que remetem para uma pluralidade de contextos socioculturais (Dubet, 1994) – contextos a partir dos quais se expressam, do qual recebem influências e nos quais são (re)elaborados (Alves F. & Nicolau, 2017). Defende-se, na linha da “sociologia da experiência”, preconizada por Dubet (1994), que é mergulhando no universo fenomenológico das experiências das pessoas (tradicionalmente silenciadas pelo sistema biomédico) que poderemos, então, aceder a essa dimensão subjetiva privilegiada, que nos desvelará, enfim, a diversidade ontológica e epistemológica que povoa o campo de perceções, explicações e ações no domínio do sofrimento mental.

Nesse sentido, e formulando objetivos mais específicos, proponho-me perscrutar as *experiências vividas* de sofrimento mental de um conjunto de homens e mulheres e analisar os modos de construção das suas trajetórias de cuidado. Almejo, por um lado, resgatar a subjetividade das experiências de sofrimento (dimensão silenciada pelo poder biomédico hegemónico), procurando compreender a tessitura das mesmas, as explicações sobre as suas

origens e as formas sob as quais se manifestam e repercutem nas várias fases e esferas das vidas das pessoas. Pretendo, por outro lado, reconstituir as trajetórias de cuidado, procurando averiguar todas (ênfasis “todas”) as ações empreendidas no sentido do enfrentamento das experiências de sofrimento: desde as ações mais íntimas, desenvolvidas internamente ou em espaços próximos/informais de cuidado, passando pela mobilização de ajuda no sistema oficial (dito convencional) de cuidados (tanto público quanto privado), até à procura de respostas no universo vastíssimo de saberes e práticas “outras” de cuidado, sejam elas de natureza espiritual, artística, ou práticas comumente subsumidas aos rótulos de “não convencionais”, “tradicionais”, “complementares e alternativas”, etc. O espectro de saberes e práticas “outras” pode ser (e certamente será) bem mais amplo do que se supõe, sendo o grande objetivo, a esse nível, o de conseguir captar e visibilizar.

No que respeita às trajetórias de cuidado trilhadas por esse conjunto de homens e mulheres no sistema público de saúde – ou seja, no Serviço Nacional de Saúde (SNS) –, é objetivo deste trabalho identificar o tipo de respostas aí oferecidas e compreender em que medida as mesmas se aproximam ou se distanciam do ideal ético-político da integralidade (tal como conceptualizado anteriormente), analisando, concomitantemente, de que forma(s) elas se refletem (que consequências?) nas respetivas experiências de sofrimento, na produção de subjetividades e nos percursos de vida em geral. A este nível, e atendendo a um contexto político nacional marcado (pelo menos retoricamente) por intenções de mudanças no atual paradigma dominante de cuidados de saúde mental (contexto político sobre o qual falarei no próximo ponto), tomo por objetivo não apenas analisar trajetórias trilhadas no âmbito de serviços hospitalares (serviços que, atualmente, representam o modelo hegemónico), mas também trajetórias trilhadas no âmbito de um serviço comunitário – uma Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC) –; um serviço criado já no âmbito do Plano Nacional de Ação 2007-2016. No próximo ponto aprofundarei as razões desta opção.

Na esteira do que já se disse antes, é ainda propósito deste trabalho analisar em que medida (e de que formas) os homens e as mulheres que compõem a pesquisa mobilizam recursos, saberes e práticas “outras” – i.e., “do outro lado da linha” (Santos B. S., 2007) – para lidar com as suas experiências de sofrimento mental. Neste âmbito, interessa-me muito particularmente compreender em que medida esse universo “outro” de cuidados é mobilizado no sentido de superar as fragilidades e as lacunas deixadas a descoberto pelo sistema público de cuidados – seja ao nível de serviços de âmbito hospitalar, seja ao nível de serviços de proximidade (como é o caso do serviço prestado por uma Equipa de Saúde Mental Comunitária). Em que medida tais possibilidades “outras” de cuidado superam ou

colmatam eventuais debilidades e vazios desses serviços públicos? Que tipo de obstáculos ou constrangimentos se impõem a essa mobilização? Em que medida existe (ou não) uma comunicação e um diálogo entre práticas do sistema público de saúde e saberes/práticas (“outras”) mobilizadas para lá desse mesmo sistema? Que eventuais fatores se constituem como obstáculos a essa comunicação e a esse diálogo?

Finalmente, da mesma forma que me proponho perscrutar as consequências – na ótica da designada “epistemologia das consequências” (Santos B. S., 2007) – produzidas pelas práticas do sistema público de saúde nas vidas dos/as protagonistas das experiências, proponho-me fazê-lo, também, relativamente a esse campo de epistemologias e práticas “outras” de cuidado. Ao procurar averiguar as consequências produzidas nas vidas dessas pessoas, almejo, em última análise, apreender tanto as fragilidades quanto as virtualidades dessas formas de cuidado e, assim, trazer luz sobre as suas potencialidades na construção de “um outro mundo possível” (Santos B. S., 2006, p. 108): a construção de um modelo ecológico de cuidados pautado pelo ideal ético-político da integralidade.

2.2. Contexto(s) da pesquisa

2.2.1. Contexto macro: sistema público português de saúde mental

Para melhor delimitar a pesquisa, faz-se necessário enquadrá-la no contexto macro onde se situa, a saber: o sistema público português de cuidados de saúde mental. Essa contextualização será breve, uma vez que a mesma se encontra exaustivamente detalhada em outras publicações (e.g., Hespanha *et al.*, 2012; Caldas-de-Almeida, 2018; Zózimo, 2022); de entre as quais destaco a Tese de Doutoramento de Joana Zózimo (2022, pp. 33-62), que, pela sua maior atualidade, consegue dar conta dos desenvolvimentos mais recentes nas políticas públicas de saúde mental, incluindo os que ocorreram no período Covid-19.

Genericamente, importa referir que – não obstante a promulgação precoce (desde 1963) de legislação defensora da filosofia de desinstitucionalização³² e de um Plano de Ação (CNRSSM, 2007) que veio definir, clarificar e aprofundar as linhas de implementação da

³² A filosofia da desinstitucionalização nasce no pós II Guerra-Mundial, numa atmosfera densa de desejos de renovação social, correspondendo à ideia de superação do então paradigma vigente de cuidados psiquiátricos, assente em instituições totais, de tipo asilar (Goffman, 1968), por um modelo de cuidados integrados na própria comunidade. Em termos filosóficos, a desinstitucionalização é considerada como um processo que deve ir muito além de uma simples deslocalização de serviços psiquiátricos dos hospitais para a comunidade (Bachrach, 1976). Pressupõe a criação de uma rede de serviços de proximidade, “costurados” às necessidades singulares e multidimensionais de cada pessoa (Lamb & Bachrach, 2001); serviços promotores de bem-estar integral, autonomia e inclusão na comunidade (Lamb & Bachrach, 2001; Thornicroft & Tansella, 2008).

mesma – o sistema público de cuidados de saúde mental em Portugal figura, ainda nos dias de hoje, como modelo hegemonicamente hospitalocêntrico/biomédico³³. O último relatório de avaliação da reforma dos serviços de saúde mental (CTARSM, 2017) aponta, precisamente, nesse sentido, dando conta de como o sistema público de cuidados de saúde mental permanece excessivamente centrado em serviços hospitalares (consultas de psiquiatria, internamento, urgências e hospital de dia) e em profissionais médicos/as (de psiquiatria), sendo o número de profissionais não médicos/as muito insuficiente (psicólogas/os, técnicas/os de serviço social, terapeutas ocupacionais, etc.), assim como muito insuficientes os equipamentos e serviços comunitários de carácter psicossocial (e.g., equipas comunitárias, fóruns sociocupacionais, unidades residenciais, medidas de inserção laboral, etc.). De facto, o referido relatório dá conta do enorme vazio de oferta de serviços na comunidade, referindo como as medidas previstas no Plano de Ação 2007-2016 (CNRSSM, 2007), no sentido da implementação de equipamentos e respostas multidisciplinares de proximidade, na sua esmagadora maioria não se concretizaram. Em 2011, uma equipa de missão da OMS, no âmbito de uma avaliação externa aos progressos do mesmo Plano de Ação, já havia apontado muitos desses problemas, traçando um cenário muito preocupante para a realidade portuguesa. No respetivo documento de avaliação (WHO, 2011), a OMS refere-se explicitamente à predominância de uma cultura biomédica nos serviços de saúde mental portugueses (centrada na farmacologização do sofrimento³⁴ e na hegemonia da instituição hospitalar) e à enorme escassez de respostas de cuidado na comunidade.

Na verdade, falar em cuidados de saúde mental na comunidade tem significado quase que unicamente remetermo-nos ao papel das famílias, em situação de enorme vulnerabilidade e sobrecarga (Hespanha *et al.*, 2012; Nogueira, 2012, 2013; Portugal *et al.*,

³³ De facto, a implementação do *Plano de Ação 2007-2016* (CNRSSM, 2007) não decorreu conforme previsto. Praticamente, os únicos progressos registados, em consonância com o que estava planeado, deram-se ao nível do desmantelamento e reestruturação dos grandes hospitais psiquiátricos. A grande inovação residiu, com efeito, no encerramento de muitos dos hospitais psiquiátricos ou na sua reestruturação, com a transição de muitos dos seus serviços para os hospitais gerais distritais. No âmbito desse processo, conseguiu-se igualmente avançar com a preconizada retirada dos chamados “doentes residentes” dos grandes hospitais psiquiátricos. Todavia, em grande medida, essas pessoas foram transitadas para instituições com características de tipo asilar, não se cumprindo, assim, a sua efetiva desinstitucionalização (Caldas-de-Almeida, 2018, pp. 109-110).

³⁴ Como refere Joana Zózimo (2022), analisando fontes oficiais de informação estatística, em Portugal, “o recurso a que as pessoas têm maior facilidade de acesso é a medicação [...], sendo que esta é comparticipada pelo SNS, por vezes quase na totalidade, para problemas de sofrimento mental considerados graves como a psicose” (p. 52). A autora sublinha ainda como “as estatísticas dos medicamentos demonstram o peso dos psicofármacos no orçamento do SNS, que tem crescido consistentemente nos últimos 30 anos” (p. 52), constituindo-se os medicamentos para o Sistema Nervoso Central como o segundo grupo com maiores encargos para o SNS.

2014), bem como ao papel de um reduzido número de organizações do terceiro setor, caracterizadas por grandes fragilidades e limitações (Portugal & Nogueira, 2010; Hespanha *et al.*, 2012).

De facto, é sabido que em Portugal o modelo de proteção social se caracteriza por uma complexa articulação entre Estado e organizações do chamado terceiro setor³⁵. Tais organizações da sociedade civil (simultaneamente não governamentais e não lucrativas) têm desempenhado um papel fulcral na provisão de serviços sociais, preenchendo muitas lacunas da (não) intervenção estatal³⁶. Ora, à semelhança do que acontece em outras áreas sociais, a importância de organizações do terceiro setor também se faz sentir no domínio dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental (sobretudo ao nível do que a psiquiatria designa por “doença mental grave”). Em estudo anterior (Hespanha *et al.*, 2012) – estudo a que me referirei com mais detalhe daqui a pouco –, tivemos oportunidade de atestar esse papel, realizando um mapeamento das organizações da sociedade civil que prestam apoio a pessoas com experiências de sofrimento mental e suas famílias. Apesar do papel de grande relevância dessas organizações (dada a forma como preenchem o vazio deixado pelo Estado Social), verificámos que as respostas produzidas pelas mesmas são muito frágeis e insuficientes, ficando muito aquém das amplas necessidades registadas no país. À data do estudo (período 2008-2010), identificámos profundas assimetrias regionais na sua implementação: mais de metade das organizações atuava na área de Lisboa e Vale do Tejo, enquanto numa região do país, o Alentejo, não se assinalava a presença de uma única organização.

Uma outra característica que importa realçar, relativamente ao papel dessas organizações do terceiro setor, diz respeito ao facto de, na sua grande maioria, terem nascido no âmbito de instituições hospitalares, por iniciativa de profissionais de saúde³⁷, e não por mobilização de pessoas com *experiências vividas* de sofrimento mental e/ou por suas

³⁵ Para uma caracterização exaustiva deste modelo, cf. p. ex., Santos B. S. (1993); Hespanha (1999, 2001) e Hespanha *et al.* (2000).

³⁶ Esse papel tem ocorrido por delegação do próprio Estado, que transfere para as mesmas elevadas percentagens do seu orçamento (Hespanha *et al.*, 2000; Hespanha & Portugal, 2015). Ainda que não possam ser consideradas como uma alternativa ao Estado Social, com o que este representa ao nível da garantia de universalidade e de direitos de cidadania, a ação destas organizações tem vindo a ser reconhecida como fundamental pela forma como responde a muitas das necessidades sociais da população portuguesa (Hespanha & Portugal, 2015).

³⁷ De facto, conforme mostrámos em Hespanha *et al.* (2012, pp. 176-177), grande parte das organizações da sociedade civil atuantes no domínio dos cuidados de saúde mental foram fundadas por profissionais de instituições hospitalares, como forma de colmatar as insuficiências das suas respostas. As necessidades sentidas por profissionais de saúde mental conjugaram-se, na década de 1990 (altura em que a maioria das organizações foi fundada), com possibilidades de financiamento público e com um enquadramento político-legal favorável “à capacitação financeira de ONG para a organização de programas e equipamentos sociais orientados para a desinstitucionalização e inserção comunitária” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 177).

famílias (Hespanha *et al.*, 2012, pp. 175-178). Temos, portanto, que um traço marcante dessas organizações da sociedade civil não é a representação e mobilização/participação das próprias pessoas protagonistas das experiências, mas a prestação de serviços de apoio, por iniciativa de profissionais que, atuando em instituições hospitalares, se sentiram impelidos à criação de respostas alternativas na comunidade, capazes de responder às necessidades sociais identificadas no âmbito do atendimento hospitalar. Considerando este facto, melhor se compreende o viés (bio)psiquiátrico presente em muitas dessas organizações, que (não obstante a oferta de respostas psicossociais) acabam por agir sob a égide de muitas das mesmas lógicas biomédicas que regem as instituições hospitalares (Portugal & Nogueira, 2010; Hespanha *et al.*, 2012). Ainda no que respeita à mobilização da sociedade civil, não podemos deixar de assinalar que a baixíssima capacidade de organização cívica de pessoas com experiências vividas de sofrimento mental se reflete, sem surpresa, numa ausência de capacidade de reivindicação e de participação no desenho e edificação de políticas de saúde mental³⁸.

Finalmente, ao terminar esta contextualização sobre o sistema público português de cuidados de saúde mental, há que se fazer uma breve menção à relação desse sistema com epistemologias/práticas “outras” de cuidado – práticas comumente subsumidas aos rótulos de “não convencionais”, “tradicionais”, alternativas e complementares”, etc. Ao contrário do que acontece em outros países, como, por exemplo, no Brasil – onde, como forma de garantir a integralidade na atenção à saúde pública, se encontra em vigor, desde 2006, uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Serviço Único de Saúde –, o Serviço Nacional de Saúde português não integra esse outro campo de possibilidades terapêuticas, restringindo a sua oferta a práticas ditas oficiais ou “convencionais”, legitimadas pelo crivo académico e científico. O acesso a esse universo de práticas fica assim, em Portugal, restrito à esfera privada³⁹. Para um aprofundamento deste tema, sugere-se a Tese de Doutoramento de Elsa Pegado (2017). No seu trabalho, a autora discorre,

³⁸ De resto, há que sublinhar que essa ausência de participação de cidadãos/ãos com experiências de sofrimento mental na definição e construção de políticas de saúde mental se enquadra num quadro nacional bem mais lato. De facto, um traço marcante da realidade portuguesa – que se relaciona, em grande medida, com a herança da repressão ditatorial –, consiste numa grande distância entre “representantes” e “representados” (Santos B. S., 1997, p. 62), que tem favorecido uma baixa mobilização cívica na vida pública e política em geral. Essa realidade, tal como apontado por Mauro Serapioni (2016), reflete-se de forma muito particular ao nível da participação no sistema de saúde português. Ainda que sucessivos Planos de Ação tenham vindo a preconizar medidas no sentido da promoção dessa participação, na realidade, a mesma continua a configurar um fenómeno muito insipiente, sobretudo quando comparado “com a grande tradição participativa desenvolvida nos países anglo-saxónicos do norte da Europa” (Serapioni, 2016, p. 149).

³⁹ Adiante, em capítulo posterior, retomarei este assunto, colocando em foco as consequências deste condicionamento nas trajetórias em análise.

inclusivamente, sobre os obstáculos corporativistas biomédicos – protagonizados pela Ordem dos Médicos –, erigidos à regulamentação destas terapêuticas ditas “não convencionais” em Portugal (Pegado, 2017, pp. 125-128).

2.2.2. Contextos específicos a partir dos quais se desenvolve a pesquisa

Traçado que está o grande “pano de fundo” político que emoldura a presente pesquisa, é chegado o momento de apresentar os contextos de análise específicos que elegi para o desenvolvimento do trabalho empírico. Um pouco atrás, aquando da apresentação das indagações e objetivos, antecipei esses contextos, referindo-me à intenção de analisar trajetórias trilhadas no SNS, tanto no âmbito de um serviço hospitalar como no âmbito de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária. Ora, são esses, efetivamente, os dois grandes contextos de partida da pesquisa, a partir dos quais foram convidadas a participar a grande maioria⁴⁰ das pessoas com experiências de sofrimento mental que integram o estudo empírico. Importa esclarecer o porquê da seleção desses contextos: o que me levou a elegê-los como portas de entrada para o conhecimento e análise de um conjunto de experiências de sofrimento mental e respetivas trajetórias de cuidado?

Tendo esta investigação como objetivo central contribuir para o conhecimento das condições de construção de um modelo ecológico de cuidados pautado pelo ideal ético-político da integralidade, faz-se necessário, antes de tudo o mais, identificar e analisar essas condições no seio daquele que é atualmente o modelo público de cuidados dirigidos ao sofrimento mental, ou seja, o modelo plasmado no SNS⁴¹. Ora, se o contexto hospitalar representa o modelo público que ainda prevalece como paradigma hegemónico, a Equipa de Saúde Mental Comunitária, como desenvolverei adiante, representa, em grande medida, o novo paradigma que o Plano de Ação 2007-2016 (CNRSSM, 2007) visa implementar. Já em seguida, em dois momentos distintos, passo a explicitar com mais detalhe os contornos de ambos os contextos no âmbito do presente estudo e as razões de os eleger como contextos de análise empírica.

⁴⁰ Refiro “a grande maioria” na medida em que quatro pessoas foram recrutadas de uma outra forma, que explicitarei um pouco adiante, no ponto dedicado às notas metodológicas.

⁴¹ Ou seja, o modelo público de cuidados de saúde, que, respondendo ao artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa consagra a proteção da saúde como um direito de todas/os, universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais das/os cidadãs/ãos, tendencialmente gratuito.

O contexto (revisitado) de uma instituição hospitalar

Conforme se viu no ponto anterior, dedicado à apresentação do contexto macro que emoldura a pesquisa, o sistema público de cuidados de saúde mental, pese embora uma retórica de defesa de cuidados na comunidade, tem nos serviços hospitalares o seu centro nevrálgico. Constituindo-se o *hospitalocentrismo* como o paradigma dominante, considero de toda a relevância tomar o contexto de um serviço hospitalar como um dos pontos de recrutamento empírico, de modo a conhecer e analisar experiências de sofrimento mental e trajetórias de cuidado que se construíram e desenvolveram nesse âmbito. Ora, nesse sentido, tomei a decisão de retomar o contexto de pesquisa que serviu de base a um projeto de investigação em que participei anteriormente, coordenado por Pedro Hespanha, no período 2008-2010, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Refiro-me ao projeto “A desinstitucionalização da doença mental em Portugal”⁴², financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT PTDC/SDE/65653/2006), cujos resultados foram vertidos em Hespanha *et al.* (2012) – publicação já por várias vezes citada nesta tese.

Tratou-se de um estudo pioneiro em Portugal sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. O projeto foi desenvolvido a partir de uma instituição hospitalar, tendo envolvido uma análise qualitativa das relações entre a instituição e as pessoas com experiências de sofrimento mental (por ela acompanhadas), suas famílias e seu meio de origem⁴³. O início do projeto de investigação coincidiu com o início da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNRSSM, 2007), o que veio a ter um “impacto inesperado no estudo, tornando-o também uma oportunidade para conhecer o decurso da reforma a partir de uma instituição, ela própria, objeto dessa reforma” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 19). No âmbito desse estudo, e, como se disse, a partir do contexto de uma instituição hospitalar psiquiátrica, foram realizadas vinte entrevistas em profundidade a pessoas com diagnósticos psiquiátricos⁴⁴. Essas pessoas foram selecionadas através do contacto com a instituição hospitalar, tendo havido a preocupação em conhecer

⁴² Para além de Pedro Hespanha, enquanto coordenador, participaram nesse projeto, enquanto investigadores/as principais, Sílvia Portugal, José Morgado Pereira e Maria José Hespanha. A minha participação ocorreu enquanto bolsista de investigação científica.

⁴³ Em termos muito genéricos, o projeto de investigação teve como objetivo conhecer aprofundadamente as relações que se estabelecem entre os serviços de saúde mental e as/os protagonistas das experiências (pessoas com diagnósticos de doença mental e suas famílias), procurando identificar os agentes de produção de cuidados e os respetivos modos de ação. Propôs-se avaliar o impacto do processo da desinstitucionalização nos serviços de saúde mental e nas vidas dos/as protagonistas das experiências, assim como compreender o modo como se articulam cuidados formais e cuidados informais de saúde mental (Hespanha *et al.*, 2012, p. 10).

⁴⁴ Desse conjunto de vinte pessoas, oito tinham diagnóstico de esquizofrenia, dez diagnóstico de doença bipolar e duas diagnóstico indefinido entre esquizofrenia e doença bipolar (Hespanha *et al.*, 2012, p. 21).

casos com diferentes experiências de institucionalização e de convivência com a respetiva realidade hospitalar⁴⁵. Em *bola de neve*, as pessoas sinalizadas “conduziram ao estudo dos seus agregados familiares e das suas redes sociais, formais e informais” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 21). A reconstituição dessas redes deu lugar a mais vinte e oito entrevistas, desta feita realizadas com cônjuges, filhos/as, irmãos/irmãs, pais/mães, primos/as, vizinhos/as; amigos/as, responsáveis por Juntas de Freguesia, organizações religiosas e associações locais.

Como se disse, nesta tese, foi tomada a decisão de retomar essa anterior pesquisa, voltando a entrevistar algumas das pessoas (quinze de um total de vinte) com experiências de sofrimento mental (e também alguns elementos de suas redes de cuidado) que havíamos contactado e entrevistado nesse âmbito. A opção de voltar a contactar e entrevistar este conjunto de pessoas revelou-se uma opção deveras pertinente e interessante pelo facto de possibilitar realizar aquilo que podemos designar como um estudo longitudinal; um estudo que nos permitirá, volvidos cerca de 10 anos⁴⁶, analisar o desdobramento das experiências de sofrimento e das respetivas trajetórias de cuidado e trajetórias de vida em geral. Um estudo, enfim, que nos oferece a possibilidade de acompanhar a evolução da própria política nacional de reforma dos serviços públicos de saúde mental. Com efeito, ao analisar as trajetórias deste conjunto de pessoas darei especial enfoque ao modo como a implementação do Plano de Ação 2007-2016 se refletiu (ou não) nas suas trajetórias de cuidado, procurando responder a um conjunto de questões: i) num cenário de mudanças e (im)permanências institucionais, o que realmente se transformou e/ou permaneceu ao nível dos seus apoios terapêuticos?; ii) que possibilidades emancipatórias de (re)construção das suas trajetórias de vida foram (ou não) geradas a partir de eventuais mudanças nos serviços públicos de saúde mental?; iii) volvidos cerca de dez anos, que pistas de reflexão nos trazem estas pessoas acerca de eventuais transformações (ou estagnações) nos serviços hospitalares no sentido de um afastamento ou de uma aproximação à integralidade dos cuidados?

Tendo em conta os objetivos da presente pesquisa, interessa-me ainda, relativamente a este conjunto de pessoas, perscrutar elementos de análise que não foram aprofundados na anterior pesquisa. Interessa-me averiguar em que medida as pessoas que compõem este grupo empírico mobilizaram recursos, saberes e práticas “outras” de cuidado

⁴⁵ Neste sentido, foram seleccionadas doze pessoas que, à data, se encontravam em regime de internamento (seis na chamada Clínica de Agudos e seis no Hospital de Dia) e oito em regime de ambulatório (três acompanhadas no chamado regime pós-alta do Hospital de Dia e cinco em Consultas Externas) (Hespanha *et al.*, 2012, p. 20).

⁴⁶ De facto, o intervalo em causa corresponde a cerca de dez anos, uma vez que as primeiras entrevistas foram realizadas no período 2008-2009 e as segundas entrevistas no período 2018-2019.

para lidar com as suas experiências de sofrimento mental. Interessa-me, muito particularmente, compreender em que medida esse universo “outro” de cuidados foi mobilizado no sentido de superar as fragilidades e as lacunas deixadas a descoberto pelo contexto hospitalar onde recebem (ou recebiam) cuidados.

O contexto de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária

Como atrás se disse, o *Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016* (CNRSSM, 2007) veio definir o caminho a percorrer ao nível desses serviços, reconhecendo a urgência de se superar o modelo (bio)psiquiátrico hospitalocêntrico (ainda dominante) por um modelo de cuidados comunitários, baseado numa filosofia de proximidade, multidisciplinaridade e de maior respeito pela singularidade e dignidade humana. Nesse sentido, no âmbito desse mesmo documento, defende-se a promoção de:

[...] medidas que facilitem a constituição de equipas comunitárias habilitadas a desenvolver programas integrados para doentes mentais graves e a trabalhar em conjunto com os Cuidados Primários no desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental, prevenção e tratamento das doenças psiquiátricas (CNRSSM, 2007, p. 58).

Em termos teóricos, a proposta de criação de equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária configura, no fundo, a grande base da operacionalização do Plano Nacional de desinstitucionalização psiquiátrica, representando uma espécie de ápice da reforma dos serviços de saúde mental em Portugal, a partir da qual se depositam as grandes esperanças da mudança de paradigma⁴⁷. Da leitura do *Plano de Ação* (CNRSSM, 2007, pp. 15-16), torna-se evidente como as características e papéis atribuídos às ESMC traduzem um propósito político de organização de um modelo de cuidados bem diferenciado do modelo (bio)psiquiátrico hegemónico. Com o desígnio de pôr termo a um modelo fechado, distante e gerador de estigma e exclusão social, prevê-se a organização de Equipas Comunitárias que

⁴⁷ Na verdade, longe de representar um qualquer ineditismo português, há já várias décadas que a organização de serviços e equipas de saúde mental de base comunitária tem sido adotada por muitos países, figurando como uma “matéria largamente consensual em todo o mundo” (CNRSSM, 2007, p. 14). O próprio *Plano de Ação* faz alusão a essa realidade, colocando em destaque vários estudos, relativos a vários países, que evidenciam a maior efetividade dos serviços comunitários, quando em comparação com os serviços de base hospitalar – efetividade traduzida, designadamente, numa diminuição da necessidade de internamentos, numa significativa redução de sintomas negativos, numa maior integração social e em níveis superiores de autonomia e bem-estar, tanto para utentes como para as suas famílias (CNRSSM, 2007, pp. 13-14). É justamente com base nessa evidência que o *Plano de Ação* delinea a recomendação da criação de Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC), nelas consignando elevadas expectativas quanto às possibilidades de transmutação do modelo de cuidados de saúde mental em Portugal.

implementem princípios de proximidade e inclusão, com base num trabalho de articulação e colaboração com vários outros atores da comunidade (famílias, organizações do setor social, serviços de cuidados primários, etc.), numa lógica direcionada não apenas para o tratamento biomédico de doenças, mas também para a integração social, prevenção e promoção da saúde mental.

Retoricamente, e não obstante as lacunas a muitos níveis e ausência de aprofundamento de muitas das questões enunciadas, é interessante notar como o *Plano de Ação*, ao definir aquilo que se pode esperar do trabalho das ESMC, se aproxima de alguns dos elementos reconhecidos como essenciais à prossecução do ideal ético-político da integralidade do cuidado (tal como desenvolvido em ponto anterior, com base no arcabouço teórico do grupo LAPPIS). A aproximação (pelo menos a nível retórico) do *Plano de Ação* à conceção de integralidade torna-se tanto mais evidente quanto se atenda ao facto de o mesmo se referir à importância da *cidadania no cuidado*, defendendo a implementação de abordagens dialógicas e participativas, tanto ao nível do processo terapêutico (e.g., com a implementação de grupos de ajuda mútua) como ao nível político, mediante uma participação ativa de utentes e famílias no próprio planeamento e criação de programas e serviços de cuidados de saúde mental (CNRSSM, 2007, p. 16).

Traduzindo, em síntese, a grande aposta política na mudança de paradigma de cuidados de saúde mental em Portugal – em alinhamento com as diretrizes internacionais –, o objetivo de implementação de ESMC, formulado no *Plano de Ação*, despertou a minha atenção e motivação para pesquisa. Integrar no presente trabalho um *estudo de caso* de uma dessas equipas revelou-se, com efeito, algo de assinalável importância, tanto mais quanto a leitura do *Plano* nos conduz à conjectura de se estar perante uma proposta audaciosa, que, se devidamente implementada, transporta grandes possibilidades de rutura com o atual paradigma de cuidados (reducionista) – fortemente biomédico e centralizado nos serviços hospitalares (Hespanha *et al.*, 2012; Nogueira, 2013; CTARSM, 2017) –, fazendo-o transitar para um modelo de cuidados mais próximo (ou, pelo menos, um pouco mais próximo) do ideal ético-político da integralidade.

Foi, portanto, com elevado nível de curiosidade sociológica que decidi mergulhar neste campo de estudo, elegendo, para tal, uma das raras ESMC a operar no território nacional⁴⁸. Observar, acompanhar e perscrutar *in loco*, tão minuciosamente quanto possível,

⁴⁸ No *Apêndice K* apresento um breve ponto da situação sobre o estado da implementação da proposta de constituição de ESMC em Portugal. Nesse âmbito, mostro como essa implementação é, de facto, ainda muito

a intervenção de uma ESMC revelou-se uma possibilidade única de interpelar aquela que, teoricamente, ao nível da política oficial, se apresenta como uma proposta diferenciada ao nível dos cuidados de saúde mental.

Entre as indagações iniciais que alavancaram a motivação de me lançar neste campo de estudo, contam-se as seguintes: como é que a proposta teórica de criação de ESMC se concretiza na prática? Quais as suas reais condições de implementação? Quais os seus principais constrangimentos e quais as suas grandes potencialidades? Em que medida essas equipas conseguem superar as lacunas, debilidades e reducionismos próprios do modelo biomédico/hospitalar dominante, aproximando-se de um novo modelo de cuidados, regulado, tanto quanto possível, pelo ideal ético-político da integralidade?

Tornam-se estas questões tanto mais pertinentes quanto se leve em consideração a história do contexto português de cuidados de saúde mental; uma história marcada por intenções políticas de vanguarda (traduzidas em leis progressistas) que tendem a ser negligenciadas, não regulamentadas ou não plenamente implementadas, em virtude de obstáculos diversos. De entre esses obstáculos o mais óbvio é o que se relaciona com a exiguidade de recursos materiais e humanos (decorrentes do escasso investimento estatal), mas há que se ter em linha de conta outro tipo de obstáculos não tão evidentes, como os que se relacionam com pressões e resistências advindas de organizações corporativas, representativas da própria biomedicina⁴⁹ (Hespanha *et al.*, 2012, pp. 47-52).

Justificada que está a elevada pertinência de se eleger uma ESMC como contexto de análise empírica, importa, então, explicitar a lógica de pesquisa que lhe está subjacente; distinta, como se verá, da lógica subjacente à análise do contexto hospitalar.

Relativamente ao contexto hospitalar, tal como enunciado antes, o objetivo traçado foi o de reentrevistar o conjunto de pessoas com experiências de sofrimento mental aí acompanhadas, que havíamos entrevistado, pela primeira vez, no período 2008-2010. O contexto hospitalar serve, pois, no âmbito do presente trabalho, apenas como base de recrutamento de participantes do estudo empírico, já que, nesta ocasião, não se delinea, como se fez na pesquisa anterior (Hespanha *et al.*, 2012), o objetivo de observar o próprio

exíguas, reduzindo-se a um pequeno número de ESMC (designadas experiências-piloto), muito aquém das amplas necessidades registadas em todo o país.

⁴⁹ A título de exemplo, veja-se o caso do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos e de vários Sindicatos médicos, que, em 2008, na Revista *Tempo Medicina*, se manifestaram apreensivos com a possibilidade de uma eventual perda de centralidade dos hospitais, em benefício de um modelo de cuidados na comunidade, e de essa perda se vir a refletir num esvaziamento do poder biomédico no tratamento das doenças mentais (Tempo Medicina, 2008 *apud* Hespanha *et al.*, 2012, pp. 48-49).

contexto hospitalar (sua história, suas práticas, etc.) e o de entrevistar dirigentes e profissionais de saúde mental que aí desenvolvem funções/cuidados. Esse trabalho de maior foco na própria instituição hospitalar foi realizado, com efeito, na anterior pesquisa (Hespanha *et al.*, 2012), pelo que, desta feita, não o faremos. Neste estudo, o conhecimento e compreensão sobre o funcionamento da instituição hospitalar não advirá de qualquer trabalho etnográfico, nem de entrevistas realizadas com profissionais e corpos dirigentes da instituição, mas, tão somente, das (re)entrevistas realizadas com pessoas com experiências de sofrimento mental cujas trajetórias de cuidado transitaram por esse contexto de cuidados. Ora, o mesmo não se dá relativamente ao contexto da ESMC, já que, nesse caso, me proponho realizar também um trabalho de natureza etnográfica.

De facto, na presente tese, o contexto de uma ESMC constitui-se como objeto de foco sob uma dupla estratégia metodológica. Assim, por um lado, e à semelhança do que acontece com o contexto hospitalar, este contexto serve como base de recrutamento de participantes do estudo empírico (pessoas com experiências de sofrimento mental), sendo que as respetivas entrevistas serão alvo de uma análise global; ou seja, atendendo aos múltiplos objetivos da pesquisa, que não se prendem apenas com as experiências no sistema oficial (serviços hospitalares, serviços comunitários, etc.), mas também com eventuais experiências “outras” de cuidado. Por outro lado, o próprio contexto da ESMC se constitui como objeto de foco e de observação a partir de “dentro”, diga-se assim, e não apenas a partir de testemunhos de utentes. Neste sentido, é igualmente empreendida uma investigação etnográfica sobre as práticas da ESMC, com recurso à observação direta/participante e, complementarmente, com recurso a entrevistas realizadas a profissionais (médicos e não médicos) que integram a mesma. Detalhes sobre as técnicas utilizadas na recolha de dados empíricos serão facultados já em seguida, no ponto que consagro especificamente a aspetos de carácter metodológico.

2.3. Aspetos metodológicos: participantes, recolha/análise e dimensão ética

2.3.1. Participantes da pesquisa

É, então, chegado o momento de apresentar os/as participantes da pesquisa, explicitando algumas das suas principais características. Como ficou claro no ponto anterior, a decisão de tomar como base de seleção/recrutamento dois diferentes contextos de cuidados públicos de saúde mental resultou na constituição de dois diferentes grupos de participantes:

um grupo selecionado a partir de uma instituição hospitalar (já antes alvo de pesquisa, no âmbito de um outro projeto de investigação) – grupo composto por quinze pessoas – e um grupo selecionado no âmbito de um serviço de uma ESMC – igualmente composto por quinze pessoas. A fim de facilitar alguns pontos de análise que desenvolverei na II Parte, opto por diferenciar estes grupos, denominando-os, respetivamente, *Grupo A* (contexto hospitalar) e *Grupo B* (contexto ESMC).

Sobre os/as participantes com experiências de sofrimento mental, há ainda que referir que quatro pessoas foram convidadas a participar de forma diferenciada das demais, não pertencendo a nenhum dos grupos enunciados. Trata-se de pessoas que convidei a participar com vista a aprofundar o tema das epistemologias/práticas “outras” de cuidado (adiante explicitarei melhor esta opção). Ainda que se tratando de um pequeno conjunto de participantes, opto, por uma questão de praticidade (de facilitação da análise), por lhe atribuir a designação de *Grupo C*.

Os três referidos grupos congregam, portanto, os/as participantes com experiências de sofrimento mental que se constituem como a grande base do nosso trabalho (no total, trinta e quatro pessoas). Todavia, para além destas pessoas, entrevistei igualmente, ainda que em número reduzido, familiares, profissionais de saúde mental e um representante de uma epistemologia “outra” de cuidado. Já em seguida, passo a uma breve explicitação/caracterização de cada um dos grupos enunciados (Grupos A, B e C). Posteriormente, falarei sobre esses/as outros/as participantes igualmente entrevistados/as (familiares, profissionais e representante de uma epistemologia “outra”).

Participantes do Grupo A

Aquando da primeira pesquisa, realizada no período de 2008-2010, havíamos selecionado, a partir do referenciado contexto hospitalar, vinte pessoas com “diagnósticos de doença mental”⁵⁰ (Hespanha *et al.*, 2012). Para o presente estudo, foi possível retomar o contacto com quinze dessas pessoas (sete homens e oito mulheres). Relembrando, um dos objetivos inerentes à anterior pesquisa consistia na análise de casos de pessoas com diagnósticos considerados pela disciplina psiquiátrica como graves. Neste sentido, a partir da instituição hospitalar, foram selecionadas pessoas com diagnósticos de esquizofrenia e doença bipolar (Hespanha *et al.*, 2012, p. 21). Temos, portanto, no que respeita ao presente

⁵⁰ Uma explicação sobre a seleção destas pessoas e sua caracterização sociográfica encontra-se exaustivamente descrita em Hespanha *et al.* (2012: 20-23).

grupo de quinze pessoas, a presença dessa característica. Especificando, num total de quinze pessoas, à data da segunda entrevista, sete têm o diagnóstico de esquizofrenia, seis o diagnóstico de doença bipolar e duas um diagnóstico indefinido entre esquizofrenia e bipolar. No *Apêndice A* (respetivamente nos quadros 1, 2, 3 e 4), são apresentados alguns dados sociográficos que caracterizam as pessoas que integram este grupo; dados referentes à data da segunda entrevista, ou seja, volvidos cerca de dez anos após o primeiro contacto.

O quadro 3 (*vide Apêndice A*) referente à condição perante o trabalho reflete, em grande medida, a vulnerabilidade social deste conjunto de entrevistados/as. Como se pode verificar, entre o total de quinze pessoas, apenas quatro se encontram na condição de empregadas, sendo que, em dois desses casos, essa condição não ocorre de forma regular, mas no âmbito do programa social designado “emprego protegido”⁵¹. É também de assinalar o significativo número de pessoas que se encontram, à data da segunda entrevista, na condição de “pensionistas por invalidez”, ou seja, uma reconhecida incapacidade permanente para o trabalho. É de notar que estas pessoas já tinham essa condição aquando da primeira entrevista, portanto, há cerca de dez anos, o que revela a antiguidade dessa sua situação. Um outro dado importante, igualmente tradutor da vulnerabilidade social deste conjunto de pessoas, diz respeito ao tipo de agregado doméstico (*vide* quadro 4 no *Apêndice A*). Apenas quatro pessoas se encontram na situação de coabitação com cônjuge ou com cônjuge e filhos. Nas demais situações, as pessoas vivem sozinhas (2 casos) – sendo que uma delas vive numa residência totalmente suportada por um familiar – ou em residência de filhos/as ou progenitores/as, coabitando com os/as mesmos/as (9 casos).

Participantes do Grupo B

Como adiante explicitarei mais aprofundadamente, o trabalho de campo realizado no contexto de uma ESMC teve duas vertentes: trabalho empírico no espaço/sede da Equipa (espaço localizado num Centro de Saúde), onde são providas consultas de psiquiatria – e trabalho empírico no âmbito das visitas que a Equipa realiza ao domicílio. Ora, foi no âmbito do espaço/sede da Equipa que foram convidadas a participar a grande maioria das pessoas que integram o grupo que aqui designo por *Grupo B*. Com efeito, com exceção de duas

⁵¹ O programa Emprego Protegido faz parte de uma medida social mais ampla designada “Emprego Apoiado”, que, tal como se lê na página *web* do Instituto de Emprego e Formação Profissional, tem por objetivo “apoiar o exercício de uma atividade profissional ou a realização de atividades socialmente úteis, visando o desenvolvimento de competências relacionais, pessoais e profissionais que facilitem a transição das pessoas com deficiência e incapacidade, quando possível, para o regime normal de trabalho”. Citação disponível em <https://www.iefp.pt/reabilitacao-profissional?tab=emprego-apoiado>.

pessoas⁵², todas foram convidadas a participar enquanto aguardavam pela consulta de psiquiatria, tendo sido possível, na maioria das vezes, realizar essa entrevista após a consulta, ou seja, num período em que já não se encontravam condicionadas pela iminência da mesma.

No total, foram realizadas quinze entrevistas (dez mulheres e cinco homens). Dadas as circunstâncias específicas da pesquisa, não foi possível fazer depender a seleção das pessoas de critérios de representatividade (ao nível do sexo, idade, nível de escolaridade). As limitações enfrentadas decorreram, essencialmente, do facto de as possibilidades de contacto se restringirem ao conjunto de pessoas que se dirigiam à consulta de psiquiatria no dia específico em que eu me encontrava no Centro de Saúde. Dessa possibilidade de seleção – correspondente ao que se denomina por uma “amostra por conveniência” – resultou um perfil sociodemográfico caracterizado pela predominância de escalões etários relativamente elevados (com mais de 50 anos) e níveis de escolaridade relativamente baixos⁵³. No *Apêndice A* (respetivamente nos quadros 5, 6, 7 e 8), apresento esses dados sociográficos, assim como outros, relativos à condição perante o trabalho e ao tipo de agregado doméstico.

É de notar que, contrariamente ao ocorrido no âmbito do *Grupo A*, recrutado no contexto de uma instituição hospitalar, optei, neste caso, por não restringir as possibilidades de seleção a pessoas com diagnósticos psiquiátricos tidos como graves (esquizofrenia e bipolar), abrindo a possibilidade de integrar todos os tipos de diagnósticos. Essa abertura revelou-se importante pelo facto de nos permitir ampliar o conhecimento de formas de enfrentamento do sofrimento mental a casos tidos (psiquiatricamente) como menos graves. No conjunto de quinze pessoas, registam-se: seis casos de perturbações depressivas (seis mulheres); quatro casos de doença bipolar (três mulheres e um homem); quatro casos de esquizofrenia (três homens e uma mulher); e um caso de perturbação relacionada com uso de álcool e outras substâncias (um homem).

A opção de integrar pessoas com experiências de sofrimento mental relativamente “mais leves” explica a predominância, neste grupo, de uma relativa menor vulnerabilidade social (quando comparada com o outro grupo). Tal é constatável, muito particularmente, quando observamos (*vide* quadro 7 do *Apêndice A*) um menor número de casos de pessoas que se encontram na condição de pensionistas por invalidez. O mesmo se constata quando

⁵² Em duas situações, o convite à entrevista foi realizado no contexto das deslocações ao domicílio. Tendo conhecido as pessoas nesse contexto e não sendo conveniente a realização dessas entrevistas naquele preciso momento, as entrevistas ficaram agendadas para os dias em que as mesmas se deslocariam ao Centro de Saúde para as suas periódicas consultas de psiquiatria.

⁵³ Provavelmente, este perfil não se constitui apenas como um reflexo desse condicionamento metodológico, mas também das próprias características sociodemográficas do território de atuação da equipa, marcado por um acentuado envelhecimento da população e uma predominância de baixos níveis de escolaridade.

verificamos (*vide* quadro 8 do *Apêndice A*), por um lado, um menor número de casos de pessoas a coabitar com progenitores (na residência dos mesmos) e, por outro lado, um número mais elevado de pessoas a coabitar com cônjuge (com ou sem filhos).

Participantes do Grupo C

Tal como referido antes, quatro pessoas com experiências de sofrimento mental (um homem e três mulheres) não pertencem a nenhum dos grupos previamente enunciados. Trata-se de pessoas que foram convidadas a participar de forma diferenciada das demais, com vista ao aprofundamento do tema das epistemologias/práticas “outras” de cuidado. As circunstâncias em que tal integração ocorreu não foram, no entanto, previamente planeadas ou antecipadas ao nível da estratégia metodológica. Inicialmente, a ideia era a de integrar no estudo apenas as pessoas “originárias” do *Grupo A* e do *Grupo B*, objetivando a recolha de narrativas aprofundadas sobre as suas experiências e trajetórias de vida, conducentes tanto a um conhecimento e compreensão de formas de cuidado ditas convencionais, como a um conhecimento e compreensão de eventuais epistemologias/práticas “outras” de cuidado, mobilizadas para lá do campo formal de cuidados de saúde mental.

Ora, acontece que, no âmbito desses dois grupos, vários/as entrevistados/as referenciaram casos de pessoas, suas conhecidas, que tinham experienciado determinadas práticas “outras” e que tinham, com essa mobilização, conseguido alcançar resultados excepcionais, que não haviam conseguido com práticas ditas convencionais. Num desses casos (entrevistado do *Grupo A*), a referência aconteceu relativamente à prática de Yoga, noutra caso (entrevistado do *Grupo B*), relativamente à prática da Hipnoterapia. É de notar que essas duas referências ocorreram no decurso das entrevistas, quando ambos os entrevistados se referiram a práticas que gostariam de experimentar (precisamente, por conhecerem pessoas que tinham obtido “bons resultados” com as mesmas), mas que, por falta de condições económicas, não tinham possibilidade de integrar nas respetivas trajetórias de cuidado. Tendo esses mesmos entrevistados disponibilizado o contacto das duas pessoas, suas conhecidas, que tinham experienciado essas práticas, considerei importante não perder a oportunidade de igualmente as entrevistar.

Os demais casos que integram este pequeno grupo de participantes correspondem a duas pessoas referenciadas por outros dois entrevistados (ambos do *Grupo A*), no sentido de aprofundarmos práticas “outras” que eles próprios experienciaram e com as quais conseguiram elevados níveis de emancipação relativamente ao modelo biomédico e à

instituição hospitalar. Trata-se, numa das situações, de uma experiência com um grupo de Arteterapia e, na outra situação, de uma experiência num Centro Espírita.

Esclarecidas as circunstâncias da constituição deste pequeno grupo e sua integração na pesquisa, importa, então, falar um pouco mais sobre o mesmo. Como se disse antes, trata-se de um grupo constituído por um homem (relativo à experiência com Arteterapia) e três mulheres (relativas às experiências com Yoga, Hipnoterapia e Centro Espírita). Adiante, em ponto em que aprofundarei cada uma das referidas epistemologias/práticas “outras” de cuidado, fornecerei, para cada um dos casos, os respetivos dados sociodemográficos, pelo que me isento de o fazer neste lugar. Por ora, interessa referir que, não obstante o convite à participação destas pessoas não ter ocorrido nos contextos institucionais onde foram recrutados/as os/as demais participantes (contexto hospitalar e contexto de uma ESMC), todas elas transitaram, em determinados momentos das suas vidas, pelos mesmos caminhos biomédicos das demais, tendo igualmente passado por diagnósticos psiquiátricos, consultas de psiquiatria (tanto esfera pública como privada), internamentos hospitalares, acompanhamento em serviços do SNS, etc. À data da entrevista, duas dessas pessoas manifestaram uma total superação das experiências de sofrimento mental (atribuindo essa superação à mobilização das respetivas práticas “outras” de cuidado), declarando uma total desvinculação aos diagnósticos psiquiátricos que lhes haviam sido atribuídos (num caso, doença bipolar, noutra caso esquizofrenia). As outras duas pessoas, não obstante a conquista de uma maior autonomia relativamente ao modelo biomédico (igualmente decorrente da mobilização de práticas “outras”), ainda se manifestavam, em certa medida, vinculadas aos diagnósticos que lhes haviam sido atribuídos, num caso, esquizofrenia, noutra caso, doença bipolar.

Outros/as participantes

Como se disse antes, para além dos homens e mulheres que integram os *Grupos A, B e C*, entrevistei familiares, profissionais de uma ESMC e um representante de uma epistemologia/prática outra de cuidado.

No que respeita a familiares, há que se dizer que a opção de os/as entrevistar não se constituiu, à partida, como um objetivo desta tese. Esse propósito tinha sido definido, sim, no âmbito do referido projeto coletivo em que participei entre 2008-2010. Desta feita, em virtude dos objetivos diferenciados da pesquisa, não delinee esse objetivo específico. Acontece, porém, que a possibilidade de reentrevistar quinze das vinte pessoas que havia

entrevistado no âmbito desse anterior projeto (Grupo A) transportou a oportunidade de voltar a contactar alguns dos familiares que havia entrevistado nesse mesmo âmbito. No total, foi possível voltar a contactar sete familiares: duas irmãs, um irmão, um pai, uma esposa, um filho e um ex-marido. Uma vez que se proporcionou essa possibilidade relativamente ao *Grupo A*, procurei contactar igualmente alguns familiares de pessoas que integram o *Grupo B*, ou seja, o grupo de pessoas entrevistadas no âmbito de uma ESMC. Foi possível, neste caso, entrevistar apenas três familiares: uma mãe, uma tia e um primo. Sobre os/as participantes familiares (referentes a ambos os grupos) importa finalmente assinalar que só muito secundariamente as suas entrevistas se constituem como objeto de análise nos capítulos que se seguem. Com efeito, no presente estudo, elas servem apenas como forma de complementar algumas reflexões, não ocupando, como aconteceu no anterior projeto de investigação, um papel fundamental.

Conforme referido anteriormente, participam ainda neste estudo os/as profissionais que integram a ESMC que se constitui como objeto de nossa análise. Neste caso, a participação teve lugar tanto de uma forma mais formal, através da realização de entrevistas (previamente programadas), como de uma forma mais informal, no âmbito do trabalho etnográfico (que será descrito adiante, em capítulo dedicado à ESMC). De facto, o ensejo de observar a ESMC durante um período prolongado – acompanhando-a em todas as práticas, tarefas e dinâmicas de trabalho e convivência, desde o início da manhã até ao final do dia – deu lugar a muitas conversas e interações de carácter informal, as quais ficaram registadas em notas de campo. Participaram, neste âmbito, uma médica psiquiatra, uma enfermeira, um enfermeiro e duas técnicas de serviço social.

Finalmente, resta referir-me à participação de um representante de uma das epistemologias/práticas “outras” de cuidado identificadas como tendo tido um papel fundamental nas trajetórias de duas das pessoas entrevistadas (pertencentes ao *Grupo A* e *Grupo C*). Trata-se da epistemologia/prática espírita. Entre todas as formas “outras” de cuidado que emergiram no estudo, esta epistemologia/prática revelou-se uma das mais relevantes ao nível do enfrentamento do sofrimento mental, constituindo-se como uma das que mais contribuiu para a libertação da dependência biomédica e para uma reescrita das respetivas trajetórias de vida. Ora, não sendo possível, no presente estudo, aprofundar todas as epistemologias/práticas “outras” identificadas, opta-se por reservar esse aprofundamento precisamente para a *espírita*. Para além de se constituir como uma das formas “outras” de cuidado que mais extraordinárias consequências produziu ao nível do enfrentamento do sofrimento mental, a epistemologia/prática espírita também se revela particularmente

interessante, sob o ponto de vista analítico, pelo facto de se constituir como uma racionalidade bastante diferenciada da racionalidade biomédica (assunto que desenvolverei adiante, no ponto especificamente consagrado a essa análise). Por tais razões, dá-se igualmente voz a uma pessoa que a pratica enquanto “trabalhador espírita”, no mesmo Centro Espírita a que recorreram o entrevistado (*Grupo A*) e a entrevistada (*Grupo C*) a que nos referimos antes. De acordo com informação prestada pelo próprio entrevistado, “trabalhador espírita” é o termo comumente utilizado no movimento espírita para designar a pessoa que voluntariamente – i.e., sem qualquer retribuição material, uma vez que um dos princípios básicos dos Centros Espíritas corresponde à oferta gratuita de todas as atividades e “tratamentos espirituais” – se dedica à colaboração nas atividades/terapêuticas realizadas no âmbito do Centro Espírita. O “trabalhador espírita” entrevistado dedica-se ao estudo e prática espírita há mais de vinte anos.

2.3.2. A recolha e análise dos dados empíricos

Atendendo aos objetivos da pesquisa, não se impôs qualquer dificuldade na opção pela estratégia metodológica. Mergulhar nas experiências vividas de sofrimento mental – oferecendo-lhes espaço para a livre expressão da sua subjetividade, de suas histórias e complexidade que lhes é inerente – pressupõe, obviamente, o enquadramento da pesquisa numa metodologia qualitativa; no caso, como adiante desenvolverei, uma combinação de técnicas qualitativas: *entrevista em profundidade* e *etnografia*. Apenas este tipo de metodologia permite uma *aproximação* aos sentidos e significados subjetivos das experiências, bem como aos processos de construção, circunstâncias e contextos que emolduram e (re)direcionam as trajetórias das pessoas para este ou aquele caminho.

A metodologia qualitativa parte da premissa de que a realidade é complexa, múltipla e socialmente construída e, portanto, socialmente interpretada tanto pelos sujeitos das experiências como pelo/a investigador/a na sua relação com pessoas, objetos e ambientes em permanente construção (Kleinman, 1988; Denzin & Lincoln, 2000; Quartilho, 2001; Law, 2004; Lahire, 2005). Neste sentido, alinho-me com a perspectiva pós-modernista que é sensível à ideia de que o trabalho de campo não consegue capturar as experiências puras dos sujeitos (por isso, no parágrafo anterior, falei em “aproximação” e não em “captura de”). O trabalho de um/a cientista social é sempre um trabalho de tradução (Jackson, 1996; Rabelo *et al.*, 1999; Law, 2004), já que aquilo que se faz não é apreender verdadeiramente as experiências, mas interpretá-las. Como referem Paulo César Alves *et al.* (1999), “o caráter

fluido, multifacetado e, sobretudo, indeterminado da experiência escapa [...] aos cientistas sociais, que buscam decifrar códigos operantes subjacentes às práticas” (p. 11). É nesta mesma linha que Law (2004, p. 6) sustenta que a realidade não é apenas tecnicamente difícil de interpretar, ela excede necessariamente a nossa capacidade de a compreendermos. Foi com essa consciência que parti para o terreno, ciente de que qualquer trabalho empírico apenas se constitui como um “relato da realidade”, que, em última análise, é apenas da responsabilidade de quem investiga (Law, 1994, p. 20).

Pelo reconhecimento da complexidade e multidimensionalidade que caracteriza o universo das experiências de sofrimento mental, cedo compreendi que a maior aproximação possível às mesmas (dentro das limitações atrás enunciadas) implicaria a adoção de técnicas de recolha de dados de carácter mais profundo e intensivo. Foi assim que, por um lado, me direcionei para a *recolha de narrativas* através da técnica *entrevista em profundidade* (Giust, 2005; Kaufmann, 2007; Nogueira, 2019). A recolha de narrativas com recurso à entrevista em profundidade já tinha sido, aliás, adotada como metodologia no outro (referido) projeto de investigação (Hespanha *et al.*, 2012). Tendo a grande maioria das entrevistas, nessa ocasião, sido realizadas por mim, já havia tido a possibilidade de comprovar a enorme proficuidade do método narrativo relativamente à temática das experiências de sofrimento mental.

O uso do método narrativo (a par do etnográfico) na análise das experiências de sofrimento/doença tornou-se um tema central na chamada antropologia médica da década de 1980, tendo-se destacado, a esse nível, Arthur Kleinman (1988) com a obra *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. Nessa obra, Kleinman mostra como a recolha de *narrativas* se constitui como um dos métodos de investigação (outro, no seu entender, é o *etnográfico*) mais apropriado para construir conhecimento acerca do mundo subjetivo do sofrimento/doença. Com esse método, acresce a possibilidade de compreendermos, “por detrás dos sons da dor corporal e dos sintomas psiquiátricos, a complexa linguagem interior da mágoa, do desespero e da dor moral (e também do triunfo) de se viver com uma doença” (Kleinman, 1988, pp. 28-29). Nessa mesma obra, Kleinman igualmente revela como as *narrativas* transportam a potencialidade de nos colocar em contacto com os valores culturais e com as relações sociais que influenciam os modos de estar dos sujeitos e os modos como concebem e interpretam as experiências de sofrimento mental.

Ora, ainda de acordo com Kleinman (1988, pp. 28-29), a recolha de narrativas sobre experiências de sofrimento não se coaduna com entrevistas padronizadas, realizadas através

de guiões rígidos e fechados. Resultados obtidos dessa forma podem ter algum significado estatístico, no entanto, defende o autor, são epistemologicamente e ontologicamente inviáveis para o/a investigador/a que deseja aproximar-se da autenticidade, profundidade e densidade das experiências (Kleinman, 1988, pp. 28-29). Alinhando-me com esta perspectiva – que já havia sido adotada no projeto (coletivo) anterior (Hespanha *et al.*, 2012) –, optei por conduzir as entrevistas de uma forma bastante aberta e livre, procurando aplicar o mínimo possível de diretividade. Para a realização das entrevistas em profundidade não deixei, no entanto, de ter um guião com os principais tópicos da investigação, de modo a não deixar passar questões mais específicas, inerentes aos objetivos de estudo delineados. A adoção desta estratégia permitiu-me, no fundo, conjugar o “melhor dos dois mundos”: por um lado, dar liberdade às pessoas para narrarem as suas experiências, escutando ativamente e interferindo o menos possível na sua discursividade; por outro lado, nos momentos em que um silêncio mais prolongado se instalava ou quando a pessoa manifestava dispersão, aproveitava para introduzir algumas questões, fomentando um certo (re)direcionamento da conversa para temas de pesquisa previamente definidos como fulcrais.

Conforme referido em ponto anterior, o trabalho empírico desta tese passa também pelo estudo aprofundado de um contexto de provisão de cuidados, o contexto de uma ESMC. Neste caso, para além da entrevista em profundidade – técnica que utilizei para recolher narrativas de todos/as os/as participantes apresentados no ponto anterior –, recorri a uma outra metodologia qualitativa, a *etnografia*.

As vantagens de se estudar o cuidado através do método etnográfico – e, portanto, através da observação direta/participante – estão já bem documentadas em muitos trabalhos sociológicos e antropológicos. Com efeito, de acordo com alguns desses trabalhos (e.g., Pols, 2004; Mol *et al.*, 2010; Cruz, 2013; Alves J., 2016; Zózimo, 2022), a compreensão do cuidado tem muito a ganhar com a observação dos “modos de fazer” e dos próprios contextos onde as interações humanas ocorrem, em virtude do carácter eminentemente prático e relacional do fenómeno. Conciliar a entrevista em profundidade com o trabalho etnográfico revelou-se, pois, uma oportunidade privilegiada de cruzar o universo das narrativas com o universo vivencial das práticas, permitindo-me aproximar de uma compreensão mais ampla e profunda sobre como se produz e se lida com o cuidado no contexto de uma ESMC e como ele se reflete na vida de quem é cuidado. Detalhes sobre este trabalho etnográfico serão facultados no próprio capítulo consagrado à apresentação e análise do referido contexto comunitário (*vide* capítulo 5).

Sobre a recolha de dados, e antes de passarmos a uma breve consideração sobre o processo de análise dos mesmos, há que referir as circunstâncias logísticas em que as entrevistas em profundidade foram realizadas, uma vez que tais circunstâncias não se isentam de possíveis condicionamentos à construção das narrativas. Aquando da realização das primeiras entrevistas ao *Grupo A*, entre 2008-2009, já me tinha confrontado com a importância do espaço onde a entrevista se desenrola e de como este se pode constituir como um desafio metodológico. Nessa ocasião, tal como relatado em Hespanha *et al.* (2012, pp. 23-25), algumas das entrevistas foram realizadas nas instalações do espaço hospitalar (em sala reservada, com garantia de privacidade) e outras fora da instituição (geralmente na residência da pessoa ou num outro espaço escolhido pela mesma). Ocorreu, ainda, outra situação, que foi a de entrevistar a mesma pessoa na instituição hospitalar e, posteriormente, fora da instituição. Foi neste último tipo de situação que tive oportunidade de corroborar vividamente a tão relevante importância do espaço onde a entrevista se realiza. Com efeito, ainda que fossem dadas às pessoas garantias de total privacidade/anonimato, muitas das narrativas construídas no contexto institucional não deixaram transparecer os aspetos críticos e denunciadores (da instituição, de profissionais, do sistema biomédico, etc.) que vieram a ganhar forma posteriormente, quando a conversa se estendeu para lá desse espaço, em geral na residência da pessoa. Ora, quando, em 2018-2019 (já no âmbito deste trabalho), voltei a entrevistar quinze dessas pessoas, todas as (re)entrevistas foram realizadas fora da instituição hospitalar. Algumas dessas pessoas, que entre 2008-2009 tinha entrevistado apenas no espaço físico hospitalar, vieram a narrar factos importantes (inclusivamente, situações sentidas como “violentas”) das suas trajetórias institucionais que não tinham relatado antes (apesar de esses factos serem antigos, ocorridos antes da primeira entrevista).

Ora, este tipo de contingência é bastante relevante sob o ponto de vista analítico e, obviamente, leva-me a um estado de maior consciência e vigilância quanto às entrevistas realizadas às pessoas do *Grupo B*, ou seja, às que foram convidadas a participar no contexto do serviço de uma ESMC. De facto, todas essas entrevistas foram realizadas no espaço/sede da respetiva equipa comunitária. Ainda que, nesse âmbito, as entrevistas tenham sido realizadas numa sala reservada para esse efeito, com garantia de total privacidade e anonimato, não podemos deixar de ponderar os condicionamentos à construção das narrativas, sobretudo no que se refere ao tema dos cuidados prestados pela Equipa. Neste caso, a conjugação das entrevistas com o trabalho etnográfico – desenvolvido nesse mesmo contexto, baseado na observação direta das práticas e modos de cuidar da ESMC – revelou-se uma estratégia metodológica crucial, dada a forma como me permitiu entrecruzar as

narrativas de utentes (participantes do *Grupo B*) com os modos de cuidar dos/as profissionais, observados *in loco*. No decurso do capítulo cinco (dedicado especificamente à análise destes dados), em determinados pontos de análise, retomarei este assunto, refletindo precisamente sobre os possíveis condicionamentos relacionados com o espaço físico (institucional) onde as entrevistas se desenrolaram.

Direcionando-me agora para todos/as os/as participantes – Grupos A, B e C; familiares e outros/as participantes – e ainda no que respeita à realização das entrevistas, considero importante acrescentar a enorme abertura e disponibilidade manifestada para a partilha das histórias e experiências, mesmo as mais dolorosas e de foro mais íntimo (retomarei este tema já a seguir, a propósito da dimensão ética). Esta enorme abertura à partilha de experiências permitiu-me a recolha de narrativas muito ricas e muito profundas, que se constituem, sem dúvida, como a grande riqueza desta tese. Verificaram-se oscilações no que respeita à duração da entrevista, no entanto, a tendência foi a de produção de narrativas demoradas, que implicaram, inclusivamente, vários encontros, em dias distintos. A entrevista mais curta demorou cerca de uma hora, tendo a grande maioria demorado entre duas a quatro horas, e algumas, em menor número, ultrapassado as seis horas. Sobre o processo de recolha, há ainda que referir que todas as entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento das pessoas e, posteriormente, transcritas.

Ao mesmo tempo que se foi revelando a maior virtualidade do presente trabalho, o carácter imensamente rico, profundo e complexo das narrativas recolhidas foi-se apresentando como um dos meus maiores desafios metodológicos. Em face de um tão grande e complexo volume de informação, entendi, então, que a melhor opção seria a de uma *análise de conteúdo temática* (Ayres L., 2008; Bardin, 2008; Minayo, 2014). De acordo com Lioness Ayres (2008, pp. 867-868), a *análise de conteúdo temática* consiste numa estratégia metodológica analítica através da qual os dados qualitativos são segmentados, categorizados, sumarizados e conceptualizados de uma forma que permite alcançar conceitos, sentidos e significados importantes dentro de um amplo conjunto de dados. Adotando esta técnica de análise de conteúdo, segui a estratégia de *flexibilidade* defendida por Laurence Bardin (2008). Com efeito, a autora assinala o quão importante é não perder de vista a flexibilidade da análise, defendendo não existir “um pronto a vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis” (Bardin, 2008, p. 32). Neste sentido, Bardin sustenta a importância de se conciliar uma análise de conteúdo de tipo mais sistemático (que se revela particularmente útil para a confirmação ou infirmação de hipóteses) com um tipo de análise mais “às cegas” – “aplicando de maneira quase aleatória

(pelo método de tentativa e erro) procedimentos de inventário e classificação” (Bardin, 2008, p. 32) –, constituindo-se este último tipo de estratégia mais propenso à “descoberta” de novas problemáticas e novas questões de pesquisa (*ibidem*).

Permitindo-me um olhar caleidoscópico sobre diferentes questões, a análise de conteúdo temática de caráter mais flexível revelou-se uma estratégia muito profícua em termos heurísticos pela forma como tornou possível alcançar importantes núcleos de sentidos (e uma certa ordenação da realidade) sem perder de vista a enorme riqueza inerente às descrições, ou, dito de outro modo – e fazendo uso de um termo referido por Bardin (2008, p. 33) –, sem perder de vista a própria “respiração” das narrativas.

2.3.3. A dimensão ética na pesquisa

A dimensão ética de uma pesquisa de natureza qualitativa está muito longe de se exaurir na implementação de procedimentos protocolares de caráter extrínseco, como a aprovação da investigação por uma determinada Comissão de Ética ou a garantia de que todos/as os/as participantes assinam um Consentimento Informado – documento onde são prestadas informações relevantes sobre a pesquisa, sobre possíveis riscos/implicações para quem participa e onde são facultadas garantias de anonimato relativamente à identidade da pessoa, bem como aos dados por ela prestados. Neste trabalho, todos esses procedimentos protocolares foram, efetivamente, implementados⁵⁴, tendo sido facultadas todas as informações e garantias consensualmente tidas como imperativos éticos de qualquer pesquisa. Mas, como dizia, considero que a dimensão ética vai muito além dessa lógica formal e burocrática, estendendo-se (ou devendo estender-se) a todo o processo de interação que se estabelece entre entrevistador/a e entrevistado/a, bem como ao processo sequente de análise e apresentação dos dados.

O maior desafio ético que vivenciei foi, claramente, o de procurar gerir da melhor forma possível o risco (sempre presente) de a entrevista gerar estados de desconforto, angústia e mal-estar, suscetíveis de espoletar ou agudizar estados de sofrimento emocional. Se este é um risco que se faz presente até mesmo em pesquisas de foro mais quantitativo, mais ainda o é quando se está – como é o caso – perante uma pesquisa que envolve o método narrativo, em que a pessoa é convidada a revisitar e a reconstituir histórias e factos da sua vida. Trata-se de um risco imanente que sempre existe e sempre existirá em qualquer

⁵⁴ Inclusivamente, a possibilidade de estudar o contexto de uma ESMC implicou a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética do Hospital a que a respetiva Equipa se encontra vinculada.

pesquisa. Como defende De la Taille (2008, p. 9), “não existe “risco zero”. Qualquer método, pode ter efeitos prejudiciais para o sujeito da pesquisa, “até mesmo um mero questionário pode, por exemplo, desencadear angústias imprevisíveis em quem o responde. Quiséssemos o ‘risco zero’, não faríamos pesquisa (e nem entraríamos em qualquer interação humana!)” (De la Taille, 2008, p. 9).

Lidar com este risco implicou, da minha parte, um processo de grande reflexão e aprendizagem enquanto investigadora, que começou, na verdade, lá atrás, no referido projeto de investigação (Hespanha *et al.*, 2012) que me fez experienciar pela primeira vez a recolha de narrativas junto de pessoas com processos de sofrimento mental (à data, acompanhadas em contexto hospitalar). Nessa ocasião, deparei-me com uma situação mais sensível, relativa a uma entrevistada que veio a revelar uma certa vulnerabilidade emocional, não obstante o facto de ter declarado encontrar-se num estado emocional favorável à realização da entrevista e ter sido, inclusivamente, referenciada à equipa de investigação pelo seu médico psiquiatra (hospitalar), que “atestou” clinicamente esse mesmo estado favorável. Trata-se da situação de uma mulher cuja entrevista implicou vários encontros (dois no contexto hospitalar e outros dois fora desse contexto). Apesar da enorme disponibilidade que manifestava – mais do que isso, ela expressava uma enorme satisfação em partilhar a sua história de vida –, ela veio a revelar-me no segundo encontro o quanto a realização da primeira parte da entrevista havia “mexido” com as suas emoções, ao ponto de, nessa noite, não ter conseguido dormir e de ter receado entrar em crise. Lembro-me de como esse episódio me afetou emocionalmente e levou a refletir profundamente sobre os riscos do método narrativo, sobretudo quando aplicado a pessoas com experiências prévias de sofrimento emocional. Lembro-me de como passei, desde então, a exercer sobre mim mesma uma maior vigilância na forma de conduzir a narrativa e como passei a procurar entrever, previamente à entrevista, o “estado de alma” da pessoa; averiguando o seu estado emocional não apenas de forma direta (questionando-a), mas também sob formas mais difusas, indiretas e subtis; por exemplo: observação das suas expressões corporais/faciais, a vitalidade ou falta de vitalidade com que se expressa, pequenas pistas sobre o seu dia-a-dia (por exemplo, se se tinha isolado nos últimos dias), etc. Não havendo “receitas prontas” sobre como lidar com este tipo de riscos e incertezas, passei a ativar mais profundamente a minha capacidade de sentir e intuir a presença da outra pessoa, adquirindo, progressivamente, uma maior perceção (bastante intuitiva) sobre como conduzir a entrevista (acionando formas mais sensíveis e

precavidas de abordar determinados temas)⁵⁵. Evidentemente, tal não se traduziu numa supressão de riscos, mas contribuiu, pelo menos, para os minimizar.

Nesse processo de aprender a gerir os potenciais riscos de as entrevistas gerarem estados de angústia e mal-estar, deparei-me com outro desafio ético: o de encontrar um ponto de equilíbrio entre a necessidade de assegurar a proteção emocional das pessoas e a importância de não cair numa atitude infantilizante ou paternalista (no caso, maternalista), igualmente suscetível de gerar desconforto e desrespeitar a dignidade da pessoa entrevistada. Esta questão foi-se tornando tanto mais pertinente à medida que percebia o quanto o momento da entrevista era extremamente valorizado pelas pessoas, que nela identificavam oportunidades de visibilização, reconhecimento e partilha que não tinham em outros espaços e tempos das suas vidas (e sobre este tema discorrerei um pouco adiante). Deparei-me, não poucas vezes, com a situação de a pessoa se encontrar totalmente envolvida na partilha de um evento marcante, exteriorizando grande emoção, e de eu me sentir impelida a refrear essa sua partilha, incentivando-a a um redirecionamento do tema. Em alguns casos, as próprias pessoas reconheceram esse redirecionamento como importante, aproveitando esse meu incentivo para se descolarem do assunto que tanto as mobilizava emocionalmente. No entanto, em muitos outros casos, as pessoas manifestaram vividamente que queriam continuar, manifestando o quão importante era para elas prosseguir com a narrativa. O excerto de entrevista que a seguir se transcreve ilustra bem essa situação.

- Eu já lhe vou dizer quando é que me puseram o autocolante.
- *É assim que vê o diagnóstico, como um autocolante?*
- É. Olhe, é um autocolante, um rótulo. Com uma diferença. É que o autocolante e o rótulo não estão na testa, não é? Estão no peito (suspiro muito profundo). Sabe, quando eu respiro fundo não é cansaço. Não, não é cansaço, é... é... é ter algumas dificuldades em falar destas coisas.
- *Nesse caso, podemos mudar de tema...*
- Não, não.
- *Podemos até fazer um pausa... e falar de outras coisas...*
- [...] Faz-me bem falar, preciso mesmo de falar [...] Eu tenho o maior gosto em falar... eu tenho o maior gosto, apesar de, de vez em quando, precisar de respirar mais fundo, ou se tiver de chorar... Encantado da vida, não... Ouça, não... não se apoquente com isso. Nos últimos cinco anos, já deitei cá para fora cerca de um milhão e meio de lágrimas. Portanto, não se apoquente com isso, porque elas estão cá é para saírem. É mau é quando não saem, é mau é quando não saem. O preconceito de que um homem não pode chorar... é um preconceito completamente ultrapassado... [...] Como se o homem forte tivesse de ter coração de pedra. Mas nós temos cá uma... uma coisinha que bate e a pedra não faz isto... a pedra não faz isto. Bom. Portanto, se eu tiver de chorar, não se apoquente
- *Eu só lhe peço que se sinta totalmente à vontade para pararmos...*

⁵⁵ Este processo de aprendizagem revelou-se importante não apenas em si mesmo (levando-me efetivamente a gerir melhor essas situações de risco), mas também para mim mesma, ao nível do meu próprio desenvolvimento pessoal.

- Já me disse isso várias vezes... e eu estou perfeitamente à vontade, estou perfeitamente à vontade. (Homem, faixa etária ≥ 60)

Tive, então, de aprender a não ceder à tentação de insistir nesse desvio. Mais do que isso, tive de aprender a desapegar-me da necessidade de exercer um certo tipo de protecionismo⁵⁶, a tomar consciência e a libertar-me de preconceitos (e.g., libertar-me da ideia preconcebida de vulnerabilidade sob uma perspectiva estática) e aprender a aceitar verdadeiramente o poder de decisão e autonomia de quem se encontrava diante de mim. Como referem Barbosa e Souza (2008), as pessoas “podem estar numa situação de vulnerabilidade, o que não necessariamente significa que não sejam dotadas de autonomia para decidir sobre a participação ou não em um estudo” (pp. 244-245). Por tudo isto, é tão importante, como defendem as mesmas autoras, compreender a vulnerabilidade como um *estado* e não como uma *condição*. Sob um entendimento de *estado*, a vulnerabilidade é compreendida sob uma perspectiva dinâmica e contextual (como algo que pode ser superado), que não suprime as potências humanas. Já sob um entendimento de *condição*, a vulnerabilidade torna-se algo imutável e essencialista, que, no fundo, encerra a pessoa no rótulo de incapacidade de tomada de decisão.

Como referi um pouco atrás, a maioria das pessoas entrevistadas deixou transparecer o quanto a entrevista se constituiu como um momento prazeroso e gratificante, tendo mesmo algumas delas se referido à entrevista como um evento catártico ou terapêutico, falando-me do alívio que sentiram (e passo a usar algumas das próprias expressões) em “desabafar”, em “falar de coisas que estavam bem guardadinhas e precisavam sair”, etc. Outras pessoas deixaram transparecer ainda o quanto a construção das narrativas lhes trouxe a possibilidade de colocar em perspectiva a própria história de vida, reordenando acontecimentos e factos, fazendo-as, em última análise, iluminar sombras do passado. Uma das pessoas entrevistadas chegou a dizer-me:

Senti-me bem a contar-lhe a minha vida... Acho que até foi assim para o lado do terapêutico. É engraçado, nunca tinha parado para pensar na minha vida assim desta maneira, coisas que aconteceram ao longo da vida. Fez-me lembrar de muitas coisas que até estavam meio esquecidas, da infância, adolescência, e isso foi mesmo interessante, ver as coisas assim a ter um nexos, não é?, a encaixarem-se umas nas outras. (Homem, faixa etária 50-59)

Deparei-me, no fundo, em muitos casos, com aquilo que vários/as autores/as designam por potenciais efeitos benéficos do método narrativo, os quais podem refletir-se, entre outros aspetos: num incremento do auto-conhecimento, numa melhoria da autoestima,

⁵⁶ Protecionismo esse, há que assumir, que não se dirigia apenas para a necessidade de salvaguardar a pessoa, mas também para a necessidade de salvaguardar-me enquanto investigadora. Não seria genuíno da minha parte não o assumir.

numa ressignificação do passado, numa validação de experiências pessoais, num aumento da capacidade de perspetivar a vida sob novos ângulos, numa capacidade de (re)orientar as ações no futuro, etc. (e.g., Atkinson, 2002; Giust, 2005). Não se constituindo como algo intencional e inicialmente previsto na pesquisa, a percepção que ia ganhando, no decurso do trabalho de campo, a respeito dos potenciais efeitos emancipatórios das entrevistas foi gerando, em mim própria, um sentimento de enorme gratificação e um certo “reforço positivo” para a prossecução daquele que se revelava um trabalho bastante desafiante sob o ponto de vista emocional. As preocupações do foro ético, que tantas vezes me inquietavam, como que se amenizavam quando percebia que e enorme generosidade de partilha que me era oferecida era, afinal, de alguma forma, equilibrada com benefícios para a própria pessoa.

A produção deste tipo de efeitos de carácter mais “terapêutico” transporta, porém, um desafio ético com o qual não deixei de me confrontar, a saber, o risco de a pessoa passar a reconhecer no/a pesquisador/a um/a terapeuta e criar relativamente a ele/a uma certa relação de dependência (Van Den Hoonaard, 2008). Aquando da realização das entrevistas, percebi o quanto este risco se torna mais elevado quando estão em causa situações de pessoas que vivem mais isoladas. Experimentei este risco de forma mais marcante num caso muito específico, de um homem que vivia, precisamente, uma situação de grande isolamento social e que manifestava uma enorme vontade de partilhar a sua história com muitos detalhes e com muita profundidade. A entrevista estendeu-se de tal forma (mais de seis horas), que requereu vários encontros, em dias distintos.

Estava a fumar o último cigarro ali, às 14:25, e a minha filha perguntou-me: “Vem cá a... a socióloga agora, não é?” E eu disse: “Oh [filha] vem. É pá, e não é que me apeteça muito”. E isto porque eu estava... estava..., não estava bem, não ando bem. E agora consegui pôr-me bem. Não me consegui pôr bem, consegui pôr-me melhor. Eu já lhe disse e vou repetir, vou tornar a dizer: nos últimos tempos, foi das melhores coisas que me aconteceu na vida, foi ter-me aparecido a Cláudia a propor este trabalho... [...] Tudo isto numa altura em que eu andava apático, completamente apático. [...] Não imagina... não imagina o que o tempo voa, não imagina o que o tempo voa quando estamos aqui. Porque realmente eu precisava. Olhe, veio-me fazer muito bem. Pronto. (Homem, faixa etária ≥ 60)

À medida que me fui apercebendo desta potencial relação de dependência e do desafio ético que ela me impunha, fui procurando (re)equilibrar a difícil equação proximidade-distância, lembrando de modo sensível o que havia esclarecido logo no primeiro contacto, a respeito da minha posição enquanto investigadora (não terapeuta).

Como referi no início deste ponto, a dimensão ética da pesquisa vai além da recolha de dados, estendendo-se ao processo de análise e apresentação dos mesmos. A este nível, a garantia do direito de anonimato das informações prestadas pelos/as participantes constituiu-se como um imperativo ético-metodológico que exige múltiplos cuidados. Em pesquisas

qualitativas, com recurso ao método narrativo, em que a análise e a apresentação dos dados prevê a reprodução de excertos de entrevista – como acontece neste estudo –, não basta atender ao requisito básico da não divulgação do nome da pessoa participante. Há muitas formas através das quais uma pessoa pode ser identificada quando o que está em causa é a reprodução da sua própria narrativa. Ao descrever determinados acontecimentos, reportando-se a nomes de outras pessoas, a nomes de lugares ou a outro tipo de dados específicos, a pessoa facilmente pode ser identificada.

Neste sentido, e para finalizar, cumpre-me esclarecer que todo o processo de apresentação dos dados atendeu a essa preocupação, tendo havido o cuidado de suprimir determinadas informações⁵⁷ e/ou substituir nomes por códigos (por exemplo, Associação X), etc. Com exceção dos/as profissionais da ESMC – cujos nomes foram substituídos com recurso a letras (p. ex. Doutora H) –, atribuí nomes fictícios a todos/as os/as participantes. Há uma particularidade, porém, para a qual desde já chamo a atenção. Às pessoas participantes do *Grupo B* – ou seja, que foram selecionados no âmbito do contexto de uma ESMC – apenas atribuo nomes fictícios quando os seus dados são apresentados nos capítulos quatro e seis. No capítulo cinco, dedicado especificamente às práticas de cuidado da ESMC (a que atribuí o nome *Equipa Y*), os excertos de entrevista dessas pessoas não aparecem nomeados com os nomes fictícios com que aparecem nos demais capítulos. Procuo assim evitar a possibilidade de correspondência entre dados facultados por estas pessoas a respeito da ESMC e dados de caráter mais íntimo (relacionados com as suas histórias de vida), que possam levar os membros da ESMC a uma fácil identificação da autoria dos excertos de entrevista. No capítulo cinco apenas atribuo nomes fictícios às pessoas que integram os chamados *estudos de caso das visitas ao domicílio*⁵⁸ – casos que explicitarei com detalhe no respetivo capítulo.

Dou assim por terminado o terceiro capítulo, que encerra a primeira parte desta tese. Já em seguida, passo para a segunda parte da mesma, a qual é composta por três grandes capítulos que consagro à apresentação, análise e problematização da pesquisa empírica.

⁵⁷ Optei, por exemplo, no final da reprodução dos excertos de entrevista, por referenciar (entre parêntesis) apenas o nome fictício que atribuí à pessoa entrevistada e a faixa etária na qual a mesma se situa.

⁵⁸ Casos em que não se coloca a questão da possibilidade de cruzamento de dados nos vários capítulos empíricos.

PARTE II

**INCITANDO AS VOZES SILENCIADAS,
INDAGANDO AS POSSIBILIDADES DE UMA
ECOLOGIA DE CUIDADOS**

CAPÍTULO 4

DAS HISTÓRIAS (COMUNS) DE SOFRIMENTO: SILENCIAMENTO(S), BIOMEDICALIZAÇÃO E (SOBRE)VIVÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Este quarto capítulo inaugura a análise e problematização das trinta e quatro entrevistas realizadas a pessoas com experiências vividas de sofrimento mental (i.e., todos/as os/as participantes, oriundos/as dos Grupos A, B e C). Conforme delineado anteriormente, aquando da construção do objeto de pesquisa, um objetivo central deste trabalho passa por resgatar a subjetividade das experiências de sofrimento – dimensão tradicionalmente silenciada e invisibilizada pelo modelo biomédico –, o que implica mergulhar nas histórias de vida das pessoas, procurando compreender a tessitura das suas experiências de sofrimento, as explicações que lhes atribuem, as formas como essas experiências se manifestam nas várias fases e esferas das suas vidas, as reações de quem as rodeia, bem como os modos de construção das respetivas trajetórias de cuidado. O que se faz neste capítulo é, no fundo, reconstituir as trajetórias de sofrimento e de cuidado das pessoas entrevistadas até (e inclusive) à entrada em cena do modelo hospitalar/biomédico – modelo de cuidados de saúde mental hegemónico no âmbito do SNS. Com esta reconstituição, objetiva-se, em última instância, perscrutar as respostas proporcionadas por este modelo às respetivas experiências (subjetivas) de sofrimento e compreender, à luz dessas mesmas experiências, em que medida o modelo público hegemónico de cuidados de saúde mental se aproxima ou se distancia do ideal ético-político da integralidade (tal como conceptualizado no terceiro capítulo) e que possibilidades transporta para a construção de uma ecologia de cuidados.

O presente capítulo encontra-se estruturado em quatro subcapítulos: um primeiro que se dedica às primeiras manifestações de sofrimento mental; um segundo consagrado ao universo de perceções/explicações produzidas a respeito dessas mesmas experiências de sofrimento; um terceiro direcionado para a análise das reações iniciais tanto da própria pessoa, protagonista da experiência, como de quem a rodeia; e, por fim, um quarto que se foca nas primeiras diligências tomadas fora do espaço informal/familiar de cuidados e respetivas trajetórias daí emergentes, construídas a partir das possibilidades oferecidas no âmbito do modelo oficial/hegemónico de cuidados de saúde mental.

1. O sofrimento silenciado que se torna “ruído ensurdecedor”

O convite à construção da narrativa acontece, em geral, com o tópico das primeiras manifestações de sofrimento: lembra-se de quando e como começaram as primeiras manifestações de mal-estar emocional, psicológico...? Que experiências de mal-estar eram essas? Como se traduziam (ao nível de emoções, atitudes, formas de estar ou agir, etc.)?

Da análise das narrativas resulta que são múltiplas as formas de manifestação do sofrimento mental, assim como são múltiplas as explicações para a sua origem ou o seu espoletar⁵⁹. Dentro desta pluralidade, porém, é possível identificar determinados perfis que se organizam e diferenciam entre si em função de variáveis como a idade, o sexo, o nível de severidade das primeiras manifestações e a própria nosologia psiquiátrica atribuída *a posteriori*.

A idade com que surgem as primeiras manifestações de mal-estar configura um dos elementos mais claros de diferenciação entre as narrativas, permitindo-nos diferenciar vários conjuntos de pessoas. O conjunto constituído por quem declara ter tido as primeiras manifestações precocemente – no período entre a adolescência e o início da idade adulta (18 casos) e até mesmo antes, no final da infância (3 casos) – é o mais proeminente e também aquele que mais elementos em comum revela no que tange ao conteúdo⁶⁰, grau de severidade, efeitos dessas manifestações e percurso terapêutico trilhado no quadro da patologização psiquiátrica. Das memórias mais vivas em torno desse período inicial sobressai, regra geral, a memória de uma certa desvalorização desses primeiros sinais de sofrimento, tanto pela/o própria/o como por parte de quem a/o rodeia. Ocorrendo essas manifestações durante a adolescência, numa fase da vida percebida socialmente como “naturalmente problemática”, elas tendem a ser justificadas como características próprias da faixa etária, desmerecedoras de maior atenção e cuidado. São muitos os relatos que dão conta

⁵⁹ Há que sublinhar que nos estamos a adentrar num domínio de memórias, representações, atribuição de sentidos e significados de carácter subjetivo. Assim se explica a multiplicidade de versões e explicações em torno de um mesmo caso. Com efeito, no que respeita aos casos em que foi dada a oportunidade de entrevistar pessoas da família, com frequência se obtiveram versões mais ou menos distintas das das/os protagonistas, com evocações seletivas de acontecimentos e explicações, nem sempre valoradas de forma coincidente. A voz que ora se privilegia é, todavia, a de quem experienciou o sofrimento na primeira pessoa, pelo que é à sua *subjetividade* que darei prioridade neste ponto, não deixando de partilhar essas “outras versões”, numa perspectiva de enriquecimento da reflexão, sempre que a análise o justifique.

⁶⁰ Nesses casos, em que as primeiras experiências de sofrimento se dão mais precocemente, os sinais comumente relatados são a apatia profunda, a tendência para o isolamento social, a dificuldade em prosseguir os estudos ou qualquer atividade profissional, o conflito constante com a família (em alguns casos, com contornos de grande violência física e psicológica), o envolvimento com álcool e drogas (assumidos pelas/os próprias/os como formas de fuga para o sofrimento), a que se seguem, em muitos casos, já numa fase posterior, fobias, experiências auditivas (“ouvir vozes”), automutilação e até mesmo tentativas de suicídio.

desta representação social que, em grande medida, normaliza o sofrimento na adolescência/juventude, interpretando-o como algo que faz parte, algo que se inscreve no curso normal de transição para a vida adulta, que, naturalmente, acaba por passar.

Tal visão normalizante, expressa em grande parte das narrativas, carrega, simultaneamente, uma “visão individualizada” sobre essas mesmas experiências de sofrimento, aproximando-nos das conclusões apontadas por Rossi *et al.* (2019) num estudo que se debruça precisamente sobre as manifestações de sofrimento mental na fase da adolescência/juventude. De acordo com as autoras (Rossi *et al.*, 2019), “o entendimento social da adolescência como “fase ‘problemática’, de rebeldia e questionamentos infundados a respeito do sentido da vida” (p. 8) acaba por favorecer uma distorção das necessidades reais e legítimas de atenção e cuidado, levando muitas/os adolescentes e jovens a perceberem o seu sofrimento como um “problema individual”, de caráter essencialmente interno, cuja possibilidade de superação depende exclusivamente da sua força e vontade individual (*ibidem*). Essa visão individualizada do sofrimento mental está bem expressa em muitas das narrativas, percebendo-se notoriamente como ela contribuiu para experiências solitárias de sofrimento e resistência à procura de ajuda.

A narrativa de Florêncio configura, a esse respeito, uma das mais representativas e elucidativas. Não obstante uma “tristeza profunda” que chegou mesmo ao ponto de lhe gerar ideias suicidas, Florêncio desvalorizou (e continua a desvalorizar) as suas primeiras manifestações de sofrimento, iniciadas aos 19 anos, justificando-as como “naturais” daquela idade. O quadro arrastou-se, todavia, durante muito tempo, por cerca de cinco anos, sendo que, após esse período, um quadro mais severo se instalou, já não apenas com manifestações de tristeza e tendência para isolamento, mas também com experiências perturbadoras de audição de vozes que acabaram por precipitar comportamentos de violência para com outras pessoas e, nessa sequência, vários internamentos psiquiátricos compulsivos.

- Esse meu primeiro período de depressão durou dos 19 anos até aos 24 anos, mais ou menos. Não fui acompanhado nem pedi ajuda porque era uma depressão que tinha a ver com os meus pensamentos... tinha a ver com a idade. Era uma tristeza muito grande, muito profunda e... Pronto, era uma tristeza que não era clínica. Não a valorizei nesse sentido. Uma tristeza clínica é muito mais violenta do que... Aquilo era apenas uma crise existencialista, por assim dizer, não...

- Mas o facto de durar há tanto tempo, não o despertou para a necessidade de receber algum tipo de ajuda? Até mesmo de pessoas amigas, pessoas da família...

- Não, nunca senti. [Achava que fazia] parte da idade.

- Essa tristeza dava-lhe, por exemplo, ideias suicidas?

- Sim dava. Mas tinha a ver com a idade, está a perceber? Sempre vi isso na... Até na literatura que lia, como esse do "A Oeste Nada de Novo". São coisas que fazem parte da idade. Esse largar, por assim dizer, a inocência para entrar na vida adulta. Embora tivesse sido difícil, mas eu não... Na altura até desabafei com esse meu irmão... E ele de certa forma, aliviou-me, mas eu sempre achei que nunca fiz...

que não fiz bem em dizer-lhe, porque às vezes há coisas que temos nós que ultrapassar com o mínimo de palavras, está a perceber? E, portanto, nesse sentido, fiz mal em falar-lhe nisso, mas de outra forma, pronto, desanoviei, pronto, não...
- *Mas acha que fez mal, porquê? Em que sentido?*
- Por isso mesmo, porque a gente deve evitar... deve evitar queixar-se de coisas que não têm importância. (Florêncio, faixa etária 50-59)

Outro relato representativo é o de Valdemar. Nele encontramos, similarmente, uma ideia de responsabilização individual pelo seu estado emocional, que levou a que o vivesse de forma solitária durante boa parte da sua juventude, sem recorrer a qualquer tipo de ajuda. Mais tarde, já na idade adulta, esse mal-estar agudiza-se, deixando de se manifestar apenas nas experiências de isolamento e ingestão de álcool e drogas para se traduzir igualmente em episódios de mutilação e várias tentativas de suicídio.

Na altura dos vinte e tal anos refugiava-me no quarto escuro, que é uma coisa que eu faço muito ainda. Refugiava-me no quarto escuro, não queria falar com ninguém. Era capaz de estar dois, três, quatro dias [em] que não queria ver ninguém. Dormia mal. Bebia. Toda uma série de sintomas... Mas não procurei ninguém. Não procurei qualquer tipo de ajuda. Achava que tinha de resolver sozinho... [Mais tarde, quando já era casado] houve as tentativas de suicídio [e] comecei a automutilar-me... sempre nos mesmos sítios: no tronco (...) Esses episódios aconteceram sete ou oito vezes. (Valdemar, faixa etária ≥ 60)

Ainda na mesma linha, refletindo muitos outros casos, temos a narrativa de Vera, que nos fala da manifestação de uma “dor emocional muito forte”, não atendida durante a adolescência, que, a certa altura, se transforma num “ruído ensurdecedor”:

A depressão já vinha de há muitos anos e ela já se tinha manifestado no final da minha adolescência, só que da forma como se manifestou nessa altura não lhe dei importância. Mas era uma dor emocional muito forte, que não foi... não foi, digamos, considerada. Foi piorando, piorando, até chegar ao ponto de se transformar num sofrimento muito grande. Tornou-se uma coisa ruidosa, digamos assim... um ruído ensurdecedor mesmo. Já não conseguia esconder... nem de mim mesma, nem de ninguém. (Vera, faixa etária 50-59)

Os relatos de familiares entrevistados deixam igualmente transparecer uma visão normalizante e individualizante a respeito das manifestações de sofrimento mental ocorridas durante o período da adolescência/juventude. Evocando as memórias em torno deste período, pais, mães e irmãos/ãos justificam a desvalorização dos comportamentos invulgares do familiar então adolescente com o argumento de que os encaravam, na altura, como “excentricidades próprias da idade”, “opções individuais”, reflexos de uma “educação excessivamente protetora”, envolvimento com drogas ou álcool, resultado de más “influências” ou “más companhias”.

Mimos a mais era o que eu achava que ela tinha. Era a pequenina da família, a mais nova... Depois houve uma altura que suspeitámos que era droga... Mas depois, mais tarde, viemos a perceber que não... (Irmã de entrevistada com diagnóstico de esquizofrenia)

O meu irmão era extremamente protegido e mimado. Nunca era castigado de nada. Podia fazer o que quisesse. Para mim, aqueles comportamentos dele só tinham a

ver com isso, com má educação e maus hábitos. Depois andava com muito más companhias, que se metiam em drogas. Nunca imaginei que ele realmente estivesse a sofrer dentro dele, como depois vim a perceber. (Irmã de entrevistado com diagnóstico de esquizofrenia)

Para mim, aquilo tinha a ver com caprichos da adolescência, misturados com álcool e drogas... Não atribuí importância, porque achava que era normal aquele isolamento assim tantas horas no quarto. (Pai de entrevistado com diagnóstico de esquizofrenia)

Sempre foi um excêntrico, muito ligado às artes. Para nós aqueles comportamentos tinham a ver com essa excentricidade. (Irmão de entrevistado com diagnóstico de esquizofrenia)

O conjunto de entrevistadas/os que declara ter tido os primeiros sinais de sofrimento mental durante a adolescência ou transição para a idade adulta corresponde, como se disse anteriormente, àquele que revela mais elementos partilhados ao nível das trajetórias de vida. É neste conjunto que vamos encontrar a maioria dos casos que vem a ser alvo de patologização psiquiátrica mais grave (doença bipolar e esquizofrenia) e de experiências hospitalares/institucionais mais pesadas, com históricos de múltiplos internamentos. Significativamente, é também neste conjunto de pessoas que encontramos os casos em que se desenham as situações de maior vulnerabilidade individual, familiar e social. Salvo raras exceções (protagonizadas, sobretudo, por mulheres), os percursos comuns de vida são povoados pelas experiências de abandono escolar, dificuldades de inserção profissional e dificuldades relacionais, sobretudo ao nível do estabelecimento de relações afetivas/conjugais (muitos casos de pessoas que nunca tiveram relacionamentos amorosos).

Outro conjunto de pessoas que revela, entre si, claras similitudes no que respeita às primeiras manifestações de sofrimento e sequentes percursos terapêuticos é aquele que é constituído por mulheres que, aquando dessas primeiras manifestações, eram já adultas (mais de 30 anos), casadas e com filhos menores. Ainda que contemplando um reduzido número de casos (apenas 6), quando em comparação com o grupo anterior, trata-se de um grupo com particularidades que interessa enfatizar pela forma como nos permite refletir sobre o sofrimento mental associado à questão de género⁶¹. Aqui se delinea o quadro comum de

⁶¹ Diversos trabalhos e estudos epidemiológicos (Rabasquinho & Pereira, 2007; Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013; Caldas-de-Almeida, 2018; CNS, 2019) têm vindo a realçar o facto de as mulheres portuguesas apresentarem um risco maior do que os homens de sofrerem de perturbações depressivas e de ansiedade, assim como um maior uso de psicofármacos (sobretudo ansiolíticos e antidepressivos). Correspondendo à realidade de muitos países, que não apenas o nosso, este fenómeno tem sido associado a aspetos socioculturais implícitos na construção da categoria de género (Brown & Harris, 1978; Rabasquinho & Pereira, 2007; Yuasa, 2012). A acumulação de múltiplos papéis sociais (mãe, educadora, cuidadora de pessoas idosas, responsabilidade pelo trabalho doméstico, atividade laboral fora de casa, etc.), associada à ausência de partilha de responsabilidades por parte dos homens e até mesmo a situações de violência conjugal, tem vindo, com efeito, a ser apontada como fator que vulnerabiliza a condição feminina, favorecendo o surgimento de sofrimento mental (sobretudo sob a classificação médica de distúrbios de ansiedade e depressão). Ora, as narrativas que se seguem apontam, precisamente, para a correlação entre a categoria *género* e o surgimento de um certo tipo de sofrimento mental.

manifestações iniciais de ansiedade e dificuldades em dormir, justificadas pelas próprias protagonistas como resultado de “vidas difíceis”, marcadas pela acumulação de papéis sociais (tarefas domésticas, cuidado com os filhos, atividades profissionais, cuidadoras de pessoas idosas, etc.), de ausência de partilha de responsabilidades por parte dos cônjuges, situações de violência conjugal e questões como o desemprego de um dos membros da família. As manifestações começam, nestes casos, por aquilo que designam como um “dormir mal” e um “andar cheia de nervos”. No entanto, a tendência é a de se ir levando a vida com esse mal-estar, considerando-o (à semelhança da representação dominante durante a adolescência) como um sofrimento transitório. Acontece que as condições contextuais de vida não se alteram e o sofrimento vai-se arrastando até que se torna disfuncional, impossibilitando o curso normal da vida. É nessa altura, regra geral, que entra a *medicamentalização* como forma rápida de “resolver” a situação. A narrativa de Olinda ilustra bem esta tendência.

- Eu comecei a andar assim cheia de nervos, pronto, porque eram os meus quatro filhos, era o trabalho, eram os animais, era a roupa, era isto, era a casa, era tudo... O meu marido andava muitas vezes desempregado...

- *O seu marido não partilhava as tarefas?*

- Não, não! Ah, ele não tinha jeito para a casa. Pronto, e de noite tinha assim muita dificuldade em dormir e quando fui ao médico de família perguntei “ó senhor doutor eu não durmo bem e será que o doutor me passa uns comprimidos?” Ele: “ah pode tomar um destes à noite” Portanto, isto desde os 38 anos, que eu tomo o *alprazolam* para dormir...

- *Esses sintomas só apareceram com essa idade?*

- Não, já os tinha antes, talvez desde os filhos mais pequenos, mas... talvez não me sentisse assim nervosa ou se calhar até andava, mas eu não dava conta disso porque tinha a vida muito ocupada e durante o dia nem notava. Depois à noite, que tudo estava mais calmo, é que tinha algum tempo mim, aí é que a angústia começava a vir. Pois, já vinha de antes... Andei assim muitos anos até começar a tomar aquele comprimido. Pedi ao médico quando já não aguentava mais. Comecei a não dormir e precisava de descansar para levar a vida. Isto ainda antes do cancro, já eu precisava de comprimidos para dormir... Depois com o cancro é que fiquei mesmo deprimida, assim mesmo mais grave. (Olinda, faixa etária 50-59)

Estes casos têm ainda em comum o facto de, entre todos os casos estudados, corresponderem àqueles que vêm a ser alvo de patologização relativamente “mais leve”, sobre eles não recaindo (ao contrário do que é comum entre o conjunto anterior) o estigma da “doença mental”. Trata-se de casos que começam por ser classificados como quadros ligeiros de ansiedade, evoluindo, posteriormente, para diagnósticos de “depressão leve” ou “depressão moderada”. Em geral, as manifestações de sofrimento prolongam-se por muitos anos sob a forma de “dificuldades em dormir” e quadros ligeiros de ansiedade, sendo tratadas apenas com o/a médico/a de família e prescrição de ansiolíticos. Mais tarde, com situações inesperadas da vida (situações de morte de familiares, problemas laborais e doenças

oncológicas), o sofrimento vem a manifestar-se sob formas mais severas, deixando de ser considerado pelas próprias como um “sofrimento normal” para passar a ser visto como “sofrimento patológico”. É nestas situações que são encaminhadas para a psiquiatria e passam a ser tratadas já não apenas com ansiolíticos, mas também com antidepressivos. O caso de Olinda é bem ilustrativo dessa transição de entendimento, de um sofrimento representado como “normal” (parte da vida) para um sofrimento representado como “patológico”. Tais representações estão bem patentes na forma como ela fala de uma primeira fase de manifestação de “nervos” e “dificuldades em dormir”, diferenciando-a da fase seguinte, em que passa a sentir-se “depressiva”. Essa transição acontece no âmbito de uma doença oncológica, pautada pelo medo de uma recaída. Sobressai do seu testemunho (*vide* próximo excerto de entrevista) a mesma tendência verificada entre muitos outros casos, a de se viver o sofrimento de forma solitária e silenciosa durante bastante tempo.

- A minha vida não era fácil, mas nunca senti que andasse depressiva. Lá tinha as dificuldades em dormir e os meus nervos, mas era coisa normal. Depois com o cancro é que fiquei mesmo mal e foi daí que o meu médico de família me mandou para as consultas de psiquiatria no hospital. Já depois de ter sido operada ao estômago, comecei só a pensar naquilo, com medo que a doença voltava. E depois ouve-se deste e daquele. Pessoas que tiveram a doença e daí a um tempo já voltam a ter e nós pensamos sempre que nos bate à porta também. Foi uma dor muito grande, muito grande, foi muito complicado, muito doloroso mesmo. Psicologicamente fiquei muito abalada, fiquei mesmo muito abatida. Comecei a andar muito em baixo, muito nervosa, muito agitada e depois cheguei a um ponto que eu já nem podia ouvir um simples choro do meu neto. Qualquer coisa, eu ficava ansiosa, dava-me para chorar, ficava numa aflição. Isto foi-se arrastando, arrastando e um dia eu falei nisso ao meu médico de família. Disse-lhe que alguma coisa não estava bem, que não me sentia bem, porque eram os nervos, era uma coisa terrível que eu tinha, que não me deixavam sossegada. Mas andei assim muito tempo... a meter isto para dentro, sem falar com ninguém...

- *Não partilhava nem com pessoas da sua família ou com pessoas amigas?*

- Não, não. Isto foi ficando comigo, até que me deu para ficar naquele estado...

- *Não partilhava com ninguém, porquê?*

- Não sei bem dizer porquê... Fui ficando assim... Mas chegou uma altura que tive mesmo de falar... por já não aguentar mais”. (Olinda, faixa etária 50-59)

Casos há (7 casos) que não se enquadram nem no conjunto inicialmente referenciado, em que as primeiras manifestações ocorrem na adolescência, nem no último conjunto analisado, caracterizado pela feminização e pelas manifestações de sofrimento relativamente mais leves, iniciadas já na idade adulta. Trata-se de casos em que as primeiras manifestações de sofrimento mental ocorrem, à semelhança do grupo anterior, durante a idade adulta, no entanto, num quadro súbito de manifestações de grande severidade que precipitam de forma relativamente mais rápida o acompanhamento psiquiátrico e desembocam em diagnósticos de “doença mental” considerada grave (esquizofrenia e doença bipolar). A surpresa e a perplexidade (tanto da/o própria/o como da família) são a grande nota dominante. Pese embora a severidade das manifestações, a tendência é também

a de se procurar viver o sofrimento o mais solitariamente possível, sem se acionar qualquer tipo de ajuda.

Foi um choque para a minha família. Nunca tinha tido uma depressão na minha vida e não estava nada à espera que me pudesse acontecer. Eu não queria deixar transparecer para a minha família essa situação. Durante algum tempo procurei que ninguém percebesse. Sofria sozinho... Mas, claro, a minha mulher percebia que eu não andava bem. Foi tudo muito rápido e ela percebeu a diferença. Deixei de ser a pessoa que era. (Leonel, faixa etária 50-59)

Com efeito, no âmbito deste perfil, manifestações invulgares ocorrem de forma mais ou menos súbita, frequentemente emolduradas por situações de vida igualmente súbitas (não expectáveis, de acordo com os/as entrevistados/as), sem prévio reconhecimento ou memória de quaisquer manifestações anteriores. Bastante expressivos, a este nível, são os casos de Guiomar e de Ariana. Na sequência de situações inesperadas de frustrações amorosas e divórcios, ambas começam a “ouvir vozes”. Tornando-se extremamente perturbadoras, essas experienciais auditivas vêm a desencadear, no caso de Guiomar, um quadro de diversas fobias e, no caso de Ariana, uma tentativa de suicídio. A relutância inicial em se partilhar a experiência de “ouvir vozes” constitui dado comum, sendo igualmente comum a justificação dada para tal relutância: o receio da incompreensão e do estigma (nas suas palavras, de virem a ser tidas como “loucas”). Até que as manifestações de sofrimento venham a assumir contornos de indisfarçável gravidade, a opção, tanto num caso como no outro, é a de silenciamento das experiências.

- Eu não consigo lidar com a mentira. Isso traz-me um sofrimento muito grande, porque eu sou uma pessoa muito verdadeira, gosto da verdade. Para mim, o amor é a verdade, acima de tudo. As dúvidas que eu tive... O casamento é que estragou a minha maneira de ser... Fiquei muito triste nessa altura e foi aí que as vozes vieram, assim de repente. Já tinha quase cinquenta anos. Nunca tinha tido nada disso. Nem depressões, nada... Quando as vozes começaram, eu isolava-me muito, ficava fechada em casa, na cama. Pensava: "Eu aqui estou segura, aqui ninguém me toca, aqui ninguém me incomoda. Fiquei assim um bocado agarrada à cama. Era para me isolar, para me esconder. Foi uma coisa que me transtornou. Eu fiquei como... como uma daquelas crianças, as autistas. Tanto que eu apanhei fobias: apanhei medo da água, apanhei medo das pessoas; comecei a não gostar muito de telefones, comecei a não gostar muito de televisão. Desde que comecei a ouvir vozes, fiquei tão aflita, com tanto medo. Tinha medo de estar em casa. Andei a sofrer muito, muito, muito, muito, muito e depois não... Eu dizia ao meu ex-marido: "Tu não ouves vozes?"; "Não!"... Não podia beber água no lava-loiças. Tinha medo de ver a água na sanita; tinha medo de ver o caixote do lixo; fiquei transtornada com esses medos. Andava quilómetros a pé, a querer fugir das vozes. Ficava nervosa, porque eu perguntava à minha cunhada: "Tu não ouves vozes?" E ela dizia: "Não!"

- *Quando começou a sentir todos esses medos, partilhou com alguém...?*

- Não. Estive muito tempo a sofrer sozinha. Estive num mundo muito estranho. É o mundo de um autista, que eu considero um autista. Estive num mundo meu, sozinha, a sofrer, que eu não podia dizer a ninguém, senão chamavam-me de louca. Se soubessem que eu ouvia vozes, diziam que eu era louca. Eu estava sozinha, eu estava a sofrer completamente sozinha. (Guiomar, faixa etária ≥ 60)

- Isto tudo veio quando tinha uns 34 anos e comecei a ouvir vozes na minha cabeça. Era o juiz, eram advogados. Teve a ver com o divórcio, de certeza. Insuportável...
- *Quando começou a ouvir essas vozes, partilhou com alguém?*
A minha atitude no início foi esconder para ninguém dizer que eu estava doida... ou louca. Não contei a ninguém. Portanto, mas depois tentei... envenenar-me por causa das vozes. Foi os primeiros comprimidos que eu apanhei à mão. Foram duas embalagens deles. (Ariana, faixa etária 40-49)

Finalmente, importa ressaltar a narrativa de Milene, que figura como caso *sui generis* pelos contornos que envolvem as suas primeiras manifestações de sofrimento. À semelhança dos casos anteriores, essas manifestações iniciais surgem na idade adulta, num quadro de grande severidade que não tarda a ser psiquiatricamente patologizado. A particularidade do caso reside na forma como essas manifestações são espoletadas. Uma memória de abuso sexual na infância (experiência que, segundo diz, não se encontrava consciente) desponta subitamente sob a forma de um ataque de pânico, ao qual se segue todo um quadro de “depressões”, interpoladas com períodos de “euforia”. De uma “vida perfeitamente normal”, como ela própria qualifica, o “acordar” daquela memória fá-la transitar para uma vida em que passa a reconhecer-se como “portadora de uma doença”.

- As coisas começaram devido a uma relembração de um incidente de quando eu era muito criança ainda. É uma coisa que me dói muito e que me magoa muito. E foi a partir daí que se desenrolou... A memória veio, acordou, e o quadro veio. Era uma memória que não estava na minha consciência e passou a estar.
- *Que idade tinha*
- Devia ter aí uns 38, 39...
- *Durante uma grande parte da sua vida não teve essa memória...?*
- Foi, foi... Aquilo esteve escondido numa gavetinha no meu subconsciente e de repente espoletou e... e por acaso... [pausa]. Bom, eu não tenho de esconder: eu fui violada quando era muito pequena...
- *A partir do momento em que essa gaveta se abre, tudo muda...?*
- Tudo muda. Tudo muda. Antes disso, não tinha memória, não tinha nada...
- *Não tinha sintomas nenhuns de depressão...?*
- Nada, nada, nada, absolutamente nada. Tinha uma vida perfeitamente normal, como se não houvesse nada. O dia a dia corria bem. A memória veio... fiquei doente... Pronto, agora sou portadora de uma doença...
- *E quando é que começou a tomar medicamentos, foi quando essa memória veio ou foi antes...*
- Não, foi só quando essa memória veio. Nunca tinha tomado medicamentos.
- *Essa memória veio com que sintomas...? Como se manifestou?*
- Foi um ataque de pânico. Fiquei sem conseguir respirar... Aflita, mesmo! E pronto, a partir daí, veio a doença, a enorme depressão, com as fases de euforia, à mistura... (Milene, faixa etária ≥ 60)

2. Resgatando a subjetividade do sofrimento: as explicações e o ímpeto de as partilhar

Situando-nos ainda ao nível das primeiras manifestações de sofrimento mental, outra questão relevante, inclusa no guião de entrevista, versa o tópico das explicações causais: “como explica a origem dessas primeiras experiências de mal-estar? Que fatores, experiências ou episódios da sua vida entende terem estado na sua causa?”.

Trata-se de um tópico que quase sempre surgiu de forma espontânea nas narrativas, sem que eu tivesse tido necessidade de o incentivar formalmente. Com efeito, quando foram interpeladas sobre o teor ou conteúdo das primeiras manifestações de sofrimento mental, a maioria das pessoas entrevistadas apressou-se a contextualizá-las, a atribuir-lhes sentidos e significados, aludindo a acontecimentos e contextos particulares das suas vidas. Tal necessidade (diria até, quase urgência) de se emoldurar e explicar subjetivamente as manifestações de sofrimento é deveras significativa, tanto mais quanto seja comparada com a prevacente abordagem biomédica, que, conforme se viu em capítulos anteriores, sob a terminologia de “sintomas” (de doença), tende a “coisificar” essas mesmas manifestações, olhando-as como objetos separados dos sujeitos e das suas histórias de vida. Das narrativas emergem, pois, muito claramente, experiências de sofrimento subjetivamente situadas, que clamam por um olhar integral e integrador, que vá além da superfície sintomatológica e de explicações meramente bioquímicas. Precisamente pela tendência de as memórias em torno das primeiras manifestações de sofrimento mental transportarem um amplo conjunto de sentidos e significados que se anseia por partilhar, o ponto anterior trouxe de forma antecipada algumas das explicações atribuídas a essas experiências de sofrimento. Interessa, todavia, que nos aprofundemos um pouco mais neste tema, já que a cartografia de tais explicações se reveste de importantes potencialidades na análise dos sentidos das ações de cuidado que se empreenderá adiante.

As narrativas dão conta da complexidade inerente à causalidade do sofrimento mental. Raramente se atribui a causa a um único fator e raramente se coloca o cerne em fatores de ordem biológica ou orgânica (em apenas dois casos tal acontece, conforme se mostrará). É a acontecimentos e contextos de vida familiares, relacionais e sociais que a maior parte das pessoas entrevistadas recorre para justificar a origem das suas experiências de sofrimento. Comum a grande parte das narrativas é ainda a tendência para se evocar, simultaneamente, dois tipos de causas: as mais imediatas e as mais remotas. As “causas mais imediatas” tendem a ser evocadas como uma espécie de “gatilho” para o espoletar das

manifestações ostensivas de sofrimento, enquanto as “causas mais remotas” tendem a ser evocadas como “causas maiores”, “causas estruturais” ou “causas raiz”, que explicam a experiência de sofrimento de forma holística, contemplando não apenas as manifestações “ruidosas” ou “ostensivas”, mas todas as manifestações anteriores, mais ou menos difusas, tendencialmente desvalorizadas pela própria pessoa e por quem a rodeia.

2.1. Os acontecimentos difíceis da vida

Entre as causas “mais recentes” ou “mais imediatas”, sinalizadas como tendo contribuído de forma mais direta para o espoletar das experiências de sofrimento, consta o que muitas pessoas designam por “acontecimentos difíceis da vida”, “situações que fazem parte”, “desgostos”, “frustrações próprias da idade”, “coisas que acontecem e nem sempre são fáceis de ultrapassar”. Inclusas nesta categoria de causas estão situações de falecimentos de familiares ou de pessoas muito próximas, rupturas amorosas, divórcios, doenças oncológicas (das/os próprias/os ou de familiares), sobrecarga de trabalho (sobretudo doméstico/familiar), assédio no trabalho, conflitos laborais, situações de desemprego ou de falência de empresas. Trata-se, em síntese, de um amplo conjunto de situações a que, comumente, se atribui o significado de “contrariedades” inscritas no curso normal da vida (Alves F., 2011, p. 140). Tendo já havido lugar, no ponto anterior, à transcrição de alguns dos excertos de entrevista que dão conta de tais explicações, opto por apresentar outros excertos de entrevista no *Apêndice B* – é de notar, entre os excertos aí reproduzidos, a manifesta preponderância do tema da morte e do luto.

Fátima Alves (2011), no âmbito do seu estudo sobre as racionalidades leigas sobre a doença mental, identifica igualmente estas “justificativas contextuais”, fazendo sobressair o papel que desempenham na salvaguarda da identidade pessoal, pelo modo como estabelecem uma espécie de demarcação com “um tipo de personalidade – a personalidade fraca – desvalorizada social e culturalmente” (Alves, F., 2011, p. 140). Quando assim justificadas, as experiências de sofrimento tendem a ser encaradas como uma espécie de “desvios integrados”, não decorrentes de “personalidades fracas”, antes de “personalidades enfraquecidas” por determinadas circunstâncias da vida (*ibidem*). Cabe realçar, por contraste, um dos poucos casos em que não se verifica essa circunscrição das explicações do sofrimento mental a causas externas, contextuais ou circunstanciais. Trata-se do caso de Leonel, cujas manifestações de sofrimento, já em idade adulta – no contexto de uma vida socialmente tida como estável (casado, com um filho e uma carreira profissional como

professor) –, surgem de forma súbita, desenraizadas de uma qualquer situação objetivamente real, que, no seu entendimento, possa explicar esse surgimento. As primeiras manifestações de sofrimento ocorrem, segundo relata, na sequência de se ter “mentalizado” de ser portador de uma doença oncológica, que, na verdade, nunca existiu. A internalização de que o seu sofrimento teve origem na sua própria mente, não num problema efetivamente real, concreto, ajudar-nos-á a compreender a sua narrativa, onde claramente sobressai a forma como a experiência produziu um forte abalo na sua identidade, afetando visceralmente a representação sobre si mesmo e sobre a sua personalidade. É interessante notar, inclusivamente, a diferença entre o discurso de Leonel e o de outras pessoas entrevistadas a respeito da “doença mental”. Leonel incorpora declaradamente o conceito, referindo “eu sou um doente mental”, contrastando com a tendência, verificável na maioria das narrativas, de se evitar o uso (completo) desta terminologia – em geral, faz-se uso de apenas o termo “doença” ou “doente”, em vez de “doença mental” ou “doente mental” – e de se optar pelas expressões “fiquei doente” ou “a doença veio”, ao invés de “sou doente”. Com efeito, na maioria dos casos, ainda que haja uma nítida internalização da conceção de “doença” – inclusive, uma internalização da ideia biomédica de cronicidade da doença (“doença para toda a vida”) e de um inevitável tratamento medicamentoso (também para toda a vida) –, a tendência é a de não se verificar uma apropriação tão manifesta e tão naturalizada dessa conceção, quanto aquela que se verifica na narrativa de Leonel.

- Isto começou com uma depressão a que se seguiram várias tentativas de suicídio. Pronto, para mim foi uma novidade porque pensei que a minha atividade, a minha agilidade, a minha energia, portanto, fizesse parte do meu carácter, da minha personalidade. No entanto, parece que não. Portanto, havia um problema de questões, uma questão de doença mental, relacionada com bipolaridade. Portanto, eu sou um doente mental. Foi o que na altura me foi dito... Foi há 20 anos. Estamos em 2018. Foi em 2000 para aí... Eu pensava que era uma pessoa com uma mente saudável, forte, e afinal não era essa pessoa. Andava enganado. A minha mente não é o que eu pensava. É uma mente muito doente.

- *Qual era o seu contexto de vida, quando começou a manifestar-se...?*

Já estava casado. E estava a residir aqui, com uma vida estável. Portanto, na altura tínhamos apenas o filho mais velho e estava a trabalhar como professor. Na altura, esta situação espoletou com o facto de eu me ter mentalizado que tinha uma doença do foro oncológico. E, portanto, esta ideia enraizou-se... E era algo da imaginação. Eu, de um modo geral, ao longo da minha juventude, sempre fui uma pessoa muito ativa, digamos assim. E na altura, nunca tive episódios de depressão, nem manifestações relacionadas com esse tipo de, enfim, de estado.

- *Tinha tido alguma pessoa próxima que tivesse tido uma doença oncológica?*

- Não, na altura ainda não. Só veio a acontecer posteriormente. Portanto, não poderia associar a ninguém essa situação. Mas isso foi durante bastante tempo. E não queria que ninguém percebesse. Sofria sozinho... Cheguei ao ponto que eu disse que tinha de fazer alguns exames. Eu pensava que tinha um problema grave no colon. E, portanto, fiz todos os exames e mais algum e nenhum deu positivo. Mas eu insistia, insistia... E a partir daí acho que se deu o clique...

- *Quer dizer, viveu algum tempo num ambiente de medo, sem partilhar com ninguém...?*

- Sim. De medo, angústia, de ansiedade... E isso é que me levou à depressão, que não estava à espera. Foi a primeira depressão na minha vida. (Leonel, faixa etária 50-59)

2.2. As histórias comuns de violência e trauma

Como atrás se disse, para além das “causas mais imediatas”, evocadas como uma espécie de “gatilho” para o eclodir das manifestações ostensivas de sofrimento, muitas/os entrevistadas/os evocam aquilo que aqui designo por “causas mais remotas”. Trata-se de “causas maiores”, representadas nos discursos como as causas que explicam de forma mais profunda e global a origem do sofrimento. Com esta evocação, muitas pessoas transmitem a ideia de que as situações difíceis da vida, contextuais ou circunstanciais, que espoletaram as manifestações ostensivas de sofrimento, poderiam não ter tido o impacto marcante que tiveram caso não existisse um sofrimento latente ou uma vulnerabilidade emocional prévia, provocada por fatores de ordem sistémica. De um modo geral, é ao período da infância (que se prolonga pela adolescência/juventude) e aos padrões relacionais e comunicacionais estabelecidos no núcleo familiar que se recorre para explicar de forma profunda a origem do sofrimento mental. Qualificadas frequentemente como “traumáticas”, as vivências no seio da família nuclear tendem a ser objeto de descrições densas de emotividade e de detalhes, dando conta de contextos originários de vida extremamente difíceis, marcados pelos mais variados tipos de violência. É de realçar como estas vivências “traumáticas” dominam as narrativas, sendo muito restrito o conjunto de pessoas entrevistadas que não referem ter passado por esse tipo de experiências. É este um dado muito significativo (a reter como ponto de reflexão) situado em linha com as conclusões de outros/as autores/as que apontam, precisamente, a violência no contexto familiar como uma questão de saúde pública e uma das mais importantes causas dos problemas de saúde mental na nossa atualidade⁶² (Ribeiro, 2009; Teicher & Samson, 2013; Hildebrand *et al.*, 2015; Maté, 2022b).

As experiências traumáticas vivenciadas no núcleo familiar de origem representam um largo espectro de situações, que, obviamente, detêm papéis e pesos diferenciados na

⁶² Problemática muito atual no contexto português, conforme se pode atestar em notícia do *Observador*, de 1 de abril de 2019. Recorrendo a informações prestadas por representantes de organismos oficiais (como o Ministério da Administração Interna), a notícia refere: “Nos últimos oito anos ‘13.133 crianças e jovens foram vítimas de violência doméstica’ e muitas mais assistiram a situações de violência na família [...] Entre janeiro de 2010 e 31 de janeiro de 2018, as forças de segurança registaram 84.767 situações de violência doméstica que foram presenciadas por crianças ou jovens. [...] os números ‘estão muito aquém da realidade’, uma vez que registam apenas as situações em que os agentes encontram crianças ou jovens quando chegam ao local” (Observador, 1 de abril de 2019). Notícia disponível em: <https://observador.pt/2019/04/01/criancas-e-jovens-assistiram-a-mais-de-84-mil-casos-de-violencia-domestica-em-oito-anos/>.

construção das trajetórias de sofrimento das pessoas entrevistadas. Tais experiências vão desde situações de abandono (da parte de um dos progenitores ou de ambos), passando pela convivência diária com situações de alcoolismo, sofrimento mental, violência conjugal, até situações de maus-tratos físicos e psicológicos. No *Apêndice C* são apresentadas algumas dessas narrativas. Neste espaço, transcreve-se apenas a de Valdemar, que é bastante representativa desse conjunto mais lato de testemunhos, saturados de contornos de grande violência, bastante impressionantes.

É na minha infância e adolescência que estão grande parte dos meus problemas atuais. [...] Tive um pai (pausa) extremamente autoritário, ditador... [...] Era extremamente violentado, física e psicologicamente. E às vezes, saberá tão bem ou melhor [do] que eu, que às vezes as feridas psicológicas são mais difíceis de cicatrizar, e às vezes nem cicatrizam, e as minhas não cicatrizaram. Estão cá, foram mal curadas, ou não foram curadas, estão cá... E eu vivia ali [num ambiente] de agressividade, de violência e, pior do que isso, de humilhação... Mais grave [do] que isso, fui humilhado dezenas de vezes em público. Eu nunca mais ultrapassei isso. Nunca aceitei, mas eu entendia porque é que ele fazia isso: manifestação de autoridade. Não era capaz de fazer uma festinha, não era capaz de dar um abraço. O meu pai nunca me deu um abraço, nunca me elogiou. A última sova que eu apanhei, forte, foi aos 14 anos porque namorava uma colega minha. E apanhei uma sova que me deixou todo marcado. E tudo isso ia recalçando. São anos e anos que vão acumulando e as coisas vão ficando e umas saram, outras ficam por sarar, outras nunca mais saram. Eu era castigado sem ter cometido crime nenhum. O meu pai, quando eu tinha quatro, cinco, seis anos. A casa tinha um quarto. A minha irmã dormia numa salinha pequenina e eu vivia no quarto dos meus pais até aos 8 anos. E, portanto, o castigo predileto do meu pai era o seguinte. Não me pergunte qual era o meu crime que eu não me lembro. Não sei. Se calhar eram muitos. E, portanto, com os crimes que eu cometia, havia um castigo que era solene... [pausa]. Ele levava-me para o quarto, fechava tudo, eu ficava no escuro. Era uma chave preta, assim grande. Ele fechava a porta à chave e ia trabalhar para uma cidade, a uma distância de 25 quilómetros. Ele levava a chave. A minha mãe não tinha autorização... nem podia dar-me de comer... Eu estava ali com quatro, cinco, seis anos... Até aos oito... foi de certeza. E eu estava fechado seis, sete, oito, nove, dez horas, não posso precisar... Era o tempo que ele demorava na vida dele. Com tudo fechado, no escuro; com a chave preta na memória; com a minha mãe, de vez em quando, a falar-me do lado de fora, mas não me dava muito palavras de carinho. O meu pai vinha, abria a porta, não me dizia nada e íamos jantar. Depois, no outro dia, eu, com o trauma de estar ali um dia enfiado no escuro, não queria ir para a escola. Apanhava do meu pai, apanhava da minha mãe. Depois o meu pai ia-me levar, atravessava a aldeia toda e ia-me levar à escola. Agarrava-me aqui assim [demonstra], por isso é que eu tenho estes lóbulos um bocado grandes. E daí eu gostar do escuro. Já viu a contradição? Daí também a automutilação. Vem daí... dos castigos corporais. (Valdemar, faixa etária ≥ 60)

Alguns relatos mostram como a violência vivida durante o período da infância e adolescência se estende para lá da fronteira da família, replicando-se em outros contextos sociais. O contexto mais evocado, a esse nível, é o contexto escolar. Ainda que, sob muitos aspetos, estejamos na presença de alguns relatos que dizem respeito a realidades datadas ou muito específicas – como o de Dionísio (*vide* 10º excerto de entrevista do *Apêndice C*), que se refere à violência exercida com uma “cana da índia” nos anos de 1970, ou a de Florêncio (*vide* 9º excerto de entrevista do *Apêndice C*) que se refere ao Colégio Militar –, os mesmos

não deixam de merecer a nossa atenção. Com efeito, sob formas obviamente diversas das que sobressaem nessas duas narrativas, a violência no ambiente escolar (violência social, psicológica e simbólica) permanece, nos dias de hoje, como um assunto preocupante, em íntima relação com a problemática da saúde mental infanto-juvenil (Melo, 2013; Silva & Assis, 2017).

As duas narrativas que a seguir se transcrevem remetem-nos de igual forma para uma problemática atual, de raiz sociocultural, produtora de um tipo de violência de caráter mais sutil ou simbólico, quando em comparação com outros tipos de violência aqui referenciados. Trata-se de dois casos que dão conta da elevada pressão para a conquista de sucesso, desempenho de papéis e cumprimento de expectativas familiares e sociais. A incapacidade de se corresponder a um elevado nível de exigência escolar, de nível universitário (coincidentemente, ambas as situações na mesma Faculdade de Direito e na sequência de percursos escolares exemplares), aliada à elevada pressão familiar e à dificuldade em se lidar com a frustração, são apontados, em ambos os casos, como os fatores responsáveis pela origem das experiências de sofrimento.

Eu sempre fui muito boa aluna e os meus pais tinham muitas expectativas no meu futuro. Queriam muito que eu seguisse Direito e eu consegui entrar. Os meus irmãos já estavam na Faculdade de Medicina [...] E pronto, com a entrada na Faculdade de Direito a minha vida tornou-se um pavor... Foi aquele medo todo, aquele clima pavoroso da Faculdade de Direito. De início, eu a sentir-me grande e a sentir-me vaidosa e depois as notas a cair. Não conseguia passar a nenhuma frequência. Foi o desastre total. Os meus pais pensavam que eu tinha tudo para ser bem sucedida. E quando me viram cair no primeiro ano, foi uma desilusão. Tinha medo, pânico de ir aos exames. Chorava que me fartava e eles vinham de longe, telefonavam a meio da noite para saber como é que eu estava. Queriam que fosse até à Faculdade de Direito, porque era uma questão de entrar na sala. Pressionaram-me imenso. E a minha mãe, mesmo a ver todo o meu sofrimento, não me deixava desistir, insistia... Foi assim que as coisas começaram. (Helga, faixa etária 50-59)

Os meus pais tinham muita esperança no meu futuro... Era considerada uma criança muito inteligente e tive um percurso escolar, logo na infância, brilhante. Com dois anos já falava a rimar. Já fazia rimas. Mais tarde, entrei na Faculdade de Direito em Lisboa e fiz lá o primeiro e o segundo ano. Era brilhante! O melhor aluno! Mas depois, para ficar perto de casa, pedi transferência para [refere o nome da cidade]. Na Faculdade de Direito [dessa cidade] não me concederam equivalência ao segundo ano que já tinha feito em Lisboa, com notas muito altas. Foi uma frustração enorme! Esse facto começou a entristecer-me na altura e eu comecei a andar muito mal, a isolar-me, a adoecer aos poucos. Depois, quando estava a fazer o segundo ano, chumbei com notas baixas e isso levou-me a entrar em crise. Fiquei ainda mais deprimido e foi nessa altura que comecei a ouvir umas vozes. Foi aí que os meus pais se aperceberam. Eles confiavam que eu conseguia e eu estava habituado a ter as melhores notas e de repente comecei a chumbar. Pronto, e acabei por ficar muito doente e não tirei o curso (Angelino, faixa etária 50-59).

Fechando o reportório de narrativas que nos mostram como a violência vivida durante a infância/adolescência se dilata por diversos contextos sociais, promovendo

experiências de sofrimento adicionais às que são produzidas no contexto da família, oferta-se lugar à narrativa de Vera. Com nove anos de idade, Vera é alvo de uma experiência de abuso sexual por parte de um homem adulto, seu vizinho. À experiência extremamente traumática inerente a essa situação, ela vê acrescer uma outra experiência traumática, decorrente dos contornos de violência institucional que emolduram a queixa judicial entretanto formalizada pela sua mãe. Com efeito, colocada numa posição de suspeição e inversão de papéis (de vítima a culpada), tanto por parte dos profissionais da perícia médica como por parte do próprio juiz, Vera vê-se numa situação de acrescida vulnerabilidade, inusitadamente produzida por instâncias reconhecidamente responsáveis pela proteção da sua integridade psicológica. O testemunho de Vera, que a seguir se transcreve, remete-nos para o tema da violência de gênero, ainda tão marcante na nossa sociedade. Cabe-nos sublinhar, aliás, que a experiência de abuso sexual não se constitui como tema exclusivo da sua narrativa. Outras duas entrevistadas referiram-se, igualmente, a este tipo de experiências: Irina, que não quis aprofundar o assunto, referindo que tocar nessa memória a iria perturbar; e Milene, cuja história foi alvo da nossa atenção no final do ponto anterior.

[Na sequência de relatar experiências traumáticas no seio da família, transcritas no *Apêndice C*, Vera refere:] Depois com 9 anos também fui vítima de abuso sexual e uma quase violação. Enfim, foram muitas coisas. Foi um vizinho. O senhor veio pedir-nos água. Nós tínhamos um reservatório. E fui ajudar o senhor a levar um dos garrafões à casa dele. E o fulano, às tantas, mete-me dentro de casa, atira-me para cima da cama e começa a desabotoar os botões das calças. E eu começo a perceber “isto não é normal, há aqui qualquer coisa que não está bem”. Como o homem estava bêbado, tropeçou nas calças. Não fechou as portas à chave, foi o que valeu e como fixei bem o caminho por onde tinha vindo, saí a gritar pela minha mãe. Foi um trauma enorme, mas que não ficou por aqui. A minha mãe levou o assunto ao tribunal. Eu fui acusada pelo juiz de ter sido eu a acusar o homem de algo que ele não fez. E eu é que fui maltratada, os médicos que me fizeram o exame foram muito duros, mesmo ordinários para uma criança de nove anos e tudo isso deixou muitos traumas. Foi extremamente traumático. Tinha e ainda tenho esses traumas. Nunca consegui ultrapassar tudo isso... (Vera, faixa etária 50-59)

2.3. Os elementos espirituais e paranormais

Dirigindo-nos para um universo de explicações causais distintas, situado para lá dos contextos familiar e social, cabe destacar um restrito conjunto de narrativas (três narrativas) cuja ênfase é colocada em explicações de ordem espiritual e paranormal. Tratando-se de um campo de racionalidades leigas muito específico, que direciona os sujeitos para conceções e formas de lidar com o sofrimento mental bastante diferenciadas, tais narrativas serão alvo de atenção pormenorizada em capítulo posterior (capítulo 6). Por ora, e no encalce de uma “sociologia das ausências” (Santos, 2006), deposita-se tão somente a intenção de fazer sobressair a presença deste tipo de explicação no conjunto das narrativas, mostrando o

quanto o sistema de representações em torno do sofrimento mental se pode distanciar das representações oficiais, preconizadas pelo modelo biomédico dominante, o científico. Duas dessas narrativas, a de Soraia e a de Feliciano, têm em comum o facto de tais explicações advirem de experiências terapêuticas produzidas no âmbito de um Centro Espírita, ambas valoradas de forma muito positiva.

Eu só vim a compreender mais tarde o que se passava comigo. Porque eu andei durante muito tempo sem saber o que é que tinha, o que é que se passava comigo, quais as razões... Não tinha uma explicação para o que acontecia comigo... Não tinha problemas familiares, não tinha traumas... Tinha tido uma infância sem problemas... Vim a compreender mais tarde que o meu sofrimento era de natureza espiritual. Nós somos mais do que um corpo e do que matéria. Nós somos seres espirituais a viver experiências físicas, na matéria. E como seres espirituais, temos uma história enquanto espíritos, estamos sujeitos a interferências do mundo espiritual, interferências energéticas [...] Eu comecei a ter conhecimento disso depois, quando comecei a ficar bem, a ser tratada no Centro Espírita e a perceber que aquilo que eu tinha era, essencialmente, uma capacidade diferente de perceber o mundo espiritual. E também a ver com a questão espiritual, tinha um problema obsessivo. E hoje deteto isso em outras pessoas que conheço, que têm essa capacidade e sofrem de obsessão, mas que não percebem, não sabem, e preferem não aceitar isso. Há pessoas que, de facto, têm depressões que se explicam de outras formas, por traumas de infância, tanta coisa. Mas há muitas pessoas, e vejo isso lá no Centro, que aquilo que os médicos acham que são doenças psiquiátricas são, na realidade, desequilíbrios espirituais. (Soraia, faixa etária 20-29)

A doença que tenho não é uma doença como os psiquiatras falam. A minha doença era na verdade o meu espírito que estava doente. Nós somos espíritos e há doenças que... é o nosso espírito que está doente. Há outras doenças que não são espirituais, que têm outras causas, e para essas doenças os médicos têm... têm o valor deles. Agora, para as doenças que são mesmo espirituais, que têm a ver com o nosso passado espiritual... Porque nós, como espíritos, já tivemos muitas vidas antes desta. Para as doenças que têm a ver com o nosso passado espiritual ou com aproximações de espíritos já desencarnados, claro, para essas doenças, os médicos não conseguem fazer nada. Não há medicamentos, não há nada que eles façam que possa ajudar. Foi o que aconteceu no meu caso. Só quando fui tratado espiritualmente é que melhorei... melhorei muito! (Feliciano, faixa etária 50-59)

Já a outra narrativa, a de Guiomar, independe de qualquer experiência terapêutica ou de qualquer influência externa. Referindo-se àquilo que percebe como a causa da sua experiência de audição de vozes, Guiomar chama a atenção para a questão da variabilidade humana, evocando, à semelhança de Soraia e de Feliciano, a capacidade excepcional de perceber o que designa por “dimensão espiritual”. O reconhecimento dessa percepção extrafísica não decorre, todavia, como se disse, de um conhecimento adquirido externamente, mas tão somente da sua própria prática experiencial.

A minha doença... sou eu que tenho um avanço sobrenatural, que não acontece em toda a gente. As pessoas não são todas iguais, são diferentes. Há pessoas que têm um aparelho auditivo diferente que captam ondas... São capazes de ouvir outras ondas sonoras e... e são sobrenaturais, só que são poucos... Há poucas pessoas assim, com este ouvidinho a ouvir... as baixas frequências. Porque eu posso-lhe dizer que eu ouvia... O meu exercício mesmo forte era eu ficar parada, não querer ouvir as vozes e a ver se existiam vozes, ficar a estudar se havia vozes. Eu ficava parada, atenta ao máximo, para ver se eu conseguia sentir... captar. E,

por exemplo, se eu estivesse a falar com alguém, eu não ouvia. Mas se eu procurasse o silêncio... e não me concentrasse em nada, mas só na voz, eu ouvia. E eu ficava a... a pensar..., dentro de mim, se era fora. E na verdade era por fora. As vozes não vinham da minha cabeça, vinham de fora de mim, de espíritos. Também já vi vultos, mas são muito rápidos. Quase como se fossem sombras... Eu tenho a sensação de que é mesmo verdade, mas é melhor não contar isto a ninguém.... Só lhe estou a contar a si [...] O que eu tenho é uma capacidade diferente... de sentir uma dimensão que não é material... de sentir a dimensão espiritual, vá. Eu acredito muito que nós temos junto de nós espíritos bons e espíritos maus. Há uns que nos querem proteger. Eu ouço uma voz boa que me costuma dizer assim: “Eu gosto muito de ti e do teu filho e quero proteger esta casa”. E depois há as outras vozes que me fazem ter medo e dizem-me para eu fazer coisas erradas: “vai atrás daquele e diz-lhe isto e isto e isto”. O que me tem ajudado muito é orar. Fico melhor quando oro a Deus e peço ajuda... (Guiomar, faixa etária ≥ 60)

2.4. As (raras) explicações biológicas (e reflexões decorrentes)

Finalmente, resta realçar aquele que é o sistema de causalidade menos referenciado no conjunto das narrativas, o que respeita às explicações de carácter biológico ou, se preferirmos, de carácter organicista. Apenas duas pessoas entrevistadas, Timóteo e Irina, se referem a este tipo de elementos para explicar (mais “enraizadamente”) a origem das suas experiências de sofrimento – fatores relacionais/sociais são igualmente evocados, no entanto, apenas como “causas secundárias”. Timóteo explica o seu diagnóstico de esquizofrenia reportando-se à questão da hereditariedade. Detendo-se no histórico psiquiátrico do pai, evoca vários casos na família, referindo-se, inclusivamente, a um exercício de reconstituição da árvore genealógica, através do qual teve a oportunidade de identificar um significativo número de familiares com “problemas psiquiátricos”.

Acho que isto é hereditário, é genético. O meu pai também é doente e às vezes também tinha internamentos compulsivos. Tinha diagnóstico de maníaco-depressivo. Bipolar... Tinha problemas de alcoolismo também, Mas há cerca de 20 anos que não é internado. Deixou de beber... Não fazia distúrbios, mas... como posso explicar...? Vinha um bocado afetado com o álcool para casa. A doença já lá estava há muito... o diagnóstico veio mais tarde. Também disseram que ele tinha esquizofrenia... Depois, ia a um médico davam-lhe uma medicação, ia a outro, davam-lhe outra... Depois a questão dos antidepressivos era difícil, desencadeava as fases de mania e assim. Ele foi professor, mas trabalhou só 23 anos e 6 meses. Reformou-se por invalidez. Mas não era só o meu pai. Tinha mais pessoas na família com problemas psiquiátricos, inclusive um primo do meu pai que se suicidou. O meu bisavô também, dizem até que se suicidou. Uma tia, irmã do meu pai também, com doença mental. Até fiz um mapa: “este tem este diagnóstico, este tem aquele.” Reconstitui a árvore genealógica para perceber a minha doença. (Timóteo, faixa etária 30-39)

Já Irina associa a origem da sua experiência de sofrimento, diagnosticada igualmente como esquizofrenia, a um traumatismo craniano ocorrido na sequência de um acidente de viação, sofrido com a mãe. É a esse traumatismo que atribui a “causa maior” da sua experiência de “ouvir vozes”. É interessante notar como Irina reconduz esta mesma

explicação de foro biológico para justificar um certo desequilíbrio mental que identifica na mãe, que não terá chegado a ser alvo de diagnóstico e de acompanhamento psiquiátrico (o que ela, aliás, faz questão de referir como uma “falha”).

- Os meus problemas vêm de um acidente. Quando tinha uns 12 anos, tivemos um acidente de viação, eu e a minha mãe, de mota. Quer dizer, aí começaram os meus problemas todos, de cabeça. Tive um grande traumatismo craniano. A minha mãe foi para o Hospital em coma. Eu, que havia de ter ido também, mandaram-me para casa Vomitava, aquilo tudo. A minha mãe desde que teve o acidente nunca mais ficou boa da *mona*. Nunca mais ficou boa. Mas ela não se quer convencer que é disso, mas eu tenho para mim que é disso. Eu acho que se ela se fizesse um tratamento também assim com um bom psiquiatra, acho que aquilo ainda ia. Foi uma falha ela não ter sido acompanhada.

- *E a Irina ficou com sequelas?*

- Nunca mais fui a mesma. Quer dizer, na altura, andei em médicos, neurologistas. Tive o traumatismo e depois eu desmaiava muito e dava-me ataques epiléticos. [...] E, como o cérebro estava fraco, comecei a ouvir vozes.

- *Associa ter começado a ouvir vozes ao acidente?*

- Foi a partir do acidente. Os médicos diziam que o cérebro ficou muito fraco, porque, segundo consta lá nos relatórios, parece que até os miolos sofreram. Que o traumatismo até afetou a parte encefálica. (Irina, faixa etária 40-49)

Sabendo-se que o modelo médico hegemónico dirigido ao sofrimento mental – o biomédico – é inerentemente um modelo organicista, que enfatiza a origem do sofrimento (da “doença”) nos elementos biológicos e no “espaço corporal individual” (Tsu & Tofolo, 1990: 156), a baixíssima frequência de explicações deste tipo no conjunto total de entrevistas (i.e., trinta e quatro entrevistas) configura um dado bastante interessante. Seria de esperar, de alguma forma, uma maior internalização do discurso médico dominante na explicação do sofrimento, tanto mais quanto se atente ao facto de a totalidade das pessoas entrevistadas ter vivenciado (ou vivenciar) experiências marcantes de acompanhamento biomédico/psiquiátrico. A surpresa vai-se diluindo, no entanto, ao constatar-se que o resultado da presente pesquisa está longe de se constituir como inédito, sendo vários os trabalhos de investigação (e.g., Jones *et al.*, 1963, Tsu & Tofolo, 1990; Pereira, 1997) que revelam a baixa permeabilidade dos sujeitos às explicações biológicas veiculadas pelo modelo médico hegemónico (de que são alvo). À semelhança da presente pesquisa, tais estudos mostram que o tipo de causalidade mais citado pelos sujeitos é o que respeita a vivências biográficas de carácter relacional e social.

Um estudo em particular, o de Weinstein e Brill (1971 *apud* Tsu & Tofolo, 1990), é merecedor de maior atenção pelas interessantes reflexões que suscita. Comparando as conceções etiológicas de um grupo de pessoas com diagnósticos psiquiátricos com as de um grupo que não detém essa experiência, o estudo revela uma enorme diferença na atribuição das causas do sofrimento mental. Enquanto o primeiro grupo enfatiza fatores de natureza relacional e social para explicar a origem das suas próprias experiências psiquiátricas, o

segundo enfatiza fatores de ordem biológica para explicar aquelas que não são experiências próprias, mas de “outras” pessoas, que apelidam de “doentes mentais”. Por outras palavras, enquanto o primeiro grupo traz à tona o reconhecimento da importância da subjetividade na determinação do seu próprio sofrimento, o segundo olha para esse sofrimento de forma *cartesiana* e distanciada – tal como a biomedicina o faz –, tomando-o como objeto (separado do sujeito), sobre o qual facilmente (e irrefletidamente) se projeta a ideologia científica dominante.

Refletindo em torno das conclusões daquele mesmo estudo, Tsu e Tofolo (1990) aventam a hipótese de a concepção do segundo grupo (o que não detém a experiência) traduzir uma tentativa de as pessoas “se defenderem de temores relativos à possibilidade de se tornarem doentes mentais” (p. 157), pela forma como essa concepção conecta a ideia de “doença mental” a algo profundamente enraizado, essencialista, que apenas atinge quem tem um “defeito” orgânico. Já a concepção do primeiro grupo (detentor da experiência) vincula a experiência de sofrimento mental à ideia de “susceptibilidade humana”, ou seja, à vulnerabilidade a circunstâncias difíceis da vida a que qualquer pessoa está sujeita (Tsu & Tofolo, 1990). Outra interessante ideia, defendida por Tsu e Tofolo (1990) – relativamente às pessoas que detém a experiência de sofrimento e protagonizam “carreiras psiquiátricas” –, é a possibilidade de a não internalização das explicações biológicas do modelo médico dominante traduzir uma forma de resistência aos efeitos objetificantes das práticas desse mesmo modelo, que, como se sabe, tendem a anular a subjetividade e a reduzir (ou até mesmo a invalidar) a complexidade das experiências vividas. Fazendo-se representantes de histórias de vida singulares, que explicam de forma igualmente singular as suas trajetórias de sofrimento, as pessoas como que rejeitam uma alienação da sua subjetividade e da totalidade que as caracteriza.

Transpondo esta reflexão para o presente estudo, importa notar a forma aberta e entusiástica com que a grande maioria das pessoas entrevistadas acolheu o meu convite à partilha das suas experiências de sofrimento; aí parecendo reconhecer uma oportunidade, ainda que momentânea, de resgate das suas condições de sujeitos; uma oportunidade, enfim, de expressarem a subjetividade e a multidimensionalidade que as suas experiências carregam – em contraste com a objetificação e coisificação de que têm vindo a ser alvo no sistema psiquiátrico, onde a tendência é a da redução dessas experiências a categorias nosológicas previamente determinadas. Um sinal particularmente sugestivo desse eventual reconhecimento (catártico) reside, no meu entender, no facto de a maioria das pessoas ter manifestado um enorme desejo de partilhar a sua história de vida (desde a infância), detendo-

se, espontaneamente, em aprofundadas explicações sobre a origem da experiência de sofrimento.

Com esta reflexão, não é meu propósito negar a possibilidade de presença ou influência de um nível biológico na explicação do sofrimento mental. A postura mais simplista e infrutífera seria justamente a de procurar uma resposta à questão: que modelo explicativo – o médico/biológico, o psicológico, o sociológico ou o espiritual – se constitui como o mais verdadeiro na causalidade do sofrimento mental? (Torres, 2001, p. 117). O que as narrativas do presente estudo fazem, na realidade, é questionar a viabilidade de um único modelo explicativo – o biomédico – continuar a imperar como “regime de verdade” (Foucault, 1984), descartando modelos explicativos igualmente relevantes, que, se perspectivados em complementaridade e não em conflitualidade (Torres, 2001, p. 118), transportam a potência de gerar intervenções mais integrais, holísticas, que, naturalmente, elevarão as possibilidades de emancipação e esperança dos sujeitos.

3. As reações iniciais e a família como contexto emergente (e solitário) de cuidado

Conforme foi dado perceber logo no início do presente capítulo, o silenciamento da experiência constitui-se como a reação mais frequente ante as primeiras manifestações de sofrimento mental. Das histórias narradas emergem, com efeito, experiências comuns de sofrimento vividas de forma solitária, não partilhada e até mesmo deliberadamente escondida ou encoberta durante um período relativamente longo de tempo. Uma representação individualizante em torno do sofrimento mental perpassa, como se viu, grande parte das narrativas, exteriorizando-se numa tendência para se encarar as primeiras manifestações como algo que apenas diz respeito a si mesma/o e cuja superação depende exclusivamente da vontade e força individual.

Uma tal representação, cabe ponderar, constituir-se-á, em larga medida, como um reflexo do quadro sociocultural mais amplo em que nos inserimos, permeado por uma ideologia individualista que cultua exacerbadamente valores como a independência, autonomia, funcionalidade, performance e eficiência (Beck & Beck-Gernsheim, 2002; Sennett, 2004, 2006; Ehrenberg, 2010; Brown, 2019). Dito de outro modo, um quadro normativo que inculca como uma espécie de “tipo ideal” a capacidade de gestão de si mesma/o, a autodisciplina e o autodomínio emocional, propagando-os como qualidades indispensáveis à conquista daquilo que Sennet (2006) denomina por “individualidade

idealizada”: uma forma de individualidade adequada às necessidades do “novo capitalismo”, “que se exime declaradamente de qualquer dependência de longo prazo em relação aos outros” (Sennet, 2006, p. 161).

Naturalizando a ideia de que uma “personalidade bem sucedida” é aquela que é emocionalmente robusta, autossuficiente e empreendedora de si mesma (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, p. 22), o modelo de sociedade em que vivemos refreia fortemente a exposição e a partilha da vulnerabilidade emocional, obstaculizando, no mesmo passo, a mobilização de ajuda externa (Beck & Beck-Gernsheim, 2002; Sennett, 2004, 2006; Ehrenberg, 2010; Brown, 2006, 2019). Indiciar sofrimento emocional ou mental corresponde, no fundo, a um desvio social, levando os sujeitos a adentrarem-se num terreno hostil de significações que os posicionam em lugares de fraqueza, insuficiência, defeito e inadequação⁶³. Anular a vulnerabilidade perante si mesma/o e perante os outros, silenciando-a e ocultando-a o mais possível, parece, então, a estratégia mais viável para a reprodução desse padrão de aceitação e conformidade social. É desta forma que a “vergonha da vulnerabilidade”, exaustivamente estudada por Brené Brown (2006, 2019), se encontra tão indelevelmente enraizada na mentalidade coletiva das nossas sociedades, funcionando como verdadeiro dispositivo de controlo social.

Porventura, será nesse condicionamento sociocultural (traduzido numa “vergonha” inconsciente) que residirá uma das possíveis explicações para a tão comum reação de silenciamento das primeiras manifestações de sofrimento mental, amplamente observada nas narrativas transcritas no primeiro ponto deste capítulo. A esse vasto conjunto de testemunhos já transcritos, acrescem as narrativas de Jasmim, de Helga, de Cândido e de um familiar (a esposa de um entrevistado): narrativas onde sentimentos de “vergonha”, “culpa”, “fracasso”, “fraqueza”, receio de “julgamento” e de “não aceitação” são explicitamente associados ao silenciamento das experiências e assumidos como obstáculos à mobilização inicial de algum tipo de ajuda.

⁶³ É ainda interessante notar como essa visão, imposta pelo nosso modelo de sociedade, que nos impele a olhar a dor e o sofrimento como sinais de fracasso, é alimentada pela própria cultura da biomedicina que também nos incentiva a olhar a dor e o sofrimento como algo “anormal”, a suprimir de forma muito rápida, e não (conforme defendiam visões médicas ancestrais) como experiências naturais, inerentes ao ser humano, repletas de significados íntimos e pessoais, sinalizadoras da necessidade de ações e transformações conducentes a um processo de reequilíbrio (Illich, 1975; Laplantine, 1991). No primeiro capítulo do presente trabalho, verificámos como muitas cosmovisões médicas ancestrais (incluindo a *hipocrática*) acalentavam esta conceção positiva sobre a dor e o sofrimento. Mais adiante, em capítulo dedicado a *epistemologias e práticas “outras” de cuidado*, veremos como essa mesma conceção orienta algumas das práticas “outras” identificadas no estudo empírico (a que algumas das pessoas entrevistadas recorreram). Sobre o modo como a medicina científica moderna veio introduzir uma mudança na forma como se concebe a “dor”, recomendo a leitura do capítulo 4 (intitulado “Alienação da dor”) do livro *A expropriação da saúde* de Ivan Illich (1975).

Não foi fácil para mim encarar a situação. Eu via o meu estado como um autêntico fracasso. E foi também por isso que me isolei durante tanto tempo e não tive logo ajuda... [...] Ainda hoje não me sinto à vontade com esta minha fragilidade. Quando fico pior, nos picos depressivos, fico fechada em casa, não quero que ninguém me veja, porque tenho vergonha de estar assim. (Jasmim, faixa etária 40-49)

Hoje sinto-me arrependida de ter feito uma data de coisas que fiz... que fizeram com que as coisas se arrastassem e piorassem até à situação em que estou hoje. [...] Quando comecei a sentir-me deprimida, fechei-me em casa, isolei-me, em vez de procurar colegas, procurar apoio de familiares... [...] Tinha vergonha de... Sentia-me fraca e incapaz. Tinha receio do que os outros iam pensar. E tudo isso fazia-me sentir vergonha de mim mesma... [...] Cheguei a ter esses complexos e essas coisas. (Helga, faixa etária 50-59)

Fechava-me em casa... não queria ver ninguém... Passava muito tempo fechado no quarto. Sentia que tinha falhado perante as pessoas, perante os meus amigos. Esse sentimento ainda me fazia sentir pior e com menos vontade de sair e estar com outras pessoas. [...] Estava a adoecer, a adoecer, a cair, a cair mais, a cair mais, a cair mais e... Separava-me das pessoas... tinha medo... sei lá, medo de ser rejeitado. (Cândido, faixa etária 40-49)

O meu marido não foi feito para perder. Ele foi feito para ser um vencedor, ou seja, foi educado – apesar de toda a experiência de vida que teve, que foi dura – foi educado para vencer e para ser o número um. Para ser da linha da frente. Para ser uma pessoa de sucesso, não é? E isso... [Pausa] Isso não é fácil de assimilar, não é? Quando se é confrontado com uma situação desta natureza, não é? Quando se tem plena consciência que a doença mental é aquela doença que ninguém quer ter ou com a qual se lida mal. Ou com a qual ele viveu toda a vida e sempre a ocultou. E agora está confrontado com ela de uma forma drástica, não é? Eu penso que há aqui um conjunto de emoções e de vivências e de sentimentos que ele próprio não conseguia gerir. [...] Assumir aquilo que sentia era no fundo assumir outra imagem diferente da do vencedor, daí a dificuldade em aceitar que precisava de ajuda. (Esposa de entrevistado com diagnóstico de esquizofrenia)

Como se viu no início do presente capítulo, a frequente desvalorização das manifestações iniciais de sofrimento mental advém, igualmente, de um certo olhar normalizante (tanto auto quanto hétero) sobre essas manifestações, particularmente quando ocorrem na adolescência/juventude (período da vida “naturalmente” tido como problemático) ou quando enquadradas, já na idade adulta, por situações difíceis da vida (tidas como transitórias). A ideia de que o mal-estar vai acabar por passar naturalmente, aliada à “vergonha da vulnerabilidade”, ao receio de se ser estigmatizada/o – que, como se viu, tende a acontecer, sobretudo, nos casos de audição de vozes – e ao imperativo de “se ser forte” acabam por gerar um verdadeiro *cocktail* de resistência à partilha/reconhecimento dessas experiências, obstaculizando a mobilização atempada de recursos que poderiam contribuir para o desenhar de trajetórias bem diferentes daquelas que vieram efetivamente a se delinear.

Um outro dado bastante significativo que nos ajuda à compreensão da reação comum de “silenciamento” é a perceção subjetiva (ostensivamente realçada nas narrativas) da ausência de espaços íntimos/informais de cuidado, de acolhimento, de compaixão e conexão emocional, sejam eles favorecidos pela família, por amigos/as, por pares ou por

outras instâncias próximas de sociabilidade (p.e., professoras/es, vizinhas/os, instâncias laborais, associações locais, etc.). Sendo o núcleo familiar frequentemente apontado como produtor de conflitos e situações traumáticas (em grande medida, responsáveis pelas experiências de sofrimento), ele posiciona-se, muitas vezes, num lugar bem distante de um tão almejado espaço primordial de acolhimento e diálogo, que poderia servir de primeiro recurso de manejo (ou direcionamento) das experiências emergentes de sofrimento. Inversamente, como atestam algumas narrativas, do núcleo familiar irrompem frequentemente, durante esta fase inicial, reações de indiferença (quando não mesmo de hostilidade) que contribuem ainda mais para a reprodução de círculos viciosos de silenciamento e isolamento e, conseqüentemente, para um agravamento das manifestações iniciais de mal-estar. A esse vazio de acolhimento soma-se, então, a percepção subjetiva de um igual vazio nos demais espaços da vida quotidiana, conforme dão conta os excertos de narrativa que a seguir se transcrevem.

Também me fechava mais porque sentia que não tinha ninguém com quem falar. Com a família tinha imensos problemas e ainda me fazia sentir pior... E os meus amigos tinham lá os seus problemas também. O que eles faziam era chamar-me para coisas que me faziam ainda pior, álcool, drogas. Não sei. Penso que se na altura tivesse tido alguém com quem falar, que isso teria ajudado e talvez não tivesse caído numa depressão tão grande. (Hilário, faixa etária 40-49)

Os meus pais faziam-me sofrer muito. Eles nem davam valor aos meus sintomas. Eles criticavam sempre. Nunca apoiavam. Diziam que eu estava mal porque queria. Se fosse preciso escondiam-me em casa para eu não sair à rua. A minha mãe era capaz de dizer: “Ai, não vás comigo. Fica aí escondida que é para as pessoas não te verem”. Já me fez isso muita vez. [...] Não tinha outras pessoas com quem contar. As pessoas não compreendem quem tem depressões... Achem que se está assim porque se quer... (Irina, faixa etária 40-49)

- Quer dizer, eu já tinha dito à minha mãe que não me sentia bem, mas a minha mãe: “Isso é uma fase, tens que... Isso é uma fase, isso passa e tal. Há fases menos boas, toda a gente tem isso.” E eu: “Pronto, está bem! Não vale a pena estar a explicar, porque não vale a pena”. Então, metia-me no meu canto e tal e não... não... [dizia mais nada]

- *E não havia outras pessoas com quem partilhar, pessoas amigas, algum professor mais próximo?*

- Não... Os amigos eram os das borgas, todos com problemas. E a escola... ui... não gostava nada daquilo, tudo uma seca, e os professores não eram assim pessoas que falassem connosco. Só davam as matérias... (Licínio, faixa etária 40-49)

- *A tua mãe já tinha falecido. Falavas com o teu pai sobre como te sentias?*

- Falar com o meu pai sobre como me sentia...? Ele não queria saber de nada disso. Nem quer... Continua a não se importar.

- *Tinhas outras pessoas com quem partilhar aquilo que sentias? Amigos ou professores? Ou mesmo outras pessoas da tua terra, vizinhos...*

- Não tinha ninguém. As pessoas em geral não compreendem, nem se importam muito com os que os outros sentem. Por isso não falava, guardava tudo dentro de mim. (Homem, faixa etária 20-29)

Estaremos, portanto, em certa medida, perante um reflexo daquilo que Goleman (2003) aponta como uma cultura generalizada de “iliteracia das emoções”, caracterizada,

entre outros aspetos, pela tendência para a não permissão da expressão das mesmas, que acaba por conduzir as pessoas a processos de negação, isolamento e perceção subjetiva de desamparo afetivo e emocional. Carregando uma desvalorização da potência reparadora e curativa dos laços afetivos e das relações interpessoais empáticas, a “iliteracia das emoções” tem vindo a traduzir-se, como sublinha o mesmo autor (Goleman, 2003, pp. 253-266), em elevados custos para as nossas sociedades, vertidos, entre outros fenómenos, no exponencial crescimento dos níveis de ansiedade e depressão (*ibidem*, p. 262).

Certo é, nesta mesma linha, que a vivência silenciosa e solitária das manifestações iniciais de mal-estar emocional vem a traduzir-se, na generalidade dos casos em análise, no elevado custo de um agravamento das mesmas, com um conseqüente impacto nas respetivas trajetórias de vida. Com efeito, experiências de sofrimento não reconhecidas, não acolhidas e não cuidadas durante períodos relativamente longos de tempo (obviamente, nuns casos mais do que em outros) começam, entretanto, a produzir impactos significativos (muitas vezes, drásticos) não apenas no que tange ao nível mais subjetivo e individual (identidade, autoestima, autonomia, hábitos de higiene, etc.), mas também ao nível familiar, relacional, ocupacional/laboral, social, etc. Trata-se, por outras palavras, de impactos desestabilizadores das condutas e padrões de vida antes dados como estabelecidos, que representam, em muitos casos, efeitos verdadeiramente fraturantes nas trajetórias de vida, pela forma como afetam os níveis de independência/autonomia, as oportunidades de realização pessoal e a capacidade de manutenção e/ou construção de relações familiares, afetivas e sociais. São muitos os testemunhos que dão conta de tais impactos, alguns deles na primeira pessoa, outros pelas vozes de familiares igualmente entrevistados (veja-se *Apêndice D*, onde se reproduzem alguns desses testemunhos).

É nesta fase, quando o sofrimento silenciado se torna “ruidoso” (em virtude dos impactos marcantes que começa a produzir), que, em geral, a pessoa e/ou a sua família despertam de alguma forma para a situação, passando a mobilizar estratégias e recursos no sentido da dirimção dos impactos do sofrimento individual (e também familiar) entretanto já tão pronunciados. Frequentemente emoldurada por um quadro de grandes vulnerabilidades e limitações na capacidade de agir, a família (geralmente, pai/mãe, irmãos/ãs, cônjuge ou filhos/a em idade adulta) emerge, então, como contexto primordial de atenção e cuidado, inaugurando uma fase que se definirá, em grande medida, por sentimentos de impotência, sobrecarga e exaustão.

Independentemente do tipo de estratégias e recursos mobilizados, um ponto comum a muitos dos casos estudados – particularmente entre aqueles em que as manifestações de

sofrimento assumem formas mais severas – é o de as famílias, durante esta fase inicial, encetarem um processo de fechamento social, que se dilatará pelas fases seguintes. Sentimentos de vergonha e de receio do estigma e dos efeitos da discriminação levam a que se procure, o mais possível, manter os sobressaltos quotidianos sob reserva, evitando que se tornem visíveis aos olhares de quem se encontra para lá do núcleo familiar restrito. Constituindo-se, no fundo, como uma estratégia de enfrentamento da incompreensão e intolerância que se sente (ou se pressente) por parte de quem se encontra do lado de lá, o fechamento da família sobre si mesma acaba por condicionar as possibilidades de intervenção e mobilização de formas de apoio externo. Receando a exposição e o julgamento social, muitas famílias optam, então, nesta fase, por cingir a sua ação a uma contínua vigilância e a um intenso controlo sobre os comportamentos da pessoa, o que, frequentemente, acaba por potenciar conflitos, agudizar as manifestações de sofrimento e, conseqüentemente, um incremento dos níveis de exaustão familiar (*vide*, a propósito, os três últimos excertos de entrevista reproduzidos no *Apêndice D*).

Outra reação comum é a de se procurar emudecer as manifestações de sofrimento (sobretudo a dificuldade em dormir) de forma rápida através de medicação ansiolítica e sedativa, sem o concomitante recurso a qualquer outro tipo de suporte terapêutico, de caráter não farmacológico. Nalguns casos, recorre-se ao profissional médico de cuidados primários (médica/o de família) para os prescrever. Noutros casos, faz-se uso desse tipo de medicamentos sem prescrição médica, recorrendo a medicação que se tem disponível em casa, prescrita para outros membros da família, sem qualquer tipo de acompanhamento médico. Em qualquer um dos tipos de caso, a toma de ansiolíticos e sedativos surge, com efeito, como a reação mais frequente nas trajetórias iniciais de enfrentamento do sofrimento, sequente à fase preambular de desvalorização e inação. Sendo esta uma estratégia transversal aos vários grupos enunciados no primeiro ponto deste capítulo, é particularmente notória entre o grupo cujas primeiras manifestações de sofrimento ocorrem durante a fase da adolescência/juventude. Registam-se mesmo situações em que essa forma de se lidar com o sofrimento é ativada ainda mais precocemente, no final da infância, como é o caso de Irina, cuja narrativa se transcreve já a seguir, a par de outras que igualmente importa registar.

Com os meus 12 anos, comecei a tomar o *Xanax*, [receitado pelo médico de família a pedido da mãe]. Ainda o *Xanax* era umas garrafinhas de vidro, tipo cápsulas. Na altura, já estava a beber *Xanax*. Uma vez, tomei uma dose tão grande, que eu no outro dia não me aguentava em cima das pernas. Eu hoje sei que o *Xanax* é para dormir, mas na altura não sabia. (Irina, faixa etária 40-49)

Comecei a dormir menos... Os nervos, a parte do sistema nervoso, atacava-me o estômago: eu vomitava, comia, vomitava. Outra instabilidade, a ansiedade...

começou nessa altura. [Foi nessa altura, com 17 anos,] que eu comecei a tomar comprimidos ansiolíticos. Foi uma prima minha que me deu... (Leandra, faixa etária 40-49)

Tinha 15 anos. A minha mãe levou-me ao médico de família e ele disse que era para tomar uma cápsula, dia sim dia não. E não disse mais nada! Era uma cápsula para dormir, de 5 miligramas. (Maira, faixa etária 50-59)

Quando ela estava mais agitada, não dormia, nem deixava ninguém dormir, a minha mãe dava-lhe um dos comprimidos dela para dormir. Não me lembro bem o que era, mas devia ser um medicamento calmante. Ela devia ter uns 14 ou 15 anos quando isso começou a acontecer. Era o desespero. A minha mãe não sabia o que fazer. (Irmã de entrevistada com esquizofrenia)

Tal tendência leva-nos a refletir sobre a ausência de um campo intermédio entre aquilo que podemos entender como o polo da desvalorização ou não reconhecimento do sofrimento e o outro extremo, o polo da *medica(menta)lização*. A toma de medicamentos não aparece, com efeito, como recurso de última linha, após se ter trilhado um *caminho do meio*, de mobilização de todo um outro conjunto de soluções e recursos terapêuticos, designadamente de carácter emocional, psicológico e social. Assomando-se como recurso de primeira instância, a toma de medicação ansiolítica e sedativa responde, no fundo, à necessidade desesperada, tanto da parte da própria pessoa quanto da sua família, de silenciar de forma rápida um sofrimento que, em geral, justamente por ter sido ignorado por demasiado tempo, acaba por assumir proporções inesperadamente severas, difíceis de suportar. Em alguns casos, em face do desespero, a família chega mesmo ao ponto de administrar essa medicação de forma clandestina e camuflada, colocando em causa os direitos da pessoa e a sua autonomia. Constituindo-se como uma estratégia bastante questionável sob o ponto de vista ético, essa administração tende a acontecer sob a orientação do/a médico/a de família ou de um/a médico/a psiquiatra da esfera privada, a pedido da família, nos casos em que a pessoa manifesta resistência à aceitação da necessidade de ajuda.

Houve uma fase em que a minha mãe ia lá a casa [dela] todos os dias dar-lhe o jantar e pôr-lhe umas gotas [na sopa] que aconselharam para ver se ela ficava mais lúcida. Foi o que foi aconselhado pelo médico de família. Ela não sabia. Portanto, mas mesmo assim, quando desconfiou não quis mais a ajuda da minha mãe, não quis ir ao médico, deixou de ir a casa dos meus pais. (Irmã de mulher com diagnóstico de esquizofrenia).

A negação da necessidade de ajuda por parte da pessoa que protagoniza a experiência de sofrimento constitui-se, de facto, em muitos casos, como uma situação que se arrasta por muito tempo, para lá do momento do despertar (tardio) da própria família. Já cientes da gravidade da situação, o maior obstáculo a transpor, para muitas famílias, é, então, o de convencer a pessoa a receber cuidados.

Demorei muito tempo a perceber que ele não estava mesmo bem... Achava que era da personalidade dele, do feitio e achava que ia acabar por passar... Mas depois as coisas complicaram-se e eu queria levá-lo ao médico [de família]. Mas ele não

queria de maneira nenhuma. Nem arrastado, eu conseguia. (Mãe de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

A minha mãe queria ajudar-me, mas era muito difícil. Eu não aceitava a doença e não queria ajuda de ninguém... [...]. Pronto, isso era um dos problemas que eu tinha, era não aceitar a doença. E julgava que fazia a coisa certa. (Dionísio, faixa etária 50-59)

Tanto a propensão da família para o isolamento, de que se falou antes, como a resistência da própria pessoa em reconhecer a necessidade de apoio condicionam fortemente a mobilização de recursos terapêuticos, levando ao adiamento indefinido do início da construção de trajetórias de cuidado, para lá do contexto familiar. Como se desdobram, entretanto, essas trajetórias? Que momentos-chave sinalizam mudanças de rota ou redirecionamentos nas representações e formas de se lidar com as experiências de sofrimento? É em torno destas indagações que desenvolvo, já em seguida, o último ponto (subdividido em três subpontos) do presente capítulo.

4. Das reduzidas (e reducionistas) possibilidades de cuidado

4.1. Entre o/a médico/a de família e o consultório privado de psiquiatria

Em Portugal, como se sabe, o sistema público de saúde tem por base um primeiro nível de serviços, os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar, correspondentes aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Constituídos por equipas multidisciplinares (pelo menos, em teoria), é nas/os profissionais médicas/os de Medicina Geral e Familiar, (conhecidas/os por *médicas/os de família*) que estes serviços têm a sua máxima personificação. De todos os níveis do sistema público de saúde, o nível dos CSP é consensualmente tido como aquele que se encontra na posição mais privilegiada para a integralidade do cuidado, em decorrência da sua filosofia de intervenção, baseada (teoricamente) na proximidade e num olhar sistémico e holístico sobre o ser humano⁶⁴ (Carapinheiro & Hespanha, 1993; Rodrigues, 2004; Allen *et al.*, 2005; Teixeira & Cabral, 2008). É nessa linha que a OMS preconiza que a primeira linha de cuidados formais de saúde mental (tanto de cariz preventivo como terapêutico) seja da responsabilidade deste nível de

⁶⁴ A representação ideológica que tradicionalmente recai sobre as/os médicas/os de família é, com efeito, a de profissionais próximas/os e emocionalmente comprometidas/os, que olham a pessoa na sua totalidade (para lá da doença), que a sabem escutar, que a seguem de forma contínua (por largos períodos da vida) e que acompanham outros membros da família (o que lhes permitirá uma visão ampliada sobre o respetivo contexto familiar e sociocultural). A par da questão da acessibilidade e das potencialidades na dirimção do estigma, é essa representação de tónus holístico que, teoricamente, posiciona os serviços de saúde primários numa posição privilegiada para a prestação de cuidados dirigidos ao sofrimento mental.

serviços (WHO, 2008). Sendo essa uma diretriz internacional, é também essa a conceção retórica e ideológica que prevalece em Portugal, no âmbito do respetivo SNS⁶⁵.

Posto isto, caminhei para este estudo com uma certa curiosidade relativamente à importância dos CSP nas trajetórias de cuidado em análise. Existirá uma correspondência entre a representação ideológica/filosófica que gravita em torno dos CSP e o papel efetivamente desempenhado pelos mesmos nessas trajetórias? Ora, o que a análise dos casos nos mostra – tanto no que respeita à fase inicial das manifestações de sofrimento mental como, de resto, no que respeita às posteriores – é, na realidade, um papel bastante residual, frágil e inconsistente destes serviços nas trajetórias de cuidado.

Para a compreensão do papel relativamente pouco significativo dos CSP nos casos estudados, importa, desde logo, considerar um fator de ordem mais ou menos extrínseca a esses serviços, que se associa à (já sobejamente referida) desvalorização das primeiras manifestações de sofrimento por parte da pessoa e da sua família, bem como à resistência à procura atempada de ajuda. A prolongada vivência solitária do sofrimento contribui, como se viu, para o seu progressivo agravamento, acabando por assumir, frequentemente, manifestações muito severas. Em muitos casos, só quando alcançado esse patamar é que a pessoa ou a sua família se consciencializa para a necessidade de mobilização de ajuda, sendo que, em face de manifestações de sofrimento já tão agudas, os CSP tendem a ser percecionados como inadequados ou insuficientes para responder positivamente à problemática em causa. Proporcionam-se, então, nesses casos, dois tipos de situações: por um lado, a situação de a pessoa ou a sua família não chegarem, sequer, a buscar os CSP, procurando, alternativamente, a esfera privada da psiquiatria; por outro, a situação de a pessoa ou a sua família buscarem os CSP e serem as próprias/os médicas/os de família a reconhecer a ausência de recursos necessários para a prestação do cuidado, encaminhando diretamente a pessoa para a especialidade psiquiátrica na esfera hospitalar⁶⁶.

A narrativa de Dionísio representa o primeiro tipo de situação. A justificação para o não recurso inicial aos CSP aparece associada a uma certa ausência de expectativas positivas quanto à preparação destes serviços para lidar com aquilo que classifica como

⁶⁵ De facto, a premissa da integração da saúde mental nos CSP não é uma novidade no nosso país, constituindo-se como uma meta fundamental desde há já várias décadas, expressa em vários documentos oficiais e legislativos, designadamente no Decreto-Lei n.º 74-C/84, na Lei de Saúde Mental n.º 36/98 e no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNRSSM, 2007).

⁶⁶ Tais situações correspondem, em geral, a casos que chegam aos CSP com a exibição de comportamentos que no âmbito da ciência psiquiátrica são entendidos como sintomatologia psicótica (em particular, a audição de vozes). Esta mesma tendência é verificada no âmbito de um outro trabalho, também realizado em Portugal, que se dedica ao estudo do papel dos CSP no domínio da saúde mental (cf. Rodrigues, 2004).

problemas psiquiátricos mais sérios. O seu relato traz, ademais, o receio da exposição ao estigma (presente igualmente em outras narrativas) como justificação para a procura da esfera privada de psiquiatria em detrimento dos CSP. Por se tratar de espaços públicos inseridos ou próximos da comunidade onde se reside, os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar, quando na presença de manifestações percecionadas como possível sintomatologia psicótica, tendem a ser encarados pela família ou pela própria pessoa como espaços onde não se conseguirá a reserva considerada necessária e, portanto, onde se elevarão as possibilidades de discriminação e estigmatização social.

- Quando fiquei assim muito doente, que comecei a ouvir vozes e a não querer saber de nada, a não tomar banho..., a minha mãe levou-me a umas consultas num psiquiatra que era o Dr. R... Não sei se conhece?
- Não, não conheço. Essas consultas eram no Hospital?
- Não, eram num consultório privado.
- A sua mãe não o levou primeiro ao médico de família?
- Não, não.
- E sabe o porquê?
- Ela pensou que as coisas iam correr melhor num psiquiatra. O médico de família é mais para tratar de outras doenças, assim mais físicas ou depressões assim mais leves. Para estes problemas psiquiátricos mais graves, o médico de família não é tão indicado. A minha mãe pensou isso na altura... E também acho que queria proteger a minha imagem. Ela tinha muito receio que, se as coisas se soubessem, ninguém [viesses] a dar-me emprego. (Dionísio, faixa etária 50-59)

Já o caso de Ariana representa o segundo tipo de situação: um rápido encaminhamento para a especialidade psiquiátrica no âmbito hospitalar.

- [No início], quando comecei a ouvir vozes, o meu pai levou-me ao médico de família, mas ele mandou-me logo para uma psiquiatra do Hospital.
- *Todo o processo se iniciou com o médico de família...*
- Sim. Perguntou-me como me sentia, mas basicamente foi mais isso, porque não era especialidade dele. E ele quando não se entende, também diz logo: “Não me entendo, vais para a especialidade que realmente precisas”.
- *Como é que reagiu a essa decisão?*
- A minha atitude foi estar a dizer que não era doída. E quem me trouxe à força para o [Hospital X] foi o meu pai [com a carta do médico de família]... Foi ele que tomou a atitude de me trazer. Porque se eu não viesse a bem, que vinha a mal. (Ariana, faixa etária 40-49)

As narrativas reconstitutivas da fase inicial das trajetórias de cuidado mostram-nos ainda como o acompanhamento dos CSP, nos poucos casos em que se regista, não desemboca em respostas terapêuticas contínuas e de carácter integral. São vários os relatos que sinalizam um amplo conjunto de limitações e fragilidades destes serviços, revelando, para os casos estudados, como os mesmos se encontram muito aquém da conceção ideológica, formalmente defendida pela política de saúde mental. Uma das limitações ou fragilidades mais frequentemente reveladas pelas narrativas diz respeito ao carácter reducionista que caracteriza as intervenções e acompanhamento terapêutico destes serviços. Da leitura das narrativas resulta, com efeito, a ausência de qualquer outro tipo de intervenção

dos CSP que não aquele que respeita ao receituário farmacológico. A prescrição de medicação (sobretudo ansiolíticos, sedativos e antidepressivos) constitui-se, de facto, entre os casos em análise, como a intervenção mais comum e generalizada no âmbito destes serviços, a ela não se aliando, concomitantemente, quaisquer outras formas de acompanhamento, designadamente as de carácter psicossocial. Muito embora o enquadramento legal destes serviços contemple a atuação de equipas multidisciplinares, o que as narrativas mostram, na realidade, é uma intervenção totalmente centrada no modelo biomédico, com os cuidados a serem prestados exclusivamente por médicos/as de família. Da intervenção providenciada pelos CSP nesta fase inicial (como, de resto, nas demais), regista-se, portanto, uma completa ausência de psicólogos/os, terapeutas familiares, técnicas/os de serviço social, etc.⁶⁷

As narrativas mostram, ademais, que, ao contrário do que se poderia esperar (atendendo à representação ideológica/filosófica que recai sobre os/as médicos/as de família), a atuação destes profissionais não preenche o vazio de intervenção psicossocial decorrente da ausência de profissionais detentores de competências específicas. Dos casos estudados não emergem, com efeito, quaisquer relatos que façam corresponder a intervenção efetiva dos/as médicos/as de família à representação social que lhes é tradicionalmente atribuída. O que aparece, na verdade, são perfis de consulta bastante limitados, onde não apenas se desvela a formação excessivamente biomédica destes profissionais, como também os enormes condicionamentos a que se encontram sujeitos, decorrentes da elevada pressão e carga de trabalho. Em alguns casos, como o de Idália (*vide* 1º excerto de entrevista do *Apêndice E*), até se sente preocupação e empatia por parte da/o médica/o de família, reconhecendo-se que a sua intervenção só não vai mais além devido à sobrecarga a que está submetida/o. Mais comuns, no entanto, são os relatos de consultas muito rápidas, adstritas à prescrição de fármacos, sem qualquer encaminhamento para outras/os profissionais e sem qualquer ensejo ao estabelecimento de vínculos emocionais, escuta e diálogo. O conjunto de narrativas transcritas no *Apêndice E* concentram todas essas fragilidades do acompanhamento dos CSP. Algumas delas dão mesmo conta de situações que as próprias pessoas qualificam como situações de descuido ou negligência que contribuíram para o agravamento dos seus estados. Tal é o caso de Milene (*vide* 2º excerto de entrevista do

⁶⁷ Este é um dado que vai ao encontro das conclusões de vários trabalhos (Rodrigues, 2004; CTARSM, 2017; Fernandes *et al.*, 2017), que apontam, justamente, a inexistência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas no domínio da saúde mental como uma das persistentes fragilidades dos CSP, que muito condiciona a sua capacidade de atuação neste mesmo domínio.

Apêndice E), que relata a forma inadequada como o médico de família manejou a prescrição de antidepressivos, que acabou por fomentar uma crise tão severa que a levou a um internamento hospitalar. A desvalorização das manifestações de sofrimento e a ausência de respeito pela vontade e autonomia individual (na toma da medicação) são outras percepções críticas que sobressaem nas narrativas, apontadas como razões que motivaram o abandono dos CSP e conseqüente procura de outras soluções (em geral, psiquiatras na esfera privada).

De facto, e para finalizar a análise do papel dos CSP, importa frisar que a passagem por estes serviços, quando ocorre, revela-se muito pouco satisfatória ou completamente infrutífera⁶⁸. Ora, com exceção dos casos em que se verifica uma transição praticamente direta para a esfera hospitalar – como os que apresentei anteriormente, que, pelo nível de gravidade, foram objeto de rápido encaminhamento pelo/a médico/a de família –, o que acontece, então, em resultado da improdutividade ou insatisfação com o tipo de acompanhamento dos CSP, é a procura alternativa de soluções na esfera privada, essencialmente ao nível da especialidade médica de psiquiatria. A procura de soluções no setor privado corresponde a uma tentativa de se contornar a ausência de respostas nos CSP, mas não só. Na verdade, em muitos casos, ela responde igualmente a outra problemática, já antes referida, a saber: a percepção de que os consultórios privados, contrariamente ao que se pensa acontecer com os espaços públicos de saúde, permitirão uma maior proteção contra situações de discriminação e estigma. Sendo essa justificação particularmente notória entre casos com contornos de maior severidade e de maior resistência à receção de ajuda, a ela se associa uma outra explicação – dada, inclusivamente, por familiares entrevistados –, a de que o recurso ao consultório privado, pela maior reserva que proporciona, acaba por se constituir como a única forma de convencer a pessoa a receber apoio terapêutico. Com efeito, de acordo com muitas narrativas, um dos principais motivos da resistência à ajuda terapêutica é o receio de se ser encaminhado/a para tratamento em Hospital Psiquiátrico ou em departamento de psiquiatria de um Hospital Geral, receio manifestamente ligado à

⁶⁸ De resto, importa frisar que os dados da nossa análise vão ao encontro de resultados de outros trabalhos que igualmente analisaram o papel dos CSP ao nível da saúde mental. Também esses trabalhos (cf. Rodrigues, 2004; CTARSM, 2017; Fernandes *et al.*, 2017) revelaram as enormes fragilidades da integração da saúde mental nos CSP, colocando em destaque os seguintes fatores de vulnerabilidade (alguns deles já anteriormente citados): a inexistência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas no domínio da saúde mental; a escassa implementação de programas de prevenção e intervenção psicossocial; as dificuldades de articulação com serviços hospitalares e especializados; a elevada pressão e carga de trabalho a que a grande maioria dos/as médicos/as de família se encontram submetidos. Justamente pelo reconhecimento de tais fragilidades, o Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CTARSM, 2017) reitera que se deva assumir “a integração da saúde mental nos CSP como uma verdadeira prioridade, dotando-a de apoio político claro e estabelecendo como diretriz a sua implementação em todo o território nacional” (CTARSM, 2017, p. 47).

persistência de arquétipos sociais de temor, discriminação e estigma em torno destes serviços. A perspectiva de garantia de reserva e anonimato entre as quatro paredes de um consultório privado acaba, então, por dirimir um pouco esses temores, fazendo da esfera de saúde privada a porta de entrada das trajetórias de cuidado de muitos dos casos em análise.

Eu não podia dizer a ninguém que ouvia vozes, senão diziam: "Ai, vai já para o Hospital, porque ela está louca." [...] Preferia sofrer sozinha a pedir ajuda e ir parar ao Hospital Psiquiátrico. Hospital é que não! Tinha medo de ser dada como louca. Por isso é que mais tarde acabei por deixar que o meu companheiro marcasse consulta num consultório de um psiquiatra... Pensava que assim não tinha de ir parar ao Hospital... Mas pronto, acabei por ir mais tarde... Teve de ser! Mas na altura queria evitar isso. (Guiomar, faixa etária ≥ 60)

- *Disse-me que o primeiro acompanhamento que teve foi num psiquiatra privado... Na altura não pensou na psiquiatria no Hospital?*

- Quem me ia levar ao Hospital Psiquiátrico? Quem vai ao Hospital Psiquiátrico é doido. Acha que a minha mãe me ia levar ao Hospital? E mesmo para mim isso era muito difícil, por causa do preconceito que havia... Mesmo tendo sido mais fácil no privado do que se fosse no Hospital, digo-lhe que não foi totalmente fácil... Quando comecei a ser seguida por um psiquiatra, entrei primeiro em parafuso, porque eu não aceitava que fosse seguida por um psiquiatra. Por causa do preconceito que havia na altura, mais isso, e por causa da medicação, porque eu não tomava medicação para nada, nem para a gripe. (Vera, faixa etária 50-59)

O percurso terapêutico na esfera privada não se traduz, porém, em nenhum dos casos estudados, no apoio desejado e esperado. Dominado pela psiquiatra biomédica, esse percurso é, de um modo geral, marcado pela circulação por múltiplos/as psiquiatras, numa procura incessante da solução que finalmente surta o efeito desejado. O tratamento psiquiátrico é sinónimo de tratamento farmacológico. A intervenção de tais profissionais passa quase exclusivamente pela prescrição de psicofármacos, não havendo lugar a abordagens psicoterapêuticas. Diferentes psiquiatras representam diferentes medicações. Dada a escassez de outros apoios e a solidão na prestação dos cuidados, a família torna-se facilmente dependente da esfera clínica. Os mesmos relatos que dão conta da dependência da esfera da psiquiatria privada, incluem uma apreciação negativa do acompanhamento que esta provê. As/os protagonistas das experiências e seus familiares reconhecem-se reféns de rotinas terapêuticas que não exibem progressos, não promovem a autonomia e não reduzem os impactos das experiências de sofrimento nas suas vidas.

- Andei sempre em muitos psiquiatras [na esfera privada]. Se me pedir para dizer quantos, acho que não consigo contá-los. O que faziam era só receitar medicamentos... Mais nada! Como não melhorava grande coisa, ia a outro e lá me mudava a medicação toda... Nada resultava...

- *Esses médicos não lhe proporcionavam outro tipo de terapias? Psicológica...*

- Não, não, nada! (Cândido, faixa etária 40-49)

Portanto, percorri vários médicos, mas mesmo muitos médicos... Comecei por médicos da esfera privada, portanto, não eram do Serviço Nacional de Saúde... isso só apareceu mais tarde. Muitos médicos, muitos médicos e todos eles psiquiatras. O que eu notava nessas consultas era um grande foco na medicação...

mais nada... A relação médico-paciente cingia-se a isso... Não havia qualquer tipo de proximidade emocional, nada! (Leonel, faixa etária 50-59)

A despeito de todas as suas debilidades e limitações, é na esfera privada da psiquiatria que, efetivamente, recai a grande procura na fase inicial das trajetórias de cuidado. Durante este período, muito raramente se busca o acompanhamento de outros profissionais na esfera privada (e.g., psicólogas/os, terapeutas familiares, terapeutas ocupacionais ou técnicas/os de serviço social) que não os/as profissionais médicos/as da psiquiatria. Apenas dois entrevistados, Licínio e Timóteo, figuram como exceções. Em ambos os casos, optou-se por recorrer primeiramente a profissionais de psicologia, ao invés da psiquiatria. Em nenhuma das situações, todavia, as consultas redundaram em acompanhamentos efetivos, com resultados significativamente favoráveis. No caso de Licínio, é o próprio psicólogo que, em face da percepção da gravidade do seu estado, reconhece a insuficiência da psicologia como recurso terapêutico e o aconselha a recorrer a um psiquiatra. Já Timóteo – que se constitui como um dos raros casos em que a mobilização inicial de ajuda decorre da própria iniciativa – dá conta daquilo que terá sido um acompanhamento desadequado, em virtude da forma como o psicólogo desvalorizou as suas manifestações de sofrimento, referindo tratar-se de algo da sua imaginação e dizendo-lhe, inclusive, com uma certa ironia: “você é só um obsessivo catastrofista”. Sucede que nessa mesma semana, já após a consulta de psicologia, Timóteo vivencia um “ataque de pânico” (de acordo com a sua própria terminologia) que o leva a um internamento hospitalar.

- A minha irmã é enfermeira e eu pedi-lhe ajuda. Começava a pensar que era coisas hereditárias e assim. Depois ela encaminhou-me para um psicólogo e ele desvalorizou: “Ah... você não tem nada, não tem nada. Você é só um obsessivo catastrofista!” Passado uma semana, fui internado... Em 99. O psicólogo disse-me que não era nada, era só imaginação.

- *O que aconteceu de diferente nessa semana para tomares a iniciativa de pedir ajuda?*

- Andava desorientado. Uma vez fui para a Faculdade e esqueci-me da carteira e das chaves, depois, fui para a paragem de autocarro para vir para casa e tive de pedir a um rapaz para me picar a senha... Estava desorientado.

- *O psicólogo foi, então, o primeiro profissional a quem recorreste.*

Sim, eu disse à minha irmã que queria ir a um psicólogo e ela arranhou-me aquele. Era particular. Mas depois não cheguei a voltar a ele porque nessa semana tive um ataque de pânico e fui internado. (Timóteo, faixa etária 30-39)

- Primeiro andei num psicólogo [privado]. Teria uns 23 ou 24 anos, por aí...

- *Gostavas das sessões, sentiste melhorias?*

- Às vezes dava para desabafar. Dava para desabafar. Acho que não era mais do que do que simples desabafos. [Andei lá muito pouco tempo], porque ele começou a ver que eu estava a piorar, mandou-me para um psiquiatra [também privado].

- *E deixaste essas consultas de Psicologia?*

- Sim, porque os meus pais não podiam estar a pagar nos dois lados. Tinha de escolher ou um ou outro. (Licínio, faixa etária 40-49)

Quase a terminar este subponto, e ainda no encalce de retratar a mobilização de apoio terapêutico ocorrida na fase inicial das trajetórias de cuidado (pré-acompanhamento hospitalar), cabe-me registar que os primeiros passos no sentido terapêutico não contemplam a procura de Associações ou IPSS (organizações do chamado 3º setor) dirigidas ao apoio a pessoas com experiências de sofrimento mental e suas famílias. Estão assim ausentes, nesta prolongada fase inicial, programas terapêuticos desenhados especificamente para esse fim, como grupos de suporte ou de ajuda mútua, sessões psicoeducativas, arteterapia, programas ocupacionais e de integração profissional, terapia familiar, apoio social e psicológico, etc.

4.2. A (in)evitabilidade da patologização (e do estigma), a centralidade do hospital e as histórias de (sobre)vivência psiquiátrica

Em muitos casos, como se viu, particularmente entre os que protagonizam as manifestações de sofrimento mais severo, a prolongada demora na busca de ajuda explica-se, em grande medida, pelos receios e temores relativos à eventual patologização psiquiátrica e à estigmatização que a ela se associa. Evitar a mobilização de ajuda, para além de se relacionar com a anteriormente referida “vergonha da vulnerabilidade”, representa, no fundo, uma estratégia de evasão ao rótulo de “doente mental”. De facto, é bem significativa a forma como muitas pessoas entrevistadas, ao justificarem o atraso no reconhecimento da necessidade de ajuda, fazem uso de explicações que sinalizam o medo comum da exposição aos efeitos estigmatizantes da rotulação psiquiátrica: “eu não queria aceitar que tinha uma doença mental”, “eu não queria ser dada como louca”, “tinha medo de ficar conhecida como a maluquinha do Hospital [X]”; “eu queria continuar a ser vista como uma pessoa normal”, etc. Da mesma forma que se resiste à incorporação de fatores de ordem biológica na explicação das experiências subjetivas de sofrimento mental – tendência que atestámos em ponto anterior deste capítulo –, resiste-se, tanto quanto possível, à internalização de uma identidade patológica estigmatizante, normativamente estabelecida pela (bio)psiquiatria.

Conforme se viu, é justamente por força dessa pressentida necessidade de fuga ao estigma social que, em larga medida, se privilegiam os consultórios privados de psiquiatria em detrimento dos serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo que se confina a experiência de sofrimento às quatro paredes desses consultórios, acalenta-se a esperança de a tornar invisível aos olhares sentenciadores da sociedade. É mesmo interessante notar como a passagem por este tipo de serviço, ao contrário do que se poderia esperar, raramente transporta o peso da patologização psiquiátrica. De acordo com várias narrativas, apesar da

centralidade dos psicofármacos, muitas/os psiquiatras da esfera privada evitam a atribuição de diagnósticos psiquiátricos considerados mais graves (como a esquizofrenia), sendo essa, porventura, uma estratégia acionada no sentido de não se entrar em rota de colisão com aquilo que poderão ser as suscetibilidades da pessoa e da sua família a tal rotulação. A título ilustrativo, atente-se nas palavras de Dionísio.

- *Nessas vezes que foi a psiquiatras privados falaram em esquizofrenia?*
- Não, não... Acho que eles não queriam deixar-me chocado com o nome dessa doença... Como eu ia contrariado, se calhar tinham receio que eu não quisesse voltar mais. Não se falava nisso. Diziam só que estava deprimido. No Hospital, quando fui internado, é que falaram dessa doença. (Dionísio, faixa etária 50-59)

Apesar da resistência que, em geral, se lhe oferece, a patologização psiquiátrica acaba por se adentrar nas trajetórias de vida, transformando-se, na maioria dos casos, numa espécie de “verdade” indeclinável, com a qual se terá de lidar para o resto da vida – com todos os efeitos daí decorrentes, designadamente uma forte desestabilização identitária e uma elevada vulnerabilidade social. É com a entrada no Hospital que, em geral, se dá esse momento de viragem.

Como se viu, em todos os casos analisados, a fase inicial de mobilização de ajuda terapêutica revela-se bastante infrutífera. Entre os serviços de CSP (quando a eles se recorre) e os consultórios privados de psiquiatria, as soluções oferecidas praticamente não vão além da prescrição de fármacos, delas se ausentando, por completo, propostas que se abeirem (o mínimo que seja) de uma visão de cuidado holístico ou integral. Em face de tão reduzidas e reducionistas possibilidades de cuidado, a tendência é a de uma rápida agudização do sofrimento, a que se associa, em geral, uma elevada degradação da vida da pessoa (nível individual, familiar, laboral, social, etc.). É, então, nesse contexto – de manifesto agravamento dos sinais de sofrimento e de perceção de ausência de respostas terapêuticas eficazes – que o acompanhamento hospitalar (e, com ele, a patologização psiquiátrica) acaba por se apresentar como uma realidade incontornável, tornando-se presença indelével na vida da esmagadora maioria⁶⁹ das pessoas entrevistadas. Dois tipos de situação caracterizam a introdução da instituição hospitalar na rede de prestação de cuidados. Uma delas, a menos frequente, corresponde à introdução por via do serviço das chamadas *Consultas Externas*⁷⁰

⁶⁹ Trata-se, de facto, de uma esmagadora maioria, já que, entre os trinta e quatro casos analisados, em apenas um caso a instituição hospitalar psiquiátrica não marcou presença na respetiva rede de cuidados. O caso em questão é o de Telma, que analisarei de forma particular no *capítulo 6*, a propósito da mobilização de práticas “outras” de cuidado.

⁷⁰ Neste primeiro tipo de situação, a entrada na instituição hospitalar acontece, por assim dizer, de uma forma mais “suave”, com uma certa dirimção do peso disciplinar e estigmatizante associado ao internamento psiquiátrico. Nesses casos, o primeiro contacto dá-se mediante uma primeira consulta de psiquiatria (nas chamadas *Consultas Externas*), a que se passa a ir periodicamente, de acordo com o programa terapêutico

(da instituição hospitalar). A outra, a mais comum, é a da entrada por via do *Internamento*⁷¹ (*vide* excertos de entrevista em *Apêndice F*). A necessidade (tida como inevitável) de internamento, ocorrida numa grande parte dos casos, traduz de forma dramática o resultado da prolongada resistência à procura de ajuda, bem como a ineficácia do apoio meramente farmacológico providenciado inicialmente pelos serviços de CSP ou por psiquiatras na esfera privada. Experiências de sofrimento não acolhidas e não devidamente cuidadas durante largos períodos vão, com efeito, produzindo sucessivos abalos e fraturas na vida de quem as protagoniza e também na de quem a rodeia. Configurando um verdadeiro círculo vicioso, o enclausuramento no espaço doméstico, o incremento de conflitos e a perda de autonomia/independência criam condições propícias ao agravamento das manifestações de sofrimento, daí resultando, em determinado momento, uma crise de tal forma severa que o internamento psiquiátrico surge, então, como resposta urgente e inevitável. Num quadro diferenciado, onde, por contraste, se tivesse verificado a presença atempada de respostas de cuidado de carácter integral (não necessariamente patologizantes), muito provavelmente o cenário teria sido outro para a maioria dos casos em análise (e ao invés da *inevitabilidade* do internamento, estaríamos a falar da sua *evitabilidade*).

Na generalidade dos casos (33 num total de 34), o início do acompanhamento hospitalar representa um ponto-chave, um momento de viragem, com implicações muito significativas no redireccionamento das trajetórias individuais e familiares. De um cenário marcado por prolongados silenciamentos e ausências, em que o acompanhamento terapêutico, quando existente, se revela errático e ineficaz, transita-se para um cenário de acompanhamento terapêutico marcado por uma maior consistência, a partir do qual, em

entretanto delineado pelo/a médico/a psiquiatra. Em geral, é através do encaminhamento diligenciado pelos Cuidados de Saúde Primários que formalmente se inicia esse tipo de acompanhamento. Muito mais frequente, porém, é o segundo tipo de situação, ou seja, a entrada do Hospital na rede de prestação de cuidados por via do internamento.

⁷¹ Entre as situações mais comuns que conduzem à tomada desta diligência, contam-se: i) recusa persistente em sair da cama e realizar a satisfação das necessidades mais básicas (como a alimentação); ii) tentativas de suicídio; iii) manifestações na via pública tidas como “perturbadoras”, como gritar, gesticular alvoraçadamente e falar sozinho/a; iv) episódios de autoflagelação; v) episódios de violência física contra outrem. As primeiras diligências no sentido de prover o internamento quase sempre partiram da família. Nalguns casos, registou-se o recurso ao/a médico/a de família, que tomou as providências formalmente necessárias para o encaminhamento. Noutras situações, a família solicitou a ajuda dos serviços de emergência médica ou dirigiu-se às urgências de um Departamento de Psiquiatria de um Hospital Geral ou diretamente a um Hospital Psiquiátrico. Raras vezes, as providências foram tomadas pelo/a médico/a psiquiatra que acompanha o caso na esfera privada. Registam-se ainda situações de internamento muito pouco comuns (apenas dois casos) diretamente decorrentes (pelos seus contornos peculiares) de intervenção policial. Configurando um momento particularmente dramático e marcante, as circunstâncias que emolduraram o primeiro internamento constituem, no conjunto das narrativas, um tópico sobre o qual, tendencialmente, as/os entrevistadas/os se detêm demoradamente. Por uma questão de economia de espaço e de fluidez do presente texto, opto por reproduzir alguns desses testemunhos no *Apêndice F*.

geral, se consegue desenvolver uma estratégia de apoio continuado, com efeitos clínicos relativamente mais positivos. Como se disse, de um modo geral, o início do acompanhamento hospitalar liga-se ao início da fase da patologização psiquiátrica.

De facto, é com o início do acompanhamento hospitalar que, em geral, surge o primeiro diagnóstico de doença psiquiátrica. Apesar do choque (dado o estigma social que lhe está associado), esta é uma informação que, tendencialmente, causa um alívio nas famílias e até mesmo entre algumas das pessoas que são alvo dos diagnósticos. A incompreensão e os sentimentos de impotência, não se dissipando totalmente, são significativamente atenuados. Fundamentado na “verdade” da ciência, o diagnóstico transporta consigo a esperança do tratamento e a expectativa de melhorias. Nos poucos casos em que se registam diagnósticos prévios, realizados por psiquiatras em consultas privadas, a entrada na instituição hospitalar produz o efeito de validação, o crivo institucional que faltava, conduzindo a uma incorporação derradeira do rótulo de doença psiquiátrica.

Quando fui para o psiquiatra [privado] eu aí já não aceitava tão bem [refere-se à fase anterior ao primeiro internamento]. Aí já não aceitava tão bem. Quando ele me dizia os diagnósticos, (pausa), eu não me sentia como se precisasse de tomar comprimidos. Não sentia, não sentia. Mas depois quando fui internado e a médica falou comigo. Aí... aí... vi que... Porque, quer dizer, eu olhando para trás, quer dizer, às coisas que eu fazia, pois, tive de meter a mão na consciência: “realmente, preciso de ajuda” (...) “Preciso de acompanhamento”. Eu no outro dia vinha para aqui... [para o Hospital] Vinha para aqui e vinha de táxi. E o taxista então perguntou-me: “Então e o senhor vem cá visitar alguém?”. E eu: “Não, não venho” (risos). “É utente?”. E eu: “Sou, sou utente” (risos). “Então e qual é que é o seu problema?”. E eu: “Olhe, sou Bipolar”. (Licínio, faixa etária 40-49)

Aceitação configura, de facto, uma palavra de suma importância para a compreensão da nova fase que se inicia. Com a introdução da instituição hospitalar, o rótulo de doença psiquiátrica, que tanto se procurava evitar, impõe-se de tal forma como “verdade” que a ele se deixa de resistir da forma como se resistia. A aceitação do diagnóstico (ou relativa aceitação, nalguns casos) abre as portas à aceitação de um plano terapêutico, que, em geral, no âmbito do hospital, continua a cingir-se à prescrição farmacológica. A grande diferença reside, de facto, na forma como se passa a aceitar o que não se aceitava. Se antes se verificava uma relutância em tomar a medicação prescrita pela/o psiquiatra do consultório privado e em se deslocar com regularidade às suas consultas, com a autoridade disciplinar da instituição hospitalar passa-se, de um modo geral, e de forma paulatina, a acreditar no rótulo de doença psiquiátrica, na ideia de cronicidade (“doença para toda a vida”) e na inevitabilidade da adesão a um tratamento psicofarmacológico. Abre-se, então, caminho a uma intervenção psiquiátrica mais regular e de carácter continuado, o que, em muitos casos, acaba efetivamente por se traduzir em ganhos de relativo maior “equilíbrio” (a palavra

equilíbrio é colocada entre aspas propositadamente e significativamente). Convém, no entanto, não perder de vista que tais ganhos em “equilíbrio”, conforme nos dão conta vários relatos, não traduzem uma intervenção efetiva nas causas do sofrimento, mas tão somente um maior silenciamento ou emudecimento dos sintomas, o que se tornou possível pelo facto de a pessoa passar a aceitar a toma regular e continuada de medicamentos.

Um dos problemas que eu tinha era não aceitar a doença. Aos dezoito anos, a minha mãe acabou por me internar no [Hospital X]. Foi complicado porque eu não conhecia a instituição. A instituição que eu conhecia na altura era que aquilo era só para malucos, entre aspas, não é?, que as pessoas diziam “ai aquilo é para malucos” e não sei quê. [...] Não foi logo que eu aceitei que tinha a doença. Custou-me um bocado a aceitar, mas foi no Hospital que me convenci. [...] E foi quando comecei a aceitar a doença que comecei a tomar os medicamentos e a sentir-me um pouco melhor... Uns dias melhores, outros piores, mas melhor, mais calmo, muito parado... (Dionísio, faixa etária 50-59)

Aquilo foi um tratamento de choque. Porque ela também lá entrou de uma maneira, que... era um bicho autêntico. Passados dois dias [depois de ser internada], ela já estava uma pessoa... já não estava bicho, e estava normal. Estava era muito... muito mole, digamos assim. Estava sob os efeitos do medicamento, e muito apática. [...] Depois desse internamento, passou a convencer-se de que estava mesmo doente. Até aí nem queria ouvir falar. (Ex-marido de mulher com diagnóstico de esquizofrenia)

Quando andava nas consultas [privadas], houve um psiquiatra que me diagnosticou a doença... *maníaco-depressiva*. Agora diz-se só doença bipolar... Na altura, eu não quis acreditar nisso, que tinha uma doença... O médico também não insistiu comigo. Penso que agora já estou consciencializada de que tenho a doença.. [Foi] depois do internamento que ganhei consciência e comecei a tomar medicamentos. (Helga, faixa etária 50-59)

Remetendo-nos para o conceito de “poder disciplinar” analisado por Foucault (1977a), uma mulher (familiar) refere-se explicitamente à forma como o primeiro internamento hospitalar, com as suas rotinas e tratamentos farmacológicos, veio a tornar a sua irmã “mais dócil” – numa evocação (literal) que nos remete para os “corpos dóceis” de Foucault (1977a). A mesma qualifica a experiência hospitalar como um “passo importante” na trajetória da irmã, esclarecendo que é a partir daí que ela finalmente se torna recetiva a um tratamento psiquiátrico regular e continuado.

Com o internamento é que ela começou a aceitar que tinha uma doença. Antes não aceitava... [...] Acho que aquelas rotinas do Hospital, que obrigam a uma maior disciplina, e aquela carga de medicamentos que lhe deram nesse internamento, na altura, a tornou mais dócil. Ela andava muito agressiva... Essa estabilização fez com que ela começasse a perceber melhor as coisas. Ela já aceitava melhor tomar medicamentos. Já não fugia tanto de ir às consultas... que passou a ter no Hospital... Eu acho que o Hospital foi um passo muito importante para ela se tratar... Com o tempo, começou a haver altos e baixos... fases mais complicadas, mas nunca como era antes do internamento... (Irmã de mulher com diagnóstico de esquizofrenia)

Ao mesmo tempo que o início do acompanhamento hospitalar e a patologização psiquiátrica abrem as portas a um acompanhamento terapêutico mais consistente e a um relativo alívio dos sintomas, abrem igualmente as portas à reformulação das representações

identitárias (auto e hétero) e a um conjunto de consequências que transcende em muito a experiência primordial de sofrimento mental. De facto, o início do acompanhamento hospitalar (em particular, aquele que resulta de um primeiro internamento) transporta consigo um conjunto de vivências (e violências) que altera inequivocamente o modo como a pessoa se vê a si própria e o modo como passa a ser vista por outras pessoas. Ainda que, na maioria dos casos, a história de sofrimento mental se inicie muito antes da introdução do hospital na rede de prestação de cuidados, é a partir daí que esse sofrimento se torna verdadeiramente ostensivo, ganhando uma espécie de vida própria, para lá da capacidade de controlo individual. A pessoa passa, então, a confrontar-se não apenas com a sua experiência de sofrimento mental, mas também com os efeitos negativos da patologização desse mesmo sofrimento. Por outras palavras, à necessidade de sobreviver ao sofrimento que impulsionou a procura de apoio terapêutico, acresce a necessidade de sobreviver a um novo (e emergente) tipo de sofrimento: aquele que, sob as mais variadas formas (desde as que se experienciam no próprio corpo físico às que se experienciam a níveis mais simbólicos), é gerado pelo amplo processo de biomedicalização, patologização e centralidade da instituição hospitalar psiquiátrica.

Entre essas novas (e adicionais) formas de sofrimento contam-se os “efeitos secundários” dos medicamentos. Com a aceitação da toma continuada e regular de medicação, inicia-se, para a maior parte das pessoas, uma relação de grande ambiguidade e tensão com a mesma. De facto, por um lado, são muitas as pessoas que reconhecem os benefícios da aceitação dessa “toma regular”. Muitas falam, inclusivamente, de um “antes” e “depois”, remetendo-se para o modo como a partir da toma de medicação passaram a conseguir controlar uma série de sintomas e comportamentos negativos que lhes haviam causado muitos problemas (incluindo ruturas em relações afetivas e familiares, perdas de emprego, etc.). No entanto, a generalidade das pessoas entrevistadas (mesmo aquelas que se referem aos benefícios da medicação) dá conta de um rol imenso de “efeitos secundários”, referindo-se frequentemente a efeitos bastante disruptivos, geradores de grande mal-estar, desconforto e de muitas situações limite (como graves acidentes de viação, incapacidade de manutenção da atividade laboral, etc.). Um “efeito secundário” frequentemente relatado é a sensação de que a medicação faz com que se “deixe de ser quem é” pela forma como entorpece a mente e o corpo, gerando uma espécie de adormecimento contínuo das emoções, falta de energia, disfunção sexual e perda de capacidade/vontade de exercer determinadas atividades. Este tipo de “efeito secundário” acaba, todavia, por ser entendido como um “mal menor” quando em comparação com tantos outros “efeitos” (desses mesmos medicamentos)

que se refletem violentamente no próprio corpo físico, relatados como difíceis ou até mesmo impossíveis de suportar – *vide Apêndice G*, onde se reproduzem algumas narrativas a esse respeito. À violência dos “efeitos secundários” produzidos pelos medicamentos acresce, em alguns casos, a violência inerente ao exercício de “coerção” por parte de familiares e também por parte de profissionais da instituição hospitalar (onde se recebe acompanhamento) no sentido da continuidade da toma dos mesmos (*vide* dois últimos excertos de entrevista reproduzidos no *Apêndice G*).

Entre o rol de formas de sofrimento produzidas a partir do processo de patologização psiquiátrica, contam-se ainda as que advêm do contacto com a instituição hospitalar psiquiátrica. De facto, são muitas as pessoas entrevistadas que narram experiências hospitalares muito negativas, ocorridas, na maioria dos casos, em contexto de internamento, que chegam mesmo a configurar experiências bastante traumáticas, com contornos de violência física e psicológica. Dada a diversidade etária representada no conjunto das entrevistas, as narrativas como que nos fazem percorrer uma linha do tempo, com relatos referentes a experiências mais antigas (décadas de 1960-1970), onde se destacam experiências como a prática de eletroconvulsoterapia (*eletrochoques*), até relatos bem mais recentes (próximos de 2020), que nos mostram como a violência psiquiátrica, sob formas diversas das encontradas nos relatos mais antigos, continua a marcar forte presença no contexto hospitalar – excertos de entrevista encontram-se reproduzidos no *Apêndice H*⁷².

Por último, mas não menos importante, há que se falar do sofrimento adicional produzido pelo elevado estigma social acoplado à patologização e à introdução da instituição hospitalar psiquiátrica na rede de cuidados. Ora, se antes os comportamentos da pessoa permaneciam sob incógnita e reserva, com o internamento hospitalar esses mesmos comportamentos passam a ser justificados com um rótulo de “doença mental”, frequentemente exposto aos olhos da sociedade. Posto isto, os impactos negativos da patologização psiquiátrica não se fazem esperar. A estigmatização social e a discriminação – muito em particular a discriminação laboral e relacional – passam a integrar a vida destas pessoas, aprofundando ainda mais o seu isolamento e sofrimento. É esta uma realidade amplamente testemunhada em muitas narrativas, em especial pela voz de pessoas com diagnósticos de doenças psiquiátricas consideradas mais graves. Reproduzem-se, já em

⁷² Contendo narrativas muito ricas e detalhadas sobre experiências de violência em instituições hospitalares psiquiátricas, considero os excertos de entrevista apresentados no *Apêndice H* de grande importância sob o ponto de vista documental, dada a forma como nos levam a percorrer uma espécie de *linha do tempo*, transportando-nos para fragmentos da história das práticas psiquiátricas portuguesas.

seguida, dois desses testemunhos (outros, igualmente profundos e emblemáticos, encontram-se transcritos no *Apêndice I*).

O pior foi quando descobriram que eu andava no [Hospital X] e que tinha sido [lá] internado... Lembra-se de eu lhe ter contado da outra vez... Acho que lhe contei. Uma vez fui a um café e houve um tipo que me quis bater e chamou-me anormal... “Sai daqui seu anormal”... As pessoas mandavam bocas... Era difícil, mesmo [...] Depois de ser internado é que comecei a sentir mais preconceito... Houve uma altura que me chegou aos ouvidos que as pessoas me chamavam o maluco do [Hospital X]... As pessoas conhecidas, lá da terra onde eu vivia, olhavam para mim de lado... Parecia até que tinham medo [...] Pessoas de má índole... Sei lá, pessoas que estão fora... Não sei! Pessoas com maldade e... Mas eu já atravessei essa fase, hoje em dia tenho uma vida um bocado diferente. Mudámos de casa, agora vivemos numa cidade e é diferente... Aqui praticamente as pessoas não se conhecem [...] E eu também não ando a tocar o sino a dizer que tenho esta doença. As pessoas também não, pronto, não têm necessidade de saber sobre que eu tenho esta doença. (Dionísio, faixa etária 50-59)

A minha namorada da altura acabou tudo quando fui internado... [...] Ela disse-me: “É pá, eu não... Bipolar, eu tenho uma colega minha que é Bipolar, e isso é muito complicado... e não sei quê...” E eu: “Está bem. Pronto, é complicado. Não queres, não queres”. Foi mesmo assim. (Licínio, faixa etária 40-49)

Não obstante as consequências negativas associadas ao estigma (traduzidas frequentemente em situações graves de discriminação social), há um reconhecimento geral da importância da introdução do acompanhamento hospitalar nas trajetórias de cuidado. Com a introdução do Hospital, o mapa de cuidados amplia-se, passando a contemplar apoios formais que não existiam. A partir de então, de um modo geral, as pessoas passam a ser seguidas, periodicamente, no serviço hospitalar das chamadas *Consultas Externas*, em consultas de psiquiatria. Se nuns casos se trata de uma novidade, correspondente ao início de um plano de acompanhamento terapêutico, noutros casos representa o abandono da esfera privada e o começo de um acompanhamento regular e relativamente mais eficaz na esfera pública.

Em geral, o acompanhamento hospitalar é eminentemente biomédico, centrado na psiquiatria e na prescrição de fármacos, aí residindo uma das suas maiores debilidades. Em apenas um número muito reduzido de casos, a entrada do Hospital na rede de cuidados funcionou como agente catalisador do acompanhamento de outros atores terapêuticos hospitalares, que não os/as médicos/as psiquiatras. Nessas raras situações, as pessoas não se limitaram a receber apoio médico psiquiátrico, tendo sido encaminhadas para um apoio de carácter psicossocial, com a entrada em cena de psicólogos/as, técnicos/as de serviço social, terapeutas familiares ou terapeutas ocupacionais⁷³. É entre esse reduzido número de casos

⁷³ Ainda que, de acordo com a análise das entrevistas, a atuação desses profissionais hospitalares se paute frequentemente por lógicas igualmente biomédicas e reducionistas, que não vão além da “superfície” do diagnóstico e da sintomatologia (não agindo verdadeiramente nas causas dos sofrimentos) e que, à semelhança

que se registam, no que respeita ao contexto hospitalar, as situações de relativo maior sucesso terapêutico.

4.3. Sobre quem fica e quem sai: (im)possibilidades de (re)construção das trajetórias para lá da instituição hospitalar

Ocupámo-nos, até ao momento, da globalidade dos casos empíricos (34 casos) – provenientes dos três grupos que integram o estudo (Grupos A, B e C, apresentados com detalhe no capítulo metodológico). A análise empreendida permitiu-nos identificar um conjunto de dimensões e elementos comuns, partilhados pelas trinta e quatro pessoas entrevistadas. Viu-se, em particular, como os fenómenos de patologização e biomedicalização das experiências de sofrimento se fizeram presentes em todas as biografias e trajetórias de vida. A análise conduziu-nos também ao ponto de percebermos como a instituição hospitalar psiquiátrica se tornou, em determinado momento, presença incontornável nos itinerários terapêuticos da esmagadora maioria das pessoas (33 num total de 34), passando a figurar como principal agente da rede formal de cuidados. Ora, em face de um panorama político nacional marcado, como atrás se viu, por uma retórica de desinstitucionalização psiquiátrica (CNRSSM, 2007), importa averiguar o que aconteceu a partir desse ponto: que desdobramentos ocorreram nas trajetórias de cuidado após a entrada em cena da instituição hospitalar? Formulando a questão de um outro modo: que (im)possibilidades se verificaram na (re)construção das trajetórias de cuidado para lá dos muros da instituição hospitalar psiquiátrica?

É de notar, desde logo, que para o grupo de quinze pessoas (Grupo B) entrevistadas no âmbito do estudo etnográfico/qualitativo realizado com uma Equipa de Saúde Mental Comunitária⁷⁴, a resposta a esta questão é óbvia: em determinado momento, em face da constituição/oferta de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária na respetiva área de residência, estas pessoas deixaram de ser acompanhadas na instituição hospitalar para passarem a ser acompanhadas por essa Equipa. Trata-se, no entanto, de um conjunto de casos excecionais, uma vez que ainda são raras as Equipas de Saúde Mental a operar no nosso país. O acesso deste conjunto de pessoas a uma resposta comunitária (alternativa ao

dos/as profissionais médicos/as, tendem a descurar a subjetividade da pessoa, suas necessidades integrais e sua história de vida singular.

⁷⁴ Detalhes sobre a constituição deste estudo foram apresentados no ponto que dediquei à metodologia.

acompanhamento hospitalar) não se constitui, portanto, de forma alguma, como uma norma ou como uma ilustração das trajetórias terapêuticas comuns em Portugal.

Quanto ao pequeno conjunto de pessoas (Grupo C) recrutado com vista a um aprofundamento do tema epistemologias/práticas “outras” de cuidado (tema que nos ocupará no capítulo 6), importa referir que a centralidade da instituição hospitalar foi rompida ou diluída⁷⁵, precisamente, em virtude do recurso a essas práticas terapêuticas “outras” e não na sequência da oferta pública de recursos (“convencionais”) na comunidade. Ao encontrarem respostas nesse universo terapêutico dito “não convencional”, essas pessoas conseguiram, progressivamente, abandonar a dependência da esfera biomédica/hospitalar, reconfigurando as suas redes de cuidado e, em alguns casos, reconstruindo totalmente as suas trajetórias de vida para lá da patologização e medicalização psiquiátrica.

Finalmente, dirigimo-nos para o grupo de pessoas (Grupo A) entrevistadas pela primeira vez em 2008-2009, no âmbito do projeto “A desinstitucionalização da doença mental em Portugal”, que voltei a entrevistar em 2018-2019, no contexto da presente pesquisa. A questão anteriormente formulada – i.e., que desdobramentos ocorreram nas trajetórias de cuidado após a entrada em cena da instituição hospitalar? – revela-se especialmente pertinente quando direcionada a esse grupo de pessoas, já que a sua análise nos oferece de modo muito particular pistas para reflexão sobre a concretização da política nacional de desinstitucionalização psiquiátrica. Assim, quase a terminar este capítulo, abandono a análise dos outros dois grupos empíricos (Grupo B e C) para me focar especificamente (ainda que de forma breve) nas entrevistas realizadas (apenas) com as pessoas que compõem o Grupo A.

4.3.1. (Im)permanências e (não) reflexos da política de desinstitucionalização: ecos de um estudo longitudinal

Relembrando, quando (em 2008-2009) entrevistei pela primeira vez as pessoas que compõem o referido grupo de pesquisa, Portugal estava no início da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNRSSM, 2007), onde se previam profundas mudanças no campo da saúde mental, com a transição de um modelo de cuidados hospitalocêntrico para um modelo de cuidados comunitário. Aquando da realização dessas

⁷⁵ Em dois desses casos, não houve uma rutura total com a instituição hospitalar, no entanto, dada a significativa conquista de equilíbrio (granjeada a partir desses “outros” recursos terapêuticos) foi possível intervalar significativamente o acompanhamento nesse mesmo espaço institucional.

primeiras entrevistas, esse conjunto de pessoas tinha na instituição hospitalar psiquiátrica o grande cerne da sua rede de cuidados: todo o seu acompanhamento terapêutico gravitava em torno desse espaço institucional. Não obstante os efeitos negativos desse tipo de acompanhamento (sobre os quais nos debruçámos no ponto anterior), associados ao seu carácter eminentemente biomédico, patologizante e estigmatizante, à data dessa primeira entrevista, o mesmo era reconhecido (tanto pelas/os protagonistas das experiências quanto por seus familiares) como um acompanhamento de grande relevância.

Ora, no período em que realizámos essas primeiras entrevistas, a instituição hospitalar (onde as pessoas recebiam acompanhamento) estava, então, a dar os primeiros passos no sentido da sua reestruturação interna – em conformidade com o plano delineado no referido documento institucional (CNRSSM, 2007) –, prevendo-se, a curto prazo, o encerramento de alguns dos seus serviços (como o serviço “Hospital de Dia”) e a transferência de grande parte das pessoas (utentes desses serviços hospitalares) para serviços terapêuticos na comunidade. Ainda que, nessa ocasião, o processo de reestruturação das instituições hospitalares se encontrasse em fase inicial, já nos estava a ser oferecida a oportunidade de perceber as múltiplas dificuldades inerentes a esse processo, dado o facto de o desmantelamento de serviços hospitalares (a que estávamos a assistir) não estar a ser acompanhado, a um mesmo passo, da prevista criação de serviços locais, de proximidade, sediados na comunidade.

No âmbito da presente pesquisa de doutoramento, decidi, portanto, reentrevistar esse grupo de pessoas, tendo em vista, entre outros aspetos, perscrutar em que medida a política de desinstitucionalização se refletiu (ou não) nas suas trajetórias de cuidado, dando (ou não) lugar a desdobramentos para lá dos muros da instituição hospitalar psiquiátrica. Realizei a grande maioria⁷⁶ dessas segundas entrevistas entre 2018 e 2019, ou seja, cerca de dez anos após a realização das primeiras. Num período de cerca de dez anos o que mudou na vida dessas pessoas? Num cenário de mudanças e impermanências institucionais, o que realmente se transformou e/ou permaneceu ao nível dos seus apoios terapêuticos? Que possibilidades emancipatórias de (re)construção das suas trajetórias de vida foram geradas a partir de eventuais mudanças nos serviços de saúde mental?

Em Hespanha *et al.*, (2012, pp. 220-233), foi-nos dada a oportunidade de analisar exaustivamente o conjunto de entrevistas realizadas em 2008-2009. Verificámos, então, que a maioria das pessoas entrevistadas, no que respeita ao acompanhamento em contexto

⁷⁶ Refiro “a grande maioria” na medida em que ocorreram duas exceções. Com efeito, em dois casos as segundas entrevistas foram realizadas um pouco antes, no ano de 2017.

hospitalar, apenas tinha acesso a consultas periódicas de psiquiatria (no chamado serviço de “Consultas Externas”), sendo muito reduzido o número daquelas que, para além dessas consultas, recebiam apoio de carácter psicossocial, com o acompanhamento (isolado ou concomitante) de profissionais de serviço social, de psicologia ou de terapeutas ocupacionais. Conforme exposto nessa mesma publicação, de entre esse grupo de pessoas, as que recebiam um apoio mais completo e articulado (com resultados relativamente mais positivos) eram as que se encontravam a frequentar o serviço “Hospital de Dia” (Hespanha *et al.*, 2012, pp. 229-232) – serviço que, pouco tempo depois da realização das primeiras entrevistas, veio a ser extinto.

Importa, então, observar o que mudou (ou não mudou) na rede de cuidados terapêuticos dessas pessoas no espaço de dez anos. Realizo a observação dessas mudanças (ou permanências) tomando como referência o perfil de acompanhamento terapêutico que as pessoas tinham à data da primeira entrevista.

Deste modo, primeiramente, dirijo a atenção para as pessoas que em 2008/2009 declararam receber, da parte do Hospital, apoio meramente psiquiátrico, em regime de Consultas Externas (doze casos). Ora, aquando da realização das segundas entrevistas, em 2018-2019, pese embora a preconizada política de desinstitucionalização (CNRSSM, 2007), não se regista, entre essas pessoas, um único caso de oferta alternativa de cuidados fora da instituição hospitalar. É ainda de se sublinhar que, nesse interregno, também não lhes foi facultado, no âmbito dessa instituição, outro tipo de acompanhamento que não o psiquiátrico. De facto, quando voltei a entrevistar este grupo, em 2018-2019, não identifiquei uma única situação em que a instituição hospitalar tivesse proporcionado consultas de psicologia ou outro tipo de acompanhamento de carácter não médico (e.g., terapia familiar, serviço social, terapia sócio-ocupacional, etc.).

Ainda sobre esse grupo de doze pessoas, é importante referir que nem todas permaneceram ligadas à instituição hospitalar. Com efeito, cinco dessas pessoas romperam essa ligação, abandonando, por iniciativa própria, o acompanhamento psiquiátrico que aí lhes era provido. Uma dessas pessoas ficou temporariamente (durante alguns anos) sem qualquer tipo de acompanhamento psiquiátrico (caso que apresentarei adiante); as outras recorreram, em alternativa, a consultas de psiquiatria na esfera privada. A razão dessa rutura prende-se, invariavelmente, com uma elevada insatisfação com o/a médico/a psiquiatra. Em verdade, os relatos que denunciam essa insatisfação não partem apenas das pessoas que (no interregno de dez anos) acabaram por abandonar a instituição hospitalar, mas também de muitas daquelas que aí permaneceram. A diferença que separa umas das outras reside, em

grande medida, nas condições económicas que possibilitaram a procura de uma alternativa na esfera privada. De facto, são raros os testemunhos que dão conta de uma relação satisfatória (ou minimamente satisfatória) com a/o médico/a psiquiatra da instituição hospitalar. Abundam, sim, narrativas que colocam em evidência uma relação caracterizada pelo distanciamento, frieza e pelo cronómetro do relógio, com retratos de consulta que, em geral, não vão além de dez/quinze minutos e que apenas servem para se proceder a um ajustamento farmacológico (não raras vezes, mal sucedido). Muitos relatos denunciam o facto de a/o médica/o psiquiatra que acompanha (ou acompanhava) a pessoa na instituição hospitalar (nalguns casos, por um período superior a dez anos) nunca lhe ter dado a oportunidade de partilhar a sua história de vida, ou, pelo menos, parte dela. Nas raras narrativas em que as pessoas manifestam uma certa satisfação com as/os psiquiatras da instituição hospitalar, fala-se no “fator sorte”: “tive sorte com o psiquiatra que me calhou”. Ter acesso a um/a psiquiatra mais empático/a e atencioso/a, que se preocupa com questões que vão para lá dos aspetos da farmacologia, é, pois, entendido como algo que depende da “sorte” que se tem nessa atribuição e não da universalização de um tipo de cuidado (de “bom cuidado”) na instituição hospitalar.

Ao mesmo tempo que são representativas de um descontentamento quase que generalizado quanto às relações interpessoais estabelecidas no contexto hospitalar, as narrativas (*vide* transcrições em *Apêndice J*) dão conta da permanência e persistência de práticas médicas objetificantes, reducionistas e, em alguns casos, abusivas e antiéticas, em clara dissonância com a retórica política que, no decorrer dos últimos anos, tem vindo a apelar a um compromisso das instituições hospitalares com a “humanização dos cuidados”.

Começamos pela narrativa de Graciana, que nos remete para a persistente herança cartesiana nas práticas médicas, refletida no modo como muitos/as profissionais, em pleno século XXI, continuam a nutrir uma visão fragmentada e dualista sobre a pessoa, assente numa rígida separação corpo/mente – visão que, segundo vários/as autores/as, tem estado entre as principais causas da desumanização da relação “médico/paciente” e incapacidade de se considerar a importância de fatores psíquicos na construção das doenças somáticas (Scheper- Hughes & Lock, 1987; Guedes, 2003). Ao dar conta do porquê de ter abandonado as consultas de psiquiatria da instituição hospitalar, Graciana começa por explicar que, algum tempo após a nossa primeira entrevista, iniciou um quadro sintomático de fibromialgia – doença que, hoje em dia, é consensualmente reconhecida como estando relacionada com processos psicológicos e sociais (Quartilho, 2016). Ora, ao abordar a médica psiquiatra sobre essa sua nova problemática, a mesma dirigiu-se-lhe de um modo

que ela classifica como rude e ríspido, negando-se contundentemente a tratar esse quadro sintomático com o argumento de que no hospital psiquiátrico apenas se tratam depressões, não “dores no corpo” (e isto apesar de esse seu quadro ter emergido na sequência de um “ataque de pânico”). Sentindo-se “muito revoltada e magoada”, Graciana resolveu abandonar as consultas de psiquiatria na instituição hospitalar, permanecendo vários anos sem esse tipo de acompanhamento. Refere que passou a ser acompanhada apenas pela médica de família por não ter condições de pagar consultas de psiquiatria na esfera privada – excerto de entrevista de Graciana encontra-se transcrito em *Apêndice J* (1º excerto).

Um outro caso de interrupção do acompanhamento hospitalar decorrente de uma elevada insatisfação com o *modus operandi* de profissionais médicos/as de psiquiatria é o de Jasmim. Na nossa segunda entrevista (*vide* 2º excerto do *Apêndice J*), ela dá conta de um momento que classifica como “a gota de água” naquela que vinha sendo uma experiência hospitalar muito negativa, pautada por uma abordagem de grande distanciamento e de onde se ausentava, por completo, uma manifestação de interesse, respeito e preocupação por parte da médica. O seu “copo” encheu num dia em que a psiquiatra começou a “passar a receita de medicamentos” ainda ela se encontrava a abrir a porta da sala de consulta. Nessa sequência, decidiu abandonar as consultas de psiquiatria no Hospital e procurar um médico psiquiatra na esfera privada. Apesar de um maior nível de satisfação com a abordagem médica em consultório privado, a mesma não conseguiu evitar que Jasmim voltasse a ter uma nova “recaída”, que veio a precipitar novo internamento hospitalar. Entretanto, já após esse episódio de internamento, ficou desempregada e, tendo deixado de ter condições económicas para continuar a pagar as consultas de psiquiatria, solicitou ao médico que a seguia na esfera privada para a transitar para a esfera hospitalar pública (onde o mesmo igualmente provia consultas de psiquiatria).

Graciana e Jasmim representam situações em que o abandono da instituição hospitalar não foi definitivo, tendo configurado apenas uma interrupção. Por impossibilidades económicas de buscar (caso de Graciana) ou manter (caso de Jasmim) consultas de psiquiatria na esfera privada, ambas acabaram por retornar à esfera hospitalar pública. Nos demais casos, porém, em que a insatisfação com o *modus operandi* de profissionais de psiquiatria igualmente motivou o abandono das consultas na instituição hospitalar, esse retorno não se verificou (pelo menos até à data da segunda entrevista). Nesses casos, as pessoas referem-se às condições económicas favoráveis (ou relativamente favoráveis) que lhes permitiram manter as consultas de psiquiatria na esfera privada. Um desses entrevistados chega mesmo a referir estar ciente da sua situação económica

privilegiada, chamando a atenção para a ausência de igualdade no acesso a determinado tipo de acompanhamento psiquiátrico: *“Não estava satisfeito com as consultas no hospital e saí. A pagar, o psiquiatra dá-me mais atenção. Mas tenho plena noção de que a minha situação é privilegiada. Quantas pessoas gostariam de ir para a privada e não podem?”*. No caso deste entrevistado, o que motivou a saída da instituição hospitalar não foi apenas a percepção de frieza e distanciamento por parte do médico psiquiatra, mas também uma problemática forma de este gerir a administração de fármacos – no caso, o médico “teimava” na continuidade de um determinado fármaco, que o entrevistado manifestava não conseguir tolerar pelos “difíceis” efeitos secundários. Esta é, aliás, uma “queixa” muito comum, presente não apenas nos relatos de quem optou por sair da instituição hospitalar, mas também nos relatos de quem, não obstante a insatisfação, permaneceu na mesma. Sobre este tipo de “queixa”, são particularmente expressivos os relatos de Ariana e de Licínio – *vide Apêndice J*, respetivamente 3º e 4º excertos de entrevista.

Sendo certo que ambos os testemunhos evidenciam abordagens inadequadas por parte de profissionais de psiquiatria, destacamos o de Licínio, que dá conta de uma abordagem inequivocamente questionável sob o ponto de vista ético: ao invés de o ajudar a libertar-se (de modo efetivo) da dependência de tabaco e de drogas, o médico psiquiatra sugeriu-lhe que sempre que tivesse vontade de fumar tabaco ou uma “ganza”, tomasse *Alprazolam* – medicamento à base de benzodiazepinas, um tipo de substância a respeito do qual existe, hoje em dia, largo consenso sobre os elevados riscos para a saúde, quando tomada a longo prazo⁷⁷ (Ministério da Saúde, 2017). Tanto no caso de Licínio quanto no de Ariana, as abordagens dos referidos profissionais motivaram um redirecionamento das trajetórias terapêuticas, com a saída da esfera pública (hospitalar) para a esfera privada. Uma saída, importa acrescentar, que, em ambas as situações, não ocasionou qualquer contacto por parte do hospital, no sentido de uma tomada de conhecimento das razões da rutura. Como refere Ariana, *“foi como se deixasse de existir para eles”*.

Transitamos, finalmente, para a análise do pequeno grupo (três pessoas) que em 2008-2009 se encontrava a frequentar, no âmbito da instituição hospitalar psiquiátrica, o

⁷⁷ Entre os riscos para a saúde, destacam-se: elevado risco de dependência física e psicológica, défice cognitivo e risco de fraturas por quedas e acidentes de viação (Ministério da Saúde, 2017). O consumo excessivo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos à base de benzodiazepinas foi, aliás, reconhecido como um problema de saúde pública em Portugal, ao ponto da Coordenação Nacional da Estratégia do Medicamento e dos Produtos de Saúde, do Ministério da Saúde, ter emitido, em novembro de 2017, o boletim terapêutico “Dormir e relaxar sem depender de benzodiazepinas: sobreutilização das benzodiazepinas e dos Z-Hipnóticos na ansiedade e na insónia” (Ministério da Saúde, 2017), dirigido especificamente a profissionais de saúde no sentido de sensibilizar e informar sobre os riscos destas substâncias, bem como transmitir informação sobre como iniciar a suspensão da utilização das mesmas e respostas alternativas no tratamento da insónia e ansiedade.

serviço “Hospital de Dia”. Tal como referido anteriormente, quando realizámos as primeiras entrevistas, verificámos que este serviço correspondia, no âmbito do contexto hospitalar, àquele que proporcionava um tipo de acompanhamento mais completo e articulado, o que se refletia em níveis superiores de satisfação entre as/os utentes, bem como em resultados relativamente mais positivos no que se refere à conquista de estabilidade clínica. Verificámos, na altura, que este serviço hospitalar se dirigia a pessoas cujas experiências de sofrimento haviam produzido situações limite de desestruturação individual, familiar e social: perda de capacidade de gestão da vida diária (e.g., hábitos de higiene, realização de tarefas domésticas, etc.), perda de capacidade de desenvolver uma atividade ocupacional/laboral, desemprego, conflitos ou ruturas familiares (muitas vezes pela sobrecarga e exaustão), isolamento social (decorrente de dificuldades relacionais), etc. Era essa, com efeito, a situação do grupo de pessoas que entrevistámos em 2008-2009. Em todos os casos, o Hospital de Dia foi apontado como um marco terapêutico, a partir do qual foi possível dirimir (ou, pelo menos, atenuar) estados de grande desestruturação, conseguindo-se atingir patamares de autonomia, estabilidade e segurança que antes se julgavam impossíveis de reconquistar (Hespanha *et al.*, 2012, pp. 229-232). Um dado igualmente marcante, emergente nessas entrevistas, respeita ao facto de todas as pessoas, àquela data, manifestarem uma elevada dependência do Hospital de Dia, não apenas pelo acompanhamento terapêutico propriamente dito, mas também pela centralidade que o mesmo assumira nas suas vidas ao nível da produção de redes de sociabilidade⁷⁸. Não é, pois, de estranhar que, em 2008-2009, o receio de se perder esse apoio institucional se constituísse como uma das maiores angústias manifestadas por essas pessoas. A saída do Hospital de Dia representava, para as mesmas, o risco de recaída e de um regresso ao isolamento social.

Em face da constatação dessa dependência institucional, parti, então, para a segunda entrevista bastante expectante quanto ao desdobrar das trajetórias dessas pessoas. O meu interesse era especialmente elevado na medida em que, de antemão, tinha conhecimento sobre dois factos: primeiro, que o respetivo serviço Hospital de Dia havia sido extinto; segundo, que a implementação de serviços de saúde mental na comunidade não estava a decorrer conforme planeado (CTARSM, 2017), sendo o cenário preponderante o de uma

⁷⁸ Com efeito, antes da entrada no Hospital de Dia, muitas destas pessoas encontravam-se a viver situações de grande isolamento social, sendo que os laços estabelecidos nesse espaço hospitalar, com pessoas que igualmente vivenciavam experiências de sofrimento mental (muitas vezes, com características similares, como, por exemplo, a audição de vozes), veio, em grande medida, preencher esse enorme vazio (Hespanha *et al.*, 2012, pp. 169-171).

enorme escassez de respostas alternativas ao acompanhamento hospitalar. Ora, as segundas entrevistas vieram, precisamente, confirmar as dificuldades que prevíamos quanto à transição destas pessoas da instituição hospitalar para a comunidade. Em apenas um caso, o de Florêncio, houve lugar a algum tipo de resposta alternativa na comunidade, especificamente uma resposta ao nível da inserção laboral. Quanto ao apoio clínico, Florêncio continuou a ser seguido periodicamente em consultas de psiquiatria nas “Consultas Externas” da mesma instituição hospitalar (onde havia estado integrado em regime de Hospital de Dia). Não houve, portanto, no seu caso, uma efetiva saída da instituição hospitalar, mas tão somente uma transição de um serviço (extinto) para um outro.

Quanto às outras duas pessoas, Guiomar e Cândido, a única alteração nas suas trajetórias terapêuticas foi a transição do (extinto) “Hospital de Dia” para as “Consultas Externas” da mesma instituição hospitalar. Ao contrário de Florêncio, a essas pessoas não foi oferecida qualquer alternativa psicossocial na comunidade. A perda de acompanhamento do serviço Hospital de Dia (que, em ambos os casos, implicava uma frequência diária) e a ausência de uma integração alternativa em programas sociocupacionais na comunidade não se refletiu, todavia, de uma mesma forma para Cândido e para Guiomar (ambos com diagnósticos de esquizofrenia). Poder-se-á dizer, aliás, que as suas experiências pós-saída Hospital de Dia caminharam em sentidos opostos: se no caso de Cândido o afastamento da instituição hospitalar e ausência de alternativas na comunidade se revelou bastante negativo, o mesmo não aconteceu no caso de Guiomar, revelando-se esse mesmo afastamento institucional um marco positivo na sua experiência de sofrimento mental. Pelas importantes pistas de reflexão que ambos os casos nos oferecem, vale a pena debruçarmo-nos um pouco mais sobre os mesmos.

Começemos por Cândido. Da sua narrativa (*vide* excerto infratranscrito) sobressai o facto de a saída do Hospital de Dia – espaço onde tinha uma importante rede de sociabilidades, que havia contribuído para o resgatar de uma situação de grande isolamento – o ter (re)conduzido a uma situação de profunda insularidade social. Fechado em casa, sozinho, sem qualquer tipo de propósito/sentido de vida e de ocupação, Cândido fez uma tentativa de suicídio que o levou a um novo internamento hospitalar. Nessa sequência, as consultas de psiquiatria passaram a ter uma periodicidade mais curta, tendo-lhe ainda sido facultada (igualmente “entre muros institucionais”) uma nova possibilidade de enfrentamento da *crise*, a saber, consultas quinzenais de Psicologia – as quais, no entanto, segundo refere, não se traduziram em melhorias significativas do seu estado clínico. Em face da situação de isolamento social, agravada por um cenário de grande conflitualidade com o

pai (única pessoa familiar que constitui a sua rede de apoio), uma técnica do serviço social da instituição hospitalar chegou mesmo ao ponto de lhe fazer uma proposta de institucionalização (na “comunidade”) no âmbito de um dos mesmos espaços residenciais para onde foram transitadas muitas das pessoas que no período anterior à reestruturação dos serviços de saúde mental viviam, de forma permanente, na instituição hospitalar psiquiátrica. Cândido não anuiu a essa proposta, argumentando que um tal ambiente institucional ainda lhe seria mais desfavorável do que viver sozinho na sua casa. Finalmente, a juntar a todos os fatores de vulnerabilidade enunciados, ele dá conta de um constrangimento associado à toma prolongada de psicofármacos: a deterioração/perda da sua constituição dentária. Este facto, segundo relata, inibe-o ainda mais do contacto social, sendo que a sua condição de vulnerabilidade económica não lhe permite a sua resolução. Refere ter-se mobilizado junto do serviço social da instituição hospitalar no sentido de adquirir suporte financeiro para o tão premente “tratamento de dentes”, não tendo conseguido (até à data da segunda entrevista) qualquer tipo de apoio.

- Depois do Hospital de Dia ter fechado fui para casa e assim fiquei... Pronto, fiquei assim muito isolado. Lá no Hospital de Dia sempre tinha muitas pessoas com quem conversava, estava ocupado. Depois fiquei assim muito parado, sem nada. Fechei-me em casa. E logo, passado pouco tempo, tive uma recaída muito grande e fui internado. E depois já aconteceu outro internamento ainda.
- *O que é que aconteceu para seres internado dessa vez?*
- Tentei o suicídio com medicamentos. A partir daí fiquei a ter consultas de psiquiatria todas as semanas e com uma psicóloga de quinze em quinze dias...
- *Essas consultas são no Hospital?*
- Sim, mas não tem ajudado assim por aí além... Acho que têm medo que eu volte a tentar o suicídio. Depois desse internamento até queriam que eu fosse viver para uma instituição, onde estão muitas pessoas que antigamente viviam no Hospital. Mas eu não quis. Eu disse-lhes mesmo que ia fazer-me pior...
- *E a tua relação com a tua família, como está?*
- É muito difícil... conflituosa. O meu pai está como estava antes, quando falámos a primeira vez. Só se queixa que eu não faço nada.
- *Então, continuas a viver sozinho, com o suporte económico do teu pai...*
- Sim. E fecho-me muito em casa. Até ao café me custa sair. Depois tenho este complexo grande com os dentes... Estou todo desdentado e isso faz-me sentir muito mal socialmente. Evito mesmo o convívio social...
- *Já da outra vez me tinhas falado disso? Tinhas-me dito que os dentes ficaram assim por causa da medicação...*
- Foi. Medicação tão forte, tão forte, há tantos anos, fez-me isto...
- *Já pediste ao teu pai ajuda para arranjares os dentes?*
- Já, mas ele diz que é muito caro. Não pode.
- *E no Hospital? Já falaste...?*
- Já falei, mas ainda não deu em nada... Talvez ainda venha a dar... Espero que sim... Mas é uma coisa que me perturba muito o convívio social. (Cândido, faixa etária 40-49)

A narrativa de Cândido é, de facto, bem ilustrativa de como circunstâncias de grande vulnerabilidade individual e desproteção familiar e social delineiam molduras de elevada dependência de apoio institucional. A quebra de acompanhamento no Hospital de

Dia, sem uma alternativa equiparada na comunidade e sem redes informais de apoio, levou Cândido a um quadro de desamparo e de insegurança que o lançou, uma vez mais, num círculo vicioso de recaídas e internamentos hospitalares. Em contraponto, a história de Guiomar oferece-nos a possibilidade de perceber a crucial importância que espaços íntimos/informais de acolhimento e afeto (no caso, o espaço familiar) podem representar tanto ao nível da provisão de suporte e cuidado quanto ao nível da produção de propósitos, sentidos e significados de vida, passíveis de (re)abastecer a pessoa de energia, motivação e capacidade de ativação de estratégias para lidar com a experiência de sofrimento mental. Ao sair do Hospital de Dia – espaço que reconhece ter tido um papel importante na sua trajetória, pela forma como lhe permitiu, após a sua primeira “grande crise”, recuperar capacidades de gestão da vida diária –, Guiomar passou a ter na sua residência, à semelhança de Cândido, o seu espaço diário de permanência, com a grande diferença, porém, de aí reconhecer um espaço de acolhimento, nutrido pela presença afetuosa do filho e do cão, que lhe conferem um propósito de vida sustentado no ato de cuidar (e não apenas de ser cuidada).

Interdependência e sentido de vida são, com efeito, dois fatores que sobressaem, desde logo, na sua narrativa como elementos responsáveis por não sentir falta do espaço de sociabilidades que tinha no Hospital de Dia. Para justificar o seu nível de bem-estar e de equilíbrio, ela vai ainda mais longe, referindo-se ao afastamento da instituição hospitalar como algo que lhe foi favorável. Apesar dos benefícios que a permanência no “Hospital de Dia” lhe trouxe em determinado momento da sua vida, a continuidade no mesmo estava a revelar-se prejudicial pela ansiedade que lhe causava o facto de estar imersa numa instituição psiquiátrica: *eu agora tenho muito menos ansiedade do que tinha quando estava no Hospital de Dia. [...] eu tinha medo e pensava: ‘ainda me vão fechar aqui dentro, com camisa de forças’*. Esse afastamento foi ainda benéfico em virtude de deixar de se sentir desvalorizada e “irritada”, como sentia, sempre que ouvia profissionais da instituição dizerem-lhe que as suas vozes não existiam, que eram fruto de alucinações. A desvalorização da sua explicação – de foro espiritual –, por parte de tais profissionais, levou, inclusivamente, a certa altura, que deixasse de partilhar essa sua experiência, passando a omitir o facto de continuar a ouvir vozes apesar da toma de medicação. Assim se explica, em grande medida, que o afastamento da instituição hospital – um espaço onde não se sentia verdadeiramente reconhecida e onde entendia não poder ser genuína e expressar livremente a sua própria racionalidade – se tenha tornado um fator positivo, promotor de equilíbrio e não, como se poderia supor, o inverso.

Associado a este mesmo processo contra-hegemónico – que, no fundo, nos mostra a importância da despatologização da experiência de “ouvir vozes” e de se acolher e respeitar

as explicações que a própria pessoa transporta a esse respeito⁷⁹ –, um outro elemento importante na autonomização de Guiomar prende-se com o papel da irmã; não apenas pela presença sensível e afetuosa na vida diária, como também pelo papel de “validadora” da sua “explicação espiritual”. Com efeito, alinhando-se com essa explicação e sendo, aliás, uma estudiosa de fenómenos espirituais, a irmã oferece-lhe um importante suporte ao nível da possibilidade de partilha da sua experiência auditiva, o que a tem auxiliado não apenas ao nível da naturalização (e desdramatização) da mesma, como também a tem ajudado a aprender a lidar com as “vozes perturbadoras”. Olhando para o fenómeno de “ouvir vozes” como uma experiência humana natural e não como uma “anormalidade” (que era como, segundo diz, lhe tentavam fazer crer na instituição hospitalar), Guiomar aprendeu, com o apoio da irmã, a lidar com as mesmas, acionando estratégias próprias, que se têm revelado muito eficazes (*vide*, no excerto de entrevista infratranscrito, a expressividade com que fala dessas estratégias). Essa aprendizagem tem sido, segundo relata, um dos grandes pontos-chave da sua capacidade de se manter em equilíbrio. De resto, refere-se à prática da oração como um outro importante recurso, que muito a tem auxiliado a lidar com as vozes perturbadoras e com momentos de ansiedade – a dimensão espiritual é, aliás, como veremos adiante, no capítulo 6, referenciado por muitas outras pessoas como importante estratégia de *coping*.

À data da segunda entrevista, Guiomar dá ainda conta de que o seu único apoio terapêutico no âmbito da instituição hospitalar consiste em consultas de psiquiatria, com uma periodicidade de seis meses. Atendendo ao seu nível de bem-estar e perceção de equilíbrio, ela chega mesmo ao ponto de se referir a essa periodicidade como desnecessária, considerando que uma consulta por ano seria mais do que suficiente. É mesmo interessante notar como o seu processo de autonomização face à psiquiatria se reflete num discurso despatologizante relativamente aos seus estados de ansiedade, entendendo-os, hoje em dia, como “estados naturais” que fazem parte da vida⁸⁰.

- *Como é que as coisas correram desde que saiu do Hospital de Dia?*
- Oh... tenho estado tão bem... E eu agora tenho muito menos ansiedade do que quando estava lá [no Hospital de Dia]...
- *Quando andava no Hospital de Dia tinha mais ansiedade do que tem agora?*

⁷⁹ Algo preconizado pelos grupos de suporte/pares dinamizados no âmbito do movimento internacional “Ouvidores de Vozes”. Adiante, voltarei a falar sobre este movimento.

⁸⁰ Um sinal deveras significativo da conquista de equilíbrio reside no facto de, em tempos recentes, o pai ter falecido e ela, não obstante o luto e a tristeza que “naturalmente” ainda a acompanham, não ter tido qualquer recaída, nem necessidade de aumentar as doses dos medicamentos.

Tinha, muito mais! Dava-me muita ansiedade, imaginar que me podiam prender ali... Mas não dizia a ninguém. Não dizia porque eu tinha medo, pensava: “ainda me vão fechar aqui dentro, com camisa de forças...”

- *Não sente falta do Hospital de Dia?*

- Não, sinceramente não. Tenho sempre coisas para fazer e estou muito voltada para o meu filho, para o meu cãozinho. Trato da casa, trato do meu cão, vou às compras, tenho o meu filho que é a minha maior riqueza, dá muito sentido à vida ter o meu filhinho, embora já seja um jovem independente... Ainda tenho muito aquela tristeza. Tenho dias que tenho uma vontade de chorar enorme, porque lembro-me da morte dos meus pais... O meu pai morreu-me no ano passado... Foi muito difícil. Ainda me sinto muito triste mas isso é natural, faz parte da vida...

- *E por causa do falecimento do seu pai não precisou aumentar os comprimidos?*

- Graças a Deus, não!

- *E que apoio tem agora no Hospital?*

- É só a psiquiatra, de seis em seis meses... Mas eu até ando tão bem que nem precisava de ir tantas vezes. Bastava uma vez por ano. Era mais do que suficiente.

- *Sente-se mesmo bem, então?*

- Muito bem... Tenho aquela ansiedade de vez em quando, mas isso eu acho que toda a gente tem, é normal... E quando começo a sentir-me assim... faço as minhas orações, vou arrumar a casa, e começo a ficar bem... Eu falo com as pessoas aqui da minha rua e todas também me dizem que têm ansiedade. É normal...

- *E as vozes, ainda continua a ouvir...?*

- Ah continuo, mas isso os médicos não sabem que eu não lhes conto nada... ainda me internam...

- *Mas as vozes perturbam-na?*

- Eu agora, graças a Deus, aprendi a lidar com isso... Dou atenção às vozes boas, que me ajudam e dizem coisas boas... E quando começo a ouvir as vozes más, rezo a Deus... E deixei de ter tanto medo... Isto é assim: tudo o que não faz parte do nosso habitat, nós temos medo... Mas depois comecei a pensar “é só uma coisa diferente, que a maior parte das pessoas não sente e não ouve, mas eu ouço... Porque é que tens medo das vozes? Não tenhas medo”. Dizia isto para dentro de mim... E comecei a pensar: “Isto faz parte da vida! Não vais rejeitar uma coisa que faz parte da vida, é natural!” E eu também chegava a ver uma espécie de vultos, sombras a passar... E resolvi não contar nada aos médicos... E ainda vejo essas coisas e não quero saber, não me preocupo com isso... Sei que essas coisas existem e não dou importância... O meu problema antes era ficar apavorada! Aprendi mesmo, por mim própria, a levar os meus pensamentos para outros sítios...

- *Como é que aprendeu a lidar com as vozes?*

- Lá no Hospital dizem que elas não existem, que são alucinação da esquizofrenia, mas para mim elas existem... Eu acredito que nós somos espíritos aqui a viver num corpo, neste planeta... E as vozes que eu ouço são de espíritos... Os médicos não acreditam, mas eu sei que existem. Eu evito falar isto com as pessoas porque as pessoas não acreditam em mim... Porque a maior parte das pessoas não ouve espíritos... Porque a maioria das pessoas estão muito preocupadas com as coisas da vida da matéria e não ouvem... E eu como gosto muito de silêncio, comecei a ouvir... Mas não posso dizer isso aos médicos lá do Hospital porque eles não acreditam, entende? Mas eu prefiro não contar aos médicos... Para me chamarem louca ou me chamarem deficiente? Prefiro ficar calada... E não me quero estar a enervar... Lá no hospital cheguei a enervar-me muito com isso. Que dizia que não, e eu dizia que sim... Deixei de falar, pronto. Isto é uma experiência única...

- *Alguém a tem ajudado nesse processo?*

- A minha irmã, que acredita em mim. Ela não ouve, nem vê espíritos, mas acredita em mim, acredita que existem outras dimensões... Ela lê muito sobre essas coisas... Ela ter-me explicado que ouvir vozes é uma coisa natural, que algumas pessoas conseguem, que é uma capacidade, não é? Isso ajudou-me muito. Ela acreditar em mim, não dizer que eu estava louca, deu-me muita força... E tudo isso tem-me ajudado a lidar com as vozes... Ela ajudou-me mais do que lá no Hospital... Que a minha médica não acredita em mim...

- Arranjou as suas próprias estratégias para lidar com as vozes e com a ansiedade e isso tudo deixou de ser perturbador, foi isso?
- Foi isso! Eu agora quando tenho ataques de pânico, começo a fazer uma oração. Peço a Jesus que me ajude, que para mim é o espírito mais ativo que existe e mais protetor... E graças a Deus, isso ajuda-me muito, muito! Eu nem vou à igreja nem nada... É uma forma minha de estar... que me ajuda. (Guiomar, faixa etária ≥ 60)

Entre o conjunto de quinze pessoas entrevistadas – ou seja, contemplando não apenas as que, à data da primeira entrevista, eram acompanhadas no Hospital de Dia, mas também as que, a essa mesma data, eram acompanhadas nas Consultas Externas –, Guiomar representa um dos quatro casos (note-se, apenas quatro casos) em que se registou um quadro de significativas melhorias, com a conquista de um estado de equilíbrio e bem-estar que permitiu, em grande medida, uma autonomização relativamente ao acompanhamento psiquiátrico e à instituição hospitalar. Como se viu, essa conquista emancipatória não se ficou a dever a quaisquer mudanças ao nível de respostas terapêuticas formais (hospitalares ou comunitárias), mas a um contexto de acolhimento/afeto promovido no seio do seu próprio espaço familiar e, sobretudo, a uma certa rutura com a racionalidade biomédica, com a patologização e institucionalização psiquiátrica. Ora, é muito interessante notar que os outros três casos, em que se verificou uma significativa reversão da experiência de sofrimento, dizem respeito a pessoas que igualmente encontraram respostas fora da racionalidade biomédica e do circuito psiquiátrico. Trata-se dos casos de Dionísio, Feliciano e de Florêncio. Nos dois primeiros casos, as significativas conquistas de equilíbrio foram alcançadas pelo recurso à dimensão da espiritualidade⁸¹. Já Florêncio corresponde ao caso que referi anteriormente: o único em que houve, da parte da instituição hospitalar, um encaminhamento para uma resposta alternativa na comunidade, especificamente uma resposta ao nível da inserção laboral. Essa inserção é referenciada por Florêncio como tendo sido, em grande medida, responsável pela conquista de um significativo estado de bem-estar e equilíbrio⁸². No entanto, de acordo com a sua narrativa, essa conquista não se ficou a dever apenas a esse fator. Outro elemento apontado por Florêncio como tendo tido um papel de grande relevância no redirecionamento da sua história foi a introdução, por sua iniciativa, de experiências artísticas: começou, por um lado, a frequentar um grupo de arteterapia e, por

⁸¹ Adiante, no capítulo que dedicarei à temática das epistemologias e práticas “outras” de cuidado, terei oportunidade de aprofundar esses casos, assim como outros (mais ou menos similares) oriundos dos demais grupos de pesquisa (Grupos B e C).

⁸² Florêncio refere-se não apenas ao facto de essa inserção lhe ter proporcionado autonomia financeira (antes, era dependente do apoio de familiares), mas também ganhos de ordem subjetiva (um elevado nível de realização pessoal e produção de um propósito de vida) e uma nova rede de sociabilidades. Note-se que, no espaço de dez anos Florêncio foi internado uma única vez (por sua própria solicitação), o que, atendendo à sua anterior trajetória clínica (pré 2008-2009), caracterizada por múltiplos internamentos compulsivos, se constitui como um dado bastante significativo.

outro, a dedicar-se à escrita de poesia – duas atividades que vieram colmatar largamente (e de forma bastante superior) o vazio deixado pela saída do “Hospital de Dia”, configurando recursos (não biomédicos) geradores de grande preenchimento e realização pessoal⁸³.

Relativamente a todos os outros casos, em que não se verificaram quaisquer mudanças positivas quanto às condições de vida (i.e., quanto ao tipo de apoio familiar, à inserção ocupacional/laboral, redes de sociabilidade, etc.) e quanto ao tipo de apoio terapêutico – mantendo-se o acompanhamento biomédico/psiquiátrico como o único apoio disponível (ainda que, em alguns casos, com uma mudança da esfera hospitalar/pública para a esfera privada) –, é de referir que a nota dominante é a da manutenção da pessoa em círculos viciosos de sofrimento, mal-estar e de elevada dependência. Elevada dependência a múltiplos níveis: i) elevada dependência do apoio de pessoas familiares, frequentemente exaustas e a necessitarem, elas próprias, de apoio terapêutico; ii) elevada dependência de fármacos, que, na maior parte das vezes, não vão além do alívio de sintomas e que, em virtude dos efeitos secundários e toma prolongada, geram outros problemas de saúde; iii) elevada dependência de acompanhamento psiquiátrico, que, tendencialmente, apenas responde à necessidade de reajustamento das doses dos medicamentos ou à esperança de novas experimentações.

Para terminar, importa acrescentar que, para muitas dessas pessoas, no decurso de dez anos, a acumulação de múltiplas formas de dependência e de vulnerabilidade – desacompanhada de recursos de “autêntico” cuidado, potencialmente emancipatórios – veio a refletir-se em expressivos agravamentos das experiências de sofrimento. De facto, no conjunto dos casos analisados, são muito comuns os relatos de trajetórias marcadas por constantes recaídas (“crises agudas”, na linguagem psiquiátrica) que precipitaram a necessidade de internamentos hospitalares. Em alguns casos, como o de Irina, esse agravamento chegou mesmo ao ponto de se traduzir no fenómeno vulgarmente designado (no meio psiquiátrico) como “porta giratória”: múltiplos internamentos, intervalados por períodos relativamente curtos (no caso de Irina, cerca de oito internamentos, no espaço de dez anos).

⁸³ A experiência com a arteterapia será aprofundada adiante, em capítulo que dedicarei à temática das epistemologias e práticas “outras” de cuidado.

NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 4

A análise empreendida neste capítulo permitiu-nos mergulhar nas histórias das experiências de sofrimento mental, visibilizar a sua dimensão subjetiva (tradicionalmente silenciada pelo modelo biomédico) e, em última instância, apreender os modos de construção das trajetórias de cuidado até (e inclusive) à entrada em cena da instituição hospitalar. Permitiu-nos, ademais, compreender de que forma(s) as várias (im)possibilidades de cuidado – tanto as de caráter íntimo/informal quanto as de caráter institucional/formal –, registadas até (e inclusive) à entrada da instituição hospitalar na rede de cuidados, se refletiram nas respetivas biografias e no desdobrar das experiências.

Um traço comum a praticamente todas⁸⁴ as histórias consiste, como se viu, na biomedicalização das experiências de sofrimento e na apropriação hospitalar dessas mesmas experiências, tornando-se o hospital psiquiátrico, a certa altura, o grande centro nevrálgico da prestação de cuidados e, em muitos casos, o cerne da construção das biografias individuais. De facto, em determinado momento, a (sobre)vivência hospitalar/biomédica passa a configurar um elemento de grande importância e centralidade nas trajetórias de grande parte das pessoas entrevistadas, em virtude do modo como muitas supostas “verdades” (e violências) a partir daí emanadas se impõem nas respetivas vidas, afetando-as quer em termos mais objetivos, quer ao nível da construção das próprias subjetividades. Não obstante o reconhecimento da importância da entrada em cena da instituição hospitalar – pela forma como esta veio preencher o vazio de respostas na comunidade e proporcionar um acompanhamento terapêutico mais consistente –, das narrativas emergem dados muito negativos e problemáticos quanto ao acompanhamento aí provido, que evidenciam o quanto este modelo hegemónico ainda se baseia, em grande medida, numa visão humana reducionista e objetificante (visão sobre a qual discorri teoricamente no primeiro capítulo), que não vai além de diagnósticos e de intervenções psicofarmacológicas. Por outras palavras, e remetendo a presente análise para um diálogo com o anterior terceiro capítulo, onde desenvolvi, em termos teóricos, a conceção ético-política da *integralidade*, o que as narrativas nos mostram é um claro distanciamento deste modelo biomédico/hospitalocêntrico a essa referida conceção de *integralidade*, cuja maior expressão, conforme se viu nesse mesmo capítulo, reside na *ética do cuidado*.

⁸⁴ Refiro “praticamente todas” na medida em que se regista uma exceção, tal como assinala numa outra nota de rodapé. Lembrando, entre os trinta e quatro casos analisados, em apenas um caso a instituição hospitalar psiquiátrica não marcou presença na respetiva rede de cuidados. O caso em questão é o de Telma, que analisarei de forma particular no capítulo 6, a propósito da mobilização de práticas “outras” de cuidado.

Tivemos ainda oportunidade de atestar como as reduzidas e reducionistas possibilidades de cuidado (identificadas no decurso deste quarto capítulo) condicionaram dramaticamente as trajetórias de grande parte das pessoas entrevistadas, encerrando-as em círculos viciosos de mal-estar, dependência e vulnerabilidade social, de onde, inclusive, muitas não têm esperança de sair.

Finalmente, a análise realizada neste capítulo constitui-se como uma contribuição para a avaliação da implementação do plano de reestruturação dos serviços de saúde mental (CNRSSM, 2007; CTARSM, 2017), dada a forma como nos conduz (sobretudo através da análise das entrevistas do *Grupo A*) à identificação de um conjunto de fragilidades, lacunas e inoperâncias no funcionamento da instituição hospitalar, bem como à identificação de uma tendencial ausência de encaminhamento das pessoas para respostas alternativas na comunidade.

Ocupámo-nos, até ao momento, da globalidade dos casos empíricos (34 casos), provenientes dos três grupos que integram o estudo (*Grupos A, B e C*)⁸⁵. No próximo capítulo, analisar-se-á apenas o conjunto de entrevistas realizadas com os/as participantes do *Grupo B*, ou seja, com as pessoas que, em determinado momento das suas trajetórias, em face da constituição/oferta de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária na respetiva área de residência, deixaram de ser acompanhadas na instituição hospitalar para passarem a ser acompanhadas por essa Equipa. Relembrando algo que já se disse antes, trata-se de um conjunto de casos excecionais, já que são raras as Equipas de Saúde Mental Comunitárias a operar em Portugal. O acesso destas pessoas a uma resposta comunitária não corresponde, pois, de forma alguma, a uma ilustração das trajetórias terapêuticas comuns no nosso país.

⁸⁵ Ainda que, no último ponto deste capítulo, a análise se tenha direcionado apenas para o *Grupo A*.

CAPÍTULO 5

BRECHAS QUE SE ABREM NOS “MUROS” DA (BIO)PSIQUIATRIA: A EQUIPA Y E O COMPROMISSO COM O CUIDADO NA COMUNIDADE⁸⁶

O presente capítulo organiza-se em cinco pontos principais. Num primeiro ponto, empreende-se um enquadramento da respetiva pesquisa, oferecendo-se breves notas sobre a realização do trabalho de campo e opções metodológicas. Num segundo ponto, o foco dirige-se para um enquadramento e caracterização da ESMC, eleita como objeto de estudo. No terceiro ponto, dá-se conta dos resultados da pesquisa no que toca à intervenção da ESMC no contexto de um Centro de Saúde. No quarto ponto, apresentam-se os resultados da pesquisa relativa à intervenção da mesma no contexto das deslocações domiciliárias. Finalmente, um quinto ponto é dedicado à análise de um conjunto de obstáculos e resistências (que, metaforicamente, designo como “muros) que ainda estão por transpor pela ESMC no seu caminho de rutura com o modelo hospitalar/biomédico.

1. A pesquisa: breves notas sobre o trabalho de campo

Quando, em 2017, decidi integrar o estudo de uma ESMC na presente tese, a implementação dessas equipas encontrava-se num nível muito residual⁸⁷, conforme reconhecido em relatório oficial, lançado nesse mesmo ano (CTARSM, 2017). Perante a ausência de informações oficiais a respeito do reduzido número de equipas implementadas (designadamente a respeito da sua localização e distribuição geográfica), a intenção de integrar uma dessas equipas neste trabalho ficou credora de informações adquiridas informalmente⁸⁸.

⁸⁶ Algumas partes deste capítulo foram previamente publicadas no livro *Rios e Represas – Olhares para a Saúde Mental*, organizado por Breno Fontes e Viviane Xavier de Lima e Silva, publicado em 2021 pela editora CirKula. Os conteúdos apresentados nesse livro (Nogueira, 2021) não são reproduzidos de forma integral no presente capítulo, uma vez que, para este efeito, foram realizadas algumas alterações, tanto ao nível da supressão de algumas partes como ao nível da própria construção do texto.

⁸⁷ Um breve ponto da situação a respeito da implementação de ESMC em Portugal encontra-se disponível no *Apêndice K*.

⁸⁸ Da rede de contactos informais estabelecida há já vários anos com profissionais de saúde mental, foi-me dada conhecer uma ESMC que cumpria vários requisitos que entendi como importantes, a saber: i) tinha sido criada no âmbito do referido Plano de Ação 2007-2016 (CNRSSM, 2007) – visando, pelo menos teoricamente, os princípios e objetivos aí visados; ii) estava a operar na comunidade há já vários anos (há mais de cinco anos)

A abertura e disponibilidade por parte da ESMC que contactei para integrar o estudo foi, desde logo, total. Apesar da manifestação de interesse na identificação da mesma, por parte dos seus membros, opto pela sua não identificação, de modo a salvaguardar o anonimato dos/as profissionais que a integram. Neste sentido, nas páginas que se seguem, designo esta equipa comunitária por *Equipa Y*, facultando informações de caracterização e de enquadramento muito genéricas que não permitam a sua identificação.

Em face da elevada abertura da Equipa Y à realização do trabalho de campo, foi-me dada a possibilidade de a acompanhar em todas as práticas, tarefas e dinâmicas de trabalho e de convivência, desde o início da manhã até ao final do dia. O ensejo de acompanhar a Equipa de uma forma tão aberta e intensiva deu lugar a uma investigação de natureza etnográfica, à qual se somou, como técnica complementar, a entrevista em profundidade, através da qual foi possível aceder à riqueza heurística de um conjunto de narrativas – narrativas recolhidas não apenas entre os/as profissionais da Equipa Y, mas também entre um conjunto de utentes que designei por *Grupo B* (tal como descrito no capítulo metodológico).

O trabalho de campo intensivo desenrolou-se durante os meses de Junho, Julho e Setembro de 2018. Ao longo desses meses, acompanhei a Equipa Y com uma periodicidade média de duas vezes por semana, privilegiando os dias em que a mesma tinha previamente planeadas deslocações a domicílios. Tendo-me sido dada abertura para acompanhar a totalidade das práticas diárias da Equipa, procurei diversificar o mais possível as interações e observações no terreno, deixando-me conduzir pelos ritmos da Equipa e pelas possibilidades que me eram oferecidos em cada momento. Neste sentido, tendo em conta que, usualmente, as deslocações ao domicílio estavam planeadas para o período da tarde, em geral, passava as manhãs no Centro da Saúde (espaço/sede da Equipa), onde não só observava as dinâmicas aí desenvolvidas, como também, sempre que possível, aproveitava para realizar entrevistas a algumas das pessoas/utentes que aí se dirigiam. Durante a parte da tarde, acompanhava, então, a Equipa nas visitas a domicílios.

A permanência no Centro de Saúde durante o período da manhã revelou-se, com efeito, bastante profícua. Para além da possibilidade de observar, *in loco*, toda a movimentação no espaço e de acompanhar um amplo conjunto de interações e diálogos de

tendo-lhe, portanto, sido possível acumular um significativo conjunto de experiências e práticas; iii) a sua área geodemográfica de atuação respeitava a uma região do país significativamente distante (mais de 50 Km) do correspondente grande polo urbano hospitalar, o que me permitiria averiguar de forma mais contundente a importância da descentralização dos cuidados de saúde mental.

caráter mais ou menos informal – tanto entre profissionais e utentes como entre profissionais –, foi-me dada a possibilidade de, com o devido consentimento do/a utente, assistir a algumas consultas de psiquiatria. No total, foi possível observar doze consultas, sendo que daí resultou um conjunto significativo de notas de campo que, somando-se a outros dados qualitativos, vêm a servir de substrato à reflexão empírica que se realiza em seguida. No espaço do Centro de Saúde, tive ainda oportunidade de realizar dezoito entrevistas em profundidade: quinze a utentes (que designei por *Grupo B*) e três a familiares⁸⁹.

Atente-se agora no trabalho de campo realizado no contexto das deslocações aos domicílios. Como disse, essas deslocações ocorrem, em geral, no período da tarde, após o almoço, sendo que, para esse efeito, a Equipa faz uso de um veículo do centro hospitalar (afeto à Equipa) conduzido por um motorista desse mesmo centro. Salvo situações inesperadas, que urgem intervenções imediatas, a Equipa tem previamente programado um determinado conjunto de visitas, sabendo, portanto, de antemão, quais os domicílios que irá visitar naquele dia. No total, tive oportunidade de acompanhar a Equipa Y em dez deslocações, nove delas nos próprios domicílios das pessoas, uma outra nas imediações de uma farmácia (por corresponder ao local onde a pessoa preferia encontrar-se com a Equipa para a toma do *injectável*).

Desde os momentos despendidos em deslocações rodoviárias à concretização das visitas propriamente ditas, toda a experiência etnográfica no seio da comunidade se veio a revelar profundamente rica. Percorrendo distâncias relativamente longas, que, por vezes, chegaram a ultrapassar os trinta quilómetros entre dois pontos, foi-me proporcionada a oportunidade de interagir demoradamente com os vários elementos da Equipa, num ambiente de grande informalidade e espontaneidade, propício a uma grande abertura ao diálogo, partilha de perceções e experiências, não apenas sobre os casos que iam ser alvo de visita, mas sobre todo o trabalho comunitário de uma forma mais lata.

Falando das visitas propriamente ditas, importa referir que em todas as situações senti uma grande abertura das pessoas à minha presença, não percebendo, em momento algum, que essa presença causasse qualquer constrangimento ao normal desenrolar da visita. Com o avançar da experiência no terreno, vim a entender essa facilidade de integração como algo que se beneficiava bastante da própria relação de empatia e confiança que a Equipa estabelecia com as pessoas – conforme referia uma delas: “*se vem com os senhores*

⁸⁹ Dados de caracterização deste trabalho empírico foram exaustivamente descritos em capítulo anterior, num ponto dedicado especificamente a aspetos metodológicos.

enfermeiros é porque é de confiança”. De forma a conseguir captar aquilo que é uma visita regular – quando desprovida da minha excecional participação –, optei por manter, na maior parte do tempo, uma postura de grande passividade, colocando questões apenas na parte final da mesma. Todas essas experiências e observações etnográficas, realizadas no contexto das deslocações aos domicílios, foram igualmente acompanhadas da redação de anotações e notas de campo.

2. Equipa Y: elementos de caracterização

Antes de prosseguir para a pesquisa propriamente dita, dedico-me, em três passos, a uma breve apresentação de alguns dos principais elementos de enquadramento e caracterização da Equipa Y: primeiro, a respeito da sua área sociogeográfica de atuação; em seguida, no que concerne à sua constituição e dinâmicas de organização; por último, a respeito dos valores e princípios filosóficos que regem a sua intervenção.

2.1. Área sociogeográfica de atuação

No que respeita à área geográfica de intervenção, e cingindo-me a informações muito genéricas que não permitam a identificação da Equipa Y, importa referir que se trata de uma área significativamente extensa, que envolve vários concelhos (mais de três), que distam mais de 50 km do grande polo hospitalar psiquiátrico que, burocraticamente, lhes é atribuído.

Está-se perante uma área predominantemente rural, onde se tem vindo a verificar, nos últimos anos, uma acentuada diminuição do número de jovens, acompanhada de um significativo envelhecimento da população. Há ainda a registar o facto de este território se caracterizar por índices relativamente baixos de escolaridade e qualificações, sendo particularmente baixos os níveis superiores de educação e de especialização profissional. No que tange ao desenvolvimento económico, as atividades com maior expressão respeitam ao setor terciário (comércio e prestação de serviços), sendo muito reduzido o investimento empresarial e o tecido produtivo respeitante à indústria transformadora. Em termos socioeconómicos, há também que assinalar que se está perante um dos territórios do país mais assolados pelo desemprego. Ao nível de equipamentos sociais, é uma zona bastante empobrecida, escasseando de forma muito particular as respostas dirigidas especificamente à saúde mental, como é o caso de unidades residenciais e fóruns sócio-ocupacionais. Dado

o acentuado envelhecimento da população, os equipamentos sociais mais comuns são os dirigidos à população idosa (lares e centros de dia).

No que concerne à prevalência da chamada “doença mental”, não dispomos de dados epidemiológicos ou de estudos específicos que nos permitam caracterizar formalmente e rigorosamente o território de intervenção da Equipa Y. Todavia, testemunhos de vários profissionais, recolhidos no decurso do trabalho de campo, descrevem, indutivamente, a sua área de intervenção como muito complexa sob o ponto de vista da “doença mental” dita grave, sendo essa uma realidade que tende a concentrar-se em determinados aglomerados populacionais: pequenas povoações, com características mais rurais. Uma povoação em particular é referenciada pela sua peculiaridade. Segundo a descrição de um dos enfermeiros, nessa povoação registam-se casos de *doença mental* “*porta sim, porta não, porta sim, porta sim, porta não...*”. De facto, aquando do trabalho etnográfico, no acompanhamento da Equipa aos domicílios nessa mesma povoação, surpreendi-me com o número de casos acompanhados pela Equipa, só nesse aglomerado populacional, com quadros comuns de diagnósticos de “doença mental” considerada grave (esquizofrenia, sobretudo), invariavelmente associados a alcoolismo, toxicodependência, desemprego e situações de elevada destruturação individual, familiar e social.

2.2. Constituição e dinâmicas de organização

Desloquemo-nos agora para um breve enquadramento e caracterização da Equipa Y, atentando na sua constituição/organização. Foi na sequência do *Plano de Ação 2007-2016* que a Equipa Y foi implementada. Essa implementação deu-se sob a égide e dependência de um recém-formado Centro Hospitalar Psiquiátrico –, congregador de várias unidades psiquiátricas pré-existentes. Foi a partir dele, com efeito, que a Equipa se constituiu e organizou, desde logo ao nível da integração do seu corpo profissional. Não havendo autonomia financeira e administrativa para a contratação de profissionais, todos os elementos da Equipa Y são profissionais do Centro Hospitalar, os quais, com a constituição da mesma, passaram a repartir o seu tempo entre o serviço hospitalar e o serviço na comunidade. Adiante, ter-se-á oportunidade de atestar em profundidade como esta ancoragem ao sistema hospitalar se constitui como um dos maiores constrangimentos à atuação da Equipa. Por ora, em forma de mera síntese, atente-se num excerto de uma das primeiras entrevistas realizadas com a coordenadora da Equipa Y, onde a dependência face

à instituição hospitalar é apontada, precisamente, como um elemento constitutivo problemático, com óbvias repercussões nas respetivas dinâmicas e lógicas de trabalho.

Não houve legislação, nem recursos que nos permitisse criar uma Unidade Autónoma de Saúde Mental sediada em [refere o nome da localidade] que seria uma Unidade à parte do Centro Hospitalar, não teria de dar satisfações a ninguém, teria uma equipa própria. Mas isso não foi possível, porque isso não foi acompanhado nem de recursos, nem de planeamento legal ao nível da Administração Central da Saúde. Daí, ficámos dependentes do Hospital e obviamente que essa dependência afeta sempre as dinâmicas e as lógicas de trabalho na comunitária. (Coordenadora da Equipa Y)

Teoricamente, a Equipa é multidisciplinar, contemplando a intervenção de uma profissional de psiquiatria, três profissionais de enfermagem⁹⁰, duas técnicas de serviço social, uma psicóloga e ainda uma técnica assistente de serviços administrativos. Refiro teoricamente, pois, na prática, dificuldades várias ao nível da mobilização e gestão de recursos humanos fazem com que a Equipa, numa grande parte do tempo, se restrinja a uma profissional de psiquiatria e a dois profissionais de enfermagem. De facto, conforme testemunhei no decurso do trabalho de campo, são muitas as limitações a este nível. Veja-se, a título de exemplo, o que se passa ao nível do serviço social. Dados os imperativos de partilha de recursos humanos com o Centro Hospitalar e a ausência de autonomia para contratação de profissionais, a Equipa contempla a intervenção de uma profissional de serviço social apenas uma vez por semana⁹¹. Outro condicionamento que tive a oportunidade de testemunhar foi ao nível da Psicologia. Durante o período de três meses em que desenvolvi o trabalho de campo, a Equipa esteve desprovida do trabalho da psicóloga que lhe está afeta, em virtude de a mesma se encontrar ausente por motivos pessoais e de não existirem condições financeiras e administrativas para a sua substituição. Essa ausência, segundo informações obtidas *a posteriori* da realização do trabalho empírico, veio a prolongar-se no tempo (por mais de um ano), tendo-se mantido a lacuna ao nível da sua

⁹⁰ Ao nível da organização interna, gerida através do respetivo Centro Hospitalar, estão afetos à equipa três profissionais de enfermagem, que, semanalmente, alternam entre si, obedecendo, desta forma, ao imperativo de se subdividirem entre o serviço hospitalar e o serviço na Equipa Y. Não trabalham os três de forma simultânea, mas apenas dois.

⁹¹ Em 2008, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental organizou um evento, a nível nacional, que reuniu pessoas de vários grupos profissionais da área da saúde mental. Essa reunião, que teve lugar na Curia, teve como grande propósito clarificar o funcionamento global das ESMC e o papel de seus diferentes profissionais, tendo por base uma metodologia participativa/democrática, cujo objetivo final era a obtenção de um documento conjunto, produto do envolvimento e da participação de todos/as os profissionais ali presentes. Desse trabalho colaborativo resultou o “*Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária*” (CNSM, 2009), também conhecido por “*Consenso da Curia*”. Ora, a propósito da situação acima relatada (no corpo do texto), respeitante ao facto de a Equipa Y contemplar a intervenção de uma profissional de serviço social apenas uma vez por semana, importa sublinhar que esta situação não corresponde àquilo que havia sido inicialmente estabelecido no âmbito desse documento. Com efeito, segundo se lê no mesmo, “as ECSM devem ser constituídas por técnicos que trabalham em exclusividade, ou a maior parte do seu tempo, na Equipa” (*ibidem*, p. 6).

substituição. Ainda sobre a constituição da Equipe Y, é de referir que a mesma não integra Terapeutas Ocupacionais, Psicomotricistas e Psicopedagogos, conforme definido como desejável no *Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipes de Saúde Mental Comunitária*⁹² (CNSM, 2009).

Já em conformidade com um dos pontos estabelecidos no mesmo documento temos a questão da liderança clínica e coordenação da equipa. Com efeito, tal como recomendado, a Equipe Y tem como coordenadora uma profissional de psiquiatria.

Há vantagem em que a liderança clínica e a coordenação da Equipe sejam exercidas pela mesma pessoa - um médico psiquiatra. Tal poderá facilitar que a Equipe seja ágil no seu funcionamento e nas suas decisões. Admite-se, porém, que haja situações em que a coordenação possa ser exercida por outro técnico que não o psiquiatra. (*ibidem*, p. 6).

Muito embora, como se lê no excerto anterior, se admita a possibilidade de que tal coordenação seja exercida por um profissional não médico, não deixa de ser interessante notar como essa possibilidade é apontada a título meramente excepcional. Não obstante a retórica da multidisciplinaridade expressa nos documentos oficiais, temos, portanto, de forma paradoxal, no âmbito dos mesmos documentos, aquilo que podemos designar como a manutenção de uma assimetria de poderes entre áreas disciplinares, com um claro favorecimento da conservação do poder da psiquiatria.

No âmbito do Plano de Ação (CNRSSM, 2007), considera-se que as ESMC dificilmente poderão cumprir a sua “missão se não dispuserem de um local na comunidade onde possam desenvolver as suas atividades” (p. 58). Preconiza-se, nesse sentido, que as mesmas possuam um local próprio para a “realização de consultas e intervenções psicossociais, bem como para a coordenação das intervenções domiciliárias e das ações comunitárias (*ibidem*). Muito embora o Plano defenda uma articulação estreita destas equipas com os Cuidados de Saúde Primários (CNRSSM, 2007, p. 58), entende-se como desejável que essas mesmas equipas não fiquem dependentes de gabinetes cedidos por Centros de Saúde, muitas vezes à mercê de arranjos precários e insuficientes, claramente desfavoráveis ao pleno desenvolvimento das suas atividades (*ibidem*). Não obstante o reconhecimento das vantagens da integração destas equipas nos Centros de Saúde, defende-se, portanto, que, nos casos em que não seja possível negociar com os mesmos a utilização de espaços devidamente adequados, se invista na criação de espaços próprios, próximos dos locais de residência das populações assistidas (*ibidem*). No caso da Equipe Y, foi possível negociar com um Centro de Saúde a cedência de instalações. A possibilidade de ter como

⁹² Sobre este documento cf. nota de rodapé anterior.

sede um espaço físico integrado num Centro de Saúde foi, desde logo, bem acolhida e valorizada pela Equipa: por um lado, pela questão filosófica da proximidade aos cuidados de saúde primários e pelas potencialidades aí vislumbradas ao nível da prestação de cuidados; por outro lado, pela praticidade que essa mesma proximidade representa ao nível da utilização, por parte da Equipa, do programa informático do SNS, que lhe permite, em termos clínicos, beneficiar no contexto comunitário da mesma rede de informação digital a que se tem acesso no contexto hospitalar (*vide* 1º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Quanto aos modos de intervenção e cuidado na comunidade, a Equipa Y organiza-se, essencialmente, em três modalidades: i) consultas presenciais em Centros de Saúde da área geodemográfica de atuação⁹³; ii) deslocamentos aos domicílios de pessoas com diagnósticos psiquiátricos (sobretudo diagnósticos tidos como graves, como é o caso da esquizofrenia); iii) atividades de extensão, com trabalhos de cooperação e articulação com organizações e instituições da comunidade⁹⁴ (e.g., câmaras municipais, organizações do chamado terceiro setor, instituições escolares, etc.).

2.3. O espírito de compromisso com a filosofia de cuidados comunitários

Para finalizar a secção de enquadramento e caracterização da Equipa Y, não posso deixar de referenciar um elemento que me parece fundamental para a análise que se empreenderá em seguida: o espírito de missão e compromisso com os cuidados comunitários de que os/as profissionais (que constituem o núcleo estável da Equipa) visivelmente se encontram imbuídos/as. Das observações etnográficas, bem como dos diálogos estabelecidos com profissionais e utentes do serviço, foi possível perceber, com efeito, como esse espírito se faz presente na intervenção da Equipa Y, detendo uma forte influência tanto

⁹³ Uma das modalidades de intervenção consiste, com efeito, na oferta de consultas presenciais (em geral, consultas de psiquiatria) em Centros de Saúde; mormente naquele em que a Equipa está sediada, mas também em outros Centros de Saúde da área geodemográfica de atuação.

⁹⁴ Neste ponto, um dos trabalhos mais comuns é o de articulação com *Lares para pessoas idosas*, onde a Equipa se desloca para assistência a utentes com dificuldades de locomoção e relativamente aos quais presta consultadoria à distância, em face de situações inesperadas ou urgentes que requerem aconselhamento imediato. Para além desse apoio, a Equipa Y desdobra-se em articulações com outras organizações da comunidade, sobretudo Escolas e Câmaras Municipais. Dada a falta de recursos humanos, essa articulação tem-se reagido mais por uma linha reativa (às necessidades urgentes de assistência medicalizante) do que pela tão importante (e retoricamente defendida) ação preventiva. Citando a coordenadora da Equipa Y: “Se tivéssemos outros recursos, poderíamos fazer muito mais a esse nível. Poderíamos desenvolver muitos mais projetos de prevenção primária e secundária [...] Por exemplo, quando a escola tem algum problema, chamamos lá, nós fazemos uma reunião com os professores e com a família, explicamos isto, isto e aquilo. O que fazemos atualmente ao nível de atividades de extensão, é mais como reação do que como preventivo. Devíamos ir, antes que aconteça, mas não há recursos humanos para conseguirmos implementar esses projetos de prevenção” (Profissional de psiquiatria, coordenadora da Equipa Y).

no modo de se cuidar como numa singular capacidade de resiliência aos inúmeros constrangimentos e desafios que se interpõem às ações quotidianas.

Atentando em diversas narrativas, percebe-se que esse elemento não se associa a uma cultura institucional transversal, mas, antes, ao cunho pessoal dos/as profissionais que integram a Equipa; particularmente ao cunho pessoal da profissional que a coordena e à forma como ela o imprimiu logo no início do projeto, aquando do momento da sua fundação. De facto, dos diálogos estabelecidos com a coordenadora da Equipa Y, foi possível perceber uma vincada predisposição pessoal à filosofia de cuidados comunitários, favorecida, desde cedo, por leituras contra-hegemónicas e pela pertença a uma geração de médicos/as (“mais velhos”) a quem foi dada a possibilidade ímpar de formação e práticas de cuidado no seio da comunidade. Tendo pertencido à geração de profissionais que integraram, nos anos de 1980, o programa “Serviço Médico à Periferia”⁹⁵, a profissional faz sobressair a importância dessa experiência na sua formação pessoal e profissional, assim como na construção mais lata da sua visão sobre os cuidados médicos em saúde mental. Contrapõe essa sua antiga experiência à atual tendência de formação em psiquiatria, que considera demasiado centrada na instituição hospitalar, nos mecanismos cerebrais/neuroquímicos e no diagnóstico, não predispondo as novas gerações de profissionais para os cuidados na comunidade, para um olhar sistémico/integral sobre o ser humano e para o valor da escuta e das narrativas.

- Eu sempre tive uma visão comunitária sobre a saúde mental e uma visão de olhar para a pessoa no seu todo... Acho que teve a ver com tudo aquilo que li desde cedo, que era assim um bocadinho marginal ao conhecimento psiquiátrico [...] Pertenci a uma geração mais velha que teve a sorte de ter acesso a essa filosofia. [...] Com essa visão comunitária, eu, por exemplo, e mais alguns médicos psiquiatras, chegámos até a estagiar no sul de França, por causa da visão comunitária dos franceses, da psiquiatria de setor...

- Mas, digamos, essa não era uma orientação transversal ou era?

- Não. Era um bocadinho assim, restrito.

- Tenho ouvido, nos últimos anos, muitos relatos de pessoas que se queixam de consultas de psiquiatria [...] em que não se sente qualquer empatia...

- Sabe que os meus colegas não foram habituados a apreciar a subjetividade e as narrativas das pessoas. A narrativa do doente, em psiquiatria, não foi um treino que os meus colegas tivessem. A psiquiatria atual parece que está muito centrada na inovação e nos exames complementares de diagnóstico e no mapa cerebral..., nas questões neuroquímicas e assim... [...] Sabe qual foi o privilégio da minha geração? É que nós não passávamos diretamente da policlínica para a especialidade. E esse ponto fez toda a diferença e refletiu-se em toda a minha visão dos cuidados e na forma como valorizo as narrativas das pessoas [...] Nós íamos para os Centros de Saúde como médicos acabados de se formar e fazíamos o apoio médico do país. [...] Na minha geração, todos fizemos esse ano de periferia [...] Isto foi na década de 80. Era a periferia que nos dava a possibilidade de continuidade no SNS para a especialidade. [...] Só depois da periferia é que podíamos fazer o exame de acesso à especialidade.

- A periferia consistia em...

⁹⁵ A propósito do programa “Serviço Médico à Periferia”, cf. Cerqueira (2009).

- Era ser médico de família nos Centros de Saúde, onde houvesse vagas e necessidade... e nós éramos distribuídos pelo país. [...] Nessa altura, [os Centros de Saúde] não tinham rácios, nem números, nem objetivos. Ninguém tinha objetivos para cumprir. Nessa altura, fui para um concelho que era um dos mais pobres do país... Foram anos duros, mas em que trabalhámos muito em conjunto... e depois quem queria ficar, pedia autorização para ficar como clínico geral. Quem quisesse fazer a especialidade, saía. (Coordenadora da Equipa Y).

Ora, aquando da proposta de constituir e coordenar uma Equipa Comunitária – que lhe foi endereçada pela unidade hospitalar onde se encontra integrada –, a mesma médica psiquiatra não hesita em aceitar o desafio, aí reconhecendo a possibilidade de colocar em prática a filosofia de cuidados de que há muito estava imbuída. A sua visão sobre os cuidados de saúde mental acaba, então, por ser transportada para o projeto de constituição da Equipa Y, refletindo-se, desde logo, na angariação dos/as profissionais que compõem o que designa como o “núcleo duro da equipa”⁹⁶ (*vide*, a propósito, 2º excerto de entrevista do *Apêndice L*). Rodeando-se de profissionais com características pessoais específicas e com experiências prévias na comunidade, a coordenadora da Equipa Y imprime, portanto, uma intencionalidade própria na constituição da mesma, procurando assegurar uma base comum, de partilha de uma visão de cuidados em saúde mental.

Todos nós que integramos a equipa, privilegiamos uma visão comunitária sobre a saúde mental. Nós todos. Nós fizemos uma formação pela Comissão Nacional em Psiquiatria Comunitária e isso para nós fez muito sentido porque já era a nossa visão estratégica de cada um de nós a nível pessoal, já antes da formação [...]. Porque muitas pessoas fizeram essa mesma formação e não concordavam com aquele ideário, [...] aquela visão que nos foi transmitida... Profissionais de diferentes áreas, nem todos foram tocados da mesma forma. No nosso caso, já há muitos anos que pensávamos assim. Digamos que não foi uma novidade ou um ideário que veio de fora. A visão comunitária é algo que já estava em cada um de nós, muito antes da formação e de se decidir constituir a equipa. (Coordenadora da Equipa Y).

A narrativa acima transcrita reforça a ideia do quanto o compromisso dos/as profissionais da Equipa Y com a filosofia comunitária se reveste de um caráter pessoal e intrínseco (estabelecido *a priori* da integração na Equipa), não dependendo da adesão a orientações externas, emanadas ao nível formativo, político ou institucional⁹⁷.

⁹⁶ A coordenadora da Equipa Y utiliza a expressão “núcleo duro” para se referir ao conjunto de profissionais que integram a equipa de forma estável e permanente desde o início da sua constituição. Em virtude de imperativos institucionais (relacionados, designadamente, com programas de formação e estágios), a Equipa integra esporadicamente outros/as profissionais. O termo “núcleo duro” é utilizado também nesse sentido de estabelecer uma demarcação entre o corpo estável de profissionais e esse corpo volátil.

⁹⁷ Tal leva-nos a refletir sobre as demais Equipas de Saúde Mental Comunitárias, igualmente criadas no âmbito do Plano de Ação 2007-2016. Tendo em conta a importância desta dimensão de compromisso intrínseco, levanta-se a questão de se saber em que medida as formas de intervenção das demais equipas são influenciadas por essa dimensão de compromisso com o cuidado (como algo intrínseco, parte integrante do universo pessoal de representações e crenças dos/as profissionais) ou se dependem estritamente de diretivas políticas externas, inculcadas *a posteriori*. Em última análise, seria interessante compreender em que medida o maior ou menor peso de tais variáveis se reflete em diferentes modos de cuidar. Em virtude da circunscrição do objeto de estudo,

Dando por terminado o breve enquadramento e caracterização da Equipa Y, transito para a apresentação dos resultados da pesquisa: primeiramente, no que respeita à sua intervenção no contexto de um Centro de Saúde; logo em seguida, no que concerne ao trabalho que desenvolve na modalidade de deslocações aos domicílios.

3. A Equipa Y no contexto de um Centro de Saúde

3.1. (Des)integração e (i)lógicas organizativas

A prestação de cuidados em contexto de unidades de saúde primárias corresponde, como se disse, a uma das vertentes da intervenção da Equipa Y na área geodemográfica que lhe é atribuída. A investigação de natureza etnográfica passou, nesta vertente, pelo acompanhamento da Equipa no espaço físico do Centro de Saúde que funciona como a sua grande sede de intervenção na comunidade. Um olhar mais superficial sobre o trabalho desenvolvido pela Equipa neste espaço não nos leva de forma imediata à constatação de diferenças significativas relativamente ao tipo de prestação de cuidados psiquiátricos que, em geral, são oferecidos no contexto hospitalar. Com efeito, formalmente, dada a lógica organizativa que lhe está subjacente, as condições para o cuidado não diferem muito das que se verificam nos serviços de consultas externas de psiquiatria de unidades hospitalares. Muito embora, teoricamente, esteja prevista uma intervenção de carácter multidisciplinar, em virtude dos já referidos constrangimentos ao nível dos recursos humanos, essa mesma intervenção acaba por ser dominada pelas consultas de psiquiatria e pelo acompanhamento de profissionais de enfermagem, sendo muito escassa ou mesmo rara a intervenção de outras áreas disciplinares (como o serviço social, a psicologia e a terapia ocupacional).

A própria lógica organizativa do espaço físico atribuído à Equipa, no contexto do Centro de Saúde, com funcionamento autónomo e diferenciado desse mesmo Centro, nos leva a rememorar o funcionamento de consultas de psiquiatria num hospital. Qual metáfora da dualidade corpo/mente, a entrada para o Centro de Saúde propriamente dito (comumente visto como mais habilitado para cuidar das “doenças do corpo”) e a entrada para os serviços da Equipa Y (especificamente direccionado para as “doenças da mente”) fazem-se por duas portas distintas, não se dando a ocasião de utentes de um e de outro serviço se cruzarem no

a presente investigação não tem, obviamente, forma de perscrutar esta questão, podendo, tão somente, lançar esta indagação como pista para futuras investigações.

mesmo espaço⁹⁸. Como atrás se disse, todos os elementos da Equipa, incluindo a própria funcionária administrativa, são profissionais da instituição hospitalar, havendo uma total autonomia relativamente ao corpo profissional do Centro de Saúde. Formalmente, o único espaço de contacto entre ambas as equipas é o espaço destinado a refeições e café, onde, ocasionalmente, se encontram em momentos de pausa.

Esta forma de integração – ou, melhor dizendo, de “desintegração” – da Equipa Y no espaço desta unidade de cuidados primários denuncia a prevalência de toda uma lógica organizativa de cuidados de saúde mental na comunidade ainda bastante subsidiária das lógicas organizativas do modelo hospitalar psiquiátrico. A forma dicotómica e separatista com que se continua a encarar o sofrimento mental no universo hospitalar – que resulta no seu isolamento num espaço específico, independente dos espaços que tratam da “saúde do corpo” – como que é transportada para a comunidade. Entrar pela porta que dá acesso à Equipa Y não é muito diferente de entrar pela porta de acesso a um departamento de psiquiatria de um hospital geral. Ambas as portas denunciam a procura específica de cuidados de psiquiatria e a sua não efetiva normalização ou integração num contexto de cuidados gerais. Em ambas reside, no fundo, o mesmo potencial de estigma e discriminação social, decorrentes da forma como, historicamente, se tem concebido e lidado com o rótulo de “doença mental”.

Um reflexo desta não efetiva integração da Equipa Y no contexto dos cuidados de saúde primário está bem patente na forma como ocorre a articulação entre profissionais de ambos os serviços, aquando do momento de referenciação e encaminhamento de utentes. Com efeito, a proximidade física não se constitui, necessariamente, como um fator promotor de uma interação próxima entre profissionais do Centro de Saúde e profissionais da Equipa Y. Ainda que operem em espaços contíguos, pertencentes ao mesmo complexo logístico, a lógica de funcionamento diferenciado e autónomo não favorece a normalização de uma cultura de diálogo e de efetiva partilha institucional, ficando a articulação entre profissionais do Centro de Saúde e da Equipa Y à mercê de iniciativas casuais, do foro meramente individual. Assim o revela a coordenadora da Equipa Y no terceiro excerto de entrevista que

⁹⁸ É interessante notar que o modo como a Equipa Y se insere no espaço do Centro de Saúde se encontra em linha com uma das constatações críticas do “Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016” (CTARSM, 2017), respeitante à forma como, sob o ponto de vista organizativo, as (escassas) equipas de saúde mental comunitárias têm vindo a ser integradas nos serviços de cuidados de saúde primários. O referido documento aponta, precisamente, para as dificuldades de articulação destas equipas com esses serviços, sinalizando que até mesmo nos casos em que existe algum tipo de relação (como a partilha de espaço), “as estruturas físicas e os recursos humanos encontram-se frequentemente separados, o que dificulta uma integração efetiva dos cuidados” (*ibidem*, p. 47).

se transcreve no *Apêndice L*. A sua narrativa leva-nos a compreender como essa ligação, quando ocorre, não deriva de uma prática formalmente instituída ou previamente concertada, mas arbitrária, relacionada com a vontade ou maior disposição de um pequeno número de profissionais – os quais, seja por coincidência, seja por razões realmente significativas, se enquadram nas faixas etárias mais velhas. Identificando padrões de relacionamento de natureza geracional, a médica psiquiatra fala de uma postura algo defensiva e reservada por parte dos profissionais mais jovens que, a seu ver, acaba por constranger aquele que deveria ser um fluxo natural de interação entre os dois serviços⁹⁹ (*vide* 3º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Redirecionando a reflexão para a dimensão propriamente dita da intervenção da Equipa Y, importa questionar: se as lógicas organizacionais e as condições objetivas de promoção de cuidados no espaço do Centro de Saúde não diferem significativamente das que predominam na esfera hospitalar, em que medida a intervenção da Equipa Y se demarca (ou não) do modelo psiquiátrico reducionista vigente, aproximando-se, em alternativa, de um modelo pautado pelo ideal ético-político da integralidade?

Ainda que a observação etnográfica realizada nesse espaço nos proporcione interessantes elementos para reflexão, é sobretudo através dos testemunhos de quem lá recebe cuidados (participantes do *Grupo B* e familiares) que se consegue alcançar um olhar mais amplo e profundo sobre essa questão. Uma vez que todos esses testemunhos pertencem a pessoas que tiveram uma passagem prévia pelo acompanhamento psiquiátrico hospitalar, acresce-lhes o potencial de uma perspetiva comparada entre os dois tipos de cuidados, ou seja, entre os que são providos no espaço do Centro de Saúde, pela Equipa Y, e aqueles a que se teve acesso no contexto hospitalar.

⁹⁹ Tomando como referência estudos que apontam, precisamente, as dificuldades inerentes aos esquemas de ligação entre profissionais de cuidados primários e profissionais especializados em psiquiatria, podemos aventar que tais resistências estejam de alguma forma relacionadas com as frequentes inseguranças do primeiro grupo de profissionais em lidar com as perturbações do foro psiquiátrico e com o seu receio de exposição face aos segundos (Rodrigues, 2004, Mitchell *et al.*, 2009). Em verdade, a própria coordenadora da Equipa Y, quando questionada sobre tais resistências, refere-se, *en passant*, ao facto de se tratar de uma Equipa especializada em psiquiatria (*vide* quarto excerto de entrevista do *Apêndice L*). Optando por não aprofundar essa sua perceção, a entrevistada prefere focar-se num facto há muito reconhecido no próprio meio médico: os enormes constrangimentos que os/as profissionais de cuidados primários vivenciam ao nível das possibilidades de tempo de duração das consultas, que levam a que não consigam dedicar-se adequadamente às problemáticas de sofrimento mental (*vide* quarto excerto de entrevista do *Apêndice L*).

3.2. O valor da(s) proximidade(s) e o (autêntico) cuidado como prática contra-hegemónica

Sem surpresa, um dos elementos que de forma mais imediata sobressai nos testemunhos de quem é acompanhado pela Equipa Y no Centro de Saúde é a valorização da proximidade geográfica aos cuidados de saúde mental. Fazendo notar o enorme esforço que as deslocações periódicas à instituição hospitalar psiquiátrica representavam nas suas vidas, pela distância relativamente longa que se tinha de percorrer, as pessoas entrevistadas atribuem, com efeito, grande valor à proximidade física aos cuidados especializados de saúde mental. Termos como “ansiedade”, “desgaste” ou “nervos” estão entre aqueles a que mais se recorre quando se evoca a experiência passada de deslocação à unidade hospitalar. Para quem já se encontrava num estado de vulnerabilidade psicológica, uma deslocação como aquela que se realizava para se aceder a cuidados de psiquiatria – que, somando os tempos de viagem e de presença no hospital, podia chegar a durar praticamente todo o dia – era frequentemente geradora de elevados níveis de tensão e ansiedade, obviamente contrários aos efeitos terapêuticos que se pretendiam. Tal acontecia não apenas pela distância propriamente dita, mas pelas implicações que, comumente, essa deslocação representava ao nível económico e da dependência familiar. Conforme se faz notar em várias narrativas (*vide* três primeiros excertos de entrevista do *Apêndice M*), com a possibilidade de se recorrer à Equipa Y, reduzem-se os “nervos”, os custos monetários e familiares, ao mesmo tempo que se elevam os níveis de conforto, bem-estar e autonomia.

A proximidade física favorece, ademais, tal como indicam vários testemunhos, um acompanhamento terapêutico mais regular e frequente, potenciador de uma maior estabilidade clínica. Alegando os efeitos desestabilizadores produzidos pela distância geográfica, há mesmo quem se refira ao facto de, no passado, ter deixado de se deslocar às consultas hospitalares, tendo vivido períodos mais ou menos longos sem acompanhamento médico especializado (*vide* excertos de entrevista 4 e 5 do *Apêndice M*).

Acoplada aos discursos que colocam em evidência a importância vital da proximidade geográfica, vamos encontrar a questão da proximidade afetiva, igualmente tida como um elemento diferenciador dos cuidados providos pela Equipa Y, em comparação com o tipo de cuidados a que se tinha acesso no contexto hospitalar. Trata-se, no fundo, de uma dimensão de tónus mais subjetivo que, como mostram algumas narrativas (atente-se, em particular, ao primeiro excerto de entrevista do próximo bloco de transcrições), não deixa de estar ligada à lógica organizacional de proximidade física e de integração dos cuidados na

própria comunidade. O facto de a Equipa Y se encontrar geograficamente próxima das pessoas, integrada no seu contexto sociocultural e dimensionada à escala local – com instalações relativamente pequenas, com a circulação de um número reduzido de pessoas –, acaba por ajudar à promoção de um ambiente acolhedor, pessoal e familiar, favorecedor de uma experiência emocionalmente mais positiva, quando comparada com a experiência em instalações de unidades hospitalares psiquiátricas. Todavia, ainda que a localização e características do espaço físico detenham um papel relevante na perceção subjetiva de acolhimento e proximidade afetiva, é nas dinâmicas de interação, comunicação e diálogo promovidas pelos/as profissionais da Equipa Y que as narrativas colocam a grande ênfase.

Tendencialmente, é com referência ao *modus operandi* hospitalar e às contrastantes experiências aí vividas, que tais práticas de interação aparecem descritas. Por contraste a relações interpessoais “frias” e “distantes” – marcadas, grosso modo, por interações muito curtas (dez a quinze minutos), reduzidas a inquirições que apenas objetivam reajustes da medicação –, as narrativas sobre as consultas da Equipa Y colocam em evidência relações interpessoais caracterizadas por acolhimento, horizontalidade, laços de afetividade, confiança, escuta e abertura ao diálogo. Dito de outro modo, das narrativas emergem elementos comuns como empatia e foco na pessoa, que, como se viu em capítulo anterior, se constituem como essenciais – ainda que, por si só, não suficientes – à construção de uma *ética do cuidado* e à superação do ainda vigente paradigma reducionista de cuidados. Reproduzem-se, neste espaço, apenas duas dessas narrativas – outras, igualmente emblemáticas, encontram-se reproduzidas no *Apêndice M* (excertos de entrevista 6, 7 e 8).

- Olhe, ele aqui sente-se em casa. [...] Lá [no Hospital] era tudo muito frio... Não só as pessoas, mas até aquelas instalações criam uma certa distância... Aqui o ambiente é muito familiar. É um sítio mais pequeno, mais acolhedor. A pessoa não deixa de estar no seu meio, não é? E isso também facilita a própria vivência com a médica, porque a gente diz-lhe: “No próximo dia 25 tu vais à Dra. H”. “Ai vou, à Dra. H?” Viver aqui perto torna tudo mais familiar. É esse o termo. É muito mais familiar... É como se ele fosse a um passeio... A distância cria algum *handicap*... um *handicap* que não existirá tanto para mim ou para si, porque temos carta, temos carro... Para pessoas como o meu primo, com doenças mentais graves, o ponto de ligação é sentirem-se como se estivessem em casa e é a ligação de proximidade às pessoas... [...] Quando era no Hospital, ele não queria ir às consultas. Agora, é muito diferente.

- Essa facilidade em trazê-lo à consulta tem, então, a ver com ele se sentir melhor num ambiente mais pequeno e fisicamente próximo...

- [...] Isso ajuda muito, mas eu diria que é a Equipa que faz mesmo a diferença. São espetaculares, de uma grande dedicação... E o meu primo sente isso. Mesmo com todas as limitações que ele tem neste momento, ele sente o carinho das pessoas, a forma como se preocupam com ele... (Familiar de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

A Dra. H [refere-se à médica psiquiatra] é espetacular. Tem sido a minha médica. Às vezes não é, como hoje, por circunstâncias excecionais... Ela é muito calma, também fala assim um bocadinho... Às vezes quando eu estou assim mais...

porque surgiu uma situação, eu conto-lhe a situação e ela dá-me imenso apoio e diz-me não aquilo que me apetece ouvir, mas aquilo que me vai realmente ajudar a resolver a situação. Não é como alguns médicos que já conheci, que só para agradarem, aprovam tudo o que a pessoa faz, mesmo quando não está a agir bem... Ela não, ajuda-me de verdade: “Ó para quê isso...? Ponha isso de parte... não vale a pena ligar a isso, isso só a vai perturbar..., dê o seu melhor, faça a sua parte e não se importe com aquilo que não pode controlar”. (Mulher, faixa etária 50-59)

Esta equipa transmite a ideia de que “estamos ao vosso lado; somos alguém como vocês”. Quando chega a um sítio qualquer e os profissionais se colocam ao seu nível... isso faz toda a diferença... É de nível... horizontal. É do mesmo nível... e eu não estava à espera disso, porque estávamos habituados a uma abordagem diferente no Hospital... Tudo muito mais distante... E penso que este é o segredo desta equipa. Percebe? [...] É a simplicidade de dizer: “o doente para nós é o ponto fulcral da situação... O doente e a família. E nós estamos aqui ao mesmo nível que vocês estão. [...] E nós estamos ao vosso nível”. E isso é uma coisa que não estás à espera quando estás a falar com alguém que é doutor ou que tem níveis de conhecimentos muito elevados. Pronto. É aquilo que não se espera..., porque também não estamos habituados a isso. No Hospital lidam com as pessoas de uma forma muito mais vertical, de cima para baixo, era isso que sentia... (Familiar de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

Calculando a possibilidade de as entrevistas sofrerem algum tipo de enviesamento – em virtude de terem sido efetuadas no espaço da Equipa Y e não num local neutro –, importa cruzá-las com a investigação etnográfica realizada no próprio contexto, já que na observação das práticas e interações aí estabelecidas reside o potencial (ainda que relativo) de identificação de elementos congruentes ou discordantes com os conteúdos emergentes nas narrativas. Ora, tendo-me sido dada a oportunidade de assistir a algumas consultas, tanto com a médica psiquiatra como com profissionais de enfermagem, foi efetivamente possível atestar uma coerência entre as práticas de interação e comunicação aí estabelecidas e as narradas pelas pessoas entrevistadas¹⁰⁰.

De facto, em linha com os relatos que emergem nas entrevistas, a observação das consultas mostra-nos que as mesmas estão longe de se reduzirem a breves inquéritos de sintomas e rápidos ajustamentos farmacológicos. Em geral, essa dimensão mais objetiva é reservada para a parte final da consulta. A maior parte do tempo é, na verdade, preenchida por um espaço de acolhimento e diálogo, em que a pessoa é incentivada a partilhar o seu estado emocional, as suas angústias, preocupações e problemáticas. Reserva-se ainda, nesse mesmo espaço relacional, um lugar ao direcionamento e auxílio de situações, com aconselhamento, orientação de estratégias e formas de agir.

Assinalada uma tal congruência entre discursos e práticas observadas, há, contudo, uma questão que não devemos deixar passar incólume: do mesmo modo que se coloca a

¹⁰⁰ Inclusive, foi possível atestar que a duração média das consultas ultrapassa os 10-15 minutos a que se alude quando se faz referência às consultas a que se tinha acesso no contexto hospitalar. A maioria das consultas observadas teve a duração de 40 a 45 minutos, sendo que algumas (mais residuais) chegaram mesmo a rondar a duração de uma hora.

possibilidade de um enviesamento nas narrativas – pela eventual interferência de representações de poder e de necessidade de conformação a expectativas –, não nos devemos esquecer que essa mesma possibilidade se dá ao nível das consultas observadas. Terá a minha presença suscitado, entre os/as profissionais, um desejo de adequação a um determinado padrão de consulta, em conformidade à representação de um tipo ideal de interação que se julga corresponder mais positivamente às expectativas da sociedade e da investigadora? Evidentemente, esta é uma questão à qual não se consegue dar uma resposta objetiva. Sabendo que a presença do/a investigador/a é sempre suscetível de provocar interferências no “objeto” (no caso, nas pessoas) da pesquisa, há que notar, porém, no que respeita à presente investigação, a constância de um elemento que se pode entender como passível de validar (pelo menos em certa medida) o padrão de interação identificado nas consultas. Trata-se da constatação, em todas as consultas observadas, de um conhecimento, por parte dos elementos da Equipa Y, de detalhes e informações muito específicas sobre as histórias de vida das pessoas, claramente indiciadores do estabelecimento de uma relação prévia de proximidade, caracterizada pela mesma abertura ao diálogo que me foi dada observar à data da pesquisa.

Ainda versando o tema da proximidade afetiva, há mesmo quem faça uma analogia do modo de cuidar dos/as profissionais da Equipa Y com uma certa representação idealizada que se tem acerca do/a médico/a de família, ou seja, como alguém que acompanha a pessoa durante largos períodos, que a olha na sua totalidade, que conhece o seu ambiente sociocultural, a sua família, a sua história de vida, e com ela estabelece laços de afetividade/confiança, essenciais à produção de resultados terapêuticos positivos (que, efetivamente, no caso relatado, vieram a acontecer) – *vide* excerto de entrevista 9 do *Apêndice M*.

Finalmente, no que respeita à vertente da proximidade, há ainda uma outra dimensão a destacar: a proximidade ao contexto sociocultural. Tendo em conta que a lógica organizacional das consultas providas no Centro de Saúde é muito semelhante à do contexto hospitalar, questionei a médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y, sobre a eventual não diferenciação entre os dois tipos de serviços. Ora, no seu entender, ainda que em termos institucionais possa não haver grandes diferenças – até porque, como a mesma assinala, nos dias que correm, a integração no Centro de Saúde permite que se tenha acesso à mesma rede de informação digital a que se tem acesso no contexto hospitalar –, há um fator de diferenciação que joga significativamente a favor das consultas realizadas no contexto comunitário, a saber, o facto de os/as profissionais estarem imersos na realidade social e

cultural das pessoas (*vide* 6º excerto de entrevista do *Apêndice L*). De acordo com a mesma entrevistada, trabalhar na comunidade, num espaço de um Centro de Saúde, permite, no fundo, aceder ao melhor dos dois “mundos”: às vantagens tecnológicas que igualmente existem no contexto hospitalar e às vantagens de se aceder a uma mais ampla e profunda compreensão do sofrimento mental a partir da proximidade ao ambiente em que as pessoas vivem. Nesse sentido, ela entende que é muito diferente realizar uma consulta de psiquiatria na comunidade e no hospital (*vide* 6º excerto de entrevista do *Apêndice L*). É interessante notar como esta perspetiva não se circunscreve à perceção dos/as profissionais, aparecendo igualmente na narrativa de um familiar entrevistado:

É isso que já lhe disse, acho que a diferença desta equipa relativamente ao Hospital é a forma como se coloca ao lado das pessoas. Não é acima, é mesmo ao lado das pessoas. E há outra coisa que me parece importante... É que esta equipa ao estar no local onde a pessoa vive, ela própria, eu acho, esta é a minha opinião pessoal, a própria equipa também vive mais a situação dos doentes. Percebe? Estar no meio onde as pessoas vivem, penso que faz conhecer melhor o ambiente e compreender melhor os problemas das pessoas. Há um afastamento que deixa de existir... e isso, penso eu, ajuda. (Familiar de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

A exposição precedente descerra-nos, em síntese, como o modo de cuidar dos/as profissionais da Equipa Y, baseado em conceções de proximidade que vão muito além da mera proximidade geográfica, se constitui como elemento-chave de diferenciação da sua intervenção na modalidade de consultas e acompanhamento no espaço do Centro de Saúde. Tendo em conta que em termos formais essa modalidade não difere substancialmente da oferta de cuidados provida no âmbito de um serviço de consultas externas de psiquiatria de uma unidade hospitalar, poder-se-ia esperar, de alguma forma – e não obstante a particularidade da proximidade geográfica –, a ausência de diferenças entre um serviço e outro. No entanto, assim não é. Ainda que em termos formais os recursos para o exercício da intervenção terapêutica sejam essencialmente os mesmos, de cariz biomédico, o que os testemunhos de quem teve acesso a um e outro serviço nos mostram não é uma linha de continuidade, antes uma rutura. O modo de se cuidar – assente em formas de interação abertas ao diálogo e estabelecimento de vínculos de afeto e confiança – faz, no fundo, a grande diferença, constituindo-se como uma espécie de prática contra-hegemónica, em contracorrente a toda uma herança hospitalar.

No seguimento do exposto, há uma questão aparentemente paradoxal que instiga reflexões adicionais. Considerando o facto de todos os membros da Equipa Y serem oriundos de um Centro Hospitalar – onde igualmente exercem atividade e relativamente ao qual são financeiramente e administrativamente dependentes –, como se explica o supramencionado modo de se cuidar, em rutura com a linha de experiências terapêuticas hospitalares vividas

(num passado recente) e testemunhadas pela larga maioria das pessoas entrevistadas? Se as/os profissionais que integram a equipa comunitária são profissionais que integram essa mesma unidade hospitalar como se explica uma tal disparidade no modo de cuidar?

A resposta a esta questão residirá, em certa medida, na mesma resposta que encontramos para as diferenças de abordagens de profissionais que ocorrem no contexto hospitalar, igualmente testemunhadas por algumas pessoas entrevistadas. Com efeito, ainda que a maior parte das vivências hospitalares narradas se reporte a experiências de carácter estritamente biomédico e reducionista – de onde se ausentam relações interpessoais de autêntico cuidado –, casos há, excepcionais, que dão conta de relações diferenciadas, assentes em acolhimento, diálogo e estabelecimento de vínculos. O que essas narrativas revelam é que tais relações se revestem, em grande medida, de um carácter casual, dependente das características intrínsecas da/o profissional em questão e não de uma filosofia de cuidados emanada e normalizada na instituição hospitalar. É nesse sentido que muitas pessoas entrevistadas, quando se referem a tais experiências, se referem ao fator “sorte” – a sorte que se teve (ou não) em ficar com determinado/a psiquiatra no contexto hospitalar.

É essa mesma questão de “sorte” que uma das pessoas entrevistadas evoca quando fala sobre as características “mais humanas” dos/as profissionais da Equipa Y.

A proximidade geográfica com este serviço é muito importante... evita deslocações enormes. Agora, o que é realmente importante nesse aspeto é termos, como eu costumo dizer, sorte com a equipa. Acho que nem é tanto, digamos, como é que posso dizer, nem é tanto o saber técnico... O saber é importante. Mas acho que é a sorte também. Porque, por vezes, podemos estar perante um psiquiatra ou profissionais que realmente são ótimos em termos técnicos, mas que não sabem enquadrar a nossa situação e lidar com a nossa situação e connosco, como pessoas. E o que acontece é que tivemos sorte com os profissionais que vieram trabalhar para esta zona, que são pessoas mais humanas. (Homem, faixa etária 50-59)

No fundo, a narrativa supracitada vai ao encontro de uma ideia desenvolvida em ponto anterior; a ideia de que o *modus operandi* dos/as profissionais da Equipa Y se deve muito mais a uma dimensão intrínseca – relacionada com um espírito de compromisso pessoal com o (autêntico) cuidado e com a filosofia de saúde mental comunitária – do que a uma cultura institucional, transversal a toda a organização hospitalar. A relevância dessa dimensão intrínseca, de compromisso pessoal, torna-se tanto mais evidente quanto atentemos em testemunhos como aqueles que se seguem, em que várias pessoas dão conta de como o atendimento realizado por outros/as profissionais, de passagem temporária pela Equipa Y, se distancia do cuidado a que a Equipa as habituou, levando-as a rememorar o padrão de consultas a que tinham acesso no contexto hospitalar.

Tenho sido sempre vista pela Doutora H e também pelos enfermeiros, mas houve um tempo que estive cá outro doutor, penso que a estagiar, e cheguei a ser vista

por ele... Não era a mesma coisa. As consultas pareciam as que tinha no Hospital. Não falava comigo, não me perguntava nada sobre a minha vida... Era só mesmo receitar e pronto. E ainda por cima mudou-me a medicação sem mais nem menos. (Mulher, faixa etária 50-59)

- A última vez que estive cá fui vista por outro médico. [...] não correu assim tão bem. Ele sem me conhecer de lado nenhum, mudou-me para um medicamento que eu nem sequer o consegui tomar... [...] Ele não me conhecia, não sabia nada sobre a minha vida...

- *E nessa consulta não a procurou conhecer? Não dialogou consigo, como a Doutora H costuma dialogar?*

- Não, nada disso. Foi eu chegar e mudar-me a medicação toda sem procurar saber como me sentia. Sem grandes conversas, vá [...]

- *Já lhe tinha acontecido isso aqui no Centro de Saúde, com esta equipa?*

- Não, aqui não... Aqui, com a Doutora H e os enfermeiros que às vezes também me atendem, sou sempre bem recebida, dão muita atenção... Aqui, foi só com esse médico estagiário é que aconteceu. Aqui. No Hospital sim, chegava a acontecer. Ah, muitas vezes. Era o normal. (Mulher, faixa etária 50-59)

As experiências relatadas mostram, no fundo, o quanto a Equipa Y se torna permeável às lógicas biomédicas/hospitalares quando, por força da circulação de profissionais enquadrados em programas de estágio, a Equipa passa a integrar outros profissionais que não apenas os que compõem o seu núcleo restrito e estável. Para além de corroborar a inequívoca importância da visão de cuidado partilhada pelo restrito conjunto de profissionais que integram permanentemente esse núcleo, tais experiências desvelam uma problemática bem mais ampla e complexa, respeitante às lógicas de formação em psiquiatria. É nesse mesmo sentido que aponta a narrativa que se segue, vocalizada pela coordenadora da Equipa. A entrevistada reconhece, com efeito, que alguns/mas desses/as profissionais que transitam pela Equipa (em programas de estágios) evidenciam posturas reducionistas, contrárias à visão de cuidado partilhada pelo “núcleo duro” da Equipa. Refletindo sobre a formação em psiquiatria, que considera excessivamente centrada na instituição hospitalar, a entrevistada faz ainda sobressair a questão do *status* e prestígio associado ao trabalho em instituições hospitalares *versus* trabalho em serviços médicos locais e como o sistema de representações vigente, a esse respeito, não favorece a efetiva adesão de muitos/as profissionais ao paradigma de cuidados na comunidade.

A vinda de outros profissionais para a equipa acontece porque há um estágio que a maior parte das pessoas tem de fazer e, portanto, tecnicamente, é obrigado a... E muitos têm uma problemática, que é: vão de peito feito e não vão de peito aberto. Não vão de peito aberto para perceber a pessoa e não só a doença, compreende. Nós, núcleo duro da equipa, olhamos para a pessoa em primeiro lugar. O que acontece com muitos colegas que vêm para a equipa, no âmbito desses estágios, é que tendem a olhar para a doença em primeiro lugar e a pessoa fica de lado. Essa visão sistémica, de olhar a pessoa em primeiro lugar é aquela que nós defendemos na nossa equipa e a que praticamos. Mas reconheço que há colegas que vêm de fora... É fácil perceber, a atitude de um colega psiquiatra ou de um enfermeiro que, quando está a estagiar connosco, está a fazer aquilo porque é forçado a... Ou aquele que está lá porque gosta de estar. A forma de estar, logo nos indica a maneira de ele ser e, por outro lado, alguns já vão com alguns anos de formação

em psiquiatria, de internato de psiquiatria, e não estão na comunidade desde o início, portanto, já foram formatados só para o hospitalar. Portanto, aquilo para elas é de menor importância, o estar a trabalhar como psiquiatra num Centro de Saúde, e ver o doente lá também não é uma visão considerada qualificada e especializada do termo. Não entendem que as pessoas são iguais em qualquer lado e o psiquiatra trabalha em qualquer lado. Hoje um especialista pode trabalhar em qualquer lado porque, com o que tem dentro de si para perceber o outro, pode fazê-lo em qualquer sítio... Se é preciso depois fazer exames complementares e de diagnóstico ou outras coisas mais específicas, aí o doente seria internado. Mas a maior parte dos diagnósticos são aqueles que temos em qualquer sítio, que é depressão, é luto, é perdas, é perturbações da ansiedade. Portanto, eu acho que o intervirmos depressa, rapidamente, porque estes diagnósticos são um continuum, porque pode passar de doença leve/moderada a doença grave se eu não tiver, num tempo adequado, um tratamento adequado. E aí estamos a prevenir, não é? De facto, passaram por lá colegas em que eu notei esse tipo de atitude e depois, ostensivamente, quando as pessoas estão estáveis, acham que eles é que são os donos da verdade e mudam as medicações. (Coordenadora da Equipa Y)

3.3. A escassez de recursos e a (in)evitável biomedicalização do sofrimento

Finalizando a reflexão em torno da modalidade de acompanhamento da Equipa Y no espaço do Centro de Saúde, importa questionar: pode o carácter distintivo da relação interpessoal estabelecida pelo núcleo permanente de profissionais que integram a Equipa – caracterizado, como se viu, por uma efetiva relação de proximidade, ancorada numa relação pessoa-pessoa, ao invés de uma relação sujeito-objeto – constituir-se como um elemento suficientemente diferenciador (relativamente ao contexto hospitalar), refletindo-se na produção de consequências verdadeiramente significativas nas vidas de quem dele usufrui?

As narrativas sobre a intervenção da Equipa Y no Centro de Saúde patenteiam, conforme se atestou, uma apreciação muito positiva sobre o seu modo de cuidar, atribuindo grande valor não apenas à proximidade física, mas também à relação de proximidade afetiva. A inteligibilidade dessa apreciação ganha, evidentemente, maior clareza quando confrontada com o tipo de acompanhamento que lhe serve como termo de comparação, ou seja, aquele que era provido no contexto hospitalar. Para a maioria das pessoas entrevistadas, o modo de cuidar das/os profissionais da Equipa Y – alicerçado em acolhimento, vínculos afetivos e abertura ao diálogo – vem preencher o enorme vazio sentido na instituição hospitalar, ao nível da relação humana, sendo apontado como um fator inovador, favorecedor de um relativo maior sucesso terapêutico (em referência ao que se alcançava aquando do acompanhamento hospitalar). Em geral, a evocação desse relativo maior sucesso faz-se acompanhar do argumento de que, com a Equipa Y, se passou a experienciar períodos relativamente mais longos de estabilidade, traduzidos numa menor reincidência de “crises” – comumente designadas pelo modelo psiquiátrico como “estados agudos” –, e, conseqüentemente, numa menor necessidade (ou mesmo supressão da necessidade) da

antecipação de consultas, do recurso às urgências psiquiátricas e de internamentos hospitalares.

Sabendo que a proximidade geográfica, pela forma como promove um acompanhamento mais regular, é suscetível de favorecer esse relativo maior “sucesso terapêutico”, parece-me igualmente verossímil – seguindo a linha de raciocínio de vários testemunhos – que o tipo de relação interpessoal estabelecido no âmbito das consultas detenha um papel de relevância a esse nível. A importância da qualidade da relação entre profissionais de saúde e utentes desde há muito que é reconhecida no seio da própria classe médica (Balint, 1998; Siegel, 1998). Um recrudescimento da importância deste tema tem levado, nos últimos anos, à multiplicação de pesquisas na área da psiconeurofisiologia, as quais têm vindo a comprovar como abordagens acolhedoras, afetuosas e dialógicas não apenas facilitam uma maior adesão ao tratamento, como são geradoras de confiança e expectativas positivas que incrementam a eficácia dos tratamentos prescritos, incluindo os farmacológicos (Teixeira, 2009).

Ainda que, no âmbito da presente pesquisa, não tenhamos condições analíticas/metodológicas que nos permitam chegar objetivamente a essa conclusão, são várias as vozes do nosso universo fenomenológico de experiências subjetivas – epistemologicamente relevantes (Santos, 2007; Alves F., 2011; Cruz, 2011) – que dão conta da percepção de uma correspondência entre a interação humana de proximidade, promovida pelos/as profissionais da Equipa Y, e a obtenção de níveis relativamente superiores de bem-estar e “estabilidade clínica”.

Quando íamos ao hospital, era tudo muito impessoal. Lá nunca se conseguiu chegar a este ponto certo da medicação, em que ele está agora. [...] Está completamente estável. E estou em crer que a forma como estes profissionais lidam com a pessoa ajuda muito a que os próprios medicamentos façam um bom efeito. A equipa dedica-se a ele, é muito afetuosos... Pronto, e como ele sente isso, ele tem confiança e aceita a terapêutica de uma outra forma, que não aceitava antes... Passou a tomar os medicamentos de forma certinha... (Familiar/primo de homem com diagnóstico de esquizofrenia).

E ao longo destes últimos anos, com esta equipa, sobretudo com a Doutora H, que é com quem falo mais nas consultas, eu tenho conseguido uma grande estabilidade. Com ela, fui aprendendo a gerir as coisas do dia-a-dia de uma forma diferente [...] fui-me começando a aperceber “[...] tu não podes mudar o mundo, podes mudar-te a ti mesma [...] portanto, começa a pôr as coisas nos seus devidos lugares. O que podes resolver, resolves, o que não podes resolver, não resolves...” [...] E é assim: o apoio destes profissionais tem sido fundamental... Passei a olhar a vida de uma outra forma... e isso tem-me ajudado muito... a controlar um bocadinho mais os meus nervos. (Mulher, faixa etária 50-59).

Conquanto se verifique um reconhecimento generalizado de ganhos de bem-estar, uma atenção fina às várias narrativas leva-nos à compreensão de que a qualidade diferenciada da relação interpessoal promovida pela Equipa Y, ainda que muito relevante,

não basta, por si só, para que se granjeiem mudanças verdadeiramente pujantes e consistentes nas trajetórias de vida. Com a disciplina psiquiátrica a ocupar o lugar central da intervenção, são muito escassas as possibilidades de se responder de forma verdadeiramente ampla e profunda às necessidades das pessoas que recorrem ao serviço. Na maioria dos casos estudados, não obstante os relativos ganhos de bem-estar, os resultados da intervenção ficam claramente aquém do que seria desejável, mantendo-se as pessoas encerradas em círculos viciosos de sofrimento e de dependência, tanto de fármacos (com os seus efeitos iatrogénicos) como dos/as profissionais que os prescrevem. Em outras palavras, pese embora os exímios propósitos e esforços da Equipa Y, a mesma não consegue uma plena rutura com o modelo biomédico. A força deste modelo persiste, com efeito, sob várias formas que nos cumpre aprofundar.

3.3.1. Os limites à multidisciplinaridade e a escassez de respostas sociais

Tal como referido anteriormente, em termos teóricos, a Equipa Y tem uma constituição multidisciplinar – envolvendo não apenas uma médica psiquiatra e enfermeiros/as especializados em psiquiatria, mas também duas técnicas de serviço social e uma psicóloga. Na prática, porém, dada a dependência dos recursos humanos hospitalares e a ausência de autonomia na gestão desses mesmos recursos (assunto a que se aludiu atrás), grande parte do acompanhamento no Centro de Saúde acaba por se centrar na intervenção dos/as profissionais de psiquiatria¹⁰¹. Entre o conjunto de pessoas entrevistadas no âmbito do Centro de Saúde, não se regista um único caso em que tenha havido acesso a consultas de Psicologia. Quando confrontadas com essa questão, a grande maioria das pessoas revelou, aliás, desconhecer a suposta integração de uma psicóloga na Equipa.

Ainda que se reconheça o papel crucial das consultas de psiquiatria e os inequívocos ganhos de bem-estar emocional decorrentes da relação interpessoal aí estabelecida, é de se notar que a maior parte dos testemunhos evidencia a insuficiência dessas mesmas consultas na capacidade de “ir ao fundo” (expressão vocalizada por uma das pessoas entrevistadas) de determinadas questões emocionais e psicológicas. Como se viu em capítulo anterior – dedicado, entre outros aspetos, aos fatores causais que os/as próprios/as protagonistas atribuem às suas experiências de sofrimento –, grande parte das pessoas entrevistadas evoca vivências traumáticas (ocorridas, em geral, durante a infância e adolescência) – relacionadas,

¹⁰¹ Relembrando, durante os três meses em que o trabalho de campo foi desenvolvido, a Equipa esteve desprovida da psicóloga que lhe está afeta, sendo que (segundo se apurou *a posteriori*) essa ausência veio a prolongar-se no tempo (mais de um ano), tendo-se mantido a lacuna ao nível da sua substituição.

frequentemente, com situações graves de violência e abusos, tanto físicos quanto psicológicos – para explicar a origem mais profunda das suas experiências de sofrimento. Da leitura das narrativas, percebe-se nitidamente como as memórias dessas situações permanecem bem ativas, reverberando nas vidas das pessoas sob a forma de fobias, ataques de pânico, ansiedades ou angústias profundas, das quais as consultas de psiquiatria não as conseguem verdadeiramente resgatar. Pese embora o tipo de relação interpessoal imprimido nessas consultas, o que as narrativas mostram é que as mesmas não dão conta de suprir aquelas que são necessidades específicas de intervenção psicoterapêutica, tradicionalmente diligenciadas pela área da psicologia. Ilustrativamente, reproduzem-se três excertos de entrevista, representativos de um conjunto amplo de depoimentos em que se reconhece essa necessidade.

- A Doutora [refere-se à médica psiquiatra] tem-me ajudado muito com as conversas quando venho às consultas. Preocupa-se em conhecer os meus gostos e dá-me dicas. Eu, por exemplo, fazia artesanato, deixei de fazer e a doutora disse-me para eu recomençar, mesmo que não fosse uma peça grande, que fizesse uma pequenina. Eu gostava muito de plantas, tinha muitas. Com a doença, dei as plantas todas lá de casa. Ela disse-me para eu comprar uma plantinha. Que cuidar de uma plantinha me poderia ajudar. Portanto, se fosse outra pessoa que não estivesse nem aí para mim não me dava estas dicazinhas para eu seguir. Mas apesar de andar melhor desde que ando aqui, continuo a sentir muita ansiedade. Ando mais controlada com a medicação, mas há aqui muita coisa em mim que não está bem... Aquele trauma grande que eu lhe contei [refere-se a um abuso sexual que sofreu na infância], continuo a sentir muita angústia com isso... É um trauma muito grande.

- *Para além das consultas de psiquiatria, alguma vez chegou a ser acompanhada pela psicóloga que faz parte da equipa?*

- Nem sabia que havia uma psicóloga... Nunca me falaram nessas consultas... Não sabia... E até... era capaz de me fazer bem...

- *A psiquiatria não tem então sido suficiente para ajudar nesse trauma...*

- Eu penso que não. Por muita vontade que a Doutora tenha em me ajudar, é uma coisa muito forte. As consultas são de três em três meses. Quando venho falo muito com ela, mas há aqui coisas que se calhar deviam ser tratadas de uma maneira diferente. Mas eu nem sabia que havia aqui uma psicóloga. (Mulher, faixa etária ≥ 60)

- Ela [refere-se à psiquiatra] e os senhores enfermeiros nunca têm pressa comigo. Dão-me tempo para falar e tudo o mais. Mas talvez fosse bom desabafar mais...

- *O que é gostaria de desabafar e não desabafa...*

- Sinto um nó cá dentro. Tudo o que tenho passado na vida, desde a infância... Já lhe disse, foi uma vida muito dura e o suicídio da minha mãe, depois a morte do meu irmão, que era como um filho para mim, isso tudo ainda me arrasou mais ainda... [...] Nunca consegui superar... Ganhei uma revolta muito grande à minha mãe por ela nos ter deixado daquela maneira e eu ficar com a responsabilidade dos meus irmãos mais novos, o pai que nos maltratava tanto, tão violento [...] Ainda sinto um peso, uma mágoa, que não dá para explicar...

- *E com a Doutora H não desabafa sobre isso?*

- Não, sobre isso não. Falamos..., mas é mais sobre as coisas de agora, aquilo que me preocupa, que me causa nervos. Os assuntos com os filhos, com o trabalho. Sobre essas coisas mais antigas, não costumamos falar assim muito [...]. Eu também não me sinto à vontade porque vejo que há tantas pessoas para serem atendidas. [...]

- *Alguma vez teve consultas de psicologia para poder tratar esses assuntos de forma mais profunda... e com tempo?*

- Não, não. Mas gostava... acho que me ia fazer muito bem [...]

- *Sente, então, de alguma forma que seria importante ter um acompanhamento psicológico?*

- Desde que ando aqui que melhorei muito, acertei com a medicação que me faz melhor, mas ainda continuo, de vez em quando, a ter ataques de pânico e ainda sinto muita ansiedade. Eu tenho pavor de ver uma carrinha funerária ou de ouvir os sinos a tocar. Eu quando ouço os sinos a tocar já sei que morreu alguém, já não sei onde me enfiar. Fico aflita. E eu agora ainda me dão esses ataques. Se vier uma colega de repente e que me diga que algum idoso está bastante mal ou 'olha, o Sr. José morreu', eu aí fico em pânico. Tenho de começar a correr ou a andar depressa. Se eu ficar parada é uma aflição muito grande. (Mulher, faixa etária 50-59)

- Eu agora ando numa fase que não ando nada bem... Sei que não ando bem. Ando com o sistema muito alterado. Só me dá para chorar e para gritar, querer desaparecer... Só que eu para além desses medicamentos que estou a tomar, não posso ir mais além, senão adormeço ao volante e não pode ser... Tenho as minhas filhas e tenho que andar com a vida para a frente... Daqui a bocado tenho que ir levar esta minha filha a casa da minha mãe. Amanhã tenho de ir com a outra para [a cidade], a uma consulta... Não posso andar nisto...

- *Os medicamentos e as consultas de psiquiatria que tem aqui não são, então, suficientes para andar bem?*

- Faz-me muito bem vir cá falar com a doutora, desabafar com ela faz-me sempre muito bem. Mas depois vou para casa e passados uns dias sou capaz de andar na mesma. Os medicamentos fazem o seu efeito, mas não vão além daquilo... E eu acho que começo a andar habituada a eles e depois já não fazem tanto efeito. Mas tomar uma dose maior também não posso. Depois não consigo fazer a minha vida.

- *Já foi acompanhada por alguma psicóloga aqui?*

- Não, nunca me falaram que era possível. Mas gostava. (Mulher, faixa etária 40-49)

Interpelada sobre esta mesma problemática, a coordenadora da Equipa Y reconhece o quanto a falta de recursos, designadamente ao nível da Psicologia, compromete a capacidade de intervenção da Equipa, traduzindo-se numa fonte de frustração para os/as vários/as profissionais operantes. Ao nível *micro*, da interação humana, a Equipa tem uma postura de acolhimento e abertura ao diálogo que lhe permite a identificação das necessidades singulares das pessoas. Essa identificação esbarra, porém, com dificuldades ao nível *meso*, relacionadas com a disponibilidade de recursos, que inviabilizam um posterior encaminhamento para outras possibilidades de resposta, que não aquelas que se situam, mormente, ao nível da *medica(menta)lização* psiquiátrica.

A narrativa que a seguir se transcreve coloca, precisamente, em evidência a tensão permanente que a Equipa vive entre o desejo de evitar o excesso de *biomedicalização* e a sua quase inevitabilidade. Amplificando a reflexão daquilo que se passa no âmbito da Equipa Y para o cenário mais vasto dos serviços de saúde em Portugal, a médica entrevistada fala da urgência de uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental. Reconhecendo a natureza essencialmente psicossocial das problemáticas de sofrimento mental, ela chega mesmo ao ponto de defender um deslocamento do atual protagonismo da psiquiatria. Esta

disciplina deveria, no seu entender, ceder a linha da frente à Psicologia, posicionando-se num lugar mais secundário ou de retaguarda.

- Nós tínhamos a psicóloga, mas está de licença e não foi substituída... Um trabalho multidisciplinar e articulado com uma intervenção mais sistemática da psicologia para nós era fundamental... Às vezes o que acontece é: não queremos muito psiquiatrizar e acaba por ser quase inevitável... É importante evitar que se caia no excesso de psiquiatrização... Ou seja, é importante incentivar que as pessoas com os seus recursos internos e com as suas competências sejam capazes de superar as situações...

- *Mas essas competências internas ou essas ferramentas internas seriam mais facilmente adquiridas com um trabalho sistemático da Psicologia...?*

- Sim, sim. Quem deveria estar na linha da frente deveriam ser os psicólogos e os psiquiatras na retaguarda. Em Portugal, em termos da organização dos serviços, quem está na linha da frente são os médicos e os psicólogos têm um papel muito secundário. Na minha opinião, eles deveriam estar na linha da frente, fazendo as avaliações do que é da vida normal, do quotidiano, e referenciando aquilo que é mais específico para a psiquiatria. Será importante que as coisas leves a moderadas não se transformem em pesadas ou graves. Uma intervenção psicológica atempada permitirá isso... Por exemplo, nós temos uma sociedade que passou por uma crise, sem recursos, sem dinheiro para comer, com grandes ansiedades, com perdas de emprego, e depois dizem “ai meu Deus, coitado de Portugal que tem muito consumo de benzodiazepinas e antidepressivos... [...] Não se olha às causas psicossociais que estão por detrás das situações e que impelem a intervenções dessa natureza psicossocial. Quem trabalha em comunitária como nós, está muito atento a estes enviesamentos de raciocínios, certo? E, portanto, nesse sentido concordo que, sim senhora, que se faça a questão porque é que as pessoas consomem tantos medicamentos...? Há uma grande necessidade de mudança sob o ponto de vista de saúde pública. Se eventualmente uma sociedade que está em sofrimento, de facto, tem à mão o medicamento... é mais fácil para ele tomar o medicamento porque não há estratégias de intervenção psicossocial que o ajudem a reerguer-se. E, portanto, se os interventores dessem as ferramentas – não é dar o peixe, é dar a cana para pescar –, mas elas não existem, não é? Logo, o espaço é para o medicamento. Isto implica toda uma mudança de paradigma... eu acho que as pessoas têm de se preocupar que os serviços locais de saúde, como os Centros de Saúde e equipas como a nossa tenham recursos humanos adequados para a intervenção. E aí devia ser apenas um psiquiatra para dois ou três psicólogos. Devia ser esse rácio e não o contrário. Se fosse assim, eu só veria doença mental grave ou situações dessas em conjunto com a psicóloga, o trabalho seria conjunto. Assim como faço consultas em conjunto com os enfermeiros, em termos de intervenção psicoterapêutica, faria com psicólogos. (Coordenadora da Equipa Y).

O facto de tanto a médica psiquiatra quanto os/as profissionais de enfermagem possuírem formação específica em psicoterapias – e sendo essa uma competência definida, ao nível organizacional, como uma “competência partilhada”¹⁰² – possibilita, segundo a

¹⁰² A alínea seis do “*Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária*” (CNSM, 2009) – sobre o qual já se falou em nota de rodapé anterior – dá conta dos consensos estabelecidos “sobre as competências próprias e partilhadas dos profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental”. Esta alínea estabelece o âmbito de intervenção de cada área profissional, definindo muito claramente competências comuns a todas as áreas (as designadas “competências partilhadas”) e os limites ou as fronteiras que delimitam as competências que pertencem a uma única área disciplinar (as designadas “competências próprias”). No âmbito da presente pesquisa, essa distinção entre competências “próprias” e “partilhadas” é frequentemente evocada por parte dos vários elementos da Equipa Y, emergindo como um elemento normativo, efetivamente internalizado por todos. Após este breve enquadramento, regressemos ao assunto específico do corpo do texto que motivou a redação desta nota de rodapé: uma das competências definida como “partilhada” por todas as áreas respeita, precisamente, às “psicoterapias acreditadas por sociedades científicas” (CNSM,

mesma entrevistada, que se preencham algumas das lacunas ao nível da Psicologia. Polivalência, flexibilidade e capacidade adaptativa são, segundo se apreende da sua narrativa – vide 7º excerto de entrevista em *Apêndice L* –, elementos fundamentais que permitem atenuar os efeitos negativos de um modelo organizacional que, tenazmente, continua a impelir os/as profissionais para uma excessiva psiquiatrização do sofrimento mental.

Outra carência flagrante, que igualmente compromete a capacidade de promoção de respostas ampliadas ao sofrimento mental, situa-se ao nível do serviço social. Caracterizando-se a área geodemográfica de atuação por uma conjuntura de grande vulnerabilidade social – problemáticas de desemprego, precariedade laboral, abandono escolar, alcoolismo, toxicodependência, isolamento social, conflitos familiares, violência doméstica, etc. –, a presença de uma técnica de serviço social apenas uma vez por semana é tida como claramente insuficiente diante do largo espectro de necessidades identificadas.

A essa limitação acresce uma outra, ainda mais problemática, na medida em que se revela de mais difícil superação: a enorme carência de respostas e equipamentos sociais na própria comunidade. Identificados determinados tipos de necessidades do foro social, a Equipa confronta-se frequentemente com um enorme vazio de respostas sociais, sentindo-se muito condicionada na capacidade de suporte e devido encaminhamento dos casos¹⁰³.

3.3.2. Projetos frustrados e a difícil promoção da autonomia

Ainda na linha da problemática dos recursos, os/as profissionais da Equipa Y apontam outros constrangimentos que inviabilizam a realização de atividades e projetos que poderiam igualmente contribuir para diminuir a dependência das pessoas relativamente aos fármacos, elevar os seus níveis de bem-estar, a capacidade de superação das suas experiências de sofrimento e os seus níveis de autonomia.

Pela voz da Enfermeira Z, são dados a conhecer dois diferentes projetos que a Equipa Y procurou implementar no espaço do Centro de Saúde, os quais, apesar da enorme adesão e motivação que colheram entre os/as utentes do serviço, acabaram por ser suspensos devido à ausência de condições diversas para a sua continuidade.

2009, p. 9). Portanto, neste sentido, essa competência não cabe apenas ao profissional de Psicologia, podendo ser também desempenhada por profissionais de outras áreas desde que detentores de formação devidamente certificada.

¹⁰³ A problemática de escassez de respostas/equipamentos sociais será desenvolvido um pouco adiante, aquando da análise da intervenção da Equipa Y na modalidade de “apoio domiciliário”, uma vez que é nessa modalidade que essa escassez se faz sentir de um modo mais acentuado.

A entrevistada narra, por um lado, como a Equipa chegou a promover sessões de práticas de relaxamento e técnicas de respiração a um grupo de utentes (*vide* 8º excerto de entrevista do *Apêndice L*). Dadas as carências ao nível da disponibilidade de tempo, por parte dos/as profissionais, essas sessões aconteciam apenas uma vez por mês. O objetivo era, essencialmente, o de dotar as pessoas de uma maior autonomia face aos fármacos, levando-as a adquirirem ferramentas internas, simples e naturais, para a gestão dos níveis de ansiedade no seu dia-a-dia. A manifestação de interesse e adesão a estas sessões era, segundo refere, bastante elevada, ao ponto de pessoas residentes em localidades relativamente distantes se deslocarem ao Centro de Saúde com esse propósito específico. Ainda que sem as condições logísticas ideais, a realização dessas sessões era possível dada a disponibilidade temporária de uma sala por parte da administração do Centro de Saúde. Por questões organizacionais, internas àquela unidade de cuidados primários, a cedência dessa sala foi suspensa, tendo a Equipa ficado sem condições logísticas para a realização das sessões. Ora, desta situação, apreende-se o quanto a privação de um espaço físico próprio e a dependência, a esse nível, das contingências (ou vontades) de uma outra organização (no caso, um Centro de Saúde) pode vulnerabilizar uma equipa comunitária, subtraindo-lhe possibilidades diferenciadas (e contra-hegemónicas) de intervenção.

A outra situação narrada é também ilustrativa da intenção da Equipa Y em ir além da intervenção estritamente biomédica (*vide* 9º excerto de entrevista do *Apêndice L*). Procurando otimizar o período em que as pessoas aguardavam a consulta na sala de espera, a Equipa promovia sessões abertas de literacia para a saúde, cujo objetivo era, essencialmente, o de dotar as pessoas de informações e conhecimentos que lhes possibilitassem manejar com mais facilidade e de forma mais autónoma as suas experiências de sofrimento. De modo algo surpreendente, essas sessões estavam a ir além do objetivo inicial, revelando-se verdadeiros espaços de interação e partilha não apenas entre profissionais e utentes, mas também entre os/as próprios/as utentes. Manifestando-se ávidas de partilhar as suas histórias, experiências e sentimentos, as pessoas como que reconheciam naquelas sessões espaços privilegiados de reciprocidade, ajuda e interdependência entre pares. Ainda que de forma não planeada, estavam ali a desenhar-se os contornos do que se designa por Grupos de Ajuda-Mútua, grupos que se caracterizam por uma “dupla e indissociável dinâmica entre singularização e construção do coletivo” (Costa, 2017, p. 162), essenciais ao pleno exercício de uma cidadania no cuidado (Pinheiro *et al.*, 2011).

Acontece que, mais uma vez, a continuidade destas sessões se tornou inviável por condicionamentos ao nível dos recursos. Desta feita, a enfermeira entrevistada refere a

ausência de disponibilidade de tempo dos/as profissionais para dar prosseguimento a essas sessões (*vide* 9º excerto de entrevista do *Apêndice L*). Em face do volume muito elevado de atividades e intervenções terapêuticas que a Equipa tem a cargo, o número de profissionais que a integra é muito reduzido. Uma atividade em particular, as visitas ao domicílio (uma das componentes mais importantes da intervenção comunitária, cuja análise se empreenderá já em seguida, no próximo ponto) é muito exigente em termos de disponibilidade, consumindo a maior parte do tempo da intervenção diária. Pese embora a elevada adesão e manifestação de interesse dos/as utentes em participar nessas sessões, a sua continuidade tornou-se, pois, inexecutável.

Finalmente, é de sublinhar que, pela falta de recursos, há mesmo projetos que não chegam a “sair da gaveta”. Em face de um contexto social altamente desprovido de equipamentos e respostas sócio-ocupacionais dirigidas a pessoas com diagnósticos de doenças mentais graves, a Enfermeira Z lamenta a carência de condições – sobretudo ao nível de recursos humanos – para a dinamização de atividades lúdicas e de sociabilidade, que muito poderiam contribuir para elevar os níveis de bem-estar dessas pessoas e de as resgatar do isolamento social em que se encontram (*vide* 10º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

4. A Equipa Y no contexto dos cuidados domiciliários

4.1. A imersão na comunidade: contornos de uma realidade complexa

Fazendo uso das palavras de um dos membros da Equipa Y, os cuidados domiciliários “*correspondem, por assim dizer, à essência da intervenção comunitária, à sua verdadeira alma*”. Trata-se, no fundo, da modalidade de cuidados onde mais ostensivamente estão patentes os elementos de inovação e diferenciação relativamente ao paradigma de cuidados hospitalares. Se os cuidados prestados no âmbito do Centro de Saúde não apresentam, em termos formais/organizacionais, diferenças significativas face aos cuidados hospitalares, já esta modalidade revela-se deveras distinta, tanto ao nível da intervenção propriamente dita, como ao nível dos desafios e problemáticas inerentes, como, finalmente, ao nível dos impactos nas trajetórias de vida de quem é alvo dos cuidados. Importa, então, desde logo, dar a conhecer o que caracteriza a intervenção domiciliária, clareando o que a torna efetivamente diferenciada.

A modalidade de intervenção domiciliária da Equipa Y vai ao encontro do objetivo delineado no âmbito do *Plano de Ação 2007-2016* no sentido de apoiar de forma próxima e continuada pessoas com diagnósticos de “doença mental” dita grave¹⁰⁴. Como se disse em ponto anterior, não dispomos de dados epidemiológicos que permitam caracterizar formalmente o território de intervenção da Equipa. No entanto, indutivamente, os/as profissionais caracterizam esse mesmo território como bastante complexo sob o ponto de vista das “doenças mentais” ditas graves; complexidade que relacionam não apenas com o elevado número de casos que são alvo de acompanhamento (e que tendem a concentrar-se em pequenos aglomerados populacionais, com características muito rurais), como também com as características que invariavelmente se lhes associam, como o alcoolismo e a toxicodependência, e as repercussões desestruturantes que manifestamente ecoam em todas as esferas da vida das pessoas com esses diagnósticos.

Os desafios inerentes aos cuidados domiciliários prendem-se, em grande medida, com essa complexidade dos casos. De acordo com os testemunhos das/os profissionais, está-se perante um conjunto de casos que tem em comum o facto de a presença de manifestações de sofrimento psíquico se ter prolongado no tempo (por vezes, durante vários anos) sem que tenha ocorrido, atempadamente, qualquer acompanhamento terapêutico. Ora, dessa ausência prolongada de cuidados, resultaram graves efeitos nas respetivas trajetórias de vida: desde a perda de autonomia/capacidade para a gestão da vida diária (higiene pessoal, hábitos de sono, alimentação, cuidados domésticos, etc.), passando por situações de sobrecarga, conflito e disrupção no seio familiar, por dificuldades relacionais e de sociabilidade, por obstáculos ao nível da inclusão laboral/ocupacional, culminando frequentemente em situações de isolamento, estigma e exclusão social.

Uma problemática que torna a intervenção ainda mais complexa reside no facto de muitas das pessoas acompanhadas pela Equipa, sobretudo homens, somarem aos diagnósticos psiquiátricos problemáticas de alcoolismo e toxicodependência. Sob o efeito de álcool ou de drogas, muitas destas pessoas protagonizaram, no passado, comportamentos

¹⁰⁴ Não obstante o facto de utilizar o termo “doença mental grave” de forma recorrente, o *Plano de Ação 2007-2006* não procede a uma definição específica do mesmo. Tratando-se de um conceito comumente utilizado no meio biomédico, sobre o qual não existe uma definição oficial consensual (Zumstein & Riese, 2020), cumpre realçar que, em geral, o termo é utilizado de acordo os critérios de Leona Bachrach (1988). Para delimitar o que se entende por doenças mentais graves, a autora sugere que se atenda aos seguintes critérios: i) “diagnóstico” (esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação bipolar, depressão grave ou outra perturbação mental de evolução prolongada que respeite os demais critérios); ii) “duração” (mínimo de 2 anos); iii) “incapacidade” (que se associa às repercussões da doença ao nível do funcionamento da vida da pessoa, designadamente no que respeita à autonomia para gerir a vida diária, ao nível familiar, relacional, social, ocupacional e laboral).

socialmente tidos como disruptivos – como desacatos em espaços públicos (por vezes com contornos de violência) –, que se tornaram fonte de indesejabilidade familiar e/ou social, conduzindo, no limite, ao rótulo de “perigosidade” e encapsulamento em círculos de isolamento e exclusão social. Sobre muitas delas recai ainda o estigma associado à institucionalização psiquiátrica. Com efeito, previamente à chegada da Equipa Y à comunidade, quando ainda não existia um apoio de proximidade e de continuidade, muitas destas pessoas foram alvo de múltiplos internamentos hospitalares, frequentemente compulsórios, que não passaram despercebidos ao crivo do julgamento social e à produção do estigma da “loucura”.

Há aqui muito preconceito e muito estigma para com estas pessoas: “É tudo doido! É tudo louco! São os maluquinhos do Hospital Psiquiátrico! Só fazem disparates! É mau! É perigoso... É isto é aquilo”. Portanto, as pessoas [da comunidade] têm dificuldade em entender esses comportamentos. Mesmo tratando-se de casos em que as pessoas já estiveram internadas muitas vezes, as pessoas da comunidade não entendem como doença. Açam que é mau caráter, porque já houve muitos comportamentos de violência sob efeitos de droga ou álcool. É que há muita doença mental que depois ainda é muito mais exacerbada com o álcool e com as drogas; portanto, nos mais velhos, com álcool, nos mais novos, com álcool e com outras substâncias. Há muito alcoolismo e muita toxicod dependência. E depois ainda há o estigma psiquiátrico. Esteve internado, é maluquinho. (Enfermeira da Equipa Y)

O elevado (e complexo) nível de carências e vulnerabilidades que se faz sentir na realidade destas pessoas ajuda a compreender a enorme relevância da entrada da Equipa Y nas suas trajetórias. De facto, para a grande maioria destas pessoas e suas famílias, a chegada da Equipa revelou-se um verdadeiro momento de viragem, a partir do qual ocorreram melhorias muito significativas na sua qualidade de vida e na interação com a comunidade envolvente.

Se a modalidade de cuidados domiciliários, quando em comparação com os cuidados no Centro de Saúde, apresenta efeitos mais significativos e estruturantes na vida de quem é cuidado, patenteando mais ostensivamente as virtualidades e relevância social da Equipa Y, a mesma lógica de exponenciação se aplica às fragilidades e limitações da Equipa. Sendo certo que grande parte dos constrangimentos no âmbito do Centro de Saúde se aplicam igualmente aos cuidados domiciliários – como a escassez de recursos humanos e de respostas e equipamentos sociais –, o que acontece é que eles se fazem notar de uma forma mais ampla e intensa no segundo tipo de cuidados, em virtude da complexidade aí inerente.

Um pouco mais adiante terei oportunidade de desvelar tanto o conjunto de virtualidades e potencialidades da intervenção domiciliária como as suas principais debilidades, fragilidades e desafios. Por ora, importa que se deem a conhecer as principais linhas que caracterizam a intervenção propriamente dita, observando a visão filosófica,

princípios e práticas que sustentam a imersão da Equipa Y na comunidade e na complexa realidade que a caracteriza.

Primeiramente, importa referir que os objetivos da Equipa Y ao nível da intervenção domiciliária definem-se de acordo com o que consta no Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro (Ministério da Saúde, 2010). Em termos gerais, os objetivos a que se propõe são os seguintes: i) a promoção da reabilitação¹⁰⁵ e autonomia¹⁰⁶ das pessoas com doenças mentais graves, cuja capacidade psicossocial¹⁰⁷ se encontra afetada; ii) a manutenção ou reforço das suas competências e capacidades; iii) a promoção da sua integração familiar e social (com o fortalecimento da sua rede de suporte social); iv) apoio às famílias e a outras pessoas cuidadoras, capacitando-as para lidarem com as situações e envolvendo-as no processo de prestação de cuidados; v) prevenção de internamentos hospitalares e da necessidade de institucionalização; vi) sinalização e encaminhamento de casos de descompensação para os Serviços Locais de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2010).

Em termos teóricos e ideológicos, a intervenção domiciliária da Equipa Y colhe inspiração no *Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade*. Trata-se, ao nível internacional, do modelo mais emblemático da história da psiquiatria e saúde mental comunitária, sendo o mais aplicado no contexto das intervenções dirigidas a pessoas com diagnósticos de “doença mental grave”. Genericamente, este modelo implica um acompanhamento assertivo, regular e continuado da pessoa no seu próprio meio, com base em respostas multidisciplinares que visam não apenas evitar a necessidade de internamentos e de institucionalização, como também a promoção do maior nível possível de autonomia, qualidade de vida e integração social. O *Tratamento Assertivo na Comunidade* preconiza que a equipa comunitária – quer através dos seus recursos internos, quer por via da articulação com outros agentes/organizações da comunidade – promova a maior parte (senão mesmo a totalidade) das respostas às necessidades da pessoa, sendo que essas respostas devem passar pela regular ou constante monitorização farmacológica, pelo apoio prático nas atividades da vida diária, pelo apoio na resolução de problemáticas diversas da vida (por

¹⁰⁵ Entende-se por reabilitação: “o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade (Ministério da Saúde, 2010, p. 258).

¹⁰⁶ Entende-se por autonomia: “o conjunto de competências necessárias para o desempenho das atividades da vida diária, da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida (Ministério da Saúde, 2010, pp. 257-258).

¹⁰⁷ Ou seja, em que se verifica “a situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (Ministério da Saúde, 2010, p. 258).

exemplo, problemáticas relacionais, ocupacionais e laborais, etc.) e, sempre que necessário, pelo suporte à família¹⁰⁸ (Stein & Santos, 1998).

No excerto de entrevista que se segue, a médica psiquiatra coordenadora da Equipa Y dá a conhecer as circunstâncias em que ela e os demais membros da Equipa tomaram contacto com o “Tratamento Assertivo Comunitário”, revelando que foi através da tomada de conhecimento da experiência prática de uma ESMC de Avilés (em Espanha) – experiência conhecida por “modelo Avilés”¹⁰⁹ – que começaram a interessar-se pelo mesmo. Entre as características do “modelo Avilés” apontadas, pela mesma entrevistada, como as que mais congregam identificação e admiração por parte dos elementos da Equipa Y, motivando-a para a sua implementação, estão: a flexibilidade, o conceito “pessoas que cuidam de pessoas”, a autêntica proximidade, o foco na pessoa como um “todo” (não apenas na sua doença), a promoção de respostas multidisciplinares (não apenas respostas farmacológicas), a promoção da integração na família e na comunidade e o respeito pela autonomia da pessoa.

A nossa equipa começou a interessar-se pelo Treino Assertivo Comunitário no âmbito de uma atividade académica que fomos assistir. Nós ouvimos, nesse evento, o Dr. [Juan José] Jambrina, que é psiquiatra, [na cidade espanhola] Avilés. Ele tem desenvolvido o trabalho dele em Treino Assertivo Comunitário... Ouvimos falar sobre essa experiência de Avilés... O Treino Assertivo Comunitário [nasceu nos Estados Unidos] e foi depois adaptado à realidade europeia... A experiência de Avilés diz respeito a um modelo flexível. O conceito é o de pessoas que cuidam de pessoas. E é esse, precisamente, o nosso lema, aqui na nossa equipa. No âmbito deste modelo, uma equipa comunitária, se for necessário, todas as semanas vai a casa da pessoa com doença mental, trabalhar a adesão à terapêutica, trabalhar a higiene, trabalhar as necessidades que a pessoa e a sua família têm de uma forma ampla. É neste modelo teórico que nos inspiramos. Portanto, nós, enquanto equipa, quando falamos com a pessoa, não falamos só na sua doença psiquiátrica, falamos na pessoa com a doença mental no seu todo, na sua relação com a família, com a comunidade..., com as suas necessidades amplas... Pronto, a visita não é só “tome lá o injectável e passe bem”, mas é um contacto de verdadeira proximidade e de base multidisciplinar. Em Treino

¹⁰⁸ Há que sublinhar que a alusão dos/as profissionais da Equipa Y ao “Tratamento Assertivo na Comunidade” (enquanto modelo teórico em que se inspiram para levar a cabo a sua intervenção domiciliária) emerge nas narrativas como se tratando de uma visão teórica internalizada pela Equipa em consequência de um conjunto de experiências e pesquisas (teórico-práticas) empreendidas pelos seus elementos (sobretudo pela coordenadora da Equipa) e não como um modelo incorporado por via de diretrizes formais emanadas ao nível político-institucional. De qualquer forma, é interessante notar como o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro (que, entre outros aspetos, define os objetivos e serviços a prestar pelas equipas domiciliárias), mesmo não fazendo qualquer referência explícita ao modelo “Tratamento Assertivo na Comunidade”, se aproxima, em grande medida, do mesmo. Essa aproximação teórica é particularmente notória ao nível da definição dos serviços que devem ser prestados pelas equipas domiciliárias. Com efeito, de acordo com o documento, cabe-lhes assegurar: “a) acesso a apoio multiprofissional de saúde mental; b) envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário; c) promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários; d) supervisão na gestão da medicação; e) promoção do acesso a atividades ocupacionais, de convívio ou de lazer com intervenção domiciliária” (Ministério da Saúde, 2010, p. 261).

¹⁰⁹ Sobre a experiência de “Tratamento Assertivo Comunitário” implementada por esta Equipa de Avilés, cf. Jambrina e Carnicero (2007).

Assertivo Comunitário, habitualmente, há doenças mais delicadas ou um termo que a reforma introduziu, mas que não é muito específico, que é “tratamento de doentes difíceis”. Nós consideramos que os doentes não são difíceis. As doenças é que são. Nós gostamos de usar a expressão “doenças mentais graves” ou de “tratamento mais complexo”. E portanto, nesse sentido, esta abordagem permite trabalhar todos esses aspetos até no seio familiar e na própria comunidade. Outro aspeto essencial é o respeito pela autonomia da pessoa. Isso para nós também é muito importante. Portanto, somos fãs deste tipo de modelo. É nisto que acreditamos e é isto que procuramos colocar em prática, embora com recursos muito limitados. (Coordenadora da Equipa Y)

Olhar e cuidar da pessoa no seu próprio contexto, atendendo à sua realidade sociocultural, é, segundo refere a mesma entrevista, um elemento-chave do “modelo Avilés” que a Equipa Y internalizou como base filosófica da sua intervenção na comunidade. Outro elemento que a entrevistada destaca como basilar é o respeito pela autonomia, poder de decisão e direito de escolha da pessoa.

O Treino Assertivo situa o cuidado no próprio contexto. É uma visão de olhar para a pessoa no seu próprio contexto, no seu meio. É isso que defendemos e fazemos na nossa Equipa. Às vezes, posso utilizar técnicas reabilitativas no contexto da casa da pessoa. O Treino Assertivo parte da ideia de que só se pode verdadeiramente reabilitar ou tratar da pessoa dentro da sua realidade sociocultural e religiosa. Ou seja, defende que se cuide da pessoa dentro do seu próprio contexto. E o treino assertivo não força ninguém a nada. E essa é uma questão essencial também para nós: respeitar a autonomia da pessoa, o seu direito de escolha. (Coordenadora da Equipa Y)

Com efeito, no âmbito deste modelo, considera-se que a adesão da pessoa à intervenção terapêutica deve acontecer não por via de qualquer tipo de coerção ou imposição da equipa, mas como fruto de uma conquista, ou seja, como resultado do cultivo de uma relação interpessoal de efetiva proximidade, baseada em acolhimento, respeito, estabelecimento de vínculos de afeto e confiança.

Não se força ninguém a nada. Neste modelo, pela preocupação com o respeito pela autonomia, o avanço pode ser lento, não há pressa... O mais importante, antes de mais, é cultivar a relação com a pessoa, é estabelecer vínculos de confiança e de cuidado. Levá-la a perceber que aquilo que importa é o seu bem-estar e que nos preocupamos verdadeiramente com ela. Por exemplo, um dos filmes que [o Jambrina] nos mostrou numa das idas a Avilés foi a demonstrar uma equipa de Treino Assertivo a intervir na rua, com pessoas sem-abrigo. Às vezes começam a ver pessoas sem-abrigo que, com o tempo, vão percebendo que a situação é influenciada pela doença mental, então, começam a aproximar-se devagarinho, para a outra pessoa não se sentir invadida... Devagar... devagarinho... e começam pelo quê? Não começam por “Ah, o senhor tem que se tratar...”. Começam pela alimentação e da alimentação vão à relação e da relação vão ao resto e depois, quando começam a perceber que a pessoa tem delírios e psicopatologias, então aí sim, já procuram introduzir a questão do tratamento. (Coordenadora da Equipa Y)

Baseando-se nesses princípios de valorização de uma relação interpessoal de confiança e de respeito pelas características da pessoa e sua autonomia, a intervenção da Equipa Y, conforme explica a mesma entrevista, tende a acontecer de forma progressiva.

O estabelecimento de confiança e de vínculos é para nós fundamental. Digamos, a relação é fundamental para se conseguir que a pessoa adira ao nosso cuidado.

Sem pressas... Às vezes, as coisas acontecem muito lentamente, mas isso é fundamental para que a pessoa não se sinta invadida... Vai-se caminhando, progressivamente, e a certa altura, a nossa assistente social, dentro desta ação, indo a casa da pessoa e vendo as suas necessidades, conjuntamente com toda a equipa, o que se faz é planificar o tal Plano Individual de Cuidados das necessidades que a pessoa tem. Por exemplo, se tiver problemas em relação à confeção das refeições, da alimentação e questões com a higiene, o que fazemos é contactar com as Santas Casas da Misericórdia para patrocinarem a alimentação, a higiene da roupa quando as pessoas vivem sozinhas. Introduzimos as pessoas de forma que não se sintam invadidas. Os que aceitam, aceitam, os que rejeitam, então pensamos noutra coisa. Portanto, o Plano Individual de Cuidados é sempre adaptado à realidade daquela pessoa. O processo pode ser lento. (Coordenadora da Equipa Y)

A cada pessoa acompanhada pela Equipa Y, no âmbito do apoio domiciliário, é atribuída um/a “terapeuta de referência”; uma figura teoricamente prevista pelo modelo “Tratamento Assertivo Comunitário”, que foi adotada pelo Plano de Ação 2007-2016 (CNRSSM, 2007, p. 59) e objeto de especificação no *Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária* (CNSM, 2009). A Equipa Y rege-se, a este nível, pelas recomendações nacionais que constam no referido documento¹¹⁰ (*ibidem*). Em termos genéricos, o/a terapeuta de referência é o/a profissional responsável de forma mais direta pela gestão, monitorização e continuidade dos cuidados, cabendo-lhe a coordenação de várias intervenções, articulações e interfaces com outros agentes da comunidade, em conformidade com um *plano individual de cuidados* elaborado conjuntamente com a pessoa com diagnóstico psiquiátrico e, sempre que possível, com a sua família. Às recomendações formais constantes naquele documento, a Equipa Y faz acrescer a dimensão da proximidade emocional. Como explica um dos enfermeiros, a atribuição do/a terapeuta de referência não se faz de uma forma tecnicista, mas com base numa perceção da existência de uma afinidade emocional que, em geral, se alcança logo nas primeiras visitas. Se se percebe que a pessoa sente maior afinidade com determinado/a profissional é ele/a que fica “mais responsável” pelo caso, não invalidando, obviamente, a participação e intervenção ativa dos demais membros da Equipa. Privilegiando a dimensão afetiva na atribuição do/a terapeuta de referência, elevam-se significativamente as possibilidades de sucesso terapêutico (*vide* 20º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

¹¹⁰ De acordo com este documento, o/a terapeuta de referência deverá ser responsável pelas seguintes funções: “a) Servir de interface entre a ESMC e a pessoa doente, a família e outras figuras significativas; b) centralizar a informação acerca do doente (sempre vertida num processo clínico único); c) Desenhar, em conjunto com a pessoa doente e sempre que possível com a família, um plano de cuidados, que será discutido em reunião de equipa; d) monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo; e) identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente; f) referenciar, em reunião de Equipa, a pessoa doente ao(s) técnico(s) cuja competência específica (ou própria) mais se adegue a uma intervenção que responda aos problemas e ou necessidades identificadas” (CNSM, 2009, p. 7).

À semelhança do que acontece com os cuidados providos no espaço do Centro de Saúde, também na modalidade de deslocações aos domicílios se verificam grandes limites à (suposta) multidisciplinaridade. Durante a maior parte da semana, as deslocações aos domicílios são realizadas apenas por dois profissionais de enfermagem, somando-se apenas uma vez por semana uma técnica de serviço social¹¹¹.

Quanto aos critérios que definem o acompanhamento na modalidade de apoio domiciliário, a Equipa procura reger-se não por critérios rígidos, mas por flexibilidade e capacidade de adaptação à realidade da comunidade onde opera. Assim, muito embora teoricamente o seu público-alvo diga apenas respeito a pessoas com diagnósticos de “doença mental grave”, a Equipa também detém um papel importante no apoio a pessoas idosas cujos diagnósticos psiquiátricos não são considerados graves, mas cuja realidade de isolamento e vulnerabilidade social requer acompanhamento. Tratando-se de um território de população muito envelhecida, o papel da Equipa Y revela-se, a esse nível, de uma enorme relevância social (*vide* 11º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

À data da realização do trabalho de campo, o número de pessoas acompanhadas em regime domiciliário ultrapassava as cinquenta. Conforme me explicou uma das enfermeiras da Equipa, a periodicidade das visitas é muito variável, dependendo da situação clínica, familiar e social em que a pessoa se encontra. Tanto pode ser muito frequente, com duas a três visitas por semana, como mais espaçada, com visitas quinzenais ou mensais (*vide* 12º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Ainda que a designação comumente atribuída a esta modalidade de cuidados seja “apoio domiciliário”, ela não implica necessariamente que o apoio seja prestado no domicílio da pessoa. Respeitando a sua autonomia e a sua livre vontade, esse apoio pode ser prestado num local neutro e relativamente afastado do seu local de residência. Este princípio é deveras importante, salvaguardando os casos em que a pessoa deseja um apoio confidencial e

¹¹¹ Como atrás se disse, durante todo o período em que realizei o trabalho de campo, a profissional de psicologia esteve ausente, não tendo sido substituída. Quando presente, pelo que me foi dito, é suposta a sua integração na Equipa, sendo a periodicidade das suas visitas definida em função das necessidades identificadas entre as pessoas que são alvo deste tipo de acompanhamento. Quanto à psiquiatria, em geral, esta área disciplinar não integra as deslocações ao domicílio. Ainda que fisicamente distante, o envolvimento da médica psiquiatra na modalidade do acompanhamento domiciliário não deixa de se registar, por vezes, de forma até bastante elevada. Com efeito, apesar de não acompanhar a Equipa na maior parte das visitas aos domicílios (só excepcionalmente o faz), esta profissional revela um conhecimento profundo das histórias e contextos de vida das pessoas que são acompanhadas nessa modalidade de cuidado. Tal decorre não apenas do facto de essas pessoas, periodicamente, serem acompanhadas por ela em consultas de psiquiatria, mas também das reuniões de partilha e discussão desses mesmos casos, semanalmente realizadas com os/as profissionais que frequentemente integram essas visitas.

sigiloso, com vista a proteger-se dos “olhares alheios” e do eventual julgamento estigmatizante da comunidade.

4.2. Potencialidades, limites e desafios da intervenção: uma equipa em trânsito (paradigmático?)

Se a *proximidade* (nas suas múltiplas vertentes) é, como se viu, um elemento tido como diferenciador da modalidade de cuidados prestados no contexto do Centro de Saúde (quando em comparação com o paradigma de cuidados hospitalares), a sua relevância torna-se ainda maior quando se transita para a modalidade de intervenção nos domicílios. Sendo essa modalidade, como há pouco se mostrou, direcionada para um universo de casos muito complexo, que necessariamente requer um olhar multidimensional, a possibilidade de se cuidar da pessoa no seu próprio contexto transporta um conjunto de potencialidades de ação muito significativas, que manifestamente se ausentam da modalidade de cuidados hospitalares. A esta asserção se chega tanto pelo trabalho etnográfico – mais especificamente, pela observação *in loco* das práticas de intervenção dos/as profissionais e contacto direto com um conjunto de histórias de vida – como mediante as perceções e experiências dos próprios/as profissionais, exteriorizadas nas suas narrativas. Com efeito, unanimemente, os vários membros da equipa reconhecem esse elemento como a grande chave deste modelo de intervenção, responsável, em larga medida, pelas conquistas muito positivas que têm vindo a ser alcançadas no decurso do trabalho da Equipa.

Cuidar da pessoa no seu próprio contexto permite que se aceda à sua história de vida de uma forma mais ampla e profunda, conseguindo-se compreender mais facilmente as suas problemáticas, angústias e necessidades. Do lado de dentro dos “muros” da instituição hospitalar, o conhecimento passível de se obter é sempre limitado e circunscrito àquilo que a pessoa sente vontade ou tem possibilidade de partilhar; sendo essa partilha frequentemente condicionada por um modelo de relação interpessoal pautado por distanciamento afetivo, por um foco na doença (não na pessoa e nas suas necessidades multidimensionais) e pelo cronómetro do relógio. Neste sentido, como me disse um dos profissionais de enfermagem, o que se granjeia na instituição hospitalar é, em geral, uma versão muito parcial e incompleta da história de vida da pessoa, que não permite uma intervenção sistémica sobre a sua realidade. Já na intervenção domiciliária, em contrapartida, há todo um conjunto de condições que favorecem a obtenção de um conhecimento mais amplo e profundo sobre a realidade de vida da pessoa. Desde logo, conforme assinala o mesmo entrevistado, o facto

de a pessoa se encontrar no seu próprio meio leva, naturalmente, a que esta se sinta mais “à vontade”. Por outro lado, no seio da comunidade, as potencialidades de construção de uma relação afetiva são também maiores, favorecendo o estabelecimento de vínculos de confiança que predispõem a pessoa a uma maior abertura ao diálogo e à exposição das suas problemáticas.

Na intervenção comunitária consegue-se perceber a vida da pessoa de uma forma muito mais completa e muito mais próxima daquilo que é mesmo a sua realidade. No hospital, as pessoas não se sentem tão à vontade para partilhar o que sentem e o que se passa realmente nas suas vidas. No Hospital, costuma haver uma maior distância, um ambiente mais frio, as consultas costumam também ser rápidas, e a pessoa acaba por contar só algumas coisas aos profissionais... Isto faz com que não se consiga atuar de uma forma sistémica sobre a realidade da pessoa. Na comunidade isso não acontece. É muito diferente. Para já, porque a pessoa está no seu próprio contexto, logo sente outro “à vontade” para falar e expor os seus problemas. Depois também pela relação de proximidade e confiança que se consegue estabelecer entre nós e a pessoa. Essa relação faz com que a abertura seja totalmente diferente. A pessoa sente uma proximidade connosco que ajuda a que se abra mais connosco. (Enfermeiro da Equipa Y)

Ademais, com a deslocação da Equipa ao próprio contexto da pessoa, gera-se a possibilidade de se aceder a fontes secundárias de conhecimento da realidade, passíveis de preencher eventuais silêncios ou vazios de comunicação. Com efeito, no próprio local, torna-se possível obter informações adicionais sobre a vida da pessoa, seja pela observação direta do contexto onde ela vive – por exemplo, a observação direta do modo como se relaciona com a família ou a observação do espaço físico habitacional, que muitas vezes denuncia o seu estado emocional ou um conjunto de necessidades do foro socioeconómico –, seja por relatos de familiares, vizinhos/as ou pessoas locais. Em todo o caso, sai favorecida a inteligibilidade da situação, o que eleva as possibilidades de uma intervenção mais completa e integrada.

E depois há outro aspeto muito importante que é, na comunidade, a informação sobre a história de vida da pessoa acabar por vir até nós de muitas formas. Ao estarmos lá, ao irmos a casa da pessoa, ao estarmos no contexto onde ela vive, na sua própria comunidade, nós conseguimos perceber muita coisa que é impossível perceber quando o contacto é apenas no Hospital. Na comunidade, nós vemos as coisas a acontecer, conseguimos ver como a pessoa vive, a relação que tem com a família, com os vizinhos... Às vezes ela pode não nos dizer as coisas, mas quem está à volta, algum familiar ou algum vizinho, muitas vezes está preocupado e vem falar connosco. Até as próprias organizações articulam-se connosco muitas vezes... Pedem-nos ajuda porque percebem que a pessoa não anda bem... No Hospital a pessoa pode não nos contar tudo – por exemplo, às vezes diz-nos que não anda a beber e isso não é verdade –, mas na comunidade a realidade vem sempre ter connosco... E isso permite-nos ajudar a pessoa precocemente, o que evita que entre em crises e tenha recaídas. (Enfermeiro da Equipa Y)

A capacidade de extrair da deslocação à comunidade o seu imenso conjunto de virtualidades não ocorreu, todavia, de forma automática, mas como resultado de um processo, de uma construção. Isso mesmo é referido pela coordenadora da Equipa Y no

excerto de entrevista que se segue. Como a mesma explica, no início das intervenções domiciliárias, a Equipa Y possuía uma visão formatada pelo contexto hospitalar. Com o passar do tempo, à medida em que foi mergulhando na realidade das pessoas, contactando de forma contínua com as suas histórias e com as suas narrativas, a Equipa foi conseguindo aprofundar a sua capacidade empática, bem como a sua visão integralista. No fundo, a entrevistada evidencia o carácter dinâmico e dialético do ato de cuidar, mostrando, na linha de vários/as autores/as (Tronto, 1993; Watson, 1999; Boff, 2005; Heidegger, 2005), a reciprocidade do fenómeno, ou seja, como o entrar dialogicamente em relação com o “outro” favorece o auto-conhecimento e o hétero-conhecimento, dando lugar ao estabelecimento de vínculos e à construção de um verdadeiro sentido de responsabilidade.

As pessoas também nos moldaram para vermos primeiro a pessoa e depois a doença. [Quando iniciámos o trabalho, há uns anos], íamos, de algum modo, com um formato hospitalar de prestação de cuidados, quando íamos aos domicílios, com as regras básicas das visitas, das intervenções domiciliárias. O facto de estarmos lá e o facto de a relação de confiança se ter estabelecido, portanto, é recíproca. A nossa forma de estar na comunidade foi evoluindo. Porque também existe esta questão: eu agora conheço a história e a narrativa daquela família e a sua evolução ao longo destes anos. Conhecer a fundo as histórias e as narrativas das pessoas ajuda-nos a reconfigurar a nossa visão e a nossa forma de olhar para as suas realidades. Torna-nos mais empáticos. Ficamos muito mais disponíveis e abertos para olhar para a pessoa no seu todo. (Coordenadora da Equipa Y)

Sob esta filosofia de proximidade, que transcende a mera conceção de proximidade física e de administração de fármacos, a intervenção domiciliária tem-se traduzido em impactos muito significativos tanto na vida de quem é cuidado como na de seus familiares como na própria comunidade envolvente. Em termos mais objetivos, os testemunhos dão conta, desde logo, dos impactos generalizados ao nível da drástica redução de crises e de recaídas, que se traduz numa notória diminuição da necessidade de urgências psiquiátricas e de internamentos hospitalares. Outro impacto de grande relevo é o significativo incremento da qualidade de vida e bem-estar de muitas das pessoas acompanhadas, em virtude do apoio ao nível das suas condições logísticas de vida e gestão da vida diária. É ainda de assinalar o substancial alívio da sobrecarga das famílias e consequente maior capacitação destas para o cuidado. Finalmente, dada a maior estabilidade clínica e consequente diminuição de comportamentos disruptivos no seio familiar e na comunidade envolvente, há a registar um significativo impacto ao nível da inclusão familiar e social, a que se associa uma redução do estigma.

Tendo tido a oportunidade de acompanhar a Equipa Y no seu trânsito pela comunidade (observando *in loco* algumas intervenções domiciliárias), é, essencialmente, com base nesse trabalho etnográfico que escrevo as próximas linhas. Recorrendo, inclusive,

à apresentação (em caixa) de alguns *relatos de caso* – que permitem uma visão de conjunto e uma perspectiva mais integral sobre algumas das situações observadas –, empreendo, já em seguida, em vários subpontos, uma análise aprofundada sobre a modalidade de intervenção domiciliária, procurando desvelar as suas principais potencialidades, ambiguidades, limites e desafios.

4.2.1. O (in)contornável *depot*: entre o argumento da “maior estabilidade” e o desafio da autonomia

Uma característica comum à grande maioria das pessoas acompanhadas na modalidade de intervenção domiciliária reside no facto de, ao longo das suas trajetórias, terem revelado uma fraca adesão aos psicofármacos, bem como dificuldades na administração assídua e ininterrupta dos mesmos. Sendo esse facto considerado como uma das principais causas do agravamento dos seus estados clínicos – entendido como responsável pelo círculo vicioso de recaídas e internamentos hospitalares –, uma das práticas comuns da Equipa Y é a de lhes oferecer, em alternativa à medicação oral, tratamento com psicofármacos injetáveis de ação prolongada, conhecidos como *depot*¹¹².

Pese embora a justificação científica dos efeitos terapêuticos da psicofarmacologia *depot* (Bechelli, 2003; Fiori *et al.*, 2021), ela tem vindo a ser alvo de alguma controvérsia em virtude da relativa frequência com que aparece associada a experiências de coerção, dominação e restrição da liberdade da pessoa com diagnóstico psiquiátrico (Fiori *et al.*, 2021). Uma revisão sistemática de estudos qualitativos sobre esta temática, levada a cabo por Fiori *et al.* (2021), mostra que a experiência subjetiva de coerção tende a ser relatada, sobretudo, em situações em que o início do tratamento aconteceu em fases de crise, quando a pessoa não detinha capacidade de escolha, ou em face de uma frágil relação “médico/a-paciente”, caracterizada por uma débil “aliança terapêutica” (*ibidem*, p. 73). A tendência, neste último caso, é a de a pessoa não sentir confiança no/a profissional e de não se sentir suficientemente envolvida no processo terapêutico (com acesso a informação e poder de

¹¹² Tendo sido introduzida na década de 60 do século XX, a psicofarmacologia injetável *depot* foi criada justamente na sequência da constatação de que muitas pessoas com sintomatologia psicótica, após a saída de internamentos hospitalares, tendiam a tomar a medicação oral de forma irregular ou até mesmo a interrompê-la, ficando sujeitas a recaídas e a novos internamentos (Bechelli, 2003, p. 342). Foi, então, sob o argumento de se facilitar a continuidade e a regularidade do tratamento psicofarmacológico – e assim permitir a manutenção da pessoa em regime de ambulatório, integrada no seu seio familiar e social – que a tecnologia *depot* foi desenvolvida e disseminada no domínio da psiquiatria (*ibidem*). Com uma toma de dose única, o *depot* produz um efeito suficientemente prolongado, permitindo dilatar o intervalo entre as administrações (com ação de 15 a 30 dias) sem que se perca a sua atividade terapêutica.

decisão sobre as dosagens). Quando existe uma relação de confiança e uma sólida “aliança terapêutica”, a tendência é a de a pessoa reconhecer os benefícios do *depot* e iniciar a sua administração sem que se sinta coagida ou cerceada na sua capacidade de escolha e na sua autonomia (*ibidem*).

Um dado interessante, revelado pela mesma revisão sistemática de literatura, é o facto de algumas pessoas reconhecerem no injetável um tratamento que lhes veio facilitar o processo de *recovery*, proporcionando-lhes um maior nível de liberdade de escolha e de autonomia. Ao reduzir os sintomas psiquiátricos, o *depot* veio melhorar a capacidade de relação interpessoal, o que fez com que se elevassem as oportunidades de obtenção ou manutenção de um emprego estável, de constituição de família e de uma maior integração na sociedade. Nestes casos, o *depot* não é encarado como um “colete-de-forças químico”, mas como um fator de diminuição do estigma, da vergonha e da exclusão social que geralmente andam de mãos dadas com as “perturbações psiquiátricas graves” (Fiori *et al.*, 2021, p. 74).

De regresso ao nosso estudo, e não obstante as limitações no aprofundamento deste tópico¹¹³, é-nos possível tecer algumas considerações e reflexões a respeito do papel do injetável *depot* no contexto em análise. Como atrás se disse, em virtude dos antecedentes da maioria das pessoas acompanhadas em regime de apoio domiciliário – relacionados com a fraca adesão à psicofarmacologia e ao quadro de repetidas situações de crise e necessidade de internamentos –, o injetável *depot* tem sido percebido pelos/as profissionais da Equipa Y como um instrumento terapêutico fundamental, potenciador de maiores níveis de estabilidade clínica. No que toca à delicada questão do respeito pela autonomia e poder de decisão da pessoa, os vários membros da Equipa frisam a preocupação que nutrem por esse tema, referindo-se, precisamente, ao “respeito pela liberdade de escolha” como um dos seus princípios filosóficos basilares, que subjaz às suas práticas de cuidado, de entre as quais se conta a prática de administração do *depot*.

¹¹³ Com efeito, há que se sublinhar as limitações com que me deparei na análise deste tema particular, em virtude de não dispor, a tal respeito, de um conjunto significativo de narrativas na primeira pessoa – ou seja, narrativas das próprias pessoas com diagnósticos de “doença mental” que, sendo acompanhadas em regime domiciliário pela Equipa Y, recebem tratamento com injetável *depot*. De todos os casos observados na modalidade de visitas domiciliárias, apenas tive oportunidade de entrevistar de forma reservada (com condições de privacidade) dois homens com diagnósticos de esquizofrenia. Para além desses dois testemunhos, as narrativas de que disponho, a esse propósito, são a de uma pessoa familiar (uma tia de um homem com diagnóstico de esquizofrenia) e as dos/as profissionais que atuam no terreno. A outra fonte de informação disponível, bastante relevante, é a observação etnográfica. Desta metodologia de recolha de informação resultou não apenas a possibilidade de observação direta das práticas de intervenção dos/as profissionais, como também a observação *in loco* dos comportamentos e reações das pessoas que são cuidadas, assim como um conjunto de *relatos de caso* a respeito das suas trajetórias de vida.

Obviamente, estou ciente de que entre o domínio dos discursos e o domínio das práticas há todo um espaço de representações, significados e sentidos de ação que nem sempre se traduz numa perfeita justaposição ou numa coerência entre ambos os domínios. Onde começa e onde termina o entendimento sobre a “liberdade de escolha”, direito à autodeterminação e à autonomia? Será esse entendimento o mesmo para profissionais que cuidam e para pessoas que são cuidadas? Haverá, por exemplo, formas subtis de “pressão” – como, por exemplo, a solicitação de auxílio de pessoas familiares no sentido de convencer a pessoa à toma do injetável – que não sejam propriamente entendidas pelos/as profissionais como práticas de rompimento do “direito à livre escolha”, mas que o sejam pelos/as protagonistas das experiências? E como encarar essas eventuais práticas subtis de “pressão”? Devem elas ser encaradas como formas de rutura com o “direito de liberdade de escolha”, independentemente do estado clínico da pessoa? Ou, pelo contrário, atendendo ao argumento do “elevado estado de disfuncionalidade”, devem elas ser vistas como práticas legítimas, coadjuvantes do processo terapêutico, que, em última análise, transportam o potencial de vir a dotar a pessoa de um maior nível de estabilidade e, portanto, de uma efetiva maior “liberdade de ação” nas várias esferas da sua vida?

Ora, estamos perante questões de grande relevância, às quais não nos é dada a possibilidade (metodológica) de obtenção de respostas objetivas, mas tão somente um breve ensaio de algumas pistas para reflexão. Desde logo, da análise dos dados empíricos, torna-se evidente como a administração do *depot* se afigura, de facto, como um dos temas mais complexos e desafiantes para a Equipa Y, que não se isenta de resistências e de algumas questões problemáticas.

Caixa 1 – *Relato de Caso: Constança*

Das notas de campo:

Durante a tarde, realizámos uma visita que me suscitou bastante interesse sob a perspectiva de como a Equipa Y gere o respeito pela autonomia e decisões da pessoa/utente e da sua família. Dirigimo-nos ao domicílio de Constança (nome fictício), mulher com mais de 70 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, associado a alcoolismo. Até há pouco, ela vivia apenas com o marido, recebendo, periodicamente, o apoio domiciliário da Equipa Y. Recentemente, a filha, que se encontrava imigrada, resolveu regressar a Portugal a fim de cuidar dos pais. Desde então, reside com eles na mesma residência. Nos últimos tempos, a Equipa não lhe tem administrado a medicação injectável por decisão da filha. Essa decisão ocorreu na sequência de a filha ter concluído que a medicação lhe estava a causar diversos efeitos secundários, designadamente ao nível da tensão arterial, assim como uma lentificação exagerada. Aquando da manifestação dessa decisão, os/as profissionais da Equipa expressaram a sua apreensão, referindo-se ao dilatado período de acompanhamento de Constança, que os leva a conhecer as suas fragilidades e riscos de recaída. Apesar do parecer da Equipa, a filha manteve a decisão.

Durante a viagem, os membros da Equipa dizem-me que, pese embora o maior distanciamento que se impõe pelo facto de Constança estar a ser acompanhada pela filha, consideram importante não perder o vínculo com ela e continuar a visitá-la, periodicamente, a fim de a acompanhar nesta transição. Nota-se, da parte dos mesmos, uma certa apreensão relativamente às possíveis reações de Constança ao abandono do injectável, soltando mesmo alguns desabafos pessimistas. A Equipa explica-me ainda a preocupação que sempre tem em respeitar o espaço de autonomia e decisão da pessoa e da sua família, procurando que a visita não seja sentida como uma imposição ou invasão desse direito de escolha. Neste sentido, dizem que a estratégia será a de passar em casa de Constança, mencionando que estavam ali perto, de passagem, e que resolveram parar só para dar um “olá”. Não desejam que a filha entenda que ali se dirigiram de propósito, pois temem que isso possa ser entendido como uma forma de controlo e como um sinal de desconfiança relativamente às suas capacidades de cuidadora.

Somos recebidos com muita amabilidade. Constança, seu marido e sua filha encontram-se sentados numa mesa exterior, no jardim, num ambiente de celebração (sobre a mesa encontram-se doces e ouve-se música). A filha de Constança manifesta-se muito alegre pela presença do filho, que chegara recentemente (do país onde ela residia) para um período de férias. A Equipa explica que, estando de passagem, resolveu parar só para dar um “olá”. Cumprimentam Constança com afabilidade e elogiam o seu “bom ar” e a sua boa disposição. Constança manifesta-se muito contente com a presença da Equipa. De forma descontraída e discreta, a Equipa procura averiguar, junto da filha, como ela tem estado, se o seu estado clínico se tem mantido favorável. Ela refere que sim, que tem estado tudo bem. A Equipa reconhece essa informação, dizendo que ela, de facto, aparenta estar muito bem. Em momento algum se fala do injectável. Aquando da despedida, a Equipa reitera a sua disponibilidade de sempre para ajudar no que for necessário.

Já fora da residência, de novo no veículo, os membros da Equipa falam da surpresa que sentiram ao encontrá-la tão bem, apesar de não estar a tomar o injectável. Reiteram a importância de a continuar a acompanhar, colocando em evidência a importância de balancear a proximidade com uma certa distância, de modo a não gerar desconforto na filha que agora se encontra diretamente responsável por ela.

Fonte: Notas de campo (19/07/2018).

São os/as próprios/as profissionais, no decorrer do trabalho etnográfico, que vocalizam as dificuldades que a administração do *depot* implica. De acordo com a Equipa, essas dificuldades não apenas se registam aquando do momento inicial, em que se procura levar a pessoa a perceber os benefícios do *depot* e a iniciar esse tratamento, como no decorrer do próprio tratamento. De acordo com as suas perceções, essas resistências associam-se frequentemente ao facto de as pessoas, na sua maioria, terem problemas de alcoolismo ou toxicod dependência e serem advertidas dos possíveis riscos e reações adversas decorrentes do uso concomitante do *depot* com tais substâncias. Na linha desses testemunhos, o receio da perda de “liberdade” para a manutenção desses consumos será, então, uma das causas de a pessoa resistir à toma do referido medicamento injectável.

A observação etnográfica e algumas das entrevistas realizadas apontam ainda outra ordem de razões para as resistências à toma do injectável *depot*, a saber, os efeitos colaterais deste tipo de psicofármacos (*vide* Caixa 1, *relato de caso* de Constança), que se verificam independentemente do uso concomitante de substâncias aditivas. Ilustrativamente, um dos

casos em que esse tipo de resistência se verifica (nem sempre, mas de forma ocasional) é o de Ângelo – vide Caixa 2 e Caixa 7¹¹⁴ (*relato de caso* de Ângelo, respectivamente 1ª e 2ª parte), onde se expõe de modo aprofundado a respectiva trajetória de vida.

Caixa 2 – Relato de Caso: Ângelo (1ª parte)

Das notas de campo:

Durante a tarde, realizámos uma deslocação à residência de Ângelo (nome fictício), homem cuja idade se situa entre os 40 e 45 anos, com diagnóstico de esquizofrenia (desde a adolescência), com toxicodependência e alcoolismo associados. Nunca foi casado e sempre teve dificuldades de integração laboral e social. Recebe uma “pensão de invalidez”. Vive com três irmãos, sendo que nenhum deles é atualmente casado, todos estão desempregados, todos têm problemáticas de alcoolismo e/ou toxicodependência e alguns deles, tendo sido casados, têm antecedentes de violência doméstica. A mãe e o pai já faleceram. A mãe foi a última a falecer. Enquanto viva, sofria de depressão severa. Nessa altura, tanto a mãe como o filho eram acompanhados pela Equipa Y no Centro de Saúde, sendo que ela, receosa do futuro, pedia recorrentemente à Equipa para nunca abandonar o filho. A intervenção da Equipa Y, ainda no período em que a mãe se encontrava presente, foi um marco fundamental. Com essa intervenção de proximidade, Ângelo deixou de ter necessidade de internamentos (até então, tinha tido múltiplos internamentos).

Enquanto viva, a mãe de Ângelo tinha sobre ele e sobre os irmãos um ascendente muito positivo, conseguindo que o ambiente familiar se mantivesse relativamente controlado e que Ângelo aceitasse acompanhamento clínico. Com o seu falecimento, Ângelo desestabilizou-se por completo. Com o agravamento do consumo de drogas e álcool, passou a envolver-se em situações de conflito em espaços públicos (sobretudo cafés), granjeando, entre a comunidade, o rótulo de perigosidade e sentimentos de indesejabilidade social. Com os irmãos, a situação também se tornou mais problemática: sob os efeitos de álcool e de drogas, passaram a agredir-se uns aos outros, por vezes de forma muito violenta. Ao mesmo tempo, Ângelo tornou-se muito resistente à toma da medicação e à aceitação do acompanhamento da Equipa Y.

Paulatinamente (e, segundo refere um profissional da Equipa, com base numa postura de muita resiliência), a Equipa consegue que ele volte a aceitar o seu acompanhamento. Tendo em conta a difícil adesão à terapêutica farmacológica e à ausência de ajuda familiar no manejo diário da medicação, Ângelo passou a receber periodicamente (de 15 em 15 dias) uma medicação injetável *depot*. Com esta medicação – a que ocasionalmente ainda oferece resistências –, e com o grande suporte emocional da Equipa, tem-se vindo a conseguir uma grande melhoria no seu estado, tendo deixado de ter comportamentos agressivos como tinha anteriormente. Sob o pretexto da administração do injetável (que Ângelo só aceita se efetivamente administrado pela Equipa, recusando a administração no Centro de Saúde), a Equipa visita-o regularmente, o que permite uma monitorização da sua situação clínica, um auxílio atempado na resolução de problemáticas diversas da sua vida e a mediação de conflitos familiares e sociais.

O testemunho de uma familiar, sua tia, que reside nas imediações da sua casa, é bem ilustrativo dos impactos da intervenção da Equipa Y na sua trajetória:

“Quando a mãe morreu deixou de ir às consultas... e esta equipa começou a ir lá a casa. Dão-lhe bons conselhos, são muito amigos dele e ele sente isso (...). Olhe, nunca mais precisou de ser internado. Se não fossem eles quem é que o aguentava aqui? Era muito agressivo, muito agressivo... escavacava tudo, tudo! Há certos dias que ele ainda destranca um bocadinho: ‘O tempo está assim porque eu é que mando, eu é que comando isto tudo, porque se eu quisesse chovia’... Dá-lhe estas coisas assim. Mas não tem nada a ver. Como ele estava e como está! Muito mais equilibrado! Esta medicação das injeções funciona muito mais... A outra, dos comprimidos, ele não a tomava. Às vezes ele não a quer levar. Eles vêm cá e ele fecha-se em casa, não lhes abre a porta. Mas a verdade é que a injeção é que o tem safado. Anda muito mais tranquilo. Já não é violento como era. Nada, nada a

¹¹⁴ Vide Caixa 7 na página 224.

ver! As pessoas já não têm medo dele como tinham. Se não fossem estas pessoas [refere-se à Equipa Y], não sei o que seria dele... Acho que já tinha acontecido uma desgraça... Agora até já me ajuda... Ainda agora andou a ajudar-me no campo... que era coisa que ele não fazia...” (Tia de Ângelo)

Fonte: Notas de campo (19/07/2018) e Entrevista com tia de Ângelo (25/09/2018).

Não obstante a trajetória de Ângelo ser qualificada pelos/as profissionais da Equipa Y como uma das de “maior sucesso”, onde conquistas mais significativas (sobretudo ao nível da inclusão social) foram alcançadas, ele é bem um exemplo de como a psicofarmacologia em geral, e a psicofarmacologia *depot* em particular, se reveste de duas faces: por um lado, a da promoção de um maior equilíbrio psíquico; por outro, a da produção de efeitos colaterais disfuncionais ou difíceis de suportar. É a tia de Ângelo quem nos explica o porquê das ocasionais resistências do sobrinho à toma do injetável, colocando em destaque, precisamente, esses dois lados da psicofarmacologia.

Com estes profissionais a vida dele melhorou muito... Ah! Não tem nada a ver! E então desde que começou a tomar a injeção que ele é outro. Deixou de ser agressivo, como era. Foi quando a equipa começou a ir lá a casa dar-lhe essa injeção que ele melhorou muito, mas muito. Meu Deus! Só que ele, quando não anda bem-disposto, não a quer levar. Ele já me disse porquê... Ele tem a ideia que foi por causa de medicamentos que a Doutora H lhe receitou que lhe caíram os dentes... Ele já com os comprimidos, era um castigo, de maneira nenhuma os queria tomar por causa de não se dar bem. E ele pensa que a injeção ainda lhe fez mais isso, de cair os dentes, por ser uma medicação mais forte. E eu costumo dizer-lhe assim: “Deixa lá, depois pões dentes, não te preocupes”. E ele: ‘Ó tia onde é que eu vou arranjar dinheiro para isso...’ E eu: ‘está bem, pronto, sem dentes também passas à mesma’. Era isso que fazia com que ele no início não quisesse tomar a injeção. E ainda continua a ser um bocado disso... Ainda acontece muito eles virem cá dar-lhe a injeção e ele não a querer tomar... Mas ela tem-lhe feito tão bem, essa é a verdade. E ele não pode deixar de a tomar, porque começa logo a destrancar. (Tia de Ângelo)

Numa das visitas domiciliárias a Ângelo, que me foi dada a oportunidade de observar, deparei-me com essa negação a que a tia se refere. Rememorando o episódio, quando a Equipa se aproxima do seu domicílio e o chama, batendo à porta, Ângelo fecha todos os estores da casa, num claro sinal de que não está disposto a receber a Equipa. Os elementos da Equipa decidem, então, afastar-se. Nesse momento, sai de casa um dos seus irmãos, esbracejando e vociferando: “*Ele é maluco! Internem-no! Ele não vos quer abrir a porta e quis-me bater! É maluco!*”¹¹⁵. A Equipa não insiste. Mais tarde, a Enfermeira Z

¹¹⁵ Viemos a saber, pela tia que vive nas proximidades, que Ângelo e os irmãos se encontravam, à data, em conflito em virtude da necessidade de cumprirem com o pagamento do Imposto Municipal sobre Imóveis. Tendo sido ultrapassado o prazo regular de pagamento desse imposto, começaram a receber cartas por parte da entidade pública responsável a pressionar para esse mesmo pagamento. Não dispondo da quantia requerida, Ângelo e os irmãos encontravam-se muito nervosos pela possibilidade de o imóvel (herança dos pais, já falecidos) lhes vir a ser retirado pelo Estado. Tendo tido acesso a esta informação, os/as profissionais de enfermagem que se encontravam a realizar a visita falam da intenção de reportar esta situação à profissional de Serviço Social, que integra a Equipa, com vista a que ela possa diligenciar algum tipo de apoio na resolução da situação (requerendo, por exemplo, junto da Segurança Social, um “Subsídio de Caráter Eventual”). Esta

explica-me como a Equipa tem conseguido gerir o desafio dilemático de respeitar o seu espaço, não desistindo de o apoiar:

O mais importante neste caso [do Ângelo] tem sido a nossa capacidade de aceitar e respeitar. Hoje, por exemplo, fomos lá visitá-lo e ele não quis abrir-nos a porta. Pronto. Mas nós não desistimos. Portanto, há um dia que ele nos rejeita, há um dia que ele está agressivo. Nós tentamos estabelecer um contacto com ele de compreensão. Quando vemos que ele não está mesmo disponível para nós, respeitamos o espaço dele, mas não desistimos. Continuamos. E isto tem sido assim desde há anos. Ele está connosco desde 2011 e desde então nunca mais foi internado. E ele tinha muitos internamentos antes de nós o acompanharmos. (Enfermeira da Equipa Y)

Em situações mais urgentes, quando percebem um eventual agravamento do estado clínico de Ângelo – que geralmente se percebe pela presença de comportamentos mais agressivos –, a Equipa tende a mobilizar a mediação de um familiar, seu tio, por quem ele sente grande afinidade e estima, no sentido de o convencer a tomar o injetável. Foi efetivamente o que aconteceu no dia da referida visita. Após a saída do seu domicílio, a Equipa procurou esse familiar a fim de o colocar a par da situação e de solicitar a sua intervenção.

Numa leitura mais superficial, que atenda a esta estratégia de mediação de um modo estrito e isolado, não a integrando na trajetória de vida mais ampla de Ângelo, a mesma facilmente pode ser entendida como questionável sob o ponto de vista do eventual não respeito pela autonomia e poder de decisão individual. No entanto, uma leitura que atenda à totalidade da sua história de vida conduz-nos a uma outra possível compreensão desta prática da Equipa Y, reconhecendo que na sua origem está uma “justificação ética” (Szmukler & Appelbaum, 2001; Bindman, 2008), baseada numa preocupação em dotar a pessoa de uma maior capacidade de autodomínio, favorecedora, em última análise, de uma maior liberdade de ação e integração na comunidade¹¹⁶. De facto, olhando a trajetória de Ângelo (*vide* Caixa

situação particular é bem ilustrativa da atenção que a Equipa confere às carências e problemáticas do foro social, mobilizando todos os recursos que lhe estão disponíveis no sentido da sua resolução.

¹¹⁶ Num texto sobre práticas coercivas em equipas de saúde mental comunitárias, Szmukler e Appelbaum (2001) identificam vários níveis de coerção: desde níveis mais fortes e ostensivos, que implicam força física ou ameaças (como, por exemplo, a retirada de algum benefício social), passando por níveis intermédios, que implicam a prática de incentivos ou a oferta de contrapartidas (como, por exemplo, a oferta de dinheiro ou de algum benefício social), até níveis mais fracos, como o nível de “influência” (que pressupõe uma relação interpessoal de confiança entre profissional e pessoa com “doença mental”) e, finalmente, aquilo que os autores designam como o nível de “persuasão”, entendido pelos mesmos como o nível mais leve de coerção (raramente entendido pelos/as profissionais como tal) em que o/a profissional informa a pessoa sobre os benefícios e riscos do tratamento, utilizando apenas a contra-argumentação para a tentar convencer, caso ela resista (neste nível, reconhece-se a liberdade da pessoa para rejeitar os conselhos, não se indo além da discussão de argumentos). Refletindo sobre este mesmo tema, Bindman (2008) defende a importância de os elementos das equipas comunitárias, ao invés de simplesmente negarem o uso da pressão ou da coerção, cultivarem no seu seio uma reflexão aberta sobre tais práticas, definindo conjuntamente que “práticas de pressão” podem ser entendidas como legítimas, éticas e justificáveis, em face de determinadas situações. Neste mesmo sentido vai Jeannette Pols (2004, p. 41) quando defende que mais do que se prescreverem “modos certos” de se cuidar de forma

2 e Caixa 7), claramente se percebe a importância da medicação *depot* na reversão de um quadro que se caracterizava, grosso modo, por situações recorrentes de violência e agressão na comunidade, com repercussões danosas ao nível da sua história clínica (marcada por múltiplos internamentos compulsivos) e ao nível da sua integração na comunidade (marcada pelo estigma, pelo rótulo de perigosidade e indesejabilidade social).

No que toca à medicação *depot* e seu papel na reversão de comportamentos de elevada agressividade e necessidade de internamentos compulsivos, o caso de Ângelo está longe de ser único, representando, em verdade, muitos outros casos acompanhados pela Equipa Y – a título de exemplo, *vide* Caixa 3 (*relato de caso* de Geraldo, 1ª parte) e Caixas 4 e 5 (*relato de caso* de Jerónimo, 1ª e 2ª parte, respetivamente na página 214 e página 215).

Caixa 3 – Relato de Caso: Geraldo (1ª Parte)

Das notas de campo:

Durante a tarde, fomos visitar Geraldo (nome fictício), um homem cuja idade se situa entre os 50-59 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, associado a alcoolismo. Vive sozinho com o pai idoso. A trajetória de Geraldo espelha bem o impacto da intervenção da Equipa Y ao nível da redução da necessidade de internamentos hospitalares. Antes de começar a ser acompanhado pela Equipa, o que aconteceu em 2011, Geraldo, tinha em média 2 internamentos por ano. Desde que começou a ser acompanhado pela mesma, até ao presente ano (2018), teve apenas dois internamentos.

Geraldo é um homem com graves problemas de alcoolismo, que se associam a uma enorme desestruturação social. Sempre viveu com os pais. Desde que a mãe faleceu que vive sozinho com o pai, com quem tem imensos conflitos. Refletindo a cultura local e geracional que valoriza o “trabalho árduo e o amearhar de poupanças para o futuro”, o pai não consegue aceitar que, apesar da doença, ele não trabalhe, nem fora de casa, nem no âmbito doméstico, nos trabalhos de agricultura. Geraldo encontra-se reformado pela doença psiquiátrica. No passado, chegou a trabalhar, tendo mesmo emigrado para um país europeu, onde esteve empregado. Com a idade e com o agravar da doença, foi deixando de conseguir adaptar-se às rotinas de trabalho, chegando ao ponto de obter uma “reforma por invalidez”. O pai é um homem muito trabalhador, dedicando todo o seu tempo à agricultura. Geraldo gasta praticamente todo o dinheiro da “reforma” em álcool, embora beba menos do que antes.

No passado, Geraldo provocou graves desacatos na comunidade, tendo-se gerado em seu torno um grande estigma e muitos sentimentos de indesejabilidade social. A partir da intervenção da Equipa,

ética, é importante estimular os/as profissionais a uma reflexividade na prática. Comumente, as justificações para as práticas de “pressão” relacionam-se com o argumento da defesa dos “melhores interesses” para a pessoa com “doença mental” e salvaguarda da sua segurança, assim como o argumento da “proteção e segurança de outras pessoas”. Ora, de acordo com Szmukler e Appelbaum (2001) e com Bindman (2008), esses riscos são frequentemente mal definidos e de difícil quantificação, dando lugar a situações de abuso e a práticas não raras vezes paternalistas. Tratando-se de um assunto bastante complexo, os autores defendem a necessidade de uma reflexão alargada sobre esta temática que desemboque na criação de um moldura ética comum que possa auxiliar os/as profissionais de saúde mental a entender quando é que determinadas práticas de pressão ou coerção são eticamente justificáveis. Voltando ao caso de Ângelo, podemos entender que o tipo de pressão exercido pela Equipa Y se enquadra no nível “influência” (Szmukler & Appelbaum, 2001, p. 531). No caso, trata-se de uma “influência” indireta, pois não é exercida diretamente pelos/as profissionais, mas com recurso à “influência” de um familiar (um tio) com quem Ângelo estabelece uma relação de grande proximidade emocional.

começou a andar muito mais estável e muito menos agressivo, o que levou a uma significativa diminuição dessa rejeição na comunidade. Pela resistência à medicação oral e dificuldades na sua gestão, passou a tomar medicação injetável, o que se revelou um momento de viragem na sua trajetória clínica. Deixou de ter crises, como tinha, e deixou também de ter comportamentos de violência. A Equipa visita-o muito regularmente, o que se tem revelado fundamental ao nível da prevenção de recaídas.

Fonte: Notas de campo (20/09/2018)

Um breve excerto da entrevista realizada com Jerónimo – jovem com diagnóstico de esquizofrenia, acompanhado em regime de apoio domiciliário – coloca, precisamente, em evidência a perceção da importância da medicação *depot* e seus reflexos ao nível da integração na comunidade onde reside.

Se não fosse esta ajuda que tenho, não sei o que seria de mim. Acho que as pessoas daqui [da terra] já nem queriam ver-me por perto. Ai de certeza... Estava tramado. Comecei a tomar a injeção e acho que isso foi o que me safou. Foi, porque senão já tinha escavacado dois ou três mesmo a sério... Já tinha tido problemas com a justiça. Agora ainda me apetece bater e escavacar alguns gajos, mas já consigo controlar-me. Antes não acontecia. (Homem, faixa etária 20-29)

Ainda que seja tido como um elemento terapêutico praticamente incontornável, entendido pelos próprios protagonistas das experiências como indispensável à promoção do seu equilíbrio, o *depot*, como outros psicofármacos de administração oral, não aparece associado a uma ideia de cura ou de completa melhoria. Em verdade, não obstante a toma regular e assídua desses psicofármacos, muitas das manifestações que a psiquiatria considera como “sintomas de doença” persistem (como a audição de vozes e estados agudos de agitação e ansiedade), o que leva esses mesmos protagonistas a não crerem na possibilidade de cura ou de completa reversão dos seus diagnósticos psiquiátricos.

Mesmo com medicação ouço vozes... A medicação deixa-me um bocado mais calmo e não fico assim tão aflito como ficava. Isto é uma doença que não tem cura... Dá para controlar, mas não se cura... Vou ter de tomar esta injeção mais os comprimidos a vida toda. (Homem, faixa etária 50-59)

Nos discursos, o injetável *depot* (como outros psicofármacos) aparece frequentemente associado à produção de maiores níveis de calma, tidos como responsáveis pelo controle dos sintomas mais severos (como os comportamentos agressivos). No entanto, se por um lado esses estados de “maior calma” permitem um maior controlo dos sintomas e uma maior despreocupação dos/as profissionais e das famílias com potenciais “comportamentos desviantes”, por outro lado, são também sinónimo de produção de estados de excessiva inércia ou letargia, angustiantes tanto para quem os vivencia na primeira pessoa como para quem os observa diariamente, enquanto membro da família. Neste sentido, o *depot* e a psicofarmacologia em geral são muitas vezes entendidos como expropriadores da vitalidade ou até mesmo da própria essência da pessoa, sendo esse o motivo mais

frequentemente alegado pelas próprias pessoas com diagnósticos, ou pelas suas famílias, para justificarem o desejo de abandonarem os tratamentos – a propósito, *vide* Caixa 1 (*relato de caso* – Constança).

À semelhança do que acontece no contexto do Centro de Saúde, também no acompanhamento domiciliário se assiste a uma centralidade dos recursos biomédicos, detendo os psicofármacos (sobretudo os *depot*) um papel preponderante, praticamente incontornável. Mais uma vez, a carência de recursos – em particular, de profissionais de psicologia e equipamentos/respostas de carácter social (especialmente ao nível sócio-ocupacional e laboral) – é apontada pelos/as profissionais da Equipa Y como um grande constrangimento à intervenção, que limita grandemente a possibilidade de promoção de verdadeiros processos de *recovery*. Não obstante os múltiplos esforços da Equipa no sentido de colmatar o mais possível tais lacunas, o modelo formal vigente acaba, então, por “empurrar” a pessoa com experiência de sofrimento mental para uma dinâmica terapêutica fechada e viciosa – a toma do medicamento –, da qual muito dificilmente se conseguirá libertar.

4.2.2. Mais do que apenas “ir”, “estar de peito aberto”

Ainda que a psicofarmacologia desempenhe um papel de grande relevância na intervenção comunitária, ela está longe de ser encarada pela Equipa Y como um instrumento terapêutico isolado, que dispense uma abordagem de verdadeiro *cuidado*. É esse um dado que sobressai não apenas nas narrativas dos/as profissionais e das pessoas por elas acompanhadas, como também nas observações *etnográficas*, realizadas *in loco*. A “visita domiciliária” não significa apenas “ir de passagem”; significa “estar” com a pessoa, numa postura de acolhimento e abertura ao diálogo, favorecedora do estabelecimento de vínculos de afeto e confiança.

Não nos limitamos a ir só de passagem, a passar em casa da pessoa e ‘olhe, tome lá o comprimidinho ou o injetável; adeus, até outro dia’. Não, nós não nos limitamos a isso; nós vamos e estamos com a pessoa. E estamos de peito aberto, acolhemos, ouvimos... Procuramos saber o que precisa e como a podemos ajudar a resolver aquilo que a preocupa. (Enfermeira da Equipa Y)

- São pessoas que se preocupam mesmo comigo. São como uma família, que hoje não tenho praticamente, não é? Quando estou mais em baixo, sei que não estou sozinho, que tenho ali pessoas que vão ajudar, que não me deixam ao “Deus dará”.

- Então, a ajuda não é só com a injeção de 15 em 15 dias? Não é só chegar e dar a injeção...?

- Não, não! Falam muito comigo com conversa. Quando começo a andar assim mais agitado, ligo para falar com eles, sei que me vão acalmar. Dão-me bons conselhos. São muito meus amigos. (Homem, faixa etária 50-59)

Porventura, será essa forma de se “estar” na comunidade, baseada numa presença sensível e afetuosa, que justificará, em certa medida, um interessante dado observado no âmbito do trabalho etnográfico, a saber: o facto de grande parte das pessoas acompanhadas em regime de visitas domiciliárias só aceitar o injetável *depot* se administrado pela Equipa¹¹⁷.

Muitas das pessoas que seguimos só aceitam o *depot* se formos nós a dar. Já nos articulámos com os Centros de Saúde das suas áreas de residência para que fossem lá, mas não querem, dizem-nos mesmo que assim não o tomam. (Enfermeira da Equipa Y)

Jerónimo representa um desses casos (*vide*, já em seguida, Caixa 4 e Caixa 5) em que se rejeitou a administração do *depot* no Centro de Saúde da área de residência em prol dessa mesma administração pela Equipa Y.

Caixa 4 – Relato de Caso: Jerónimo (1ª parte)

Jerónimo tem diagnóstico de esquizofrenia, associado a consumo de álcool e drogas. A sua idade situa-se entre os 20 e os 29 anos. Para além da observação de uma “visita domiciliária”, teve a oportunidade de lhe realizar uma entrevista aquando de uma das suas idas ao Centro de Saúde, onde se desloca periodicamente para consultas de psiquiatria.

Segundo narra, tudo começa com a separação dos pais, quando ainda era bebé. Desde então, o pai afastou-se, só o voltando a procurar durante a sua adolescência (aos 17 anos). Fala, com grande mágoa do pai: “se o encontrasse, partia-o todo!”. O acompanhamento psiquiátrico começou quando tinha 9 anos. Insucesso escolar, associado a comportamentos de muita agitação e violência levam a professora a solicitar apoio: “*Eu repeti três anos na 1ª classe e houve uma Professora que conhecia uma psiquiatra e falou com ela. Eu enervava-me muito fácil, se me dissessem uma coisa que não gostasse, eu destrancava logo... e só me apetecia bater*”. A medicalização foi precoce. Com 9 anos começou a tomar *Ritalina*. Foi a única solução oferecida. Não teve apoio psicológico. Entretanto, começou a ter problemas decorrentes dessa medicação, que levaram à sua substituição: “*A ritalina dava-me problemas cardíacos, tinha uns ataques e desmaiava. Tomei só até aos 13 anos, depois mudaram para Risperidona*”. Sem outro tipo de respostas, que não a medicação, a sua trajetória não se altera significativamente quanto ao seu mal-estar emocional e comportamentos violentos. A tendência foi, aliás, a de se agravar, em virtude do sequente aprofundamento do seu envolvimento com álcool e drogas: “*Apanhei a minha primeira bebedeira com 6 anos. A partir daí nunca mais parei, até hoje. Na adolescência foi pior. Bebia muito e também comecei a drogar-me*”. Os comportamentos na escola e na comunidade foram-se agravando:

¹¹⁷ Como se viu anteriormente, a valorização da dimensão dos afetos por parte da Equipa Y reflete-se na forma como, logo à partida, aquando do início do contacto com a pessoa, se procede à atribuição do/a terapeuta de referência. De facto, tal atribuição não se faz de uma forma tecnicista ou burocrática, mas com base numa percepção da existência de uma afinidade emocional, que, em geral, se alcança logo nas primeiras visitas. Desde há muito que a importância da dimensão afetiva e qualidade da relação interpessoal no âmbito das práticas de saúde é documentada na literatura académica, sendo reconhecida como elemento que detém forte influência na “adesão terapêutica” (Zola, 1981; Kirmayer, 1988; Balint 1998; Siegel, 1998). Zola (1981, p. 250) chega mesmo ao ponto de considerar que, em geral, quando os “pacientes” não aderem à terapêutica, isso diz muito mais sobre a relação que estabelecem com o/a profissional do que propriamente com a atitude que têm relativamente ao tratamento. Ora, a forma como a maioria das pessoas acompanhadas pela Equipa Y apenas aceita o *depot* se administrado por profissionais da Equipa poderá, eventualmente, constituir-se como mais um indicador da qualidade de relação interpessoal (entre profissional e utente) e da forma como a Equipa consegue firmar aquilo que Zola (*ibidem*, p. 250) designa como “aliança terapêutica”.

“Andava sempre à porrada, na escola, lá na terra... Na escola até cheguei a bater em funcionárias, porque não queria ir para as aulas. Eu queria era estar com os meus amigos, uns copos, fumar... E a Professora de Educação Especial, bati-lhe e cheguei a furar-lhe os quatro pneus do carro... A diretora chamou lá a minha mãe, falou com a médica, que foi aumentando mais um bocado a dose, mas mesmo assim... se eu me chateasse era o suficiente para eu lhe bater. A medicação punha-me mais sonolento, mas eu descontrolava-me muito fácil”

Aos 16 anos a mãe falece. Fica a viver com o padrasto, que considera como seu verdadeiro pai. O falecimento da mãe fá-lo entrar num estado de absoluto sofrimento e descontrolo. Abandona totalmente a medicação e entrega-se ainda mais ao álcool e às drogas. Tendo já abandonado a escola e não tendo qualquer ocupação, passa os dias em cafés, envolvido em “brigas”: *“Sofri muito com a morte da minha mãe, muito. Qualquer coisa que me contrariasse, eu queria espancar a pessoa”*. Com o padrasto, a situação também se torna muito difícil em virtude de o mesmo ter iniciado um relacionamento com uma mulher que passa a viver com eles: *“Não o perdoo! Nem a ela. Ela não pode ocupar o lugar da minha mãe!”*. Durante este período, é acompanhado num departamento de Psiquiatria de um Hospital Geral, com consultas de psiquiatria. Diz que essas consultas não adiantavam nada, pois a única coisa que a médica fazia era receitar medicação, que não tomava: *“Já nem a comprava, porque não valia a pena”*. O caso de Jerónimo é, entretanto, transferido para a Equipa Y, iniciando-se uma nova fase na sua trajetória: *“A minha vida estava um caos. Eu partia tudo, andava sempre à porrada. Não sei o que seria de mim se não fossem eles”*. [Relato continua na Caixa 5].

Fonte: Entrevista realizada no Centro de Saúde (25/09/2018).

Tendo-me sido dada a oportunidade de observar a interação de Jerónimo com alguns dos membros da Equipa, no âmbito de um “visita domiciliária” (*vide* relato dessa visita em Caixa 5), foi-me possível constatar *in loco* o nível de confiança e proximidade emocional que o mesmo estabelece com esses/as profissionais, muito particularmente com a sua *terapeuta de referência*. Tendo o encontro ocorrido pela sua própria iniciativa, na sequência de um contacto telefónico que ele mesmo diligenciou, foi-me possível verificar como esse encontro representou muito mais do que uma ocasião para a administração do injetável *depot*, revelando-se um verdadeiro momento de diálogo e de partilha daquilo que o angustiava, o que proporcionou à Equipa a oportunidade de lhe prestar um auxílio atempado (com dotação de recursos emocionais e conselhos sobre formas de estar e agir), que veio a evitar o seu envolvimento em indesejáveis situações de conflito e de agressões físicas.

Caixa 5 – Relato de Caso: Jerónimo (2ª parte)

No dia 17 de Junho de 2018, durante a tarde, acompanhei a Equipa numa visita a Jerónimo. A deslocação não foi ao seu domicílio. Ele preferiu marcar o encontro junto a uma farmácia, na medida em que se encontrava zangado com o padrasto e não desejava que ele estivesse presente. A Enfermeira Z diz-me que foi ele quem lhe ligou, solicitando um encontro com a Equipa. Hoje em dia, tal é frequente, sendo que a Equipa avalia esse facto como uma conquista. Chegamos ao local e logo me apercebo da relação de confiança e cumplicidade que ele estabelece com os/as profissionais. O motivo principal do encontro é a toma do injetável *depot* (cuja toma é quinzenal),

mas percebe-se que ele está desejoso de partilhar os problemas e angústias que o inquietam no momento. Entra na farmácia, com um dos enfermeiros, para levar o injectável. É-me explicado que aquele estabelecimento costuma ceder à Equipa uma sala para esse efeito, sempre que necessário. A visita não se esgota nesse momento. Após a injeção, Jerónimo fica a conversar com os elementos da Equipa, junto ao veículo da mesma, por cerca de 40 minutos: partilha os problemas que tem tido com o padrasto, fala sobre a nova namorada, de como ela também está a precisar de ajuda (pois anda a automutilar-se nos últimos tempos), fala dos problemas que está a ter com um dos monitores do curso profissional que frequenta, de como tem vontade de lhe bater. Os membros da Equipa dão-lhe espaço para falar, procurando, simultaneamente, reconduzi-lo à tranquilidade e à importância de resolver essas questões com diálogo, dizendo-lhe que a violência só lhe trará mais problemas.

Percebe-se claramente a relação de proximidade que ele tem com a Equipa, sobretudo com a Enfermeira Z, sua terapeuta de referência. Aquando da despedida, Jerónimo diz-lhe: *“Depois temos que falar daquilo que eu lhe falei na consulta... Preciso de desabafar sobre isso”. “Está bem, vai lá ter comigo ao Centro de Saúde para nós conversarmos com calma...”*

Já de regresso à estrada, é-me explicado como este acompanhamento de proximidade tem sido crucial para Jerónimo. Desde então, passou a aceitar o tratamento com o injetável *depot* e começou a conseguir controlar os comportamentos de agressividade. O injetável tem tido um papel crucial na reversão desses comportamentos, no entanto, na opinião da Enfermeira Z, o elemento-chave tem sido a componente dos afetos. Com o falecimento da mãe, Jerónimo passou a sentir um enorme vazio que a relação de proximidade com a Equipa (em particular com a Enfermeira Z) tem vindo a preencher. Como a mesma refere:

“Para mim, a chave da intervenção, neste caso, tem sido mesmo a questão dos afetos. Há uma relação de proximidade afetiva que o tem ajudado muito. E ao estarmos com ele de 15 em 15 dias, conseguimos perceber as oscilações, ajudá-lo com os seus problemas. E fale-me das namoradas... Desabafa muito comigo... Depois, de vez em quando desaparece... E eu também não insisto, só lhe digo: ‘Ó Jerónimo, eu gosto que venhas cá, nem que seja só para falarmos um bocadinho. Não queres a medicação, não queres, mas podias ao menos aparecer para conversarmos’. Depois lá lhe dá na veneta, telefona e aparece, mesmo sem marcação”

Alguns meses mais tarde, numa das suas idas ao Centro de Saúde, surge a oportunidade da realização de uma entrevista com Jerónimo. Nessa ocasião, é mediante as suas próprias palavras que corroboro a importância da Equipa na sua trajetória:

“Se não fossem eles, já me tinha desgraçado. Qualquer coisa se eu precisar é só ligar. Não consigo falar sobre os meus problemas com a minha família, nem com os amigos; mas com eles consigo. E falo muito com a enfermeira Z.”

Fonte: Notas de Campo (17/07/2018); Entrevista (25/09/2018).

A carência de profissionais de Psicologia é apontada pelos/as profissionais da Equipa Y como uma das grandes lacunas sentidas no contexto de “apoio domiciliário”, em virtude das amplas necessidades de apoio psicológico identificadas entre as pessoas acompanhadas nesse mesmo contexto. Ainda que não substitua o acompanhamento sistemático e sistematizado de uma psicóloga (reconhecido, unanimemente, como muito necessário), o investimento numa abordagem de grande proximidade emocional e afetiva por parte dos/as profissionais que realizam as visitas domiciliárias (que, na maior parte das vezes, são apenas profissionais de enfermagem) acaba, de alguma forma, por produzir uma atenuação dos efeitos da ausência desse acompanhamento especializado. Também a esse

nível, o caso de Jerónimo é bastante ilustrativo, conforme se pode constatar mediante a leitura do *Relato de Caso* apresentado na Caixa 5. Dessa leitura percebe-se, muito claramente, o valor do *cuidado* no sentido autêntico do termo. Com efeito, olhando o caso de Jerónimo sob as várias perspectivas (empíricas) recolhidas – i.e., o seu próprio testemunho, a narrativa da Enfermeira Z (sua terapeuta de referência) e a observação etnográfica, realizada *in loco* –, torna-se evidente como uma abordagem de *autêntico cuidado*, assente em acolhimento e proximidade afetiva, se pode constituir como um elemento-chave numa trajetória terapêutica.

É interessante notar como o excerto de entrevista que se segue, vocalizado pela Enfermeira Z, vai ao encontro de problematizações e conceitos desenvolvidos por autoras que se debruçaram sobre a ética do *cuidado*, as quais tive oportunidade de expor em capítulo anterior (especificamente no subponto “A ética do cuidado como expressão superior da integralidade” do capítulo 3). Com efeito, falando a respeito do ideal de *cuidado* preconizado tanto por ela, em termos individuais, como pela Equipa, a referida entrevistada refere-se a ideias como *acolhimento e proximidade afetiva*, *intersubjetividade* (relação pessoa-pessoa), *interdependência* (relação de reciprocidade) e *visão humana integral*, em linha com autoras como Mayerhoff (1971), Tronto (1993) e Watson (1999).

A proximidade afetiva é fundamental para nós, enquanto equipa que cuida de pessoas. Nós entendemos que não somos superiores, nem inferiores. Somos pessoas em relação com outras pessoas. Somos pessoas num plano de igualdade, numa interação de interajuda, porque isto no fundo é: nós damos alguma coisa e recebemos sempre alguma coisa também... Recebemos sempre. Mas é assim que eu entendo a enfermagem. Porque para mim a enfermagem não faria qualquer sentido se ela não fosse vista num todo, em que a essência da enfermagem, para mim, é o cuidar... Portanto, tudo é importante: é o conhecimento técnico, é o conhecimento científico, tudo isso é muito importante, mas enquanto não virmos o outro como uma pessoa na sua totalidade, em que o intuito é o cuidar de forma afetuosa, não há um verdadeiro cuidado. [...] E o afeto é aquilo que conquista as pessoas. O J., por exemplo, é um miúdo que eu trato por tu. Porquê? Porque este era um miúdo que estava muito renitente em vir à consulta, inicialmente, e foram umas técnicas do serviço social que o conseguiram trazer até nós. Contrariado, mas veio. E nós naquela de tentar cativá-lo... E ele, a certa altura, disse: “Pronto, está bem, eu venho cá à consulta... Porque as enfermeiras são todas umas chatas, mas você até é uma *cota* que até é porreira”. [risos] E no entanto, ainda hoje eu lhe disse a brincar: “Se fosses meu filho... Hoje estou mesmo chateada contigo!” (Enfermeira da Equipa Y)

Como referido em outro lugar da presente tese, a vinculação do modelo biomédico aos aspetos objetivos da doença tem vindo a refletir-se numa “tensão estruturante” entre o “saber e o sentir”, entre o “aspeto científico” e o “aspeto humano” (Bonet, 1999), traduzindo-se, em última análise, naquilo que Mary-Jo Good e Byron Good (1989) designam por tensão estruturante entre as *noções de competência* e as *noções de cuidado*: as primeiras associadas à linguagem científica, aos conhecimentos e habilidades médicas; as segundas associadas às

atitudes de compaixão, de empatia e a todas as questões conhecidas por “aspectos pessoais da medicina” (Good M-J. & Good B., 1989, pp. 304-305). Neste sentido, no âmbito da formação biomédica, os/as profissionais são comumente treinados para ganhar distanciamento relativamente à pessoa – entendida sob a perspectiva de “objeto” da sua intervenção –, anulando, por assim dizer, toda a dimensão das emoções e dos afetos. A formação biomédica, ancorada na racionalidade científica, estabelece, portanto, que o/a profissional não se envolva emocionalmente com o “objeto da doença”, na medida em que se crê que essa “proximidade” interferirá na sua imparcialidade e na sua capacidade de agir racionalmente e de forma técnica (Siegel, 1998). Ora, tendo a maioria das pessoas entrevistadas vivenciado essa frieza e esse distanciamento emocional em outros contextos terapêuticos, em particular aquando da passagem pelo contexto do Hospital Psiquiátrico, a “abordagem humanista” protagonizada pela Equipa Y não deixa de lhes causar alguma surpresa. Surpreendem-se não apenas com a proximidade afetiva e emocional que os/as profissionais da Equipa depositam na relação, como também com a disponibilidade que manifestam para a continuidade do apoio (com possibilidade de contacto telefónico), situada para lá do momento específico da “visita domiciliária”

No hospital, o meu sobrinho não tinha sorte com os doutores, como é aqui. São muito disponíveis. Estão sempre a dizer-nos: “Se precisar ligue-nos, que nós ajudamos, vimos cá!”. (Tia de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

Quando andava a ser tratado no Hospital, não havia essa coisa de me darem o número de telemóvel. Não estava assim à espera de uma coisa assim... (Homem, faixa etária 50-59)

Tenho o telefone deles todos. Às vezes ligo... E a enfermeira Z é a pessoa que mais me atura. É assim mais próxima. Os meus problemas maiores, só me consigo abrir assim mais com ela. Ela diz-me que posso ligar sempre que preciso. E eu ligo-lhe às vezes, mas só quando vejo que preciso mesmo. (Homem, faixa etária 20-29)

No contexto da formação biomédica, um argumento que frequentemente se ouve quando se defende a objetividade e o distanciamento afetivo entre profissional e pessoa “doente” é o de que uma abordagem empática e de proximidade afetiva pode fomentar uma “postura abusiva”, de constante solicitação, tornando-se extenuante para quem se encontra no papel de cuidar (Siegel, 1998). A Enfermeira Z desconstrói essa ideia, referindo que, não obstante a proximidade e a manifestação da disponibilidade da Equipa Y para um cuidado permanente, não se verificam “abusos” por parte das pessoas.

Toda a nossa atenção, enquanto profissionais, é sempre no sentido de cuidar do outro, seja de que forma for. Muitas vezes o cuidar passa simplesmente por dar a mão. Fazer a pessoa sentir que estamos ali... Muitas vezes é apenas isso que a pessoa precisa, que estejam ali, que a escutem. Muitas vezes eu digo: “este é o meu telefone pessoal, se por algum motivo eu não puder atender, dentro do possível, quando eu estiver disponível, eu faço o retorno.” É engraçado, que as

peças não são abusivas. O J, por exemplo, tem o meu número de telefone e não é nada abusivo. (Enfermeira da Equipa Y)

Ainda que, comumente, as necessidades de cuidado sejam muito amplas, estas passam, antes de tudo o mais, pela presença de uma presença sensível e afetuosa, por um sentir que não se está sozinho/a no processo de sofrimento, que se tem alguém que oferece “a mão”. Sendo essa uma ideia expressa no excerto de entrevista supracitado, vocalizada por uma profissional, ela é igualmente corroborada pelas narrativas dos/as protagonistas das experiências. Ilustrativamente, reproduz-se a narrativa de Jerónimo.

Só o saber que estão ali... que posso ligar, que vêm ter comigo... Só isso já ajuda muito... saber que tenho ali aquelas pessoas, prontas a ajudar, a ouvir as minhas coisas. É super importante mesmo. (Jerónimo)

As potencialidades de uma abordagem terapêutica de proximidade afetiva não se esgotam, porém, nesses benefícios de foro emocional e de foro terapêutico. Uma relação interpessoal baseada em vínculos de afeto e confiança favorece, ademais, um adentramento no universo sociocultural da pessoa, ajudando a que o/a profissional consiga conhecer e compreender necessidades mais amplas, que estão longe de se reduzir a correções e acertos na medicação. Como me dizia um profissional, numa das muitas viagens pela comunidade, o facto de a pessoa estabelecer com os/as profissionais uma relação de verdadeira confiança leva a que as portas da sua casa e da sua vida se abram com muito mais facilidade, o que permite à Equipa Y um conhecimento e uma compreensão muito mais lata sobre as suas necessidades mais urgentes. Em geral, no topo da lista das necessidades identificadas estão necessidades relacionadas com a gestão da vida diária, com questões familiares (ao nível da gestão de conflitos) e com questões do foro social, tal como necessidades habitacionais, laborais e de integração na vida social. É sobre o papel que a Equipa desempenha a esse nível que me ocuparei já em seguida.

4.2.3. Entre as múltiplas necessidades e a tentativa de as suprir

Como se viu um pouco atrás, a escassez de recursos, tanto ao nível humano como ao nível de respostas e equipamentos sociais, configura o maior constrangimento à intervenção levada a cabo pela Equipa Y no contexto do Centro de Saúde. Ora, essa escassez revela-se ainda mais problemática e mais desafiante na modalidade de intervenção domiciliária, em virtude da enorme complexidade que caracteriza a esmagadora maioria dos casos aí acompanhados.

Uma das grandes potencialidades das “visitas domiciliárias” é, justamente, a de permitir uma identificação das múltiplas necessidades da pessoa. Ora, sendo certo que a

Equipa consegue facilmente identificar grande parte dessas necessidades, o mesmo já não se passa relativamente à capacidade de promoção de respostas multidisciplinares. Conforme já se aludiu por diversas vezes, um grande constrangimento da Equipa Y consiste na não concretização da (formalmente prevista) multidisciplinidade. Na maior parte do tempo, a Equipa é constituída apenas por profissionais da área psiquiátrica (médica e enfermeiros/as). Ora, não desmerecendo, de todo, o papel de outras áreas, é na esfera social que os/as profissionais entrevistados/as mais se detêm quando falam das necessidades mais básicas e de carácter mais urgente das pessoas que acompanham. É nesse sentido que a escassez de profissionais de serviço social e de equipamentos sociais (especificamente dirigidos às problemáticas de saúde mental) é apontada como uma questão bastante problemática (*vide* 13º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Aquando das primeiras “visitas”, uma das necessidades mais frequentemente identificadas pela Equipa tem que ver com carências socioeconómicas e com a ausência de autonomia da pessoa para a gestão da sua vida diária, em particular ao nível da higiene pessoal, confeção das refeições e limpeza/organização do espaço doméstico. De modo a fazer face ao primeiro tipo de problemática – carências socioeconómicas –, uma das primeiras medidas, frequentemente tomada pela profissional de Serviço Social, é a de acionar ou diligenciar junto da Segurança Social as prestações sociais possíveis, enquadráveis nas respetivas situações, como, por exemplo, a Pensão de Invalidez, o Rendimento Social de Inserção ou o Subsídio de Carácter Eventual (quando necessário cobrir despesas extraordinárias, inadiáveis, como despesas de saúde).

Já em relação à ausência de autonomia da pessoa para a gestão da sua vida diária – problemática igualmente identificada de forma frequente aquando do início do acompanhamento –, em alguns casos, o apoio da Equipa (com conselhos e orientações) e a progressiva conquista de estabilidade clínica são suficientes para ela reverter esse quadro, conseguindo, em grande medida, resgatar essa autonomia. No entanto, nem sempre tal acontece. Nesses casos, frequentemente agravados pelo facto de as pessoas viverem sozinhas, a técnica de Serviço Social mobiliza-se no sentido de acionar apoio junto das Santas Casas da Misericórdia da região, a fim de que estas providenciem esse tipo de apoio domiciliário (*vide* 14º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Este é o tipo de apoio que a Equipa Y consegue mobilizar com maior facilidade, por duas ordens de razão: em primeiro lugar, porque se está perante um território bastante envelhecido, onde abunda a oferta deste tipo de serviço por parte da referida organização

católica; em segundo, pela capacidade de articulação e negociação com essa mesma organização, granjeada pela Equipa Y nos últimos anos.

O segundo aspeto tem-se revelado, aliás, de especial relevância no que toca à possibilidade (ainda que muito limitada) de resposta da Equipa Y a uma outra problemática, bastante desafiante sob o ponto de vista da sua resolução, a saber: a integração de algumas pessoas com diagnósticos de doenças mentais graves em equipamentos sociais do foro residencial e/ou ocupacional. Com efeito, uma das maiores problemáticas da Equipa Y reside na carência de respostas societais especificamente desenhadas e dirigidas à saúde mental. Na área geodemográfica de atuação, rareiam ou são até mesmo inexistentes equipamentos sociais como residências terapêuticas (com diferentes graus de astronomia), fóruns sócio-ocupacionais, oficinas artísticas, grupos terapêuticos de ajuda mútua, cuidados continuados e integrados de saúde mental, etc. Neste sentido, perante a identificação de problemáticas sociais graves – como situações de isolamento social; incapacidade ou impossibilidade de viver sozinho/a; sobrecarga familiar; elevado nível de conflitos com a família e/ou com a vizinhança; perda progressiva de aptidões sociocognitivas; dificuldades de integração laboral e social, etc. –, a Equipa Y vê-se frequentemente perante um enorme vazio de respostas adequadas.

Casos como o de Geraldo (*vide* Caixa 6) são bastante raros, como me informou um dos membros da Equipa. A Equipa propôs-lhe uma integração temporária numa Residência Terapêutica (pelo período máximo de 12 meses), algo que Geraldo já desejava e solicitava à Equipa há bastante tempo, a fim de “descansar” da relação extremamente conflituosa que tem com o pai idoso (com quem vive). Essa possibilidade de integração (relatada na Caixa 6) – naquela que é a única residência terapêutica, dirigida especificamente à “doença mental”, existente no território geodemográfica de intervenção da Equipa Y – constitui-se como uma grande exceção, já que, habitualmente, não se registam vagas nessa residência.

Caixa 6 – Relato de Caso: Geraldo (2ª parte)

Das notas de campo:

Há algum tempo, Geraldo tinha-se manifestado interessado em integrar, temporariamente, uma Residência de Cuidados Integrados para pessoas com diagnósticos psiquiátricos, a fim de “descansar” do ambiente de grande conflito em que vive com o pai. Tendo surgido uma vaga numa das raras residências a funcionar na região, a Equipa deseja saber se ele realmente continua interessado. Foi essencialmente esse o propósito da visita que fizemos ao seu domicílio, durante a tarde de hoje.

Ao que parece, ele já tinha confirmado essa intenção, mas, entretanto, devido à informação sobre a quantia mensal a despende, recuou nessa decisão. A questão é que juntando todos os rendimentos do agregado familiar, a prestação mensal ficará à volta dos 200 euros, sendo que a

reforma de Geraldo é de 300 euros. Tendo em conta que ele fuma e gosta de ter algum dinheiro durante o mês, apenas lhe sobram 50 euros, o que ele considera muito pouco. Sendo este o motivo de ter voltado atrás na decisão, a Equipa deseja conversar com o pai, de modo a convencê-lo a dar-lhe algum dinheiro, para que ele não fique apenas com aquela quantia para os gastos pessoais. A Equipa tem necessidade de uma resposta rápida, pois existe uma única vaga naquela residência. Se demorar a decidir, poderá perdê-la.

O ambiente de conflito no seio familiar tem-se vindo a agravar nos últimos tempos, com o pai a dar sinais de grande exaustão e com o filho em iminente risco de recaída pelo constante refúgio no álcool. A Equipa explica-me o quanto esta integração temporária proporcionará uma pausa nesta relação conflituosa, ajudando a aliviar o sofrimento de ambos. Acreditam, ademais, que essa integração terá impactos muito positivos na trajetória terapêutica de Geraldo. O período máximo de possível permanência nessa Residência é de 12 meses.

Já em casa de Geraldo, a Equipa pergunta-lhe pelo pai. Ele diz que não está. Voltam a falar-lhe da integração na Residência. Numa primeira abordagem, ele diz que afinal já não quer, pois é muito caro. A Equipa explica-lhe que o que gasta mensalmente estando em casa é também relativamente elevado e que na Residência terá muito mais conforto e possibilidades de socialização. A primeira pergunta que Geraldo faz é: “lá tem que se apanhar azeitona?”. Os membros da Equipa dizem-lhe que não. Questiona o que lá se faz. Falam-lhe da diversidade de atividades ocupacionais e da possibilidade de escolher o que for da sua preferência. Ele diz que não quer agricultura, que para isso tem os terrenos em casa, onde o pai o quer obrigar a trabalhar. A Equipa avisa-o que lá não poderá beber. Ele fica em silêncio. E pergunta se lá não há bares. A Equipa responde que existem, mas não para vender bebidas. “E café?” – pergunta. “Café sim” – respondem-lhe. Fica mais tranquilo: “se há café, está tudo bem”. A Equipa faz as contas com ele, levando-o a perceber os benefícios de ser integrado no programa. Alertam, no entanto, para a necessidade de o pai concordar em ajudar com a mensalidade.

Responde que, afinal, quer ser integrado e de preferência rapidamente. Dizem-lhe que a inscrição será feita agora, mas que só terá vaga lá para janeiro. Mostra-se desgostoso. Gostaria de ir já, pois assim escaparia à apanha da azeitona e passaria também os meses mais frios num local aquecido. A casa é muito fria. É uma casa de pedra, sem quaisquer condições de aquecimento e conforto. Geraldo deseja uma fuga, uma espécie de evasão àquelas condições de vida. Já no final da visita, é com convicção que volta a afirmar que deseja a integração: “*Inscrevam-me!*”. A Equipa diz-lhe que voltará para falar com o pai. Se o pai aceitar ajudar na mensalidade, então, o próximo passo será o de se deslocarem à Segurança Social para assinarem um documento em como aceitam fazer o pagamento.

Já fora da casa de Geraldo, em viagem, a Equipa explica-me que este tipo de situação é muito comum, ou seja, de as pessoas – tanto as protagonistas das experiências de sofrimento como as suas famílias – desejarem uma integração temporária em *residências de cuidados continuados* de modo a fazerem uma espécie de “pausa” nas suas situações de vida (seja ao nível mais logístico, seja ao nível de relações familiares difíceis, seja ainda pelos sentimentos de desintegração social na comunidade).

Fonte: Notas de campo (20/09/2018)

Em geral, como atrás se disse, em face da carência de equipamentos sociais especificamente direcionados para a “doença mental”, o que acontece é que a Equipa, como forma de não deixar as pessoas sem respostas, acaba por mobilizar os recursos existentes na região, que, na sua grande maioria, são recursos de apoio a pessoas idosas. É assim que as Santas Casas da Misericórdia se têm constituído como parceiras fundamentais da Equipa Y, detendo um papel de grande importância não apenas ao nível dos cuidados de apoio à vida diária, atrás referidos, como também na integração de algumas pessoas (que apresentam

uma maior dependência ou necessidade de um apoio permanente) em outras das suas modalidades de apoio, a saber: Lares e/ou Centros de Dia para pessoas idosas; Unidades de Cuidados Continuados Integrados (cuidados gerais, não especializados em saúde mental) e, menos frequentemente, Centros de Atividades Ocupacionais para pessoas com deficiências. Ainda que, frequentemente, as pessoas com diagnósticos psiquiátricos (acompanhadas pela Equipa Y) não se enquadrem no “perfil de utente” desses serviços, as *Santas Casas* acabam por aceitar a sua integração. Ora, como explica a coordenadora da Equipa Y, a fácil articulação com essas instituições e a sua receptividade às solicitações da Equipa explica-se, em grande medida, pela enorme proximidade que a Equipa tem vindo a estabelecer com essas organizações, prestando apoio psiquiátrico a muitos/as dos/as utentes das mesmas (*vide* 15º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

A criação de uma rede de sinergias com organizações locais tem-se revelado, portanto, crucial na capacidade de resposta da Equipa Y a um amplo conjunto de necessidades identificadas no âmbito da sua intervenção. Ainda que, na maior parte das situações, as respostas providas por essas organizações estejam longe de ser as ideais, o certo é que elas acabam, muitas vezes, por conseguir atenuar os efeitos do enorme vazio de respostas/equipamentos sociais dirigidas às problemáticas do foro mental.

A integração temporária de pessoas com diagnósticos psiquiátricos em organizações não devidamente especializadas e preparadas para este tipo de problemáticas não deixa, porém, de levantar algumas resistências e dificuldades, como dá conta a Enfermeira Z (*vide* 16º excerto de entrevista do *Apêndice L*). Referindo-se ao caso particular de Unidades de Cuidados Continuados (não especializados em saúde mental), ela fala de como, frequentemente, essas Unidades levantam obstáculos à integração de pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Dois fatores têm, no entanto, facilitado a integração de utentes da Equipa Y: por um lado, o facto de muitas dessas pessoas – especialmente as que se situam em faixas etárias mais elevadas – serem igualmente portadoras de patologias do chamado “foro físico” (que acabam por justificar ou legitimar mais facilmente o direito a essa integração); em segundo lugar, o facto a que já se aludiu antes, ou seja, uma espécie de relação tácita de reciprocidade estabelecida entre a Equipa Y e essas organizações, decorrente da forma próxima e solícita como a Equipa as apoia, sempre que necessário. De qualquer forma, como se apreende através do relato da mesma entrevistada, a integração de utentes com diagnósticos psiquiátricos neste tipo de organização nem sempre corre da melhor forma, na medida em que não existem, da parte dessas mesmas organizações, recursos adequados (sobretudo recursos humanos devidamente preparados e formados) para

lidar com as situações em causa. Ainda assim, como a mesma pontua, essa integração é frequentemente a melhor solução possível, pois, na sua ausência, a solução alternativa é simplesmente a de deixar as pessoas sem quaisquer respostas (*vide* 16º excerto de entrevista do *Apêndice L*).

Uma forma de a Equipa não deixar as pessoas com diagnósticos psiquiátricos e suas famílias sem respostas sociais é ainda a de engendrar, sempre que possível, soluções adaptativas e criativas que vão no sentido de conferir um maior respeito e dignidade às pessoas que delas beneficiam. Um caso emblemático que representa bem esse esforço da Equipa é o de Ângelo, cujo “relato de caso” se apresenta já sem seguida (*vide* Caixa 7).

Caixa 7 – *Relato de Caso: Ângelo (2ª Parte)*

Para além do apoio de proximidade da Equipa Y, um outro elemento de relevância na trajetória de cuidado de Ângelo (que envolveu a mediação da Equipa) respeita à sua integração num Centro de Dia de uma Santa Casa da Misericórdia. Como atrás se disse (*vide* Caixa 2), após o falecimento da mãe, Ângelo adentrou-se num processo de grande desestabilização. Entre as manifestações dessa desestabilização, contam-se a ausência de quaisquer rotinas de autocuidados (como rotinas de alimentação e cuidados de higiene) e o envolvimento recorrente em situações de conflito. Conforme recorda a sua tia: *“Antes da Equipa o ajudar passava semanas sem tomar banho, ninguém aguentava estar perto dele. Não comia nada de jeito, a roupa não era lavada. Andava sempre nos cafés, metido em confusões e brigas”*.

Tornava-se, pois, urgente mobilizar uma resposta do foro social. A única possibilidade vislumbrada foi a de procurar integrá-lo num Centro de Dia que se localiza na área onde reside. A ideia inicialmente ponderada era a de que Ângelo se dirigisse diariamente a esse Centro para a toma das principais refeições e para a realização da higiene diária. Ainda que o caso não se enquadrasse propriamente nos propósitos formais do Centro de Dia – uma vez que a sua vocação é a de acompanhar apenas pessoas idosas –, esta organização anuiu à integração de Ângelo para os efeitos referidos. Ângelo não aceitou de imediato a proposta. Como refere um profissional da Equipa: *“Foi muito difícil. Estivemos mais de um ano para o convencer a receber apoio e a frequentar o Centro de Dia”*.

O momento de viragem ocorre quando a Equipa, com a concordância daquela organização, sugere que ele preste apoio na instituição, auxiliando as pessoas idosas com mais dificuldades de locomoção, sobretudo aquando dos momentos das refeições. A ideia de frequentar o Centro de Dia sob esta nova perspetiva (de interdependência) leva-o, então, a aceitar a proposta de integração. De acordo com a Equipa, esta integração revelou-se um ponto de viragem na sua trajetória, traduzindo-se em significativas conquistas tanto na sua estabilidade clínica como ao nível da sua inclusão social. Ao invés de se sentir desintegrado – o que muito provavelmente aconteceria se a frequência naquele espaço acontecesse sem o acordo que se veio a firmar –, Ângelo passou a sentir-se útil, dando um novo sentido à sua trajetória. A relação estabelecida não é de dependência, mas de interdependência. Ângelo não apenas recebe cuidados, como presta cuidados. De acordo com as falas da sua tia, esta participação no Centro de Dia veio trazer-lhe um auto e hétero reconhecimento, conferindo-lhe um sentimento de dignidade.

“Ele passou a andar tão bem. Sente-se melhor com ele próprio, sente-se útil... mais importante. E pessoas que conheço, que lá andam, dizem-me que lá todos gostam muito dele”. O mesmo testemunho é dado por um membro da Equipa: *“Ele gosta muito de lá estar e colabora muito. É muito prestativo... Isto trouxe-lhe um certo reconhecimento social e também uma certa autoestima que ele não tinha.”* (Profissional da Equipa Y, enfermeira). A experiência tem sido tão positiva que a organização decidiu, inclusivamente, remunerá-lo pelo auxílio prestado.

Um efeito muito relevante desta singular integração de Ângelo no Centro de Dia reside na forma como ela tem contribuído para a resignificação da sua imagem perante a comunidade, levando, em grande medida, a um rompimento do elevado estigma que sobre ele recaía. O auxílio que presta a pessoas idosas (associado, obviamente, ao maior nível de estabilidade clínica) tem contribuído para desmistificar o rótulo de perigosidade, bem como os sentimentos de indesejabilidade social que há muito o perseguiam. Segundo nos diz a tia:

“Antes havia muitas pessoas que morriam de medo dele. Chegavam a mudar de lado da estrada. Mesmo no café, notava-se que não era lá muito bem-vindo. Agora é diferente! Ai não tem nada a ver! As pessoas já se sentem muito mais à vontade com ele.” (Tia de Ângelo).

Fonte: Notas de campo (19/07/2018). Entrevista com tia de Ângelo (25/09/2018).

A única solução encontrada pela Equipa Y para dar resposta às necessidades identificadas no caso de Ângelo – ou seja, no que respeita à premência de apoio ao nível da gestão da vida diária e enquadramento numa atividade sócio-ocupacional – foi a possibilidade de integração num Centro de Dia para pessoas idosas. Ora, não se tratando de uma resposta social adequada à sua faixa etária (já que a sua idade se situa entre os 40-45 anos), a Equipa deparou-se com grandes resistências, da sua parte, as quais se prolongaram por bastante tempo. Ao invés de desistirem dessa rara possibilidade de apoio, os/as profissionais da Equipa buscaram uma forma de a tornar mais apelativa, recriando-a no sentido de oferecer a Ângelo um sentimento de maior dignidade, bem como condições para uma maior realização e desenvolvimento a nível pessoal. Foi assim que surgiu a ideia de revestir a sua integração no Centro de Dia de um caráter de reciprocidade e interdependência. Ângelo passaria a deslocar-se diariamente a esse Centro não apenas para receber apoio ao nível da gestão da sua vida diária (realização de higiene pessoal e alimentação), como também para prestar um serviço, auxiliando as pessoas idosas com maiores dificuldades de locomoção a mobilizarem-se na instituição.

Relembrando a conceção de Joan Tronto (1993) a respeito da *ética do cuidado*, há que se superar a ideia de que quem é cuidado se encontra numa posição de dependência, pois, em verdade, todos/as somos vulneráveis; de alguma forma, em algum momento das nossas vidas, todos/as nós cuidamos e somos cuidados/as. Olhar para o cuidado como um fenómeno de “interdependência”, ao invés de “dependência”, como que resgata a pessoa (que, em determinado momento, se encontra no papel de ser cuidada) de um lugar de vergonha – a “vergonha da dependência” (Sennet, 2001, pp. 214-217) – e de infantilização (Sennet, 2004, pp. 102-107). Aquando da proposta inicialmente endereçada a Ângelo, no sentido de usufruir de alguns dos serviços do Centro de Dia, a par de pessoas idosas, o que se verificou, da sua parte, foi uma grande resistência, porventura pelo receio de que esse

usufruto viesse a favorecer um redobrar da sua vulnerabilidade identitária (auto e hétero): para além de pessoa com doença psiquiátrica, passaria a deter o rótulo de pessoa detentora de “incapacidades” próprias de pessoas idosas. Ora, a ressignificação do propósito da integração de Ângelo no Centro de Dia como que veio restabelecer um equilíbrio na relação entre ele e a Organização, levando-o à aceitação dessa mesma integração.

É muito interessante notar como a recriação desta resposta social, ao levar a pessoa a transitar de um espaço de “desconforto” para um espaço de “maior dignidade”, lhe confere significativas potencialidades de transmutação quer ao nível individual, quer social. Este caso ilustra, em última análise, como simples reformulações nas respostas sociais podem produzir efeitos tão positivos na (re)construção identitária, na integração social e na dirimição do próprio estigma. Com efeito, consequências não inicialmente esperadas decorreram desta singular forma de integração de Ângelo no Centro de Dia, associadas não apenas à produção de sentimentos de maior autoestima e realização pessoal, como à ressignificação da sua imagem pela própria comunidade.

As capacidades (re)criativas e adaptativas da Equipa Y revelam-se, pois, atributos muito importantes, permitindo-lhe, em determinadas situações, contornar (ou, pelo menos, atenuar) os efeitos severos da enorme carência de recursos comunitários adequados às necessidades específicas do seu grupo-alvo de intervenção. Tais atributos não devem, porém, conduzir-nos a uma qualquer visão romantizada sobre a sua capacidade de superar a escassez e/ou inadequação de respostas. Na grande maioria das vezes, as circunstâncias da intervenção comunitária não se compadecem com quaisquer formas de recriação ou ressignificação, pois, simplesmente, nada há a recriar ou a ressignificar, sendo o vazio de recursos a grande resposta: “o não haver soluções do foro social é, sem dúvida, o nosso principal problema, que nos deixa completamente de mãos atadas” (Enfermeira Z). Uma das consequências mais perniciosas dessa ausência de recursos é, como apontam os/as profissionais da Equipa, o agravamento da sobrecarga e exaustão familiar.

4.2.4. Cuidar de quem cuida

É bem conhecida a enorme relevância do papel da família nos cuidados de saúde mental em Portugal (Alves, 1998; Hespanha *et al.*, 2012; Portugal *et al.*, 2014). Em estudo prévio (Hespanha *et al.*, 2012), tivemos, aliás, a oportunidade de analisar exaustivamente esse papel, concluindo, entre muitos outros aspetos, que essa prestação de cuidados tende a centrar-se no parentesco restrito – pai, mãe, e/ou cônjuges e filhos (quando existem) –, com

uma elevada acumulação de funções, tarefas e responsabilidades no seu seio, que recaem, na maioria das vezes, num reduzido número de pessoas (muitas vezes, apenas uma), quase sempre do sexo feminino. Percebeu-se, com efeito, que a família tende a prestar (cumulativamente) uma multiplicidade de apoios à pessoa com diagnóstico psiquiátrico: apoios relacionados com a subsistência física (apoio material e financeiro, ajudas nas tarefas e gestão do dia-a-dia); acompanhamento da trajetória clínica e terapêutica (deslocações a consultas, administração da medicação, etc.); mediação de conflitos com a rede social (pessoas com que se relaciona diariamente); mobilização de recursos de vária ordem (como a procura de ocupação ou emprego); apoio emocional e psicológico (Hespanha *et al.*, 2012; Portugal *et al.*, 2014).

No contexto português, a família tem-se constituído, portanto, como um agente nuclear no processo de desinstitucionalização, revelando uma extraordinária capacidade de suporte e de provisão de respostas. Acontece, porém, que as políticas de saúde mental têm vindo a servir-se de forma abusiva dessa capacidade das famílias. Dada a forma como a política de desmantelamento das respostas hospitalares não se tem feito acompanhar de uma adequada criação de respostas alternativas na comunidade, grandes custos têm vindo a recair sobre as famílias, que se veem cada vez mais penalizadas, sobrecarregadas e emocionalmente exauridas (Hespanha *et al.*, 2012; Portugal *et al.*, 2014; Portugal, 2016); o mesmo é dizer que as famílias estão cada vez menos capacitadas para a promoção de um cuidado verdadeiramente gerador de bem-estar e autonomia. Vale a pena lembrar que o grande desdobramento de elevados níveis de sobrecarga e exaustão familiar é, frequentemente, um exacerbar de comportamentos de controlo e vigilância, que tendem a redundar em situações de conflito e em significativos danos ao nível do equilíbrio emocional, tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

O presente estudo de natureza etnográfica traz-nos também esta realidade da sobrecarga familiar. Uma particularidade interessante percebida no âmbito das “visitas domiciliárias” é o facto de, não poucas vezes, o papel da família se estender para lá da família restrita, havendo lugar a um certo protagonismo de pessoas pertencentes à família alargada (sobretudo tias). Justifica-se este dado com o facto de muitas das pessoas acompanhadas em regime domiciliário não serem casadas, não terem filhos e (situando-se na faixa etária acima dos 50 anos) já não terem os seus progenitores vivos. É precisamente esse o caso de Orlando, cujo *Relato de Caso* se apresenta já em seguida (*vide* Caixa 8).

Caixa 8 – Relato de Caso: Orlando

Das notas de campo:

Entre as visitas realizadas na tarde de hoje, conta-se a visita a duas mulheres idosas (ambas com mais de 80 anos), irmãs, que vivem juntas e cuidam do sobrinho Orlando (nome fictício), filho de uma outra irmã que faleceu há já alguns anos. Orlando tem entre 50-55 anos e tem diagnóstico de esquizofrenia. Desde que a mãe faleceu que vive com as tias. Não tem qualquer ocupação, sendo reformado por invalidez. Uma das especificidades do seu caso reside no elevado nível de fobia social que faz com que viva em completo isolamento social. As únicas pessoas que conseguem relacionar-se com ele (inclusive, no manejo da medicação) são as tias. De resto, ele foge de todas as pessoas que dele se aproximam. Há muitos anos que Orlando recebe apoio das tias, que o tratam como um verdadeiro filho, de forma extremamente afetuosa. Elas procuram, inclusivamente, justificar o seu estado, dizendo que é fruto de um trauma ocorrido na adolescência, decorrente de o pai não o ter deixado ir a um baile. Ao que parece, foi nessa sequência que teve as primeiras manifestações da esquizofrenia.

Dada a elevada fobia social, a Equipa Y nunca conseguiu aproximar-se dele. De todas as vezes que se aproximou, ele fugiu (tendo mesmo chegado ao ponto de saltar muros e fugir por uma janela). A Equipa revela grande preocupação em respeitar a sua vontade, não insistindo nessa aproximação. Ainda assim, visita com regularidade as tias idosas, com vista a assegurar-lhes todo o suporte que necessitam (monitorização da situação, apoio emocional e capacitação para lidarem com os comportamentos do sobrinho). Cuidando das tias, fazendo-as sentir que são apoiadas e que podem solicitar ajuda a qualquer momento, a Equipa assegura não só o seu bem-estar e qualidade de vida, como as mantém capacitadas para a continuidade do apoio, evitando que o sobrinho seja precocemente institucionalizado. As tias estabeleceram uma relação de grande confiança e proximidade emocional com os membros da Equipa, sendo que, com relativa frequência têm a iniciativa de os contactar telefonicamente para lhes pedir conselhos sobre como lidar com os comportamentos do sobrinho e sobre a gestão da medicação. Elas expressam um imenso carinho e valorização do papel da Equipa, reconhecendo a enorme importância que esta tem tido nas suas vidas. Manifestam o quão importante é ter a Equipa como retaguarda. Sentem-se aliviadas por saber que têm pessoas a quem podem recorrer em situações difíceis.

Em face do apoio prestado, e apesar da complexidade que caracteriza o caso, as tias têm conseguido manter-se capacitadas para a prestação de cuidados. Um claro indicador do sucesso desta intervenção reside no facto de o sobrinho se manter clinicamente estável, sem necessidade de internamentos (como acontecia), e com capacidade de se manter integrado nas rotinas diárias, chegando mesmo, como as tias referem, a colaborar nas atividades agrícolas.

Em conversa com a Equipa sobre este caso, há um dado bastante interessante que importa sublinhar. Através do apoio às tias, a Equipa acalenta o desejo e a expectativa de ir conquistando a confiança de Orlando, transmitindo-lhe a ideia de que o respeitam e desejam ajudar. Acreditam que essa paulatina conquista poderá, num futuro mais ou menos próximo (em que as tias já não estejam presentes ou capacitadas para o apoio), vir a facilitar a aceitação da inevitável ajuda de carácter mais direto. Dando voz às palavras da Enfermeira Z:

“As tias vão falando com ele ‘olha, viste, estiveram cá os senhores enfermeiros para saberem como nós estamos...’ E isto vai ficando nele. Ele vê: ‘não insistiram em falar comigo, não invadiram o meu espaço, eu fui-me embora, mas eles não correram atrás de mim’. Portanto, com o tempo, temos esperança de que ele nos comece a ver de uma outra forma e que nos aceite. O que é fundamental para quando chegar o momento da ausência das tias” (Enfermeira Z)

Sublinho, em síntese, o cuidado extremo das tias para com este homem e a forma como a Equipa Y valoriza esse cuidado, retribuindo-lhes, igualmente, atenção e cuidado, num registo de grande e humanização e proximidade emocional e afetiva.

Fonte: Notas de Campo (17/07/2018)

O caso de Orlando e de suas tias, acima narrado, é bem ilustrativo do valor que os/as profissionais da Equipa Y atribuem à *família* enquanto agente de suporte e cuidado à pessoa com diagnóstico psiquiátrico. Mesmo sem conseguir estabelecer uma relação direta com Orlando (que foge, sempre que os/as profissionais se aproximam), a Equipa mantém-se bastante ativa na prestação de cuidados, apoiando as tias (num registo de continuidade e de grande proximidade) aos mais variados níveis – designadamente no manejo da medicação, conselhos e estratégias para lidar com comportamentos, apoio psicológico e emocional. Esse apoio tem-se revelado crucial na manutenção da capacidade de as duas mulheres idosas cuidarem de Orlando, contribuindo para que ele se mantenha integrado no seio familiar, sem necessidade de internamentos ou de uma institucionalização precoce. Ao mesmo tempo, é muito interessante notar como esta proximidade e suporte às tias transporta também o potencial de contribuir para que Orlando vá, paulatinamente, depositando confiança na Equipa Y, de modo que, quando chegado o momento da ausência das mesmas ou da sua incapacidade para a prestação de cuidados, ele venha a aceitar mais facilmente o apoio direto dos/as profissionais da Equipa.

Conforme sublinham as narrativas dos vários/as profissionais entrevistados/as, a enorme vulnerabilidade das famílias, no contexto territorial em questão, prende-se, em grande medida, com a já referida ausência de respostas sociais. Reproduzindo, a esse propósito, as falas da Enfermeira Z:

- Na maioria das vezes, não há respostas sociais para os doentes e para as suas famílias e a solução é os doentes ficarem sem respostas e termos as famílias em exaustão, a ficarem doentes e a terem de continuar a prestar cuidados, mesmo sem saúde. [Nesses casos], a nossa presença é ainda mais fundamental. É a nossa proximidade que lhes vale... é mesmo o que lhes vale. (Enfermeira da Equipa Y)

Tal como se lê no excerto supracitado, na grande maioria dos casos, em que não se conseguem quaisquer respostas do foro social, o acompanhamento de proximidade da Equipa Y acaba por se constituir como o único recurso disponível, tornando-se a sua presença ainda mais imprescindível. Sem respostas sociais, não apenas se acentua a vulnerabilidade das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, como também das suas famílias, com o elevado risco de, elas próprias, adoecerem e deixarem de conseguir manter-se no papel de cuidadoras. É assim que “cuidar de quem cuida” se afigura como outro grande propósito da Equipa Y, ocupando um lugar importante nas suas práticas diárias.

- Há famílias que nos telefonam, pedem ajuda, vão esclarecendo dúvidas, partilhando ansiedades, angústias, desabafam. Temos muitas famílias que nos procuram, muitas: “Olhe, ele não anda a tomar a medicação. Eu não sei o que hei-de fazer. Ele agora não aceita. Podem passar por cá?” Nós passamos e vemos como é que está. Por exemplo, uma pessoa que entra em fase de descompensação, arranhamos estratégias, telefonamos, dizemos que tivemos de alterar a agenda e,

então, antecipamos a consulta. Dizemos que naquele dia a doutora não vai estar, portanto, antecipamos. Isto acontece muitas vezes quando a família nos pede ajuda. E as famílias precisam também muito de desabafar, de um ombro amigo, de suporte afetivo, de sentirem que não estão sozinhas. (Enfermeira da Equipa Y)

Como atrás se viu, uma resposta social frequentemente identificada como necessária é a integração temporária das pessoas com diagnósticos psiquiátricos em *Residências Terapêuticas*, de modo que haja uma espécie de “pausa” na relação frequentemente conflituosa entre elas e as suas famílias e se consiga proporcionar o chamado “descanso” do/a cuidador/a (que, não raras vezes, se encontra à beira do limite da exaustão). Não obstante a elevada solicitação por parte das famílias e das próprias pessoas com diagnósticos psiquiátricos, a integração temporária em Residências Terapêuticas é algo que raramente se consegue, dada a enorme escassez desse tipo de equipamento social¹¹⁸. Ora, algo que tem contribuído para atenuar os efeitos da ausência deste tipo de resposta tem sido, precisamente, o papel ativo (ou proativo) da Equipa Y junto das famílias, ajudando-as a compreender e a lidar com muitos dos comportamentos daqueles/as de quem cuidam e auxiliando-as através da mediação de conflitos. De facto, ao nível do suporte às famílias, para além de todos os tipos de apoio já referenciados (apoio emocional, ajuda na resolução de situações de crise, apoio no manejo de fármacos, aconselhamento psicopedagógico, etc.), outro importante auxílio prestado pela Equipa Y é o de mediação e apoio na resolução de conflitos intrafamiliares, conseguindo-se assim, em grande medida, prevenir situações limite, como situações de violência e até mesmo de isolamento e abandono familiar.

Terminado este ponto, vale a pena reproduzir um excerto de uma familiar de um homem com diagnóstico de esquizofrenia (também ela tia), onde explica como a entrada da Equipa Y na trajetória de cuidado do seu sobrinho se constituiu como um verdadeiro ponto de viragem não apenas na vida dele, como também na sua vida:

São muito nossos amigos, graças a Deus. É uma atenção, uma preocupação. Já viu a minha vida se não fossem estas pessoas. E a dele... Que está outro homem desde que começaram a vir cá. São pessoas que ajudam muito e tenho o telefone deles. E estão sempre a dizer-me para eu ligar sempre que for preciso. Quando começo a ver que o meu sobrinho começa a destrancar, ligo. Estão ali, sempre disponíveis. Isso dá-me uma tranquilidade! (Tia de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

¹¹⁸ Casos como o de Geraldo (*vide* Caixa 6, pág. 221), em que se conseguiu essa integração, são muito raros.

5. Dos “muros” (in)transponíveis do modelo biomédico/hospitalar

Relembrando, a presente tese sustenta-se na ideia primordial de uma inequívoca urgência de se caminhar para um novo paradigma de cuidados dirigidos ao sofrimento mental; um paradigma que, rompendo com todo o tipo de reducionismos, se regule pelo ideal ético-político da *integralidade* (Camargo, 2007; Pinheiro & Matos, 2007a, 2007b, 2009; Pinheiro & Guizardi, 2004). Parti para o presente capítulo com o propósito de compreender em que medida uma ESMC – no caso a Equipa Y – consegue superar as lacunas, debilidades e reducionismos próprios do modelo biomédico/hospitalar dominante, aproximando-se de um novo modelo de cuidados regulado, tanto quanto possível, pelo ideal ético-político da *integralidade*. Analisar a intervenção de uma Equipa Comunitária, sob uma tal perspetiva, afigurou-se-me particularmente relevante pelo facto de, ao nível da retórica política, ela aparecer representada como elemento-chave na operacionalização da reforma de desinstitucionalização psiquiátrica, nela se depositando elevadas expectativas na contribuição para a superação do paradigma hospitalocêntrico/biomédico ainda dominante.

Ora, quase a finalizar a análise sobre a Equipa Y, encontramos-nos em condições de refletir mais minuciosamente sobre as questões norteadoras da presente pesquisa, procurando compreender que “muros” estão ainda por transpor pela Equipa Y no seu caminho de transição paradigmática, de rutura com o modelo hospitalar/biomédico. Essa reflexão será realizada em dois pontos distintos. Num primeiro ponto, atentarei no modo como a Equipa Y, não obstante o seu forte compromisso com a ética do cuidado e com uma visão humana integral (compromisso que foi possível atestar nas páginas precedentes), ainda se encontra bastante vinculada à “verdade” biomédica, o que se percebe, muito particularmente, pela ausência de diálogo com visões, abordagens e racionalidades “outras” – fundamentais, como defende o grupo LAPPIS, à promoção de um *ethos* democrático, que privilegie verdadeiramente “a liberdade de ser” e o direito individual de decisão e escolha (Pinheiro & Luz, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011). Num segundo ponto, focar-me-ei na análise de um conjunto de obstáculos e resistências erigidos/as ao nível da instituição hospitalar (à qual a Equipa Y se encontra vinculada), ao nível do corporativismo (bio)médico e ao nível da própria política nacional de saúde mental.

5.1. A “verdade” biomédica e os diálogos por concretizar: limites à integralidade e à cidadania no cuidado

Da análise realizada nos pontos anteriores, facilmente se conclui o quanto a Equipa Y detém um papel de desestabilização dentro do sistema oficial de oferta de cuidados dirigidos ao sofrimento mental. Num cenário ainda dominado por um modelo marcadamente biomédico/hospitalocêntrico – onde a tendência é ainda a de se reduzir a pessoa a um diagnóstico de doença e de a objetificar, tratando-a de forma fria e distante, como mero objeto de intervenção –, a Equipa Y provê, como se viu, um modelo de cuidados bastante diferenciado, de efetiva proximidade, que coloca a tónica no relacionamento interpessoal (pessoa-pessoa), que contempla um olhar respeitoso e dignificante sobre as necessidades da pessoa (para lá da “doença”) e que valoriza uma abordagem de acolhimento, estabelecimento de vínculos de afeto e de confiança.

Pese embora as suas enormes virtualidades e potencialidades, a Equipa Y não deixa, porém, de se encontrar sob a influência do modelo biomédico/hospitalocêntrico, estando, pois, sujeita a alguns dos seus condicionamentos. Não se trata apenas de condicionamentos como os que analisámos anteriormente, decorrentes da forma como, ao nível da política organizacional (independente da vontade e poder de decisão dos/as profissionais da Equipa), se privilegia a disponibilidade de recursos/equipamentos de carácter biomédico. Trata-se ainda de condicionamentos associados à própria cultura biomédica, na qual a Equipa Y não deixa de estar inserida. Cabe lembrar, com efeito, que, ainda que se situe nas margens do modelo biomédico, ela opera no seu seio, encontrando-se vinculada à sua racionalidade – a científica – e ao modo como esta tem exercido aquilo que Foucault (1999) designa por *biopoder*¹¹⁹: um poder que age sobre os corpos (e sobre as mentes), “definindo-os como apropriados ou inapropriados” (*ibidem*, p. 131).

Ancorada na racionalidade biomédica, a Equipa Y não deixa, com efeito, de operar dentro de uma inteligibilidade normativa, politicamente e cientificamente avalizada, que age mediante uma definição de “ser humano modelo”, de um ideal de saúde e de regularidade (Foucault, 1977, p. 39), que a autoriza a patologizar e a definir a necessidade de correção dos corpos (e mentes) assinalados pelo desvio (Canguilhem, 2009, p. 109).

A *rotulagem psiquiátrica*, sendo fonte de elevado “estigma social”, tende a produzir efeitos bastante negativos ao nível da “dignidade ontológica”, lesionando a subjetividade, a

¹¹⁹ No capítulo 2, onde me debrucei sobre as razões do privilégio epistémico da biomedicina, tive oportunidade de desenvolver este conceito de Foucault (1999).

“liberdade de ser” e a identidade da pessoa, gerando, em última análise, o que Goffman (1975) designa por “identidade deteriorada”. Com efeito, grande parte das narrativas recolhidas no contexto da intervenção da Equipa Y – sobretudo as que recolhi junto de pessoas com diagnósticos de doença bipolar e esquizofrenia (*vide* algumas dessas narrativas um pouco abaixo, no próximo bloco de excertos de entrevistas) – evidenciam claramente um processo de “estigma internalizado”. A internalização do estigma – processo que ocorre quando a pessoa adquire consciência dos estereótipos sociais negativos associados ao rótulo que lhe é atribuído e os aceita internamente, aplicando-os e reproduzindo-os na sua vida – conduz frequentemente a sentimentos de isolamento, baixa autoestima, culpa e auto reprovação, que, inevitavelmente, geram mais sofrimento e dificultam grandemente o chamado processo de *recovery* (Nascimento & Leão, 2019).

De facto, tendo no DSM-5 a sua base clínica de intervenção, a Equipa Y continua a reproduzir o modelo biomédico patologizante/estigmatizante. As próprias narrativas dos/as profissionais denunciam essa ligação umbilical à racionalidade biomédica, pela forma como veiculam e replicam o universo linguístico que lhe é inerente, referindo-se às pessoas que acompanham como “os nossos doentes” e utilizando como forma de as identificar (quando a elas se referem na terceira pessoa) os “rótulos” da psiquiatria – “*aquele doente que ali vive tem esquizofrenia*”. Obviamente, não seria de esperar o contrário, tendo em conta que a Equipa, para além da sua formação e socialização em psiquiatria, se enquadra num sistema macro de provisão de cuidados, o Serviço Nacional de Saúde, onde a biomedicina prevalece como a racionalidade hegemónica, com todo o universo de lógicas, códigos linguísticos e simbologias que lhe é própria.

Situando-se dentro dos limites da racionalidade biomédica – ainda que com relativa distância do seu âmago –, a Equipa Y opera no “teatro nosológico” (Foucault, 1999) da patologização e normalização, veiculando-o como “regime de verdade” (Foucault, 1984). Em outras palavras, e remetendo-nos para a metáfora da “linha abissal”, de B. S. Santos (2007), a Equipa Y situa-se no “lado de cá da linha”, um lado a partir do qual se impõe e reproduz (as mais das vezes, de forma automática e inconsciente) a universalidade e irrefutabilidade de uma suposta “verdade”, a científica/biomédica, daí resultando, inevitavelmente, uma invisibilização ou subalternização de abordagens, visões e racionalidades “outras”, a começar pelas que são transportadas pelas pessoas a quem, significativamente, se atribui a designação de “doentes”.

Com efeito, vários excertos de entrevista colocam em evidência o quanto as pessoas se tornam reféns dessa suposta “verdade biomédica”, convencendo-se de que estão

“quebradas” (e precisam do conserto da psiquiatria), anulando ou silenciando (perante si mesmas e perante os/as profissionais) as suas próprias explicações (sobre as suas próprias experiências) e internalizando o discurso biomédico da “cronicidade”, isto é, da doença como sentença final, relativamente à qual “nada há a fazer, senão tomar os fármacos”; que, para além de nem sempre surtirem os efeitos prometidos, lhes causam significativos efeitos secundários (e.g., apatia, indiferença pela vida, anestesia das emoções, sonolência, etc.).

Foi um choque assim mesmo... mesmo grande quando me disseram que o que eu tenho é afinal uma doença mental que é crónica... Que agora até tem um nome assim mais bonitinho não é? É doença bipolar. Antigamente era a doença dos maníaco-depressivos. Era ainda mais pesado. Pronto, agora sou dada como uma pessoa que não funciona lá muito bem, que não é assim tão normal, não é? Infelizmente, ainda há muito preconceito com estas doenças. E eu sinto isso... As pessoas passaram a tratar-me de uma forma diferente... Até na família, parece que têm peninha de mim... Isso faz-me sentir um bocado mal, assim inferiorizada. Perdi muito a minha segurança, a autoestima. Há coisas que fazia e deixei de fazer, como as minhas coisinhas em lâ, aqueles cozinhados mais elaborados. Meti na cabeça que já não me ajeito para certas coisas. E custa muito ouvir que é uma doença para a vida toda. Custa muito. E custa-me tomar tanta medicação. Ando muitas vezes assim meio apática, com tanta coisa que tomo. (Mulher, faixa etária ≥ 60)

Ter uma doença psiquiátrica é complicado... Deixei de ser quem era, assim de um momento para outro. Já não sou o... [refere o seu nome próprio]... Agora sou um fulano com uma doença mental... Isso retirou um bocado a minha confiança em mim. No Hospital e aqui [refere-se ao Centro de Saúde, onde tem consultas com a Equipa Y] também já me disseram que tenho de aprender a viver com isto, porque vai acompanhar-me. Não há esperança com esta doença. Já sei que o meu futuro é isto. A falta de esperança é uma coisa má e depois ainda há a parte do convívio com as outras pessoas [...] As pessoas julgam que isto se pega. Portanto, a parte social é algo difícil. O meio em que vivo também é pequeno... Existe estigma! Os meus sogros [...] depois de ter sido internado, a partir daí alteraram bastante a sua atitude. Afastaram-se um pouco e tal. A minha mulher diz que é da idade, que têm mais dificuldade em compreender. Talvez seja, mas não deixa de ser difícil para mim. Parece que deixei de ser a pessoa que era. (Homem, faixa etária 50-59).

Aqui já me disseram que não posso deixar de a tomar [refere-se à medicação]... Que é uma coisa que tenho de tomar, mesmo... Mas gostava de conseguir largar, porque faz-me ficar muito lentificada, sem vontade para nada, a dormir pelos cantos. Nem pareço a mulher que era. (Mulher, faixa etária 40-49)

- Voltei aqui hoje porque não me ando a sentir nada bem outra vez. Ando muito triste, muito triste. Só me dá para chorar. Quero ver se a doutora me acerta a medicação outra vez. Devo precisar de uma dose maior, não sei...

- *E o que a faz ficar assim tão triste, consegue identificar...?*

- É a vida que não é fácil e nunca foi... São as mágoas, as lembranças de quando era criança. Coisas muito, muito más que nunca esqueci e que parece que agora, já em adulta, é que vem tudo... Não me largam essas lembranças...

- *Precisava de outros tipos de apoios, para além da medicação...*

- Pois... A medicação é muito complicada porque faz-me andar a dormir... E eu já disse à doutora... “Como é que eu faço? Eu preciso de conduzir, ir trabalhar, levar as minhas filhas à escola. Eu chego a ter medo de ter um acidente com elas... Por isso é que já tentei desmamar por completo da medicação... Mas está muito difícil. Eu já penso é que não vou conseguir largar, nunca... Já tomo há tantos anos, tantos anos... E o meu marido também me diz isso “ó mulher tens de ouvir os doutores e tens mesmo que te convencer que tens que tomar isso, pronto, se for para sempre, olha, há coisas piores”. (Mulher, faixa etária 50-59)

Ora, quando nos propomos perscrutar em que medida a Equipa Y consegue superar as lacunas, debilidades e reducionismos próprios do modelo biomédico/hospitalar dominante, aproximando-se de um novo modelo de cuidados (regulado, tanto quanto possível, pelo ideal ético-político da *integralidade*), evidentemente que esta sua estreita ligação à racionalidade biomédica/patologizante não nos pode passar despercebida. Remetendo-nos para o quadro teórico/metodológico exposto anteriormente, na primeira parte deste trabalho, importa lembrar que, de acordo com a problematização teórica do grupo LAPPIS, a “dimensão dialógica” constitui-se como princípio fundamental, condição *sine qua non*, da produção do *cuidado integral*. Ora, o verdadeiro diálogo, tal como pontua Roseni Pinheiro (2007, p. 19), coordenadora do referido grupo de estudos, é aquele que efetivamente produz “efeitos de polifonia”, não aquele que impõe uma racionalidade como a “verdadeira”, desvalorizando e deslegitimando outras vozes, outros saberes e outras abordagens.

Abordagens como a que é preconizada pelo movimento internacional “Ouvidores de Vozes”¹²⁰ ou como a que é seguida pelo projeto de origem finlandesa “Open Dialogue”¹²¹ evidenciam, precisamente, a possibilidade real dessa “polifonia”. Não sendo possível, neste espaço, o aprofundamento desses projetos, cabe-me deixá-los como pontos de referência, uma vez que eles se constituem como casos emblemáticos de abordagens (reconhecidas internacionalmente) que mostram como é realmente possível lidar com experiências de sofrimento mental sem se recorrer à patologização psiquiátrica e sem se adotar o fármaco como ferramenta terapêutica de primeira linha. Tais abordagens privilegiam o entendimento de que o universo de significados que a pessoa transporta (a respeito da sua própria experiência) é tão válido como qualquer outro, devendo ser incorporado num processo amplo de diálogo e de coprodução de sentidos (entre uma diversidade de atores, onde se incluem os próprios *pares*). Operando dentro de uma tal “visão ecológica” – onde a racionalidade biomédica é deslocada de um lugar de “verdade absoluta” para passar a ser encarada como uma entre tantas outras possíveis racionalidades –, as referidas abordagens têm vindo a revelar-se portadoras de elevado potencial emancipatório (Romme *et al.*, 2009; Seikkula, 2002; Longden *et al.*, 2013). Partindo do sistema de crenças e explicações da própria pessoa, elas têm mostrado como é possível fazer emergir novas respostas e novas possibilidades de enfrentamento, que, passando sobretudo pela ativação ou potencialização de recursos

¹²⁰ Página *web* oficial do Movimento Internacional Ouvidores de Vozes (INTERVOICE) disponível em <https://www.intervoiceonline.org/>.

¹²¹ Página *web* oficial da comunidade internacional “Open Dialogue” disponível em <https://open-dialogue.net/>.

internos e por metodologias cooperativas e dialógicas (inclusive, “entre pares”), favorecem verdadeiramente a construção da autonomia (versus dependência biomédica) e aquilo que comumente se designa por *recovery*.

Das pessoas a quem significativamente chama “doentes” o modelo biomédico não espera uma “agência epistémica” (Cruz, 2013), mas antes uma posição passiva, de conformação ao clássico “papel de bom doente” (Parsons, 1991), que aceita e cumpre escrupulosamente e passivamente o diagnóstico médico e as orientações prescritas, suprimindo as suas incertezas e seu próprio sistema de crenças e de explicações. Excertos de entrevistas realizadas a homens com diagnósticos de esquizofrenia, acompanhados pela Equipa Y, são reveladores de como, mesmo num ambiente de cuidado diferenciado – caracterizado por vínculos de afeto e de confiança –, a força deste modelo não deixa de gerar assimetrias simbólicas, levando as pessoas (tidas como “doentes”) a anular ou a silenciar as suas próprias crenças e explicações a respeito das suas experiências.

- Mesmo com a injeção, ainda ouço vozes...
- *Como é que explica essas vozes? O que elas significam para si.*
- A explicação que eu tinha antes era as vozes existirem mesmo, serem de fora do cérebro. Mas aqui dizem-me que não... são alucinações.
- *E essa explicação ajuda-o a ultrapassar melhor as vozes?*
- Ah, nem ajuda, nem desajuda... Tenho à mesma de lidar com elas... O que eu acho agora, que antes não pensava, é que é mesmo um problema assim meu... O meu cérebro não está a funcionar bem. Pronto, fiquei convencido que é mesmo uma doença... porque disseram-me que é crónica.
- *Antes não achava isso?*
- Não. Achava mesmo que as vozes não eram minhas. Eram de coisas sobrenaturais. Fora do cérebro.
- *E como é que a Equipa o ajuda a lidar com essas vozes? Ajudam-no a saber lidar com elas, assim com algumas estratégias...?*
- É mais medicamentos. Ajustam as doses, é mais isso. Nem se fala assim das vozes. Falamos de outras coisas. (Homem, faixa etária 40-49)

- Uma coisa que eu não gosto nada é ser dependente da medicação. Tomo tanto comprimido. Tomo uns, que aqui me dizem que é por causa das vozes, para deixar de ter vozes. Mas eu tomo e elas mesmo assim ainda aparecem de vez em quando.
- *Costuma falar sobre as vozes com a médica e com os senhores enfermeiros?*
- Dizem que são...? Ai...! Aquilo que vem na bula dos comprimidos...?
- *Alucinações auditivas?*
- Já me disseram isso aqui...
- *Para si, o que são essas vozes, o que significam?*
- Para mim, é assim... Antes pensava que eram vozes de fora de mim... almas a comunicar-se, de seres que já não estão cá neste mundo
- *Isso que me está a dizer, já partilhou com a sua médica?*
- Não, não... [silêncio]
- *E porque não?*
- Fiquei um bocado assim..., marcado lá no Hospital, quando ia lá às consultas. Eu dizia que não era da minha cabeça, que eram almas e lá diziam: “Pare com isso, faz-lhe mal, vai ficar pior. Isso não é assim... Isso é alucinações! Esqueça isso ou ainda vai acabar internado”...
- *E é por isso que não fala agora?*
- Pois... E eu tenho sempre aquele medo de acharem que estou mesmo... Que venha a ser internado outra vez... (Homem, faixa etária 50-59)

Se a hegemonia biomédica restringe a dimensão dialógica a um nível “micro” – levando a que o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado se dê dentro dos limites dessa suposta “verdade” –, o mesmo acontece a um nível “meso”, respeitante à organização dos cuidados. Neste ponto, não está apenas em causa o escasso (ou inexistente) diálogo entre a biomedicina/psiquiatria e uma diversidade de saberes disciplinares já oficialmente consagrados e instituídos no SNS (como a psicologia, o serviço social, a terapia ocupacional, etc.), mas também a ausência de diálogo com outro tipo de saberes/racionalidades terapêuticas, comumente subsumidos às categorias de “não convencionais”, “tradicionais” ou “complementares e alternativas”. Trata-se, obviamente, de um “passo além”, que não depende da vontade e poder de decisão da Equipa Y, mas de uma orientação política de nível macro, ainda inexistente no nosso país. Relembrando, de acordo com o grupo LAPPIS, a produção ético-política da integralidade no campo da saúde não é possível sem que se introduza uma visão verdadeiramente democrática, que privilegie a autonomia dos sujeitos e o seu direito de livre escolha (Ayres, 2009; Gerhardt *et al.*; 2008; Pinheiro & Luz, 2007). A garantia de uma tal “cidadania no cuidado” (Pinheiro *et al.*, 2011) implica, portanto, que a estratégia pública de oferta de cuidados de saúde contemple – a par dos saberes oficialmente instituídos (ditos convencionais) – saberes e abordagens “outras”, em linha com as recomendações da própria OMS na célebre *Declaração de Alma-Ata* (WHO, 1978).

Desejando uma libertação do circuito fechado do modelo biomédico – onde a hegemonia do fármaco não apenas se revela bastante incompleta e insatisfatória em termos de resultados, como acarreta múltiplos efeitos iatrogénicos, associados a grandes desconfortos –, várias pessoas acompanhadas pela Equipa Y transmitiram, precisamente, a ideia da importância de se edificar uma “ecologia de saberes” (Santos, 2007) no campo da oferta pública de cuidados de saúde mental. Seja por um reconhecimento próprio das potencialidades dessas terapias (através da própria experiência), seja pela experiência testemunhada por pessoas das respetivas redes de convívio ou de sociabilidades, o que as narrativas destes/as entrevistados/as claramente traduzem é um desejo de democratização dessas abordagens terapêuticas. Reservadas ao mercado privado de oferta de cuidados de saúde, tais terapêuticas ditas “não convencionais” não são financeiramente acessíveis ao conjunto de pessoas em questão, pelo que, como elas próprias esclarecem, apesar do reconhecimento dos seus enormes benefícios, não lhes foi dada a possibilidade de manter tratamentos iniciados ou, sequer, de os iniciar. As respetivas narrativas sobre este tema serão tratadas (a par das narrativas dos demais grupos empíricos, Grupos A e C) no próximo

capítulo, dedicado especificamente à mobilização (ou desejo de mobilização) de epistemologias e práticas “outras” de cuidado.

5.2. Resistências, incongruências e paradoxos institucionais/políticos

Conforme sinalizámos em publicação anterior (Hespanha *et al.*, 2012), o *Plano de Ação para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental* (CNRSSM, 2007) deparou-se, logo no início, com a oposição de organizações corporativas, representativas da classe profissional psiquiátrica. Ilustrativamente, em 2008, na Revista *Tempo Medicina*, o Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos e vários Sindicatos médicos manifestaram-se apreensivos com a possibilidade de uma eventual perda de centralidade dos hospitais, em benefício de um modelo de cuidados na comunidade, e de essa perda se vir a refletir num esvaziamento do poder biomédico no tratamento das doenças mentais (Tempo Medicina, 2008 *apud* Hespanha *et al.*, 2012, pp. 48-49). Ora, no âmbito da nossa anterior investigação (Hespanha *et al.*, 2012), que coincidiu com o início da implementação do referido *Plano de Ação*, foi-nos dada a oportunidade de recolher *in loco*, no contexto de uma instituição psiquiátrica, alguns testemunhos que apontavam nesse mesmo sentido. Com efeito, nessa altura, vários/as profissionais hospitalares, responsáveis pela criação e organização de Equipas de Saúde Mental Comunitárias, manifestavam-se preocupados/as com as resistências e escassa adesão de muitos/as profissionais dessa mesma instituição, particularmente médicos/as psiquiatras, à implementação de um modelo de cuidados comunitários. Um desses profissionais responsáveis, médico psiquiatra, entrevistado em 2008, fez notar que, de acordo com a sua experiência, uma das maiores resistências à implementação do *Plano de Ação* dizia respeito ao facto de esse Plano implicar uma redefinição do papel dos diferentes grupos profissionais, subtraindo à classe psiquiátrica um certo “exclusivismo” a que esta se habituara no contexto hospitalar. Reproduzindo parte dessa já antiga entrevista:

Nós, psiquiatras, também continuamos muito fechados, entre paredes, à mudança... O problema também é muito por inércia e falta de vontade de mudar, também, dos técnicos... É uma realidade... todos nós resistimos muito à mudança, e, quer dizer, uns mais que outros... E penso que na psiquiatria isso é uma realidade. Não conheço as outras realidades, mas na psiquiatria é sempre muito difícil mudar. E esta é a minha opinião... que é muito discutível, mas não deixa de ser minha. [...] Nós, na psiquiatria, na saúde mental, acho que também andamos muito tempo (...) a ver o doente de uma forma muito psiquiatrocêntrica. Isto é, o doente é do psiquiatra, o psiquiatra é que tinha de fazer tudo. E, de facto, esta mentalidade tem vindo a perder-se de uma forma muito marcada, mas tem de ser de facto perdida de uma forma clara. Os doentes são de todos, temos de trabalhar em equipa. (Médico psiquiatra, responsável hospitalar. Fonte: arquivo de entrevistas do projeto “Desinstitucionalização da Doença Mental”)

Identificando essa mesma resistência por parte da classe psiquiátrica hospitalar, outra profissional responsável pela implementação de medidas na comunidade, igualmente entrevistada em 2008, no âmbito do mesmo estudo, antecipava que tal resistência viesse a gerar constrangimentos de vária ordem, designadamente ao nível da desejável e muito necessária articulação entre a instituição hospitalar e as emergentes Equipas Comunitárias.

O terapeuta de referência [da Equipa Comunitária] é o técnico que mais próximo está do doente e que em situação de crise, quando se impõe o seu internamento, ele deverá estar articulado com o hospital, com a equipa que está no internamento. O terapeuta de referência deve ser chamado a fazer uma articulação, portanto, com a equipa hospitalar que cuida do doente no internamento. Para que as coisas resultem... eu acho que a forma como o doente sai, por exemplo, medicado e compensado clinicamente... e todo o projeto que é a seguir delineado tem, obviamente, que ter o terapeuta de referência à mistura, a participar nas reuniões clínicas, no debate do tratamento do doente... Ora isto são novas formas de estar que, eventualmente, implicam que as pessoas que estão no hospital não sintam como uma ingerência, digamos assim, mas antes como uma partilha de conhecimentos acerca da pessoa com aquela doença mental, que possa ser trabalhada na hora, sem as pessoas sentirem que os seus papéis estão ameaçados (Médica psiquiatra, coordenadora Hospitalar. Fonte: arquivo de entrevistas do projeto “Desinstitucionalização da Doença Mental”)

Volvida mais de uma década desde a realização das entrevistas supracitadas, temos agora oportunidade de confrontar alguns dos antigos receios, antecipações e perceções desses/as profissionais/dirigentes, envolvidos/as no início da implementação das ESMC, com entrevistas recentes, realizadas com profissionais que dão voz às *experiências vividas* de quem se encontra, precisamente, a operar na comunidade.

De facto, tanto formalmente, aquando da realização das entrevistas, como de modo mais informal, no âmbito do trabalho etnográfico, foram vários os momentos em que profissionais da Equipa Y se referiam a resistências e a certas exteriorizações de alguma hostilidade (geralmente muito subtileza) por parte de profissionais, seus colegas, que trabalham na instituição hospitalar (*vide* Caixa 9). Invariavelmente, os elementos da Equipa Y que se referiram a tais exteriorizações evocaram uma mesma questão que, com alguma frequência, lhes é dirigida num tom de inequívoca ironia: “*mas o que é que vocês lá tanto fazem, que andam por lá [na comunidade] tantas... tantas horas?*”.

Caixa 9 – Das “resistências” individuais ao modelo comunitário

Das notas de campo:

Durante a tarde, aquando de uma viagem de carro para uma visita domiciliária, um dos profissionais partilhou a forma como alguns colegas que trabalham apenas na instituição hospitalar, que nunca tiveram experiências comunitárias, tecem com alguma frequência comentários depreciativos relativamente ao trabalho da Equipa Comunitária. Segundo o seu relato, tais colegas chegam mesmo ao ponto de referir que o número de casos atendidos na comunidade não justifica o orçamento dirigido às ESMC. **Fonte:** Notas de campo (19/07/2018)

A respeito de tais resistências ao trabalho comunitário, advindas não da instituição hospitalar em termos formais, mas de pessoas particulares que trabalham nessa mesma instituição, a coordenadora da Equipa Y acredita que na sua origem estará, muito provavelmente, uma ideia equivocada de que a Equipa Comunitária se constitui como uma entidade concorrente (não complementar) à unidade hospitalar. Do seu testemunho, que se reproduz no *Apêndice L* (17º excerto de entrevista), sobressai a mesma percepção evocada um pouco atrás, nas anteriormente citadas entrevistas que realizámos em 2008, a saber: a resistência à mudança e o desejo de conservação do poder hegemónico da psiquiatria hospitalar.

Da mesma forma, encontramos uma convergência entre as narrativas recolhidas em 2008, junto de profissionais/responsáveis pela implementação de ESMC, e as narrativas mais recentes, recolhidas junto de profissionais da Equipa Y, a respeito da articulação entre Instituição Hospitalar e Equipas Comunitárias. Relembrando, um desses profissionais, entrevistado em 2008, antecipava a preocupação de que as resistências ao modelo comunitário (protagonizadas, em grande medida, por profissionais da psiquiatria hospitalar) viessem a gerar constrangimentos ao nível da articulação entre a Instituição Hospitalar e as emergentes Equipas Comunitárias. Ora, com base em *experiências vividas* (e não apenas em meras suposições), a coordenadora da Equipa Y dá conta, precisamente, desse tipo de constrangimento, referindo-se, em particular, à escassa convocação da participação dos/as profissionais da Equipa Comunitária quando pessoas por ela acompanhadas são internadas na Instituição Hospitalar. Não generalizando essa falta de articulação, a coordenadora da Equipa Y não a entende como consequência de qualquer política hospitalar, institucionalmente/formalmente estabelecida, mas como decorrência de resistências individuais ao modelo comunitário, protagonizadas por alguns dos seus colegas psiquiatras. O respetivo excerto de entrevista encontra-se reproduzido no *Apêndice L* (18º excerto).

Não apenas as “resistências” hospitalares de carácter individual parecem interferir negativamente no modo de funcionamento da Equipa Y. Das narrativas dos/as profissionais da Equipa, uma outra ordem de constrangimento se torna patente, relacionada, desta feita, com a relação de dependência da Equipa relativamente à Instituição Hospitalar. Neste ponto, uma das situações emblemáticas tem que ver com os “registos” de *atos de enfermagem*, conforme relatado na Caixa 10.

Caixa 10 – Quando lógicas de funcionamento hospitalar são impostas ao modelo comunitário

Das notas de campo:

Durante a tarde, no decorrer de visitas domiciliárias, os/as profissionais de enfermagem partilharam uma situação que, de acordo com as suas experiências, se constitui como um obstáculo ao bom fluxo do trabalho na comunidade. Trata-se do facto de a Equipa Comunitária, no que respeita ao registo de todos os *atos de enfermagem*, ter à disposição a mesma plataforma informática que foi especificamente concebida para o sistema hospitalar. Essa plataforma, segundo referem, funciona muito bem em contexto hospitalar, mas não em contexto de prática comunitária. O esforço e o tempo de inserção de dados que essa plataforma exige não é, de todo, compatível com o ritmo de trabalho comunitário, muito em particular quando se trata do trabalho domiciliário. Inserir dados nesta plataforma implica um gasto de tempo e de energia que compromete a prática de cuidados propriamente dita. Não se opõem, de forma alguma, a que haja um sistema de registos informáticos, o que defendem é que esse sistema seja compatível e adaptado ao trabalho que exercem na comunidade.

Fonte: Notas de campo (19/07/2018)

O caso acima relatado mostra, com efeito, como uma das consequências da dependência da Equipa Y relativamente ao Hospital é a sujeição a lógicas de funcionamento que nem sempre se encontram ajustadas ou adaptadas à sua realidade, acabando por interferir negativamente no fluxo do trabalho comunitário. A respeito desse mesmo caso, acima narrado, a coordenadora da Equipa Y destaca que a situação em questão já estaria resolvida se tivessem autonomia para tal:

Se tivéssemos autonomia já tínhamos arranjado algum informático que nos construísse um modelo de registos em equipa por doente. Isto é, a grelha seria diferente... Seria funcional para nós, que neste momento não é o caso. Neste momento não está adaptada à nossa realidade. (Coordenadora da Equipa Y)

Outra das situações paradoxais, relacionada com a dependência da Equipa relativamente à instituição hospitalar, prende-se com a questão dos recursos humanos. Por diversas vezes, no decurso do presente capítulo, tivemos oportunidade de discorrer sobre esta problemática, colocando em evidência a forma como a ausência de autonomia para a contratação de profissionais constrange o funcionamento da Equipa. Encontrando-se contratualmente vinculados à instituição hospitalar, os/as profissionais da Equipa Y não exercem atividade comunitária em regime de exclusividade, tendo igualmente de exercer atividade na Instituição Hospitalar.

Ainda sobre as lógicas institucionais que regem o funcionamento da Equipa Comunitária, subordinando-a, em grande medida, à hegemonia hospitalar, a Coordenadora da Equipa Y refere-se a uma lógica paradoxal, bastante contraproducente à mobilização de recursos humanos (do hospital) para a comunidade, a saber: o modo como se procede à avaliação (para fins de evolução da carreira) dos/as profissionais vinculados/as contratualmente à instituição hospitalar. Essa lógica vem, no fundo, somar-se a um outro

grande obstáculo à mobilização de recursos humanos para os serviços comunitários, que se prende com “o facto de esses serviços serem descentralizados e sediados em locais menos atrativos” (Hespanha *et al.*, 2012, p. 92), frequentemente distantes das localidades de residência dos/as profissionais – como acontece, precisamente, com os/as profissionais da Equipa Y, que, diariamente, com viagem de ida e volta, percorrem mais de 100 km para trabalhar no serviço comunitário. No 19º excerto de entrevista que se reproduz no *Apêndice L*, a coordenadora da Equipa Y expõe, então, essa problemática da *avaliação*, colocando em evidência como o atual sistema, ao privilegiar a permanência dos/as profissionais nas instalações da Instituição Hospitalar (em detrimento da permanência na comunidade), acaba por se constituir como uma lógica que alimenta um círculo vicioso de desincentivo à carreira comunitária.

Num momento histórico como aquele que se vive, em que a grande linha ideológica (retoricamente preconizada) é a da *desinstitucionalização*, as lógicas institucionais que regem o funcionamento dos serviços comunitários são claramente paradoxais e avessas ao seu pleno desenvolvimento. Ao invés de impulsionarem a autonomia desses serviços, tais lógicas favorecem a sua subordinação à instituição hospitalar, que, impondo as suas próprias lógicas e regras de funcionamento, acaba por gerar perturbação ou até mesmo “destruição” das lógicas de intervenção comunitária.

As lógicas hospitalares intrometem-se nas equipas... porque não há regulamentação. Neste momento, pode-se dizer que a lógica hospitalar está a perturbar o funcionamento das equipas comunitárias... está mesmo a destruir a lógica das equipas comunitárias... O que é um paradoxo, porque o que se pretende é a desinstitucionalização. (Coordenadora da Equipa Y)

Finalizando este ponto, em que se deu conta de um conjunto de resistências, paradoxos e obstáculos de natureza corporativa e institucional, que, metaforicamente falando, ainda subsistem como grandes “muros” do modelo biomédico/hospitalar, (de)limitadores do desenvolvimento do modelo comunitário, importa referenciar um último tipo de obstáculo, de nível macro, igualmente sinalizado pela coordenadora da Equipa Y. Trata-se do modelo de financiamento do sistema português de saúde mental, excessivamente orientado para episódios de produção hospitalar. Oferecendo eco às palavras da entrevistada:

- Porque é que sistemas de saúde mental de outros países deram saltos e nós não demos? Porquê? Quando somos um povo tão elástico, tão aberto, tão migrante... Se estamos culturalmente abertos a tantas mudanças, porque é que em Portugal, um país tão pequeno, nós não fazemos transformações nos modelos de organização de cuidados? Quando o que está inventado, está inventado. Toda a gente advoga o modelo britânico e não sei quê, porque é que não se fazem experiências concretas? Há muito que se sabe que um forte obstáculo é o modelo de financiamento. O financiamento para a saúde mental ainda se baseia muito naquilo que se faz no hospital. Entram os episódios de urgência e conta-se muito a taxa de ocupação, isto é, faz-se depender os financiamentos das taxas de

ocupação de camas, de leitos. Portanto, se a comunitária reduz a taxa de internamentos, está a tirar *budget* ao hospital, ponto. Portanto, por isso é que se fala tanto sobre a forma de financiamento da psiquiatria e da saúde mental, que tem de ter uma visão diferente disso. Qualquer administrador hospitalar diz assim: “então, eu tinha não sei quantos internamentos no ano passado e agora tenho metade...” Onde é que eu vou buscar o dinheiro?

- *Esse sistema de financiamento acaba por reproduzir um modelo que já existe... Acaba por favorecer a continuidade do modelo hospitalar...*

- Não estamos a falar do bem do doente. Estamos a falar de um modelo de gestão que está a decorrer e que depois condiciona tudo o resto. Tem de ser mudado. Há uma ideia, organiza-se, decreta-se, mas depois não se operacionaliza. E o que é que é preciso para operacionalizar? Que níveis de operacionalização? E depois dizer-se assim: “faça-se, execute-se”. Entende? Esta sequência não acontece. Há aqui uma barreira de poderes intermédios. (Coordenadora da Equipa Y)

Ora, esta não é uma problemática nova, sendo desde há muito reconhecida como um dos maiores obstáculos à implementação de um sistema de cuidados de saúde mental na comunidade. Já em 2007, no âmbito da publicação do *Plano de Ação 2007-2016*, a Comissão para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental alertava para os efeitos perversos de um tal modelo de financiamento, referindo que sem a introdução de profundas alterações a esse nível, dificilmente se conseguiria proceder à implementação das reformas propostas (CNRSSM, 2007). Em 2017, volvidos 10 anos, o *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020* (CTARSM, 2017) vem dar conta da manutenção do problema, voltando a recomendar a criação de um modelo de pagamento dos serviços de saúde mental que incentive verdadeiramente a implementação de serviços comunitários (CTARSM, 2017, p. 42).

Em síntese, da análise precedente facilmente se conclui que são ainda muitos os “muros” de natureza institucional e política que obstaculizam o caminho da Equipa Y no seu grande propósito de provisão de cuidados comunitários. Tenazmente, lógicas institucionais (nível meso) e medidas políticas/governamentais (nível macro) continuam a favorecer a manutenção do modelo hegemónico vigente – o modelo biomédico/hospitalar –, criando constrangimentos, mais ou menos subtis, ao funcionamento das Equipas Comunitárias.

NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 5

O presente capítulo objetivou a apresentação dos resultados da pesquisa etnográfica que realizei àquela que se constitui como uma das raras ESMC a operar no sistema público português de cuidados de saúde mental. Em face de um contexto político marcado por reiteradas inércias e inúmeras fragilidades, propus-me analisar as reais condições de implementação dessa ESMC, buscando compreender em que medida ela consegue romper com o modelo hegemónico, aproximando-se de um modelo pautado pela *integralidade*.

Da análise sobressai claramente o quanto uma forte herança hospitalar/biomédica pesa no funcionamento da Equipa Y, condicionando a sua capacidade de resposta e as suas potencialidades de intervenção. Foi possível identificar um amplo conjunto de obstáculos que se revelam verdadeiras forças contrárias ao pleno desenvolvimento dos ideais e propósitos de *cuidado integral* de que os/as profissionais da Equipa Y se encontram imbuídos/as. De facto, um elemento-chave claramente diferenciador do modo de cuidar da Equipa Y reside na partilha, pelos seus vários membros, de um notório espírito de missão e compromisso com o (autêntico) cuidado. Não obstante a enorme relevância dessa dimensão de cuidado – efetivamente reconhecida e valorizada pelos/as utentes entrevistados/as –, a análise mostra-nos, no entanto, como ela, por si só, não basta para suprir as enormes lacunas e debilidades que se verificam ao nível dos recursos organizacionais. Neste cenário, há ainda um outro elemento que não deve deixar de ser considerado: a elevada sobrecarga a que os/as profissionais se encontram submetidos/as. De facto, a oportunidade de acompanhar a Equipa Y de forma intensiva, desde o início da manhã até ao final do dia, permitiu-me constatar *in loco* o elevadíssimo volume diário de tarefas e intervenções que se encontram condensadas num (muito) reduzido número de profissionais, não esquecendo que a esse volume de trabalho acresce um significativo número de quilómetros (mais de 100 km) a percorrer diariamente entre os respetivos locais de residência e o espaço/sede da Equipa. Perante um quadro de intervenção tão complexo e tão exigente sob o ponto de vista emocional e também físico, não podemos deixar de assinalar o elevado risco de *burnout* a que estes/as profissionais se encontram submetidos/as (*vide* 21º excerto de entrevista do Apêndice L), o que, obviamente, se poderá vir a constituir como um obstáculo adicional à continuidade do projeto que vem sendo construído.

CAPÍTULO 6

EPISTEMOLOGIAS E PRÁTICAS “OUTRAS” DE CUIDADO NO PREENCHIMENTO DAS AUSÊNCIAS E REESCRITA DAS NARRATIVAS

Adentrando-nos no presente capítulo, cabe evocar o título que foi atribuído a um outro: “Para lá da hegemonia biomédica: ‘outros’ modos de olhar e cuidar (d)o sofrimento mental são (sim) possíveis” (capítulo 3). O propósito deste sexto capítulo é, com efeito, o de nos direcionarmos de um modo mais específico para essa questão, olhando para as epistemologias/práticas de cuidado mobilizadas fora do sistema oficial/convencional de cuidados. Retomamos assim, neste lugar, a análise da globalidade das entrevistas realizadas com pessoas com experiências de sofrimento mental (participantes dos grupos A, B e C).

Relembrando, nesse anterior terceiro capítulo sustentou-se a ideia da inequívoca urgência de se caminhar para um paradigma de cuidados que, rompendo com todo o tipo de reducionismos, se norteie pelo ideal ético-político da integralidade. Nesse sentido, e no seio de uma problematização mais ampla, foi defendida a ideia de que as condições de construção desse novo paradigma passam, necessariamente, pelo esvaziamento do poder biomédico hegemónico e pelo reconhecimento da presença de outros protagonistas e de outras abordagens terapêuticas, que, por via da hegemonização científica, foram (e continuam a ser) invisibilizados e deslegitimados enquanto agentes terapêuticos válidos. Partindo, então, do pressuposto de que, contrariamente ao que a grande metanarrativa (Lyotard, 2003) biomédica tem procurado fazer crer, outros modos de olhar e cuidar (d)o sofrimento mental (além do biomédico) são (sim) possíveis, proponho-me, neste capítulo, averiguar essas possibilidades “outras”, perscrutando as trajetórias e narrativas das *vozes das experiências vividas*.

Sabendo de antemão que todas as pessoas entrevistadas (sem exceção) encetaram caminhos de biomedicalização (o que atestámos no quarto capítulo), o objetivo que agora se desenha é o de compreender em que medida elas foram (ou não) além desse modelo hegemónico, transitando por epistemologias e práticas “outras”, portadoras de modos diferenciados de conceber e lidar com o sofrimento mental. Em alinhamento com a proposta da “ecologia de saberes”, não se nutre a expectativa de identificar “saberes” e “fazeres” que respondam (por si só) de forma completa ou integral (de uma vez por todas) às necessidades de quem os procura. Cabe lembrar que uma das premissas da “ecologia de

saberes” reside na proposição: “nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções no mundo, [pois] todas elas são, de diferentes maneiras, incompletas (Santos B. S., 2007, p. 27). Ao invés de advogar a possibilidade de “saberes completos” – o que acabaria por redundar numa visão não menos reducionista do que aquela que atualmente prepondera no sistema de cuidados –, a “ecologia de saberes” pressupõe a ideia de que a completude reside no diálogo entre diferentes formas de conhecimento, numa lógica “de maximização dos seus respectivos contributos para a construção de um ‘outro mundo possível’ (Santos B. S., 2006, p. 108). Em outras palavras, e relembrando algo que foi dito no terceiro capítulo (onde foram esboçados os objetivos da pesquisa), sendo o sofrimento mental um fenómeno complexo e multidimensional, a proposta desta tese é a de averiguar em que medida cada forma de saber (identificada) supera a “ignorância” de outras, procurando indagar, em última análise, as potencialidades de cada uma delas na construção desse “outro mundo possível” (*ibidem*) – no caso, um “mundo” (de cuidados) norteado pelo ideal ético-político da integralidade. Como igualmente se mostrou em anterior capítulo, a possibilidade dessa averiguação não se dá por via da racionalidade científica (objetiva), mas por via daquilo que Santos (2007) designa “epistemologia das consequências”: olhando para os efeitos (subjetivamente) validados pelos próprios sujeitos, protagonistas das experiências.

O presente capítulo encontra-se dividido em três grandes pontos. O primeiro visa dar conta das (im)possibilidades de acesso a epistemologias e práticas terapêuticas “outras”. Será que o simples desejar/querer resultados diferenciados – mais satisfatórios do que aqueles que são proporcionados pelo modelo biomédico – é o bastante para se enveredar por caminhos terapêuticos “outros”? Que tipos de obstáculos (tanto de ordem objetiva como subjetiva) dificultam ou inviabilizam esse acesso? Já no segundo ponto dedicar-nos-emos às narrativas de quem teve possibilidade de ir além da monocultura biomédica, integrando na sua trajetória experiências “outras” de cuidado; melhor dizendo, nesse ponto dedicar-nos-emos a todas as experiências identificadas com exceção das experiências espirituais, as quais, pela sua especial significância, serão tratadas em ponto próprio. De facto, a dimensão espiritual emerge como uma dimensão de grande relevância, frequentemente narrada como uma das mais importantes práticas de enfrentamento do sofrimento mental. Por esse motivo, ser-lhe-á conferida particular atenção no terceiro ponto deste sexto capítulo.

1. Entre querer e poder: (im)possibilidades no acesso à diversidade de saberes/práticas de cuidado

Conforme se viu em capítulo anterior, a produção ético-política da *integralidade* no campo da saúde pressupõe uma visão democrática, pautada pela autonomia dos sujeitos e direito de livre escolha dos recursos terapêuticos (Ayres, 2009; Gerhardt *et al.*; 2008; Pinheiro & Luz, 2007). A garantia de uma tal “cidadania no cuidado” (Pinheiro *et al.*, 2011) implica, portanto, que a estratégia pública de oferta de cuidados contemple, a par dos saberes oficialmente instituídos, saberes “outros”, em linha com as recomendações da OMS na *Declaração de Alma-Ata* (WHO, 1978). Reportando-nos especificamente ao contexto português, é sabido como essa visão aberta e verdadeiramente democrática não comparece no SNS (Carapinheiro, 2010; Rosa, 2013; Silva M. J., 2015). Pese embora o facto de a lei consagrar, entre outros direitos, “a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde” (Diário da República, 1979) – Lei n. 56/79, de 15 de Setembro –, na prática, o SNS ainda restringe o leque de opções ao modelo convencional de cuidados, eminentemente biomédico. No segundo capítulo, tivemos oportunidade de desenvolver esta temática, mostrando como a biomedicina se conseguiu impor como modelo hegemónico nas sociedades modernas ocidentais, naturalizando-se e universalizando-se como epistemologicamente superior a todas as outras formas de saber terapêutico. Demonstrou-se como a mesma foi capaz de se institucionalizar na esfera pública, garantindo a exclusão (ou quase total exclusão) de práticas terapêuticas “outras” (Saks, 2003; Franco, 2010).

Situada nesse quadro monocultural de possibilidades, a presente investigação mostra, precisamente, o quanto esse quadro limita (em alguns casos, anula) o poder de escolha dos sujeitos e suas possibilidades de esperança, encerrando-os em circuitos fechados de terapias eminentemente farmacológicas, que, tendencialmente, os mantêm em círculos viciosos de dependência e de sofrimento. Sendo certo que o fator económico (relacionado com a ausência de participação estatal) tende a ser enumerado como o maior impedimento à mobilização de práticas terapêuticas “outras” – comumente subsumidas aos rótulos de “não convencionais”, “tradicionais” ou “complementares e alternativas” –, um outro fator, mais subtil, se apresenta igualmente como obstáculo a essa mesma mobilização, a saber: impossibilidades do foro simbólico e subjetivo, relacionadas com a internalização da psiquiatria como “regime de verdade” (Foucault, 1984). De facto, atentando em várias narrativas, percebe-se como uma internalização da suposta “verdade biomédica” favoreceu, entre muitas das pessoas entrevistadas, um processo de subjetivação ancorado na ideia de

“doença” como sentença final, definidora das (im)possibilidades da vida, designadamente das impossibilidades de superação da “doença” e da experiência de sofrimento. É nesse sentido que várias pessoas, quando questionadas sobre um eventual recurso a práticas terapêuticas “outras”, revelam não ter recorrido (e não ponderar recorrer) a esse universo de práticas não por não terem sentido necessidade de respostas mais satisfatórias do que aquelas que encontram no modelo convencional, mas por acreditarem que essas respostas não existem fora desse modelo. Justificam esse dado com a “gravidade da doença”, relativamente à qual, segundo lhes foi dito (e acreditaram), nada há a fazer a não ser confiar na ciência, nos/as médicos/as e nos fármacos. O poder desta “internalização” torna-se particularmente significativo quando percebemos a confluência, na mesma narrativa, de uma forte insatisfação com os tratamentos biomédicos e uma imponderabilidade de se ir além dos mesmos.

- O que tenho é uma coisa que só a ciência pode ajudar. Não vale a pena meter-me em andanças. Não me acredito que uma doença como esta possa ser tratada com outras coisas. Os médicos dizem que é uma doença crónica, a medicação é para sempre. Gostava que fosse diferente, mas não é...

- *Mas há pouco falava-me de como os medicamentos não têm tido os resultados que gostava... e como já mudou tantas vezes de psiquiatra...*

- Pois, e os resultados estão difíceis de vir.

- *E isso não o faz pensar em outras terapias diferentes das que tem conhecido?*

- Lá está, não porque esta doença é mesmo assim, muito difícil (Jasmim, faixa etária 40-49).

- Gostava de arranjar um tratamento que não tivesse os malefícios dos medicamentos que tomo, que são tantos, mas o médico, quando diagnosticou [doença bipolar], disse: “tem que ter paciência, é uma doença para toda a vida e só com os medicamentos”. Larguei a ideia de procurar outras coisas...

- *Quando refere outras coisas, está-se a referir a quê, exatamente?*

- A tratamentos diferentes que a pessoa vai fora do Hospital, a pagar. Uma prima minha fez acupuntura para as costas e falou que lá lhe disseram que também é bom para problemas da cabeça, nervos e coisas assim. E como a ela tem feito tão bem, teimou para eu ir. Mas eu disse-lhe: ‘ó prima, isso é para coisas mais leves, esta doença é muito difícil’. Mas pronto, olhe, se não fosse a pagar, até podia experimentar, não se perdia nada. Agora, como é a pagar, e a minha pensão é pequena, não penso nisso. (Graciana, faixa etária 50-59)

É interessante notar a conflitualidade que essas pessoas parecem experienciar entre aquilo que intimamente desejam e aquilo que um sistema lhes incute como o limite das suas possibilidades de “desejar” e “querer”. Esta conflitualidade torna-se patente quando, nos excertos de entrevista acima transcritos, nos deparamos com frases como “*gostava que fosse diferente, mas não é*” ou “*gostava de arranjar um tratamento que não tivesse os malefícios dos medicamentos [...], mas o médico disse: [...] é uma doença para toda a vida*”. Em tais casos, o arredar de práticas terapêuticas “outras” do horizonte de possibilidades sai ainda reforçado pela ausência de oferta dessas práticas no SNS. Referindo-se a práticas “outras” oferecidas no mercado privado (especificamente, à acupuntura), uma das anteriores

entrevistadas mostra como a ausência dessa oferta na esfera pública se constitui como um obstáculo que se soma às baixas expectativas que nutre por práticas não biomédicas.

Já para um outro conjunto de pessoas, o não recurso a racionalidades e práticas terapêuticas “outras” não decorre, como nos casos anteriores, de uma “descrença” relativamente às possibilidades de obtenção de resultados fora do campo da ciência; decorre tão somente de impossibilidades económicas. Nesses casos, há um “querer” que corresponde a uma “vontade firmada”, que não se deixou influenciar (ou interromper) por “balizas” e limites determinados pela cultura biomédica. Das narrativas dessas pessoas sobressaem sentimentos de insatisfação e frustração com as trajetórias terapêuticas convencionais que vêm trilhando, com um reconhecimento claro das limitações e incompletudes das terapias (biomédicas) que lhes têm sido oferecidas. Justificam, então, esse “querer” com o desejo de trilharem caminhos mais satisfatórios que preencham os vazios da psiquiatria (e, em alguns casos, também de uma certa psicologia contaminada pela cultura biomédica), que não produzam efeitos iatrogénicos e que vão além de uma visão reducionista, de mero alívio de sintomas. Das mesmas narrativas sobressai ainda um outro elemento fundamental à compreensão da edificação desse “querer”: o facto de se ter tido acesso a testemunhos bem-sucedidos, vocalizados por pessoas pertencentes às respetivas redes de sociabilidade (família, amigos/as, vizinhos/as, etc.).

- Tenho uma vizinha também com fobias que fez Hipnoterapia e ficou bem, porreira. Queria fazer, que eu tenho ataques de pânico terríveis. Mas não tenho hipótese com os meus rendimentos. Mas só com os medicamentos não me amanho. Tenho ataques de pânico, mesmo com tanto comprimido. E fazem-me muito mal ao estômago, até gastrites. [...] Também tive uma psicóloga e pouquíssimo ajudou. Andava sempre à beira das mesmas coisas: o que tinha de mudar nas rotinas, tinha de sair de casa. Chego a um café, qualquer sítio, é logo um ataque de pânico. E a psicóloga a isso não fez nada. Fiquei na mesma.

- *A experiência da sua amiga deu-lhe uma certa esperança...*

- Deu. Agora, o quê é mesmo o dinheiro.

- *Alguma vez partilhou essa vontade com o seu psiquiatra ou com a psicóloga?*

- Não... Nunca me senti à vontade para falar, que eu acho que isso são coisas que eles não concordam. (Hilário, faixa etária 40-49)

- Tenho fibromialgia e a médica de família disse que é por causa da depressão crónica. Se andar menos deprimida as dores não são tantas. A acupuntura tenho ouvido que ajuda nos nervos e alivia muito as dores. A medicação não ajuda, mas a acupuntura diz que sim, que há pessoas que ficam muito melhores, só que para isso é preciso pagar. E eu sozinha a ganhar, não consigo...

- *Foi a sua filha que lhe falou sobre a acupuntura?*

- Sim. Ela tem uma amiga que a mãe fez e resultou muito bem. Até a minha médica de família disse para eu fazer. Ela conhece doentes dela que têm feito e têm melhorado muito das dores, até dos nervos. Só que o dinheiro mal dá para o básico. Mas precisava! Quando ando mais nervosa, nem consigo mexer os braços. Piorei desde que tivemos os exames do meu marido a dizerem que é um cancro grave. Tenho dias que nem para me vestir. (Idália, faixa etária 50-59)

A validação partilhada por pessoas que experienciaram práticas terapêuticas “outras” sobrepôs-se, pois, nesses casos, à necessidade de uma qualquer “prova científica”. Permitindo-se ser influenciado pelas experiências de outras pessoas, validadas como bem-sucedidas, este conjunto de entrevistados/as manifesta um claro desejo de ir além dos parâmetros das possibilidades oferecidas pelo SNS, sendo o fator económico o único limite à concretização dessa vontade. Das narrativas acima transcritas emerge ainda uma outra questão: a comunicação que se estabelece entre utentes dos serviços públicos e profissionais desses mesmos serviços a respeito da intenção de uso (ou uso efetivo) de práticas terapêuticas “outras”. As narrativas apontam duas tendências, em linha com resultados de pesquisas realizadas neste domínio. A primeira narrativa vai ao encontro de estudos que sugerem uma ausência de comunicação: tanto a pessoa omite ao profissional médico a sua intenção de uso ou uso efetivo de terapias “outras”, como o/a profissional de saúde não a questiona durante a consulta sobre o eventual uso das mesmas (Silva M. J., 2015, p. 9). A segunda narrativa vai ao encontro de estudos que mostram uma progressiva abertura de profissionais “convencionais” quanto a esse uso (Pegado, 2017, p. 114) – particularmente quanto à acupuntura, que tende a ser relativamente mais bem aceite pelos/as profissionais (bio)médicos (Pegado, 2017, pp. 59-60). Nessa segunda narrativa (supratranscrita) dá-se conta de como uma “médica de família” se deixou permear pela partilha de experiências de utentes que recorreram à acupuntura, passando, ela própria, a recomendar a outros/as utentes a procura dessa prática. Ainda que essa recomendação vá além dos recursos públicos, dirigindo-se para a esfera privada, ela não deixa de representar uma ampliação das possibilidades de escolha das pessoas, pela forma como lhes torna acessível um tipo de informação que poderia não lhes chegar de outras formas. Tendo em conta as fortes pressões exercidas pelo *lobby* (bio)médico no sentido da exclusão de “profissionais não convencionais” do sistema público (Franco, 2010; Silva M. J., 2015), este é um dado que não passa despercebido. É ainda interessante notar como essa segunda narrativa se situa em linha com estudos que mostram uma relativa maior abertura de médicos/as de clínica geral a práticas “não convencionais”, comparativamente a médicos/as especialistas (Schepers & Hermans, 1999). Alinho-me com Elsa Pegado (2017, p. 118) numa possível explicação para essa relativa maior abertura, colocando a hipótese de a mesma decorrer de uma maior proximidade entre a abordagem da medicina geral e a das chamadas terapias “não convencionais” (tendencialmente, mais holísticas), sobretudo na relação profissionais-utentes. Outra hipótese, desta feita levantada por mim, é a de que essa relativa maior abertura decorra do facto de estes/as profissionais, ao acompanharem as pessoas de uma forma mais

contínua e regular, terem maior consciência das fragilidades e limitações das terapias biomédicas/convencionais.

Se ao nível da medicina geral se começa a perceber uma relativa maior abertura às chamadas terapêuticas “não convencionais” (comparativamente às especialidades médicas), há que se sublinhar a posição de vanguarda de profissionais de enfermagem quanto a essa mesma questão. Com efeito, é no âmbito desta classe profissional que encontramos os sinais mais expressivos de abertura à integração de modalidades terapêuticas “outras”; seja pela crescente procura de formação em tais modalidades, seja pela tentativa (quando possível) de integração informal das mesmas nos quotidianos de cuidados (Santos, M. I., 2013). A hipótese da “proximidade” – antes evocada para explicar a relativa maior abertura da medicina geral – ganha, no caso da enfermagem, uma relevância ainda maior, dado o elevado nível de proximidade (físico, emocional e afetivo) que tendencialmente se estabelece entre enfermeiros/as e utentes (Pennafort *et al.*, 2012). No próximo ponto, apresentarei um caso muito singular, relativo a uma tentativa de integração de *Yoga*, por parte de uma enfermeira, num serviço público de cuidados psiquiátricos. Refiro “tentativa” na medida em que a prática acabou por ser cancelada por ingerência de médicos que a consideraram inadequada ao contexto hospitalar. A maioria das/os utentes desse serviço não teve condições económicas para buscar essa prática na esfera privada, tendo deixado de usufruir dos seus benefícios.

No que se refere ao acesso a práticas “outras” de cuidado, a situação que acabei de expor (relativa ao *Yoga*) coloca-nos diante de uma problemática muito comum, identificada em muitas narrativas, a saber: a ausência de oferta de tais práticas na esfera pública em articulação com a incapacidade de, em alternativa, se recorrer à esfera privada, dada a vulnerabilidade socioeconómica a que, tendencialmente, as pessoas se encontram submetidas. Perante a ausência de oferta participada ou gratuita dessas práticas, a via alternativa é a de se recorrer à esfera privada, a qual se revela bastante onerosa para a maioria das pessoas. Com efeito, em resultado do sofrimento mental, muitas dessas pessoas vêm-se impossibilitadas de exercer uma atividade laboral, encontrando-se, à data da entrevista, em situação de desemprego, baixa médica ou reforma antecipada.

Não existindo uma homogeneidade no campo das epistemologias/práticas “outras” – designadamente no que respeita ao seu carácter mercantil (ou não mercantil) –, obviamente que a questão da acessibilidade não se coloca da mesma forma para todas. No entanto, quando nos referimos a práticas que são objeto de comercialização (como a naturopatia, acupuntura, hipnoterapia, etc.), as narrativas em análise tornam claro como a ausência de oferta ou participação estatal dessas práticas cria fortes desigualdades de acesso,

aprofundando a barreira entre quem dispõe de recursos económicos e quem se encontra em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica. A distância entre “querer” enveredar por determinado tipo de práticas (“outras”) e “poder” efetivamente fazê-lo revela-se, pois, para a maioria das pessoas, bastante dilatada, traduzindo-se claramente numa contração das possibilidades de escolha, de agenciamento e de participação na construção das respetivas trajetórias terapêuticas – ou seja, ao nível do que se designa como “cidadania no cuidado” (Pinheiro *et al.*, 2011). Essa distância torna-se particularmente frustrante quando a pessoa chega a experienciar determinada prática e seus resultados e se vê obrigada a abandoná-la por impossibilidades económicas (o que aconteceu em casos que relatarei adiante).

Dificuldades de acesso a determinado tipo de práticas “outras” (mercantis) reforçam, em certa medida, a procura de outro tipo de práticas, como é o caso das de natureza espiritual (não mercantis). De facto, é interessante notar como a dimensão espiritual figura como uma vertente de grande relevância, evocada como uma das mais importantes estratégias de enfrentamento do sofrimento mental. Pela força com que as práticas espirituais (na sua diversidade) emergem no estudo, dedicar-lhes-ei um ponto específico. Por ora, no ponto que se segue, procederei a um breve mapeamento de “caminhos outros”, trilhados fora do modelo biomédico, os quais, em diversas medidas e proporções, contribuíram para um preenchimento de “ausências” e, em alguns casos, para uma reescrita das narrativas.

2. Narrativas emergentes em rutura com a monocultura biomédica

Da totalidade das pessoas entrevistadas, apenas um pequeno conjunto manifestou ter ido além de experiências biomedicalizantes, integrando nas suas trajetórias epistemologias e práticas “outras” de cuidado – facto que se associa, muito provavelmente, aos condicionamentos de ordem subjetiva e objetiva atrás enunciados. Proponho-me, então, neste segundo ponto, analisar esse pequeno conjunto de narrativas, clarificando, desde já, que não procederei a um aprofundamento de cada forma de “saber/fazer” identificada¹²², demorando-me nas características que a diferenciam das demais (embora, casualmente, me detenha um pouco mais numa ou noutra). A minha preocupação será, essencialmente, a de fazer sobressair a experiência subjetiva da pessoa, oferecendo tantos elementos de análise quanto possíveis, designadamente: razões ou circunstâncias que a conduziram a determinada prática; obstáculos para a continuidade; perceções sobre a prática em si mesma (e.g.,

¹²² Não sendo possível aprofundar todas as epistemologias “outras” identificadas, reservo esse aprofundamento para uma em particular, a epistemologia *espírita*, que nos ocupará no terceiro ponto deste capítulo.

perceções sobre a sua racionalidade e seu *modus operandi*, relação com terapeuta, etc.); e, finalmente, as consequências da experiência, averiguando de que forma a mesma contribuiu para superar ou preencher as ausências, limitações e problemáticas inerentes à experiência biomédica, assim como de que forma contribuiu para a reescrita da sua biografia.

A apresentação das narrativas será feita de acordo com o nível de consequências das práticas terapêuticas nas respetivas trajetórias individuais. Assim, começarei por aquelas onde se deram impactos menos expressivos (em certa medida, pela impossibilidade de continuidade), seguindo para aquelas onde ocorreram impactos mais significativos. Finalmente, cabe uma última nota sobre a natureza das epistemologias/práticas “outras” identificadas. A esse respeito, é de notar uma diversidade que aparentemente, numa leitura mais superficial, pode suscitar alguma estranheza. Poder-se-á perguntar: qual a razão de se considerarem como experiências “outras” experiências com Arteterapia e com um Grupo de Auto-Ajuda/Ajuda Mútua? Não será um contrassenso incluí-las no âmbito deste subcapítulo, a par de experiências “outras” mais óbvias, diga-se assim, como a experiência com uma “benzedeira” ou com a “prática de Yoga”? Na minha perspectiva, não há qualquer contrassenso. Ainda que, porventura, se situem num patamar de convencionalidade e de aceitação sociocultural (e até política) superior às demais, essas práticas não deixam de configurar práticas contra-hegemónicas, tanto pelas suas lógicas tendencialmente emancipatórias – em rutura com a racionalidade terapêutica biomédica, tendencialmente redutora e opressiva – como pela forma como tendem a não ser incluídas no sistema oficial de cuidados (não obstante, como se disse, se situarem num patamar de maior convencionalidade). Um sinal claro do carácter “marginal” de tais práticas reside no facto de, entre todas as pessoas entrevistadas, apenas duas terem tido acesso à Arteterapia e uma outra a um Grupo de Auto-Ajuda/Ajuda-Mútua, sendo que tal ocorreu no seio da sociedade civil (não no SNS). Segue-se, então, a análise das experiências identificadas nas narrativas: i) experiência com uma “benzedeira”; ii) naturopatia; iii) prática de Yoga; iv) arteterapia; v) grupo de auto-ajuda/ajuda-mútua; vi) hipnoterapia.

2.1. Saberes populares: a experiência com uma “benzedeira”

Contrariando as aspirações do grande projeto da modernidade, o campo dos saberes de cura ditos populares ou tradicionais não se extinguiu, permanecendo em Portugal (como em tantos outros pontos do globo) como parte integrante “dos mapas cognitivos que as pessoas utilizam para produzir sentidos sobre o mundo onde se movem, onde agem e onde

interagem” (Alves, 2011, p. 228). Como têm revelado vários estudos, o recurso a esse campo de saberes (e “fazeres”) tende a ocorrer paralelamente à mobilização do campo médico convencional (biomédico), numa clara demonstração de um reconhecimento leigo das limitações deste último na solução de causas que se entendem fora do âmbito da racionalidade científica (Bastos & Levy, 1987; Lobo, 1995; Alves F., 2011). Trata-se de um campo sincrético¹²³, onde frequentemente se mesclam saberes de ordem espiritual/religiosa (que envolvem “rezas”, “orações”, comunicação com seres invisíveis, etc.), “manejamento de energias”, “manuseamento de ossos e tendões” e conhecimentos ancestrais sobre plantas medicinais e outros elementos da natureza (Bastos & Levy, 1987; Lobo, 1995; Almeida, 2018).

Tendo em conta a minha perceção sobre esta realidade em Portugal – advinda tanto da consulta de estudos académicos como de um certo conhecimento de senso comum –, parti para este estudo com a expectativa de identificar um expressivo número de entrevistados/as cujas trajetórias de enfrentamento do sofrimento mental tivessem passado pela mobilização deste tipo de práticas. Acontece, porém, que as informações recolhidas não me permitem um conhecimento razoavelmente preciso e profundo sobre essa mobilização, que me leve à compreensão do seu alcance e complexidade. À semelhança de Fátima Alves (2011, pp. 228-229), identifiquei uma certa relutância das pessoas em falar sobre o tema, percebendo respostas vagas e evasivas que podem ser interpretadas como denunciadoras do elevado controlo social exercido pelo paradigma científico/biomédico e de como essas práticas se revestem de uma aura de clandestinidade¹²⁴. De tais posturas relutantes podemos entrever, enfim, a elevada desqualificação social associada a tais saberes e “fazeres”, que conduz as pessoas ao receio de serem tidas como ignorantes ou ingénuas. Um caso, porém, se diferencia dessa tendência de não aprofundamento do tema: o caso de Licínio, um dos entrevistados que conheci no âmbito do projeto “A desinstitucionalização da doença mental”, em 2009, e que voltei a entrevistar no âmbito do presente estudo, em 2018¹²⁵.

¹²³ Sincretismo que ora se traduz numa multiplicidade de denominações dos agentes de (re)produção desses saberes (e.g., curandeiras, benzedeiros, mulheres com dons, endireitas, bruxas), ora se traduz numa dificuldade em os nomear, a eles não se atribuindo quaisquer nomes específicos (Bastos & Levy, 1987, p. 230).

¹²⁴ É de realçar um facto que creio não ter contribuído favoravelmente para a obtenção de respostas concretas: o facto de muitas das entrevistas terem tido lugar num espaço hospitalar e/ou num Centro de Saúde, espaços representativos do poder hegemónico da ciência moderna. Ainda que as entrevistas tenham sido realizadas em sala privada, não deixo de ponderar essa influência na construção das narrativas.

¹²⁵ À data da segunda entrevista, Licínio continua solteiro, desempregado, a viver com a mãe e pai. A sua idade situa-se entre os 40 e os 49 anos. Passou por vários internamentos hospitalares e por vários diagnósticos psiquiátricos, sendo o último “doença bipolar”. Demonstrando um enorme fascínio pela área científica de Física, manifestou, na primeira entrevista, o sonho de vir a inscrever-se no Ensino Superior. Em 2018, disse-me que chegou a estar inscrito nesse curso, no entanto, pelo seu estado psíquico, acabou por desistir. Num

Com bastante expressividade, Licínio narra uma experiência marcante que teve com uma chamada “benzedeira”, que se deslocou ao seu domicílio, a convite da mãe¹²⁶.

- Penso que há coisas que a ciência não explica porque não tem ainda meios para medir certas energias e certas coisas paranormais. É muito só dos sentidos físicos, das coisas que se conseguem medir. A ciência, assim a mais tradicional, ainda não vai além das coisas materiais... Tive uma experiência, pá, só tenho pena de não ter voltado a ter. Ainda mais eu que adoro Física Quântica, fascinado pelas teorias dos universos paralelos. A ciência não tem explicação, mas o que senti foi mesmo do caneco e a ciência pode dizer que foi só sugestão, mas para mim não! Com o desenvolvimento da Física Quântica, essas coisas ainda vão ser entendidas, penso eu...

- *Que experiência foi essa?*

- Foi uma senhora que faz umas orações e assim umas coisas com plantas, umas ervas. Ela tem assim umas certas capacidades de limpar energias. E ela foi lá mesmo a casa para benzer a casa, os objetos e limpar as energias todas, da casa e também as nossas, dos moradores. Isto foi há poucos meses. E eu andava muito, muito mal, a atravessar uma fase das piores. Ela chegou lá e chamou-me para conversar. Pediu permissão para me fazer um tratamento. Fez uns movimentos com as mãos à volta do meu corpo e fez assim uma espécie de massagens nas costas, com pressão em alguns lugares, e ao mesmo tempo fazia umas orações. É pá, quando eu me levantei, estava completamente diferente. Parecia que me tinham tirado um peso de cima. A senhora até disse: “já estás melhor, não estás? Estavas com uma carga”. Não faço a mínima ideia do que isso significa, mas a verdade é que fiquei muito melhor. E é curioso porque ela fez esse tratamento a todos lá em casa e eu fui aquele que sentiu mais...

- *Como defines essa senhora? Há algum nome que defina o trabalho que ela faz?*

- A minha mãe diz que é benzedeira. Também lá andou com umas plantas, que queimava e fazia uma fumarada pela casa toda. Mas o que eu senti, pá! Fiquei mesmo a pensar naquilo, porque nunca nada me fez um efeito daqueles.

- *Nem nenhum medicamento psiquiátrico ou consulta com psicólogos?*

- Nada, nada, nada. Foi assim a cena que mais fez efeito, em deixar-me mesmo bem. Parecia outro! Uma energia, motivação... mesmo surreal.

- *Como explicas isso? O que terá acontecido? Conseguiste entender?*

- Não faço ideia, mas o que parece é que fiz uma descarga de energias. Saiu um peso tremendo! E o que é engraçado é que de todos lá de casa eu era o único que não tinha nenhum tipo de crença ou expectativa relativamente à senhora. E fui o que sentiu mais. Estava deprimidíssimo e fiquei mesmo fixe durante muito tempo. Andei mais de um mês a sentir-me... Fogo, incrível! Há coisas do caneco! E mesmo já passado um tempo, não voltei a ficar no estado péssimo em que estava, antes de ela lá ir a casa.

- *E depois não houve continuidade?*

- Não! A senhora é muito difícil de conseguir, é muito solicitada. E este não é o trabalho dela, é só uma coisa que faz para ajudar. E, ainda por cima, acho que não cobra nada. Mas isso não tenho a certeza, a minha mãe é que sabe. Mas eu vou pedir à minha mãe para ver se ela a leva outra vez. Eu nem era assim nada de cenas alternativas. Era só psiquiatras, mais nada.

- *Esta experiência mudou essa ideia de que só a psiquiatria pode ajudar...*

interregno de nove anos, a sua experiência de sofrimento mental não passou por alterações expressivas. Em 2018, continuava dependente de psicofármacos e de psiquiatras, com frequentes crises, com a agravante de, para além da ingestão de álcool, ter iniciado o consumo de outras substâncias (marijuana, etc.). Quanto à trajetória terapêutica, a única novidade reside na experiência que ora se relata, com uma “benzedeira”.

¹²⁶ É de notar que o local onde Licínio reside com a sua família é no meio urbano (tido como o “mundo moderno”) e que os graus de escolaridade da mãe e do pai são de nível superior; dados que vão ao encontro de outros estudos que mostram como o recurso a este tipo de práticas tradicionais não ocorre apenas em meios rurais e apenas por parte de pessoas pouco escolarizadas (e.g., Bastos & Levy, 1987).

- Ui! Mudou, mudou! Fiquei muito mais aberto a outras coisas, que nunca tinha pensando. Também me falaram em Reiki, que também é com energias. Talvez venha a experimentar, é possível que vá experimentar. (Licínio)

Do excerto de entrevista acima transcrito, há vários apontamentos a realçar. Em primeiro lugar, é de assinalar o modo como Licínio entrecruza a experiência com a “benzedeira” com o seu elevado interesse pela Física Quântica. Questionando criticamente a racionalidade materialista (para a qual só o que se percebe com os sentidos físicos é verdadeiramente real), Licínio defende que a experiência com a “benzedeira” só não é factível para a ciência hegemónica porque esta ainda não tem conhecimentos e meios tecnológicos capazes de a apreender e de a tornar inteligível. Depositando esperanças nos progressos da Física Quântica, ele acredita que essa “descrença” científica, mais cedo ou mais tarde, se alterará. Em segundo lugar, é de realçar o modo como a prática da “benzedeira” se desenrola na residência de Licínio e de sua família. A sua ação (que reúne orações, massagens, movimentos com as mãos e defumação de ervas) não se dirige a um corpo individual, mas a todos os corpos e coisas que povoam aquele espaço (elementos humanos e não humanos). Bastos e Levy (1987), num artigo dedicado a este tipo de práticas, referem-se justamente a essa ação holística, pontuando como as mesmas tendem a olhar os sofrimentos e mal-estares de um modo global e sistémico (entendimento de que tudo é interdependente), numa clara antítese ao modelo biomédico que tende a fragmentar e a individualizar as problemáticas que lhe chegam.

Finalmente, sobre a experiência em si mesma, cumpre destacar a forma expressiva como Licínio a integra na sua trajetória terapêutica, referindo-se à mesma como a experiência que mais o impactou positivamente, pelos efeitos benéficos sentidos tanto no momento da prática como nos dias e semanas seguintes. A respeito de um eventual “poder de sugestão” – argumento frequentemente evocado pela ciência para justificar a produção dos efeitos positivos deste tipo de práticas (Valente *et al.*, 2019, p. 3) –, o mesmo refere que, de entre todos os membros do agregado familiar (todos alvo da prática da “benzedeira”), ele era o único que não nutria qualquer tipo de crença ou expectativa relativamente à mesma, tendo sido, surpreendentemente, aquele que mais sentiu seus efeitos. A experiência com a “benzedeira” não teve continuidade e volvido pouco mais de um mês Licínio deixou de sentir o mesmo nível de efeitos que havia sentido inicialmente. Da leitura da narrativa percebemos, enfim, o quanto esta experiência veio contribuir para uma mudança no modo de Licínio produzir sentidos e significados a respeito do seu diagnóstico psiquiátrico, bem como a respeito da futura trajetória terapêutica. Se antes não vislumbrava qualquer esperança fora do circuito convencional, com a prática da “benzedeira” passou a vislumbrar novas

possibilidades, deixando de conceber o seu sofrimento como um tema que apenas diz respeito à psiquiatria.

2.2. Naturopatia

Um outro sistema de cuidados emergente no presente estudo é a Naturopatia. Não nos detendo na história e caracterização deste sistema¹²⁷, é de notar que as suas bases remontam a Hipócrates e à sua conceção de “natura medicatrix”, ou seja, ao reconhecimento do poder curativo da natureza (Capra, 1982; Laplantine, 1991). Tendo por base o chamado *paradigma vitalista*, o nascimento da Naturopatia (enquanto sistema terapêutico moderno) é atribuído ao alemão Benedict Lust, que a definiu como “a ciência, a arte e a filosofia do recurso aos meios naturais” (Ceratti, 2018, p. 16). Em termos genéricos, cabe a um/a profissional de Naturopatia facilitar o processo de reequilíbrio do organismo humano, estimulando por meios naturais (e.g., alimentação natural, plantas medicinais, atividades físicas, suplementos naturais, etc.) a sua própria capacidade e poder de autorregulação e cura. Em Portugal, a Naturopatia encontra-se legalmente regulamentada como “terapêutica não convencional”, não sendo, todavia, oferecida no SNS. Restrita à esfera privada, o livre acesso a esta prática, numa ótica de democraticidade e de justiça social, não corresponde, pois, a uma realidade no nosso país. A narrativa de Vera¹²⁸ é bem ilustrativa desse facto.

Vera recorreu à Naturopatia como forma de suprir a ausência de resultados da psiquiatria e, muito em particular, com o intuito de abandonar psicofármacos que estavam a causar efeitos colaterais severos, sobretudo ao nível do fígado. Atente-se à sua narrativa:

- Fui tratada durante uns meses [cerca de cinco] por um naturopata. Não estava a sentir melhorias nenhuma na psiquiatria. E de tanta medicação, o fígado estava a ficar mal. [Ele] receitou-me várias coisas naturais, à base de plantas. Dava-me dicas de alimentação. E realmente, tive umas melhoras muito boas. Também disse para andar mais na natureza, fazer caminhadas. Tudo fez maravilhas. Comecei a andar mais calma, mais animada. E deixei de tomar tanto medicamento.
- *Conseguiu reduzir medicação?*
- Sim, sim... Era esse o objetivo quando fui a ele. Não queria tomar aquela carga horrível de medicação que tomava. Aquelas coisas faziam-me muito bem.

¹²⁷ Para um aprofundamento sobre o mesmo *vide*, por exemplo, Ceratti (2018).

¹²⁸ À data da entrevista, Vera tem o 12º ano de escolaridade e é administrativa numa empresa privada. A sua idade situa-se entre os 50 e os 59 anos. A sua trajetória de sofrimento psíquico iniciou-se na pré-adolescência, quando começou a ter episódios de isolamento e longos períodos de tristeza profunda, que tanto ela como a família não valorizaram. Aos 25 anos, o mal-estar manifestou-se com tal severidade que começou a ter ideias suicidas. Foi levada à urgência de um Hospital Psiquiátrico, momento a partir do qual iniciou a sua trajetória psiquiátrica, com um diagnóstico de doença bipolar, uma “lista infindável” de fármacos e um agendamento de consultas de psiquiatria nessa mesma instituição. A sua trajetória terapêutica é marcada por uma constante mudança de profissionais (esfera pública e privada), por uma experiência “traumática” de internamento hospitalar e pelo predomínio de psicofármacos (com muitos efeitos secundários). Não obtendo melhorias significativas com esse percurso, decidiu, em determinado momento, procurar o apoio da Naturopatia.

Comecei a tomar as coisas que ele me orientou e a ver resultados... A geleia real então, dava-me assim um *Up!* Quando comecei a tomar comecei logo a notar uma melhoria na motivação, na vontade de me levantar de manhã. Estava a resultar, só que tive de abandonar, porque deixei de ter possibilidades quando fiquei desempregada. Chegava a gastar cento e tal euros cada vez que lá ia! Para fazer efeito assim duradouro, ainda precisava mais uns meses. Deixei de tomar e as coisas começaram a voltar para trás. Acabei por voltar a alguma medicação que não queria tomar, pronto. (Vera)

Seguindo as orientações do Naturopata – que passaram por “dicas” ao nível da alimentação, estímulo à realização de exercício físico, contacto com a natureza e prescrição de suplementos naturais –, Vera experienciou expressivas melhorias no seu estado mental, tendo conseguido, conforme era seu objetivo, reduzir a medicação psiquiátrica. Acontece que, volvidos alguns meses, ficou desempregada, o que fez com que abandonasse as consultas, bem como os suplementos prescritos pelo Naturopata. A interrupção súbita do programa terapêutico (que deveria prolongar-se durante algum tempo) comprometeu a efetividade do mesmo, tendo Vera retomado medicamentos que havia abandonado.

2.3. A prática de *Yoga*

O caso que se segue é bastante singular, desvelando-nos com muita clareza a força que o poder biomédico detém no seio do SNS e muito particularmente no âmbito das instituições hospitalares. Trata-se do caso de Anália¹²⁹ e da sua experiência com a prática de *Yoga*¹³⁰. A narrativa de Anália dá conta de uma tentativa de integração da prática de *Yoga*, por parte de uma profissional de enfermagem, num serviço público (hospitalar) de cuidados psiquiátricos, que frequentou durante um certo período. Relata como uma das enfermeiras do serviço, conhecendo os benefícios do *Yoga* (e sendo, ela própria, uma praticante dessa

¹²⁹ À data da entrevista, em 2018, Anália tem o 12º ano de escolaridade, é divorciada e tem um filho já independente. A sua idade situa-se entre os 40 e os 49 anos. Em virtude da sua experiência de sofrimento mental, reformou-se antecipadamente, sendo a reforma a única fonte de subsistência. Quanto à sua trajetória psiquiátrica, foi diagnosticada com esquizofrenia, tendo passado por vários internamentos hospitalares, por um fórum sócio-ocupacional e pelo serviço de um “Hospital de Dia”.

¹³⁰ Muito sinteticamente, *Yoga* corresponde a uma disciplina (filosófica e prática) nascida na Índia há pelo menos cinco mil anos. Desenvolveu-se através de várias linhagens, não sendo, portanto, um todo homogêneo. *Yoga* (termo sânscrito) significa “união”, sendo concebido como a “experiência em uníssono com tudo o que existe, com a realidade que permeia toda a manifestação” (Clemente, 2011, p. 17). Um conceito comum a todas as linhagens de *Yoga* é o de “inteireza do Ser”, ou seja, a ideia de que não há uma descontinuidade entre corpo, mente e espírito (*ibidem*: 61). Neste sentido, *Yoga* é encarado como uma filosofia/prática que promove a consciência dessa “inteireza” e facilita a integração harmoniosa das dimensões física, mental e espiritual do Ser Humano, assim como a sua integração com a natureza e cosmos. Nas sociedades ocidentais, as práticas de *Yoga* tendem a basear-se em *ásanas* (posturas psicofísicas), *pranayama* (respiração) e *dhyana* (meditação), raramente incluindo outros aspetos ancestrais como o desenvolvimento de valores/atitudes sistematizados pelo sábio indiano Patanjali (Lavery *et al.*, 1997, p. 128).

modalidade), resolveu introduzi-lo de modo informal entre os/as utentes. Apesar dos resultados dessa introdução, refletidos numa expressiva melhoria dos estados de ansiedade, a prática acabou por ser cancelada por interferência de profissionais médicos que consideraram a prática “mística”, inadequada ao contexto hospitalar. Ora, é de notar que essa resistência se situa em contramão às orientações da própria OMS, que em 2002, no âmbito da sua primeira estratégia global sobre Medicina Tradicional, reconheceu os benefícios do Yoga e recomendou a sua inclusão nos sistemas nacionais de saúde dos seus Estados Membros (WHO, 2002). Para além de colocar em evidência o poder da classe médica quanto à definição do que é ou não legítimo ao nível da instituição hospitalar, a narrativa de Anália coloca também em destaque a ausência de voz das pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Com efeito, perante a “decisão” médica de cancelamento da prática de Yoga, não houve, por parte das/os utentes, qualquer reivindicação da continuidade da mesma. Reduzidas ao rótulo de “doentes” e habituadas a um contexto hospitalar hierárquico, de onde se ausenta uma cultura democrática, as pessoas sentiram-se impotentes, optando pelo silenciamento das suas experiências, necessidades e desejos.

- Quando andei no [refere-se ao serviço público psiquiátrico], houve uma enfermeira que começou a fazer Yoga connosco. Sabia de Yoga, assim até mais avançado, e achava que era uma coisa que nos ia fazer bem. E fez bem não só a mim, mas aos outros doentes que estavam lá... começaram a andar muito menos ansiosos. Ela ensinou-nos exercícios, técnicas de respiração... [...] Ouça, foi mesmo espetacular. Nos dias que tínhamos Yoga, era uma leveza, uma limpeza da mente, dormia tão bem que comecei a não precisar de alguns comprimidos para o nervoso. Ainda andámos aí um mês a fazer Yoga lá [no serviço do Hospital], mas depois houve uns doutores psiquiatras que não achavam piada nenhuma àquilo e quiseram acabar. Não queriam lá coisas místicas, que aquilo era um Hospital. E como os médicos mandam mais que os enfermeiros, acabaram com aquilo.
- *E os utentes não reivindicaram? Se era algo que fazia tão bem...?*
- [Silêncio] Nem tentámos... Para mim e para os outros [utentes] aquilo foi tipo “Nada a fazer! Eles é que mandam”. (Anália)

Perante a impossibilidade de manter a prática de Yoga na instituição hospitalar e em face dos resultados positivos que estavam a ser alcançados, a enfermeira aconselhou os/as utentes do serviço a procurarem um espaço na esfera privada. Nessa ocasião, Anália teve possibilidade de pagar uma mensalidade num espaço privado. Decorridos dois anos de frequência nesse espaço, uma situação imprevista na sua vida levou a que deixasse de ter condições económicas para manter o pagamento da mensalidade, o que a levou a abandonar a prática que mais benefícios lhe trazia ao nível psíquico.

- *Deixou de praticar Yoga nesse [serviço hospitalar]. Começou a fazer em casa...?*
- Ainda tentei, mas como tinha pouco tempo de prática não tinha bem memorizadas as posturas. E não tinha aquele obrigar-me a estar ali. O que aconteceu depois foi... Essa enfermeira conhecia um sítio bom, que era a pagar, e disse-nos para irmos lá ver os preços e experimentar. Eu consegui porque a minha mãe... eu moro em casa da minha mãe desde que me divorciei. E como não tinha

grandes despesas, conseguia pagar. Andei dois anos. Fazíamos posturas, relaxamento. Sentia-me bem, cheguei a largar medicação. Deixei de ir porque aconteceu [uma situação] que fez [com] que deixasse de poder pagar. A minha pensão é pequena e o Yoga é uns 40 euros por mês, deixei de ir... Não deu...

- *E como se sentiu depois de deixar de frequentar?*

- Fui abaixo... Era uma coisa que me fazia tão bem. (Anália, faixa etária 40-49)

Apesar da impossibilidade de praticar Yoga sob a orientação de uma professora, Anália continua a considerá-lo um recurso de grande importância. Refere continuar a fazer uso de muitas das ferramentas adquiridas tanto com a enfermeira quanto com a professora no espaço privado. Fala, em particular, de como muitas das ferramentas do Yoga (sobretudo a consciência corporal e técnicas de respiração) a têm ajudado na autorregulação emocional, facultando-lhe um certo nível de autonomia em relação à psicofarmacologia.

- Lá com a enfermeira e depois naquele sítio [a pagar], consegui, não digo que tenha ficado especialista, mas aprendi coisas que ficaram para a vida. A estar mais no agora, a não ficar tão ansiosa com o que virá no futuro, a sentir mais o corpo... Hoje consigo perceber quando começo a ficar mais nervosa, quando a minha respiração está muito rápida: “É pá! É hora de respirar fundo e mais devagar”. Isso faz uma diferença! Começo a sentir-me mais tranquila. Até comecei a fazer relaxamento antes de dormir. Vou conseguindo acalmar-me mais fácil, sem ir a correr para o *Victan* [ansiolítico]. Às vezes isso ainda acontece, porque a vida é difícil e mesmo a saber que posso respirar e fazer alguns exercícios de Yoga, esquece! Mas controlo mais no dia a dia e assim não tomo tanto calmante.

- *Consegue não tomar tantos ansiolíticos...?*

- Depois de começar o Yoga, não tem nada a ver. Já não sou tão dependente como era. Consigo acalmar-me mais facilmente. (Anália)

2.4. Arteterapia

Numa visão holística, o conceito de Arteterapia – nas suas múltiplas expressões, como pintura, música, dança, teatro, literatura, artes plásticas, etc. – é entendido como uma prática terapêutica que visa contribuir para o equilíbrio integral do ser humano, favorecendo o seu processo de auto-conhecimento, desenvolvimento e integração com o “todo”, mediante a livre expressão dos seus potenciais criativos e do seu “universo interno”, bem como do desenvolvimento da comunicação, valorização da subjetividade e possibilidade (catártica) de reconciliação das suas emoções (Valladares, 2005).

Reportando-nos ao panorama da saúde mental em Portugal, não dispomos de informações oficiais e/ou de estudos que nos permitam aferir a realidade desta prática no SNS, designadamente no que concerne à disponibilidade/acessibilidade, características e qualidade (se o que é apelidado de Arteterapia o é efetivamente) e consequências nas trajetórias de quem dela usufrui. Esta ausência não me impede, porém, de ter uma perceção a tal respeito, porquanto, ainda que não me tenha debruçado especificamente no conhecimento dessa realidade, resultados da anterior pesquisa “A desinstitucionalização da

doença mental em Portugal”, na qual participei com outros/as investigadores/as (Hespanha *et al.*, 2012), bem como o conjunto de dados recolhidos no âmbito da presente pesquisa apontam claramente para grandes lacunas a esse nível. Relativamente ao universo de pessoas entrevistadas (em ambas as pesquisas), não nos foi dado conhecer um único caso de prática de Arteterapia no contexto do SNS. No conjunto dos casos estudados, um número reduzido de pessoas declarou ter tido acesso a atividades sócio-ocupacionais em contexto de “Hospital de Dia” e/ou em contexto de “Fórum Sócio-ocupacional”, sendo que, da análise das narrativas, sobressai o quanto as atividades desenvolvidas nesse âmbito se encontram distantes do conceito de Arteterapia. De entre várias narrativas, destaco uma que ilustra a tendência de tais atividades serem desprovidas de conteúdos criativos e estimulantes, potenciadores do desenvolvimento humano integral. O que essa narrativa (representativa) nos mostra são práticas caracterizadas, em grande medida, por conteúdos despersonalizados, desestimulantes e infantilizantes, cujo único propósito parece ser o de manter a pessoa ocupada e cujos efeitos se traduzem frequentemente num agravamento da ansiedade, anulação da singularidade e diminuição da autoestima.

[Referindo-se a atividades num Hospital de Dia] Diziam para fazermos recortes de jornais e colagens em cartazes e não sei quê. Aquilo parecia-me aí do nível de segundo ciclo. Depois, davam-nos a ler livros infantis, em que tínhamos de fazer leitura e, depois, tínhamos de fazer o resumo do que tínhamos lido. Eram livros para crianças. Posso arriscar dizer que, a certa altura, os profissionais criam uma ideia, um conceito sobre a pessoa. A certa altura, o técnico já sabe: “aquela pessoa é isto. Pronto, é assim.” [...] Não se crê que a pessoa tenha grandes potencialidades e capacidades e, a partir daí, não se investe na pessoa [...] Supostamente, essas atividades serviam para libertarmos a ansiedade, mas muitas vezes punham-nos era mais agitados. (Valdemar, faixa etária ≥ 60)

Num tal cenário (de ausência de investimento nos potenciais criativos da pessoa em situação de sofrimento mental), dois casos em particular prendem a nossa atenção, dada a forma como protagonizam experiências contra-hegemónicas, em contramão às práticas atrás referidas: trata-se dos casos de Florêncio¹³¹ e de Timóteo, cujas trajetórias terapêuticas

¹³¹ Florêncio é solteiro, vive sozinho e encontra-se empregado. A sua idade situa-se entre os 50 e os 59 anos de idade. O seu caso foi referenciado no quarto capítulo, mais especificamente no subcapítulo dedicado à apresentação do “estudo longitudinal”. Relembrando, Florêncio corresponde a um dos casos (desse estudo) em que, à data da primeira entrevista, manifestava um maior nível de dependência em relação à instituição hospitalar psiquiátrica. Com efeito, em 2008, Florêncio tinha no serviço “Hospital de Dia” dessa instituição um apoio diário e permanente, ao qual atribuía um papel fundamental, não só pelo acompanhamento terapêutico propriamente dito, mas também, e sobretudo, pela rede de sociabilidades aí construída, que o havia resgatado de uma profunda situação de isolamento social. Esse apoio veio a perder-se na sequência do encerramento desse serviço, ocorrido no quadro da política de desinstitucionalização (CTARSM, 2017). O caso de Florêncio corresponde, no âmbito do estudo, ao único caso em que se verificou, da parte da instituição hospitalar, um encaminhamento para uma resposta alternativa na comunidade, especificamente uma resposta ao nível da inserção laboral. A experiência com arteterapia surgiu na sua trajetória na mesma altura em que conseguiu essa inserção profissional, sendo que tal ocorreu, precisamente, por via de conhecimentos informais estabelecidos nesse seu novo emprego. No seio do referido “estudo longitudinal”, Florêncio representa um dos

passam, em determinada altura, pela integração num grupo de arteterapia¹³², dinamizado gratuitamente no âmbito da sociedade civil¹³³. Na medida em que ambas as narrativas, no que respeita à experiência com arteterapia, transportam dimensões e elementos expressivamente comuns, opto por me cingir à análise de apenas uma delas, a de Timóteo¹³⁴.

A entrada de Timóteo no grupo de arteterapia ocorreu de forma casual, a convite de uma das pessoas fundadoras do grupo. O grupo funciona semanalmente. Essa regularidade tem sido, segundo diz, crucial na criação de um espírito de união, refletida em expressivos vínculos de amizade entre os vários membros. De entre os muitos benefícios, Timóteo faz sobressair essa dimensão, revelando o quanto os laços de afeto/amizade ali estabelecidos o resgataram de um certo isolamento. Do “espírito de entreaajuda”, emergiu uma nova rede de sociabilidades, situada para lá do espaço/tempo dos encontros semanais.

- Temos [sessões] todas as semanas. Só no Verão é que fazemos um intervalo. Uma das coisas boas do [grupo de arteterapia] são as amizades que se fazem lá, o convívio. Criou-se um espírito de entreaajuda, grande companheirismo. Antes [da entrada no grupo] estava mais isolado, saía pouco de casa. Fiz vários amigos, fiz lá um grande amigo, que fazemos muitas coisas fora do [grupo de arteterapia]. Ainda ontem foi a casa, estivemos a jogar jogos de tabuleiro.

- *Antes da entrada no grupo não tiveste outras possibilidades de fazer amigos dessa forma?*

- Não, não. Eu tenho poucos amigos, mas são bons, como costumo dizer. Os amigos que tenho, essencialmente, são os amigos do [grupo de arteterapia]. (Timóteo)

poucos casos em que, no espaço de dez anos, se verificou uma significativa melhoria no estado de bem-estar e equilíbrio (refletida, inclusivamente, na autonomização relativamente à instituição hospitalar).

¹³² Tendo em conta a anteriormente referida perceção sobre a exiguidade de experiências de arteterapia em Portugal, opto por não identificar o tipo de expressão artística em causa (ou seja, se se trata de oficinas de pintura, escrita criativa, poesia, música, teatro, artes plásticas, etc.). Dada essa exiguidade, entendo que a especificação da expressão artística em causa poderá comprometer o anonimato dos respetivos entrevistados, pelo que a opção por essa não especificação se revela importante sob o ponto de vista ético.

¹³³ Para salvaguarda da identidade dos entrevistados, opto por não identificar essa Associação. Importa apenas referir que ela foi criada com o objetivo de prestar vários tipos de apoio a pessoas com diagnósticos psiquiátricos, operando fora do SNS e sendo totalmente autónoma de apoios estatais. Ainda que o grupo seja maioritariamente formado por pessoas com diagnósticos psiquiátricos, outras pessoas sem diagnóstico participam ativamente nas atividades artísticas. Este grupo constituir-se-á, provavelmente, como um dos poucos grupos de Arteterapia (dirigido especificamente a pessoas com experiências de sofrimento mental) a operar gratuitamente no nosso país.

¹³⁴ Timóteo integra o pequeno conjunto de entrevistados/as que designei por participantes do Grupo C (*vide*, no terceiro capítulo, o subcapítulo que dediquei a aspetos metodológicos). À data da entrevista, Timóteo tem o 12º ano (desistiu do Ensino Superior que chegou a frequentar), é solteiro e encontra-se empregado (técnico administrativo). A sua idade situa-se entre os 30 e os 39 anos. Apesar da experiência de sofrimento mental se ter iniciado na adolescência, a mesma só foi reconhecida quando se encontrava a estudar no ensino superior: entrou num estado de crise aguda (com “ataques de pânico”) que fez com que fosse internado na Psiquiatria de um Hospital Geral. É no contexto desse internamento que o seu sofrimento é catalogado como esquizofrenia. Durante muitos anos, a sua trajetória passou apenas por consultas de psiquiatria, psicofármacos e uma experiência num “fórum sócio-ocupacional”. Esse acompanhamento não impediu que voltasse a entrar em estados de “crise”, conducentes a novos internamentos. A sua narrativa apenas começa a ser reescrita (com experiências diferenciadas das que tinha tido) quando passa a integrar um grupo de arteterapia.

No âmbito dos encontros semanais, antes de se dar início à atividade artística propriamente dita, é promovido um espaço de diálogo/partilha facilitado por uma das psicólogas que integra o grupo. Referindo-se à participação da psicóloga nesse momento de partilha, Timóteo avalia-a positivamente, referindo que dessa participação resulta um certo trabalho terapêutico informal, que acaba por gerar benefícios. Mas é na experiência de partilha entre os membros com experiências similares de sofrimento mental que o entrevistado se detém, narrando como essa partilha *entre pares* o tem ajudado a enfrentar e a ressignificar a sua experiência de sofrimento.

Antes de começarmos a [atividade artística], costumamos falar em grupo, com uma psicóloga a dinamizar e a aproveitar para fazer alguma terapia connosco, que também acaba por ajudar. E há uma entreatajuda entre todos. Se há um problema, falamos. Ao ouvirmos os outros falarem sobre o que sentem, percebemos que não somos os únicos a ter problemas. E o ouvir os colegas que também sofrem uma doença mental ajudou-me muito a descentrar-me de mim, a perceber que não sou só eu que sinto e vivo determinadas coisas. Isso tem-me ajudado muito. (Timóteo)

Sobre a experiência com a expressão artística propriamente dita, Timóteo sublinha um conjunto de aspetos que claramente nos remete para a conceção de Arteterapia (conforme enunciada no início deste ponto). Para além de efeitos de carácter mais objetivo, como o incremento da sua capacidade de desinibição e das suas capacidades cognitivas (em especial, a capacidade de memória), Timóteo evidencia consequências de carácter mais subjetivo, relacionadas com a forma como a experiência vai ao encontro de seus interesses pessoais e de seus potenciais criativos, proporcionando-lhe uma descoberta de si mesmo (por exemplo, de seus talentos), um significativo aumento da autoestima e realização pessoal. Faz ainda notar os benefícios da experiência ao nível das suas emoções, pela forma como esta lhe tem proporcionado uma aprendizagem sobre formas mais saudáveis de exteriorizar o que sente. Na parte final do excerto, oferece-nos uma comparação entre a experiência artística vivida no âmbito do grupo de arteterapia e uma experiência prévia num “fórum sócio-ocupacional”, que se encontra em linha com a reflexão anterior, a respeito deste último recurso terapêutico.

- Entrar para o [grupo de arteterapia] teve muitos benefícios. Uma coisa que notei logo foi que ajudou a desinibir-me. Comecei a estar mais à vontade a falar em público e a sentir-me realizado. Trabalhamos muito com poesia, que é uma coisa que gosto muito. A [atividade tem-me] ajudado muito a trabalhar a memória. Adquiri capacidade de improvisar. Aprendi a conhecer-me mais e a exteriorizar as emoções, o que sinto, os medos e frustrações, de forma mais saudável. O estarmos uns com os outros, toda a forma como nos expressamos através da arte faz-nos perder a noção do ridículo. [...] [Este grupo de arteterapia] tem permitido a descoberta dos meus talentos, um auto-conhecimento, uma melhoria da autoestima, até recomecei a escrever poesia, que me dá muito gosto.

- No Hospital tinhas tido a terapia ocupacional? Há semelhanças, diferenças?

- [Neste grupo] sinto-me muito mais realizado e muito mais valorizado. Não sei bem explicar, mas é muito diferente. [Neste grupo] o que fazemos é uma expressão artística que nos traz realização. No fórum ocupacional, fazem-se atividades, coisitas simples, para ocupar a pessoa, para passar tempo. Isso para algumas

... pessoas pode ser necessário, mas não é a mesma coisa que [esta experiência que agora tenho]. (Timóteo)

No que respeita às consequências da experiência artística na trajetória terapêutica propriamente dita, Timóteo narra como os benefícios da mesma suplantam os benefícios da toma de ansiolíticos, ajudando-o a manter-se mais calmo. Ainda que não se tenha traduzido numa libertação da dependência de fármacos – sobretudo dos chamados *antipsicóticos*, que, ao contrário dos ansiolíticos, não conseguiu diminuir –, a participação no grupo tem-lhe proporcionado níveis de estabilidade clínica não antes alcançados. Já após a integração no mesmo, Timóteo voltou a ser internado, todavia esse internamento decorreu de uma “intervenção imprudente” de um (“novo”) psiquiatra, que, considerando o seu estado psíquico favorável, tomou a decisão de lhe retirar praticamente toda a medicação. Ele entende que foi esse corte repentino e radical dos psicofármacos que o conduziu a uma crise aguda. Tendo em conta o estado de equilíbrio em que se encontrava (decorrente, em larga medida, da arteterapia), Timóteo faz uma associação direta entre a “imprudente” intervenção psiquiátrica, o elevado nível de dependência farmacológica e a súbita (e inesperada) crise, não retirando qualquer mérito ao modo como a experiência no grupo de arteterapia vinha contribuindo favoravelmente na sua trajetória clínica.

Na realidade, a importância da arte na vida de Timóteo vai muito além de efeitos objetivamente mensuráveis (com indicadores clínicos), desvelando outros níveis de consequências, subjetivamente validadas, que passam por “sentido de pertença”, “realização”, “autoestima”, “integração social” e pelo próprio conceito de “felicidade”.

- [Estar lá no grupo] é muito melhor do que tomar um ansiolítico. Tem ajudado muito a manter-me equilibrado, a evitar recaídas, internamentos. O último internamento, já eu andava no [grupo], podia ter sido evitado. Aconteceu porque o médico retirou a medicação quase toda. Em 2016, mudei para outro psiquiatra, no particular, e ele achou-me tão bem que disse que não precisava de tanta medicação. Tirou-me quase tudo, só deixou um comprimido para dormir e foi isso que fez com que fosse internado. Sou muito dependente da medicação, sou dependente químico.

- *Sentes-te um dependente químico?*

- E de que maneira! Vê-se quando ele me tirou a medicação, como é que eu fiquei. A medicação é uma coisa crónica, para a vida toda.

- *Então, se não fosse essa retirada da medicação, nessa altura...*

- Não tinha sido internado. Desde que tinha entrado [para o grupo], andava estável.

- *O grupo de arteterapia é, então, realmente importante...*

- Sim, muito. Ando muito mais solto, com mais autoestima, mais confiança e muito mais feliz. [Esta experiência] trouxe-me realização pessoal...

- *Há mais algum benefício que ainda não tenhas falado?*

- Acho que, a nível social, tornei-me uma pessoa mais dada. Estar ativo no grupo tem-me ajudado a estar melhor mesmo em sociedade. (Timóteo)

Finalizando, há um outro aspeto na narrativa de Timóteo que considero bastante significativo, respeitante a um momento em que ele narra um diálogo estabelecido com uma

das pessoas responsáveis pelo grupo, onde se percebe um claro desejo de desvinculação da experiência artística ao conceito de “doença mental”.

- Uma vez ouvi o Senhor H [uma das pessoas responsáveis pelo grupo] dizer: “ah, nós não queremos falar sobre a doença mental”. E mais tarde, noutra altura, ouvi: “Ah, mas vamos [fazer uma exibição] no dia 10 de Outubro que é o dia da saúde mental”. E eu: “então, mas porquê [fazer uma atividade] nesse dia?” E diz uma psicóloga: “Ah, é o dia da saúde mental, não é da doença”. E eu depois não liguei. Mas, na verdade, estão a dar realce a isso. E este ano vai acontecer outra vez...
- *Achas que seria importante descolar o grupo artístico da doença mental?*
- Sim, eu gostava. Embora, como exemplo, como forma de desmistificar o estigma da doença mental, se calhar até fica bem dizer: “são pessoas com doença mental e conseguem fazer aquilo. (Timóteo)

O excerto de entrevista acima transcrito desvela, no fundo, a presença de desejos e interesses conflitantes: por um lado, o desejo de quem está no lugar do *rótulo psiquiátrico* e deseja que a experiência artística se consubstancie numa oportunidade de distanciamento a esse mesmo rótulo, valendo *per si*; por outro lado, o interesse de quem dinamiza este tipo de experiência e a vê como uma oportunidade, em termos sociais, de desmistificação dos preconceitos e estigma ainda tão arraigados a diagnósticos psiquiátricos.

Uma contribuição importante para refletir sobre esta ambivalência é-nos oferecida por Amarante e Torre (2017). Remetendo-se à realidade brasileira, os autores dão conta de um emergente processo de “autonomização do campo artístico-cultural em relação ao campo técnico-assistencial nas políticas públicas de Saúde Mental” (*ibidem*, p. 764). Nesse âmbito, dizem-nos os autores, os sujeitos reivindicam uma despatologização das suas experiências artísticas, isto é, um reconhecimento não mais a partir do lugar do diagnóstico psiquiátrico, mas um reconhecimento como artistas e como agentes de produção social, num processo de afirmação de direitos de cidadania e de possibilidades de construção de um “novo lugar”, com impactos políticos e sociais (*ibidem*).

Ora, nas entrelinhas da narrativa de Timóteo como que podemos ler a reivindicação de um paradigma que se sustente não mais na ideia de arte adstrita a “recurso terapêutico” ou a “reabilitação”, mas na ideia de arte como “linguagem dialógica que supera e transcende a racionalidade biomedicalizante” (*ibidem*, p. 764) e que conduz “à construção de novas possibilidades de expressão e de resignificação de vida” (*ibidem*, p. 767).

2.5. Grupo de Auto-Ajuda/Ajuda-Mútua

Apesar do reconhecimento internacional da importância de Grupos de Auto-Ajuda/Ajuda-Mútua¹³⁵ (AA/AM) nos processos de *recovery* (Stratford *et al.*, 2017), este é um movimento ainda muito ténue em Portugal (Maia *et al.*, 2002; Hespanha *et al.*, 2012), refletindo claramente a enorme vulnerabilidade e (decorrente) escassa capacidade de organização coletiva das pessoas com experiências de sofrimento mental¹³⁶. A propósito da experiência de arteterapia, tivemos oportunidade, ainda que superficialmente, de constatar a importância de um *grupo de pares*, no caso específico, um grupo formado de modo informal no âmbito das atividades artísticas semanais. Esse grupo não corresponde, todavia, a um Grupo de AA/AM, mas a um Grupo de Suporte, conforme referenciado na literatura sobre o tema. Com efeito, procedendo a uma revisão dessa literatura, Neves (2017, p. 164) destriça Grupos de AA/AM e Grupos de Suporte, esclarecendo que os primeiros colocam a ênfase no conhecimento experiencial das pessoas (protagonistas), sendo elas próprias as facilitadoras dos grupos. Já os Grupos de Suporte dizem respeito a “grupos dinamizados por profissionais clínicos detentores de conhecimento técnico-científico” (*ibidem*). É esse o caso do grupo formado no âmbito da experiência de arteterapia, já que o mesmo é facilitado por uma psicóloga (que, inclusive, como relatou Timóteo, aproveita esses momentos “para fazer terapia”).

Ora, entre todas as pessoas com experiências de sofrimento mental entrevistadas, apenas uma revelou ter frequentado um Grupo AA/AM; especificamente um grupo pertencente ao movimento *Alcoólicos Anónimos*¹³⁷, que se constitui como o movimento de AA/AM mais antigo ao nível internacional, precursor deste tipo de experiências (Maia *et al.*, 2002). Trata-se do caso de Telma, cujas principais informações sociográficas e síntese da trajetória de vida (até ingressar num Grupo AA/AM) são apresentadas nas Caixas 11 e 12.

¹³⁵ A terminologia Grupos de AA/AM foi adotada em 1992 pela *Conferência Internacional sobre Auto-Ajuda e Ajuda-Mútua*, realizada em Ottawa, no sentido de dar conta do sentido duplo que, tendencialmente, caracteriza este tipo de grupos. O conceito de “Auto-Ajuda” visa dar conta do processo de autorresponsabilização e capacitação individual da pessoa que busca tornar-se participante ativa no enfrentamento de uma situação problemática; o conceito de “Ajuda-Mútua” remete para o envolvimento da pessoa “num contexto de partilha, reciprocidade e interdependência entre pares que mutuamente se ajudam e apoiam na transformação, já não de uma situação individual, mas coletiva” (Neves, 2017, p. 162).

¹³⁶ Na ausência de estudos que permitam aferir com rigor esta realidade em Portugal, tomo como referência a pesquisa “A desinstitucionalização da doença mental em Portugal”, vertida na obra Hespanha *et al.* (2012), já por várias vezes citada. Nesse âmbito, realizámos um estudo sobre as Associações de Apoio a pessoas com diagnósticos psiquiátricos, no qual constatámos a existência de um número muito reduzido de *grupos de pares*. Foi ainda possível verificar que a esmagadora maioria desses grupos tinha sido criada e era dinamizada por profissionais de saúde mental e não pelos/as protagonistas das experiências vividas.

¹³⁷ Para um aprofundamento sobre o tema *vide*, p. ex., Catarina Frois (2008).

Caixa 11 – Telma: breves notas biográficas (1ª parte)

À data da entrevista, Telma é licenciada, tem duas filhas e é divorciada. A sua idade situa-se entre os 40 e os 49 anos. Trabalhou durante muitos anos numa empresa farmacêutica, o que lhe proporcionou “um elevado nível de vida”. Na sequência do seu processo terapêutico, esse trabalho deixou de fazer sentido, pelo que o abandonou para se dedicar, por conta própria, a uma outra atividade.

Reportando-se à infância, aponta como dado marcante o divórcio do pai e da mãe, quando ainda bebé. Nenhum deles assumiu a sua guarda, pelo que ficou ao cuidado da avó materna. Aos 5 anos de idade, o tio (que vivia em casa da avó) suicida-se, momento que relata como tendo sido extremamente traumático. Aos 11 anos, a avó falece e fica à guarda de uma das tias. Ainda sobre a infância, refere que vivia num estado de permanente tristeza, ausência de autoestima e de falta de sentido de pertença. Isolava-se e comportava-se com grande rebeldia, a tal ponto que, aos nove anos, a avó a leva um médico que lhe receita “algo similar à ritalina”. Só não chegou a tomar esse medicamento por interferência de uma tia que o considerou inadequado. Em contrapartida, durante a infância/adolescência, não houve recurso à Psicologia.

Aos 13 anos inicia uma trajetória de consumo de álcool e de drogas que se estende até aos 28 anos (altura em que ingressa num Grupo de Alcoólicos Anónimos). Apesar dos consumos aditivos, Telma ia conseguindo levar a sua vida adiante, cumprindo algumas metas socialmente expectáveis:

“Felizmente, não tive grandes perdas em relação ao que a sociedade espera de alguém. Fiz uma licenciatura, casei-me, arranjei um emprego bem remunerado. Uma vida quase normal. Mas a depressão e o vazio estavam lá, que eu preenchia com álcool e drogas.

Fonte: Entrevista realizada com Telma.

Da leitura da trajetória de Telma, que antecede a chegada a um grupo de Alcoólicos Anónimos (*vide*, em particular, Caixa 12), sobressai nitidamente a ausência de respostas adequadas ao sofrimento mental e alcoolismo. Passando por várias situações inusitadas – como aquela em que uma médica, em face do seu pedido de ajuda, lhe disse “*você precisa é de ir trabalhar*” –, reveladoras de graves debilidades na formação de profissionais para lidarem com problemas de adição, Telma atinge o ápice do desespero quando, após mais um dia de descontrolo, não consegue entrar em casa, permanecendo à porta do prédio, exposta aos olhares dos/as vizinhos/as: “*Estava toda vomitada, deitada no chão*”. *Pensei: ‘Não! Chegaste a um ponto!’* É nessa sequência que, pelos seus próprios meios, entra em contacto com o movimento “Alcoólicos Anónimos de Portugal”.

Caixa 12 – Telma: breves notas biográficas (2ª parte)

Telma tomou consciência da necessidade de ajuda aos 24 anos, quando começou a perceber que não conseguia parar de beber álcool. Decidiu recorrer a uma psicóloga (esfera privada) que nitidamente não estava preparada para lidar com problemas de adição:

“O que ela fez foi tudo o que não se deve fazer. Em vez de me encaminhar para um programa, disse-me que podia beber um copo de vinho por dia”. Ainda assim, permaneceu vários meses com essa psicóloga: “não a deixei porque naquela altura não tinha noção que

o conselho dela era errado. E sentia necessidade de ser ouvida. Ainda andei muito tempo com ela, mas sem resultados”.

Após a ida à psicóloga, teve uma outra experiência inusitada que também evidencia a falta de preparação de alguns profissionais de saúde para lidar com problemas de adição. Desta feita, a experiência foi no âmbito de uma urgência hospitalar, envolvendo uma médica:

“Depois de um dia e de uma noite a beber, fiquei completamente inchada. Fui às urgências do Hospital e já andava tão desesperada que pedi ajuda. Em lágrimas: ‘eu tenho um problema com álcool, ajudem-me!’. E houve uma médica que se sentou em cima numa maca, assim com os pés para trás e para a frente e disse: ‘você precisa é de ir trabalhar’. Foi uma tremenda falta de empatia. Digo que tenho um problema e a pessoa diz que não, que preciso de ir trabalhar. Senti-me absolutamente culpada, quando, no fundo, queria sair e não conseguia”.

Após essa experiência, desiste de procurar ajuda na esfera pública e recorre novamente a uma psicóloga na esfera privada, a qual também não a consegue ajudar: *“ela tinha muito boa vontade, era muito querida, mas a forma como trabalhava era muito na rama. Não ia à raiz”.* Nessa sequência recorre a um psiquiatra, também na esfera privada, momento que marca o início da sua trajetória de psiquiatria. Foi aí que recebeu o diagnóstico de “depressão crónica grave” e foi a partir daí que passou a tomar antidepressivos e ansiolíticos. A toma de medicação não dirimiu o seu sofrimento, nem ajudou com o alcoolismo. Apesar de ter aderido à medicação prescrita, não voltou a recorrer ao psiquiatra, ficando sem qualquer tipo de acompanhamento até aos 28 anos, altura em que conhece o movimento dos Alcoólicos Anónimos e começa a integrar um grupo.

Fonte: Entrevista com Telma.

No excerto de entrevista que se segue, Telma fala um pouco sobre o programa dos Alcoólicos Anónimos, relatando, em particular, como se sentiu acolhida e como o facto de o grupo ser composto por pessoas com o mesmo tipo de experiência promoveu uma identificação que fez com que, finalmente, deixasse de se sentir sozinha.

Os AA é um programa de 12 passos, em que nós vamos fazendo esses 12 passos cada um no seu tempo. O primeiro é rendição: “eu tenho um problema e rendo-me”. Depois é perceber que existe um poder superior a nós. Há uma valorização da parte espiritual. Não é declaradamente um programa espiritual, mas a base é essa. Cada um concebe esse poder superior como o entender, independentemente da religião. No fundo, os AA são uma irmandade de pessoas, em que todas têm o mesmo problema. Entendemo-nos! Cheguei ao grupo e aquilo que fiz foi render-me. Fez-me sentido. A única coisa que eu sabia é que me sentia muito bem, que aquelas pessoas me compreendiam. Lembro-me que quase andavam comigo ao colo, entre aspas. Era a única mulher. Tratavam-me muito bem, isso ajudou-me imenso. Lembro-me de sentir, logo que cheguei: ‘Ah! Não estou sozinha! Afinal, há pessoas que me compreendem, com quem posso falar sem ser julgada!’”. Encontrei ali uma janela de oportunidade que não tinha encontrado em nenhum outro lugar. (Telma)

Na narrativa que a seguir se reproduz, Telma ocupa-se mais aprofundadamente da experiência com o mesmo programa, fazendo sobressair vários conceitos-chave a que atribui o sucesso deste movimento: “partilha de experiências”, “não julgamento”, “falar uma mesma linguagem”, “ganhar esperança”, “livre expressão dos medos e fantasmas”, “empatia”, “reciprocidade”, “energia amorosa”, “pertença”, “verdadeira escuta”. Realça como todos

esses fatores contrastam com as suas anteriores experiências terapêuticas, onde se sentia frequentemente não escutada, julgada e incompreendida.

Acredito que o sucesso do programa é mesmo estarmos entre pessoas que partilham a mesma experiência, porque nos compreendemos, não julgamos, como aquela médica que disse que o meu problema era falta de trabalhar. Falamos a mesma linguagem, há uma reciprocidade. Faz parte do programa a ajuda de um adito a outro adito e como isso não há igual. E dá-nos muito esperança: ‘se aquela pessoa conseguiu, porque não hei-de conseguir?’ Os nossos medos, fantasmas, expressamo-los livremente. E depois no final da reunião todos damos um abraço. Há uma energia amorosa e uma solidariedade incrível! E isso também é terapêutico. E quando estamos a ouvir os depoimentos dos outros: “é pá, eu também penso aquilo, passei por aquilo”. Sentimo-nos iguais, com sentimento de pertença, que não somos uma aberração, somos pessoas como as outras, a levar a nossa vida. Este é um desafio nesta nossa vida, podia ter sido outro. [...] Sentia-me verdadeiramente escutada. Coisa que não consegui sentir dessa forma nem com as psicólogas, nem com o psiquiatra. Só voltei a sentir isso já depois, na hipnoterapia. (Telma)

Da participação num Grupo de AA/AM resultou, efetivamente, uma reescrita da sua narrativa: após vários anos de dependência, Telma conseguiu deixar o álcool, celebrando, à data da entrevista, quinze anos de completa ausência desse consumo. Para além de um “trabalho interior constante”, Telma entende que aquilo que mais a tem ajudado a manter-se sóbria tem sido o “propósito de vida” que entretanto abraçou no sentido de ajudar outras pessoas com a partilha da sua experiência. Coloca, então, em destaque a importância da reciprocidade e de como esse fator, por si só, se tem revelado “curativo”, levando-a a ressignificar positivamente a sua experiência com o alcoolismo. Da sua narrativa ressalta, enfim, a ideia de como um Grupo de AA/AM não apenas incentiva a “participação ativa” da pessoa no próprio processo individual, como a estimula a assumir uma responsabilidade pelo cuidado e transformação do coletivo.

Sei que posso recair. É diário: “é só por hoje que eu não bebo. Só por hoje tenho de estar alinhada comigo mesma, com a minha essência espiritual”. Por isso é tão importante o trabalho interior constante. E para isso a Hipnoterapia também veio ajudar muito, porque me fez conhecer-me profundamente. Hoje participo nas reuniões dos AA e faço serviço, coordeno a reunião, faço o que tiver de ser feito para que a reunião aconteça. Às vezes convidam-me para dar o meu testemunho em outras reuniões. Isso é muito, muito importante. Tem sido muito curativo. Isso mantém a minha recuperação, ajudar outros que chegam, perdidos como eu estava e que veem ali alguém que já esteve como eles e que agora estão assim. Ajudar outras pessoas com a minha experiência tornou-se um modo de vida! Dá sentido à minha vida saber que a minha experiência pode hoje ajudar tantas pessoas com o mesmo desafio. (Telma)

Ainda que o grupo dos Alcoólicos Anónimos tenha detido um papel fundamental na trajetória de Telma, o mesmo não se constituiu como uma estação final do seu processo terapêutico. Com efeito, não obstante as suas virtualidades, a participação naquele grupo não foi suficiente no enfrentamento do sofrimento mental, tendo Telma continuado a experienciar, mesmo após a sua integração, sentimentos de vazio existencial e momentos de

grande depressão. É então que a Hipnoterapia entra na sua vida, revelando-se, a par do Grupo de AA/AM, uma prática preponderante na sua trajetória. É sobre a experiência com esse recurso terapêutico que me debruçarei já em seguida.

2.6. Hipnoterapia

No excerto de entrevista que se segue, Telma explica o processo que a conduziu à Hipnoterapia¹³⁸, remetendo-nos muito claramente para a (anteriormente referida) premissa da “ecologia de saberes”: a incompletude de todos os saberes, baseada na ideia de que “nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis no mundo (Santos, 2007: 27), já que todas possuem limites, a partir dos quais se reconhecem intervenções alternativas tornadas possíveis por outras formas de conhecimento” (*ibidem*: 36). Com efeito, é essa ideia que ressalta quando Telma fala dos vazios que o referido Grupo de AA/AM não conseguiu preencher e de como a Hipnoterapia se lhe assomou como uma alternativa, dada a forma como nela vislumbrou a possibilidade de aceder a um conhecimento mais profundo sobre si, sobre as razões do seu sofrimento e formas de o superar. O contacto com a abordagem e com o hipnoterapeuta decorreram da sua própria busca. Ao contrário da maioria das pessoas entrevistadas que declararam desejar recorrer a práticas terapêuticas “outras” (na esfera privada), Telma dispunha de recursos económicos, o que lhe permitiu aceder, sem restrições, a consultas de hipnoterapia.

- Os Anónimos foram a única coisa que me fez parar de beber, mas faltava alguma coisa, o vazio ainda estava lá. Entrei em abstinência e a depressão agravou. Beber anesthesiava-me. Comecei até a ter ideias suicidas e vi que tinha de ter outra ajuda. Queria algo diferente de psiquiatras e psicólogas, que não tinha resultado. Os Anónimos continuam a ser muito importantes. Ainda faço reuniões, mas tenho necessidade de ir fora porque nós somos seres multidimensionais. Os Anónimos é a parte mais espiritual, mas depois há a parte energética e da mente, que ali não trabalhamos tanto. Eles concentram-se mais no programa espiritual, em que nos entregamos a um poder superior. Mas eu precisava de entender a minha mente, de ferramentas para me conhecer em níveis mais profundos da minha alma. A hipnoterapia proporcionou-me isso. Comecei por ter sessões semanais, depois quinzenais, depois mensais. Fora isso, ele estava disponível para mim por telemóvel, se precisasse.

- *O facto de ter de pagar as consultas não era um problema?*

- Não! Eu nessa altura trabalhava na indústria farmacêutica, tinha condições. Tanto que andei nas consultas ainda bastante tempo e só deixei porque o Jorge [nome fictício do hipnoterapeuta] me disse “vai à tua vida” [risos]. (Telma)

Telma descreve o processo de hipnoterapia revelando como esse trabalho terapêutico lhe permitiu compreender o quanto as ideias de abandono e desamparo, que

¹³⁸ Existem várias linhas teóricas de Hipnoterapia. Telma recorreu a um hipnoterapeuta que segue a linha *Ericksoniana*. Sobre a hipnoterapia *Ericksoniana* cf. Zeig *et al.* (2017).

alimentara desde a infância, estavam, em grande medida, na causa do seu sofrimento mental. Com a técnica da hipnose foi possível não apenas tomar consciência dessas crenças, como agir sobre elas (nível inconsciente) através do que designa como um processo de “ressignificação”.

- Cheguei lá [à hipnoterapia] desesperada. Nada me fazia sentido. Aparentemente, tinha tudo para ser feliz: tinha deixado o álcool, tinha uma profissão, bom estilo de vida, era casada. Ao longo das sessões, comecei a entender os meus processos mentais, como as ideias de abandono e desamparo por os meus pais me terem entregado à minha avó, como isso me tinha bloqueado ao longo da vida. A ideia do abandono era uma causa profunda do vazio que sentia. Isso foi profundamente trabalhado com a hipnose. No fundo, não tinha consciência de nada disso, de como isso me afetava. E a hipnose permite ganharmos consciência. Permite-nos irmos lá atrás, às memórias, e percebermos que temos determinadas crenças que são uma consequência de experiências e de coisas que nos aconteceram, muitas vezes traumáticas. E além de nos fazer tomar essa consciência, tem ferramentas que permitem ressignificar essas crenças. Ele colocava-me num estado alterado de consciência e fazia-me ver as situações por outros prismas, ajudava a transformá-las. É um processo muito complexo, de muitos desbloqueios, transformações, feito a partir de ir lá atrás às memórias e ressignificá-las. As memórias vinham e fazia um trabalho de ressignificação. Deixei o papel de vítima e isso é muito poderoso! É como nascer de novo. E também ajudou com o álcool. Se não ultrapassasse a depressão, poderia ter voltado, mesmo com toda a ajuda dos Alcoólicos Anónimos. Por isso, digo: as duas coisas complementam-se. [...] E ele também me deu ferramentas para eu poder fazer o trabalho em casa... Ensinou-me técnicas de auto-hipnose, o que também foi muito importante. (Telma)

A respeito da relação com o hipnoterapeuta, Telma faz sobressair a sua postura de escuta, acolhimento e não julgamento, algo que apenas tinha experienciado “entre pares”, nos Alcoólicos Anónimos. Sublinha como essa postura foi fulcral, fazendo com que não se sentisse inadequada e “anormal”, como tantas vezes se sentiu com profissionais médicos. Contrapõe a abordagem do hipnoterapeuta (holística e despojada de julgamentos) à postura médica convencional, reduzida a rótulos e “caixinhas”. Como a mesma explica, da primeira abordagem resultou uma grande abertura da sua parte, que potenciou enormemente o seu processo terapêutico; já do segundo tipo de abordagem decorreu um enorme fechamento (a própria médica de família não chegou a tomar conhecimento do alcoolismo). Interpelada sobre eventuais pontos de proximidade entre a hipnoterapia e a abordagem das psicólogas (consultadas previamente), Telma refere que, pese embora um maior nível de empatia (quando em comparação com profissionais médicos), as abordagens das últimas eram muito superficiais. Tanto em relação às psicólogas como em relação aos profissionais médicos, ela entende que as suas limitações dever-se-ão, em grande medida, à formação (reducionista/materialista) que não os/as prepara para uma visão holística. Refere-se, em particular, à ausência da integração da dimensão espiritual, a qual, em contrapartida, foi contemplada pelo hipnoterapeuta.

- Tudo o que eu dizia era normal. Era como a sensação de quando estamos numa sala da Alcoólicos Anônimos. Nessa altura, precisava muito de me sentir normal. E ele [hipnoterapeuta] fazia-me sentir normal. Se eu lhe trazia alguma coisa, por mais aberrante, e trouxe algumas, ele: “Ai é? Está bem. Vamos trabalhar nisso”. Eu pensava: “Uau! Isto então é normal!”. Sentia uma grande aceitação daquilo que lhe levava, em todas as áreas. Ele conhece-me em todas as áreas da minha vida. Eu sentia essa necessidade na altura. E nada de julgamentos. E isso é brutal! Tu trazes alguma coisa a alguém, que na altura até estás a achar que é uma coisa aberrante e essa pessoa “está bem, embora lá”. Depois nota-se pela expressão facial. Uma pessoa que me julgasse, faria com que eu entrasse logo outra vez para a minha caixinha de pessoa inadequada, anormal, como tantas vezes senti com os outros. E quando te sentes assim, que te estão a pôr numa caixinha, é ali que ficas...

- *Isso era como se sentia com outros profissionais?*

- Sentia, sentia. Sobretudo com o psiquiatra e com a médica que me atendeu no Hospital. Não me sentia escutada, nem encaminhada, nem reconhecida e valorizada. E o Jorge fazia isso na perfeição. Tanto que ninguém, nem as psicólogas, me ficaram a conhecer como o Jorge ficou. Não havia preocupação deles em me conhecer. Acredita que a minha médica de família não sabia que eu era alcoólica? Nem está no meu processo.

- *Em que diferencia a abordagem das psicólogas da Hipnoterapia?*

- A hipnoterapia [da linha *Ericksoniana*] vai mesmo à raiz do problema. Os outros [profissionais] andavam muito à volta dos sintomas...

- *Mesmo as psicólogas também andavam à volta dos sintomas?*

- Elas não iam à raiz do problema, era tudo na rama. Eram mais disponíveis do que os outros para ouvir, também eram mais empáticas, mas o que senti é que todos têm falta de preparação para fazerem as coisas de forma diferente. Passam aquilo que receberam. Falta-lhes a parte holística, de sermos um todo. De não sermos só um corpo, mas sermos, acima de tudo, um espírito a viver uma experiência física. E pronto, e está tudo dito. Não há muitas pessoas que tenham consciência disso. São formadas por quem? Por pessoas que também não sabem. Porque nós estamos num processo de acordar e poucas pessoas acordaram para o que nós somos: seres holísticos. Portanto, estas pessoas são ensinadas por pessoas que ainda não acordaram. É uma formação que reduz tudo à matéria e aos cinco sentidos físicos.

- *Com o hipnoterapeuta essa dimensão espiritual era contemplada?*

- Muito! Porque era importante para mim. Comecei a descobrir essa dimensão nos Anônimos e a sentir necessidade de a explorar. E na Hipnose Ericksoniana a ideia é responder às necessidades da pessoa. “É importante? Bora lá, vamos aprofundar”. Se isso não fosse importante para mim, ele também respeitava.

- *Com os outros terapeutas sentia que a olhavam apenas nessa dimensão física?*

- Na altura não percebia isso. Hoje vejo isso perfeitamente. Tenho um termo de comparação. Na altura, a minha sede era a de que me vissem na minha essência, que me mostrassem que eu era outra coisa, que eu sou outra coisa, que não sou apenas isto, apenas o meu corpo. E mesmo com as psicólogas também sentia perfeitamente essa visão limitada. (Telma)

Segundo Telma, o processo terapêutico realizado no âmbito da hipnoterapia foi de tal forma profundo e libertador que, durante as sessões, não apenas experimentava todo o tipo de emoções, como chegava ao ponto de vomitar, o que ela interpretava (e interpreta) como uma espécie de “purga”, um processo catártico, de profunda libertação interna, refletido no próprio corpo físico.

- Trabalhámos imenso a criança interior, a aceitação, o auto-amor. Foi doloroso, mas profundamente libertador. Foi um processo catártico, mesmo! Literalmente! Todo o tipo de emoções vinham à tona: chorei muito, ri muito, vomitei muito. Durante a hipnose, vomitava, vomitava, vomitava. Via isso como uma purga. E vejo! Ele já tinha o balde ali perto [risos]. Foi muito profundo. Muito libertador...

Estava a libertar-me, a purificar-me internamente, era assim que sentia... Uma autêntica catarse. Um processo tão profundo que se refletia no próprio corpo... Incrível. Costumo usar a metáfora da cebola. Fui tirando cascas até chegar à minha essência e andar por mim. É preciso ter coragem de ir lá atrás e enfrentar... Mas tinha de ser: ou eu continuava a tomar antidepressivos ou tinha coragem e fazia esse processo...

- A hipnoterapia revelou-se uma resposta que não tinha tido em outros lugares...

- Antes da hipnoterapia eu não sabia que podia mergulhar em mim e tratar as causas profundas das minhas dores emocionais. Só sabia que podia tomar um comprimido e ir à psicóloga, que não resultava porque não ia mesmo ao fundo. (Telma)

Sobre o processo terapêutico, Telma dá ainda conta de como ele foi além da cura das “feridas emocionais”, estimulando um “despertar para a beleza da vida” e uma vontade de se aprofundar na descoberta de si e no estudo da mente. Para tal, contou com o hipnoterapeuta, que lhe facultou ferramentas para se autonomizar nesse processo.

Foi um processo de cura das feridas emocionais e foi também um despertar para a beleza da vida. Foi-me apresentada outra forma de ver a vida. Comecei a perceber alguns processos mentais e a fazer desbloqueios e a ter *insights* e a ter os momentos: “Ah...ah! Então, é assim!” Uma descoberta de mim, da minha mente. Queria perceber como é que diariamente podia ter mais equilíbrio, mudar o que de menos positivo sentia. E ele deu-me ferramentas para fazer o processo fora do consultório: livros, filmes, palestras, músicas de relaxamento. Ensinou-me a fazer auto-hipnose, para poder ter essa autonomia e continuar a fazer o meu trabalho interior fora do consultório. Ensinou-me técnicas para relaxar. Estive mais de um ano com o ele e depois ele mesmo disse: “vai à tua vida!” [risos]. (Telma)

Volvidos mais de dez anos desde o termo das consultas de hipnoterapia, Telma faz um balanço sobre as repercussões desse processo, evidenciando como ele foi além do desejo inicial de superar o sofrimento psíquico, oferecendo-lhe uma renovada visão sobre si própria e sobre o sentido da vida, que a impulsionou a transformações muito significativas. Assim, para além da libertação completa dos psicofármacos, ela reescreveu alguns capítulos da sua história, colocando termo a um casamento que já não a preenchia e abandonando um emprego na indústria farmacêutica (que deixara de estar em congruência com seus novos valores e prioridades) para se dedicar a um novo projeto profissional. Uma ilustração bastante expressiva do seu processo de *re(dis)covery* aparece sintetizada na parte final do excerto de entrevista, quando Telma narra como deixou de viver de modo “robótico” para passar a viver uma vida com propósito, regida, acima de tudo, pelos seus valores e aspirações. Finalmente, outro interessante dado que sobressai na sua narrativa é a forma como ela se refere às consequências do processo terapêutico num sentido mais amplo, traduzido numa maior abertura ao mundo e num ímpeto de ajudar outras pessoas nos seus próprios processos de conquista de bem-estar e equilíbrio.

- Tomei tantos antidepressivos, Fluoxetina, tanta coisa. E depois da hipnoterapia, nunca mais tomei nada. Até hoje, nada! Já vão uns dez anos que deixei de ter sessões e nunca mais tomei um antidepressivo, um calmante. E começo a conhecer-me, a descobrir-me literalmente, e o que acontece? Começo a querer

coisas diferentes e o meu marido, da altura, no mesmo registo. Os percursos afastaram-se, veio a separação. A indústria farmacêutica, embora desse um estilo de vida bom, deixou de fazer sentido. Não me sentia feliz, já não tinha a ver comigo, e comecei a sonhar sair do sistema. Agora dedico-me a uma coisa minha. Não dá o dinheiro que tinha, mas sou mais feliz, com tempo para as minhas filhas. As prioridades mudaram totalmente. E depois da hipnoterapia, ganhei ainda mais vontade de me dar aos outros, coisa que tinha começado nos Anónimos. Quando começamos a estar bem internamente, isso acaba por ser natural, querer extravasar esse bem-estar, ajudando as pessoas à nossa volta a sentirem esse equilíbrio.

- *No fundo, todo este processo acabou por ir além do tratamento da depressão...*

- Completamente. Eu mudei mesmo a minha forma de ver a vida. Antes não tinha noção do que é que andava aqui a fazer. Tudo o que fazia era robotizado, e era para corresponder às expectativas da sociedade. Tipo robô! Estudei, tirei um curso, porque diziam-me que era bom tirar um curso. Nem sabia o que queria, mas fui. “Tens que casar”. Fiz isso. “Tens de ter um bom emprego”... Hoje não faço o que é suposto, faço o que sinto que devo fazer, que me faz feliz. (Telma)

Dando por terminada a apresentação do caso de Telma, transito para o último ponto do presente capítulo. Tal como referido aquando da introdução ao mesmo, a dimensão espiritual emerge na pesquisa como dimensão de grande relevância, frequentemente evocada como uma das mais importantes formas de se lidar com o sofrimento mental. Por esse motivo, consagro-lhe, já em seguida, uma particular atenção.

3. Da particular relevância das práticas espirituais. Ou: quando o invisível aos olhos dessacraliza o poder biomédico

O presente subcapítulo encontra-se dividido em três partes: uma primeira parte dedicada a um breve enquadramento sobre a relação espiritualidade-saúde; uma segunda parte em que, genericamente, se dá conta da importância da dimensão espiritual na globalidade dos casos estudados; finalmente, uma terceira parte dedicada (mais exaustivamente) à análise de dois casos particulares, respeitantes à mobilização de um campo terapêutico muito específico, a saber, o campo das “práticas terapêuticas espíritas” – relativamente ao qual se dirige um maior foco não apenas pelo tipo de “consequências” identificadas (narradas pelas pessoas que a ele recorreram), como pelo facto de se tratar de um campo deveras singular, que afronta e desafia enormemente a racionalidade materialista biomédica.

3.1. Espiritualidade e saúde: um breve enquadramento

Courtney Bender (2010) ressalta o quão difícil é definir “espiritualidade”, não pela ausência de definições, mas pela proliferação quase infinita das mesmas. Assim, a autora considera que, mais do que definir esta categoria, interessa observar como é usada nos vários

espaços sociais e como torna mais ou menos possíveis práticas sociais (*ibidem*, p. 5). No encaixe de Bender, não me proponho avançar uma definição unívoca de “espiritualidade”. No entanto, não descurando a sua polissemia, considero vantajoso aventar os significados mais comuns, socialmente atribuídos nas últimas décadas.

A emergência da categoria “espiritualidade” (no seu sentido mais comum) tende a ser associada ao fenómeno dos movimentos contraculturais da chamada *Nova Era*. Neste sentido, a categoria é frequentemente evocada em associação a um certo universo exotérico (relacionado com as chamadas terapias holísticas, designadamente as “energéticas”) e, sobretudo, como forma de descrição de uma ligação íntima do ser humano ao transcendente e ao sagrado, que não passa, necessariamente, pela mediação de instituições religiosas (Giumbelli & Toniol, 2020). A partir da década de 1960, “espiritualidade” tende, então, a ser compreendida como:

[...] a busca de significado e sentido para a vida, em dimensões que transcendem o tangível, que elevam o coração e o sentir humanos à experiência com algo maior que o seu existencial e que pode ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal. (Tavares *et al.*, 2016, p. 89)

Outro sentido comumente atribuído a esta categoria, também relacionado com a busca pela transcendência, é o entendimento de que espiritualidade “corresponde ao desenvolvimento de qualidades humanas, como o amor, a compaixão, a paciência, a tolerância, o perdão ou o sentido de responsabilidade” (Dalai Lama, 2010, p. 82). De acordo com este entendimento, espiritualidade associa-se a valores ecológicos, à noção de que tudo é interdependente e à consciência de que não há separatividade entre seres humanos e entre estes e a natureza. Nesta linha, espiritualidade liga-se à expansão da consciência do amor universal, bem como à conceção ética de cuidado (Boff, 1999; Watson, 1999; Dalai Lama, 2010). Referindo-se a essas qualidades humanas, diz-nos Dalai Lama:

Estas qualidades interiores, que são fonte de felicidade para si mesmo e para o outro, são independentes de uma religião. É por isso que tenho declarado que é possível dispensar a religião, mas não a espiritualidade. E uma motivação altruísta é o elemento unificador das qualidades a que chamo espirituais. (Dalai Lama, 2010, pp. 82-83)

De facto, em linha com o que nos diz Dalai Lama, um aspeto consensual, amplamente identificado na literatura, é a diferenciação entre a categoria “espiritualidade” e as categorias “religião” e “religiosidade”. Hufford (2005) é um dos autores que se refere a essa diferenciação: apresenta a “espiritualidade” como uma categoria mais ampla e abrangente do que “religião”, referindo-se à primeira como a relação pessoal com o transcendente e à segunda como o aspeto da espiritualidade que tem características institucionais e coletivas (*ibidem*, p. 11). Temos, portanto, que a religião pode constituir-se

como um caminho para o desenvolvimento da espiritualidade, mas não necessariamente: pessoas espirituais podem não ser religiosas e pessoas extrinsecamente religiosas podem não ser particularmente espirituais (*ibidem*, p. 2).

Finalmente, importa referenciar que um outro sentido atribuído à categoria “espiritualidade” é aquele que respeita ao campo das chamadas experiências de natureza espiritual, místicas ou paranormais, onde se incluem fenómenos considerados, habitualmente, como experiências que se situam para lá da dimensão espaço-tempo e energia conhecida, bem como da normalidade psíquica, tal como convencionada pelas disciplinas científicas (Moreira-Almeida, 2013; Portela, 2013). Trata-se de uma enorme multiplicidade de fenómenos, tais como: uma alegada capacidade de comunicação com espíritos de pessoas já falecidas ou com seres extrafísicos (mediunidade), curas energéticas e espirituais, projeções astrais (saídas do corpo), telepatia, psicocinese (movimentação de objetos sem interferência de meios físicos), premonições, experiências-de-quase-morte e memórias de vidas passadas (Portela, 2013).

Dando por terminada a clarificação sobre a categoria “espiritualidade”, transita-se para um breve enquadramento sobre a relação que se estabelece entre a mesma e o campo da saúde. Compreender a relação entre esses dois campos implica, desde logo, que se atente nos alicerces racionalistas da medicina científica moderna e no modo como ela instaurou um novo olhar sobre o ser humano – um olhar biomédico –, sustentado na materialidade e na “predominância do concreto”¹³⁹ (Hahn & Kleinmam, 1983, p. 312). Com efeito, sob um olhar materialista e desintegrador, os mecanismos biológicos passaram a ser encarados como a base e a essência da vida (Capra, 1982, p. 123) em detrimento da ideia de igual valor da mente, do espírito e de outras dimensões subjetivas e extrafísicas, tidas, ancestralmente, como fundamentais na explicação dos processos de adoecimento humano e na edificação de um cuidado integral (Krippner, 2007; Laplantine, 1991). Tal ocorreu, sobretudo, a partir de finais do século XIX, em resultado das interpretações e desdobramentos que intelectuais da época empreenderam em torno das ideias de Descartes, Newton e de outros fundadores da ciência moderna (Queiroz, 2010). Entre os intelectuais que mais contribuíram para a propagação do “mito” de um “inevitável conflito entre ciência e religião” (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016, p. 54), contam-se Nietzsche (1844-1900), Karl Marx (1818-1883), Charcot (1825-1893), Maudslay (1835-1918) e Freud (1856-1939) – os três últimos (psiquiatras) detiveram particular influência ao associarem religião a algo patológico. Da

¹³⁹ Este tema foi desenvolvido no primeiro capítulo.

alegada oposição entre a emergente medicina científica moderna e antigos princípios metafísicos decorreu uma desvalorização da importância da dimensão espiritual nos processos de saúde-doença e, por conseguinte, no âmbito das práticas institucionalizadas de cuidado das modernas sociedades ocidentais. Assim, por contraposição a um passado em que saúde e espiritualidade caminharam lado a lado, o pensamento moderno ocidental – sobretudo o psiquiátrico – veio introduzir um afastamento entre ambas as dimensões, que se foi acentuando à medida que os avanços científicos foram preformando um modelo cada vez mais tecnicista e protocolizado.

A partir da segunda metade do século XX (sobretudo década de 80), dá-se um interessante fenómeno de reaproximação entre ambos os campos – ainda que o mesmo não se traduza nas práticas de cuidado, já que, a esse nível, o afastamento permanece como nota dominante até aos dias de hoje (Raddatz *et al.*, 2019) –, a saber: um fenómeno de expansão de pesquisas e publicações científicas na área da saúde-espiritualidade (Toniol, 2015). Tal fenómeno constitui-se, em grande medida, como reflexo de dois movimentos-chave: por um lado, o movimento contracultural da década de 60; por outro lado, o movimento político da OMS na reconceptualização da noção de saúde.

Revalorizando a conexão com a natureza, com o cosmos e com a ideia de totalidade, os movimentos de contracultura dos anos 60 vieram reintroduzir uma consciência holística sobre o Ser Humano, reconciliando a dimensão do corpo com a dimensão do espírito. Nesse afã contracultural, de forte reação ao reducionismo biomédico, assiste-se a uma crescente procura de saberes terapêuticos com forte vinculação à dimensão espiritual – não apenas oriundos do próprio ocidente, como também do oriente, tais como a meditação, o yoga, a medicina ayurvédica, a medicina tradicional chinesa, etc. (Sharma, 1992; Toniol, 2016). Já no que respeita às movimentações políticas da OMS, é de notar que, durante a segunda metade do século XX (sobretudo a partir dos anos 70), esta organização (porventura pressionada pelos movimentos contraculturais) lança uma série de documentos e recomendações que contestam a conceção de saúde estática e biologizante, substituindo-a por uma conceção dinâmica e multidimensional, vinculada a uma visão humana integral. Um marco histórico dá-se em Maio de 1984, por ocasião da 37ª assembleia geral da instituição: a OMS recomenda que “espiritualidade” passe a ser incorporada como uma das dimensões da saúde humana. O conceito de saúde passa, assim, a ser definido como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (Toniol, 2017, p. 284). Nesse quadro, a OMS recomenda aos seus Estados-membros que contemplem a dimensão “espiritualidade” nas suas políticas nacionais de saúde (*ibidem*, p. 267).

Ambos os movimentos descritos oferecem uma moldura sociocultural que ajuda à compreensão do *boom* de pesquisas e publicações científicas sobre saúde-espiritualidade a partir da década de 80. De facto, desde então, observa-se uma notável expansão de centros de pesquisa vocacionados para este tipo de estudos, multiplicando-se, a cada ano, as publicações que evidenciam os benefícios da espiritualidade na saúde¹⁴⁰ (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016; Giumbelli & Toniol, 2017). Grande parte desses trabalhos – segundo Koenig (2012), cerca de 80% – têm sido desenvolvidos no domínio da saúde mental. Contrariamente à visão de alguns psiquiatras do início do século XX (como Freud), que acreditavam que espiritualidade/religião estaria ligada a neuroses, a grande maioria dos estudos aponta o contrário, evidenciando menores prevalências de depressão, de tentativas de suicídio, de uso e abuso de substâncias, de stress e ansiedade, entre outros aspetos (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Ainda nessa linha, vários estudos mostram que pessoas com crenças religiosas e espirituais apresentam maiores taxas de remissão em doenças psiquiátricas, maiores níveis de autoestima, otimismo e felicidade (*ibidem*, p. 55). A espiritualidade/religiosidade enquanto *coping* (enfrentamento de situações adversas) tem-se constituído como uma das áreas mais profícuas no âmbito desses estudos. Avaliando-se tanto o *coping* positivo como o negativo¹⁴¹, as pesquisas apontam para uma maior prevalência da relação positiva entre espiritualidade e saúde do que da inversa (Koenig, 2007, 2012). Considerando ambos os tipos de influência, as pesquisas são consensuais na recomendação de profissionais de saúde levarem em conta a dimensão da espiritualidade: tal permitir-lhes-á, por um lado, quando a vivência espiritual se revela positiva, potenciá-la como estratégia de *coping*; por outro lado, quando se apresenta negativa, agir preventivamente, evitando que tenha repercussões indesejadas ou fatais na vida da pessoa (Koenig, 2007; Pargament & Lomax, 2013). Paradoxalmente, não obstante as orientações da OMS, são ainda muito poucas as instituições universitárias que fornecem algum tipo de formação aos seus estudantes no sentido de estes tomarem contacto com as evidências das pesquisas e aprenderem a abordar adequadamente e eticamente a espiritualidade nas suas práticas (Moreira-Almeida *et al.*, 2016; Raddatz *et al.*, 2019). Tal vazio repercute-se numa

¹⁴⁰ Citando alguns exemplos: estudos têm evidenciado uma associação positiva entre espiritualidade e recuperação em doenças oncológicas; menor incidência de hipertensão arterial, de doenças da imunidade, de depressão, de ansiedade; maior esperança de vida e menor incidência de complicações após cirurgias (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Analisando o contexto português, uma recente revisão sistemática (Romeiro *et al.*, 2018) aponta um crescimento do interesse de pesquisadores/as portugueses pelo tema saúde-espiritualidade, embora com uma progressão muito lenta quando em comparação com pesquisas mundiais.

¹⁴¹ Considera-se que essa relação é negativa quando as vivências ou crenças espirituais/religiosas são fonte de sofrimento e conflito (e.g., sentimentos de autopunição ou de intolerância) ou quando influenciam negativamente a adesão a tratamentos médicos (Koenig, 2007).

escassa ou completa ausência de integração da dimensão espiritual nas práticas de cuidado (Raddatz *et al.*, 2019); dado que se revela tanto mais paradoxal quanto se considere o facto de diversas pesquisas mostrarem que um elevado número de pessoas gostaria que as suas vivências espirituais fossem abordadas pelos profissionais (Pargament & Lomax, 2013).

3.2. A dimensão espiritual nas trajetórias em estudo: um olhar geral

Em linha com o referido campo de estudos, também a presente pesquisa faz emergir a relevância da relação saúde-espiritualidade, mostrando como vivências espirituais desempenham um importante papel de *coping* (ou enfrentamento) ao nível do sofrimento mental. Visibilizada no presente estudo através das narrativas recolhidas, essa importância permanece, todavia, invisível para os/as profissionais de saúde mental que acompanham os respetivos casos (tema que retomarei adiante).

Quando questionadas sobre a eventual importância da espiritualidade ou quando interpeladas sobre eventuais recursos internos a que recorrem para superar momentos mais difíceis, muitas pessoas entrevistadas – oriundas de todos os contextos de análise (Grupos A, B e C) – referem-se explicitamente à dimensão da espiritualidade/religiosidade, nomeando-a como um dos “pilares” mais importantes das suas vidas. Nos relatos que a seguir se transcrevem, a fé em Deus, a conexão a “algo maior”, a oração e a vivência espiritual dos valores da fraternidade e do altruísmo emergem como fatores de crucial importância no enfrentamento de momentos de crise, a eles se chegando a atribuir a razão de não se ter enveredado pelo suicídio.

- *A espiritualidade é algo importante na sua vida?*

- É a coisa mais importante da minha vida, que me tem aguentado nos momentos muito difíceis, que me mantém firme. Sou testemunha de Jeová e acredito que Deus é o criador, que nos ampara. Num momento de muita aflição aparece-me alguém que dá a mão. Sem fé eu já não existia. Já me teria matado, acredite.

- *Há muito tempo que é importante para si?*

- Há muitos anos, mesmo nesses anos em que aconteceram muitos traumas, internamentos. Porque é assim: eu sou um ser humano normal, com problemas como os outros, mas o que me tem segurado é a fé e a certeza de que se alguma coisa acontecer de mau, Deus vai abrir outro caminho. Já passei tantas coisas em que Deus ajudou, que se eu falasse estávamos aqui até à noite. (Olinda, faixa etária 50-59)

O que ajuda muitas vezes nem é os calmantes, que até me fazem muito mal ao estômago e não posso estar sempre a tomar. O que ajuda nas alturas difíceis é rezar! Quando começo a andar aflita, com um aperto muito grande no peito, agarro-me à imagem de Nossa Senhora e falo com ela assim mesmo com toda a alma! Faz-me tão bem! Se não fosse a minha fé, eu já nem estaria cá. Não tinha aguentado tanta coisa má que passei e tinha feito uma coisa má. (Idália, faixa etária 50-59)

- *Disse-me que está integrada numa igreja, que faz lá trabalhos de voluntariado, que isso tem sido muito importante para si...*

- Sim, sim, sim. Sempre fui muito preocupada com os outros. E descobri com esse trabalho mais espiritual, lá na igreja, que ajudar os outros faz muito bem. É uma coisa que agora está enraizada em mim. Ainda há bocado, quando estava à espera da consulta, liguei a uma amiga que não vi no domingo. Se ela está muito tempo sem aparecer é porque há problema. Quando alguém está doente ou precisa de desabafar, telefono. E na igreja, há lá umas velhotinhas, gosto muito de as abraçar.

- No domingo, estava a cair, mas mesmo assim dei-lhes um sorriso, um abraço, força. Fico melhor quando ajudo. Sou feliz quando dou...

- *Então, isso é importante no seu processo de superar a depressão...?*

- Muito, muito! Faz parte do meu processo terapêutico e do meu processo espiritual. É as duas coisas. (Vera, faixa etária 50-59)

Eu agora quando tenho ataques de pânico, começo a fazer uma oração. Peço a Jesus que me ajude, que para mim é o espírito mais altivo que existe e mais protetor... E graças a Deus, isso ajuda-me muito, muito! Eu nem vou à igreja nem nada... É uma forma minha de estar... que me ajuda. (Guiomar, faixa etária ≥ 60)

A parte espiritual está muito presente na minha vida. Acredito que todos nós somos seres espirituais a viver experiências na matéria. Quando este corpo físico morrer, nós não deixamos de existir. Continuamos a viver em outras dimensões, com os nossos corpos espirituais, que são corpos mais subtis. Isso dá sentido à minha vida. Acredito que nada acontece por acaso. Nada! E isso dá-me uma capacidade maior de enfrentar a vida. E, portanto, a espiritualidade, dá-me força para não ir abaixo. Quando há situações difíceis, ligo-me a Deus, o que quisermos chamar, essa energia superior, e isso traz-me muita paz... (Anália, faixa etária 40-49)

Em alguns casos, a incorporação da dimensão espiritual constituiu-se mesmo como um ponto de viragem na trajetória de sofrimento mental. Tal é o caso de Dionísio (entrevistado do Grupo A). Ainda que a integração numa comunidade religiosa, favorecedora de uma rede de suporte e de sociabilidade, seja apontada como um elemento relevante na conquista de níveis superiores de bem-estar e equilíbrio, é sobretudo à ligação íntima com Deus que atribui essa conquista. Dionísio não conseguiu reduzir a medicação, no entanto, refere não ter tido necessidade de novo internamento, facto que se reveste de grande importância tendo em conta o seu histórico de internamentos (sete compulsivos). Sobre este caso é ainda interessante ressaltar um facto comum a muitas outras pessoas entrevistadas, a saber, a não partilha dos benefícios da experiência espiritual com os profissionais que o acompanham na instituição hospitalar.

- Há uns anos, comecei a frequentar uma igreja de testemunhas de Jeová. Foi a partir daí que comecei a melhorar da doença. Vou lá duas vezes por semana. Gosto muito do ambiente, as pessoas tratam-me muito bem.

- *As pessoas da igreja sabem do diagnóstico de esquizofrenia?*

- Sim, sim. Nunca escondi isso de ninguém.

- *E nunca sentiu qualquer tipo de preconceito ou discriminação?*

- Não, nunca. Pelo contrário. Sempre fui bem recebido. Somos uma família.

- *Terá sido esse acolhimento e integração que fez com que melhorasse tanto?*

- Também. Mas acho que foi mais por ter encontrado Deus, começar a ter uma fé que não tinha, encontrar paz dentro de mim. Melhorei muito com essa fé. Comecei a orar quando me sentia pior. Ajudou muito. Nunca mais fui internado. Os médicos não sabem, mas foi por isso, por essa fé...

- *E porque não partilha isso com o seu médico?*

- Não se fala nessas coisas de religião.

- *Conseguiu reduzir a medicação, a partir daí?*

- Não, isso não. Tentei reduzir, mas senti-me tão mal que tive de voltar a tomar. Mas pronto, deixei de ser internado e isso é bom. (Dionísio, faixa etária 50-59)

Outro caso emblemático, que igualmente ilustra os benefícios de vivências espirituais/religiosas ao nível da saúde mental, é o de Angelino. Neste caso, o entrevistado atribui à dimensão espiritual o significado de se colocar ao “serviço de outras pessoas”, de se “doar”. Descobrimo esse novo propósito numa ocasião e num espaço bastante improvável – aquando do seu último internamento numa instituição psiquiátrica –, Angelino relata como “ajudar os outros” se tornou numa forma de vivência espiritual, que o dotou de um propósito de vida. Desde essa descoberta, Angelino não mais parou de “querer ajudar”, tendo-se integrado num movimento de voluntariado, pertencente a uma congregação religiosa. Frequentando esse movimento há já cinco anos, ele atribui a essa experiência a conquista de maiores níveis de equilíbrio mental. Tal como no caso anterior, não conseguiu libertar-se da medicação, no entanto, considera que o facto de não ter voltado a ser internado se deve, em grande medida, aos benefícios desta experiência. Da mesma forma que o anterior entrevistado, também Angelino refere não partilhar esta sua experiência com os/as profissionais de saúde que o seguem.

- *A espiritualidade ou a religião são importantes para si?*

- Muito importante. Assim mais no dar-me às outras pessoas, estar ao serviço de quem precisa. Quando estive internado na última vez, despertei qualquer coisa em mim assim mais espiritual sobre ajudar os outros. Até com as conversas com outros doentes que lá estavam internados, ajudei a evitar suicídios.

- *Esses diálogos com pessoas internadas eram incentivadas por médicos?*

- Não. Era por minha conta. Não tínhamos nada para fazer, conversávamos. Comecei a ouvir as pessoas, os seus problemas e a tentar ajudar...

- *Isso ajudou-o também?*

- Ah, muito! A partir daí comecei a ter vontade de ajudar pessoas, ouvi-las, ouvir as histórias delas, falar do que também já passei, dar conselhos bons...

- *E trouxe essa vontade, que ganhou no hospital, para a sua vida, foi isso?*

- Sim. Hoje faço parte de uma congregação religiosa que ajuda pessoas carenciadas. Não ajudo com dinheiro, mas ajudo a organizar mantimentos. Temos determinados trabalhos com o Banco Alimentar e outras instituições. Estou há uns 5 anos lá. [...] Isso trouxe-me benefícios, porque eu ajudo os outros, mas também sou ajudado. Dá-me uma vontade maior de viver. E tenho fé em Deus, acredito. Porque eu olho a natureza, vejo tanta coisa bela e penso que tem de haver qualquer coisa com inteligência que a fizesse.

- *Fala sobre esses temas espirituais com a sua médica?*

- Não, não falo... Os médicos não fazem grande coisa a esse nível. Acham que é bom ter fé e assim, mas não falam sobre essas coisas. (Angelino, faixa etária 50-59)

De facto, apesar da elevada relevância da dimensão espiritual/religiosa no processo terapêutico, nenhuma das pessoas entrevistadas revelou partilhar esse tipo de vivências com os/as profissionais que as acompanham. Nem mesmo nos casos em que existe uma relação de maior proximidade emocional/afetiva (como é o caso das pessoas acompanhadas pela Equipa Y) essa partilha acontece. Não acontece espontaneamente (por iniciativa da pessoa),

nem acontece por incentivo dos/as profissionais. A explicação de algumas pessoas entrevistadas é a de que existe uma espécie de barreira que separa o campo espiritual do campo médico, que leva, por um lado, profissionais a não se interessarem por conhecer as vivências espirituais das pessoas de quem cuidam e, por outro lado, leva a que as últimas não sintam vontade ou conforto em as partilhar.

- *E essa questão da espiritualidade é algo valorizado nas consultas? Por exemplo, com a Doutora H fala sobre essas suas experiências, de como é importante e como a ajuda a ultrapassar os momentos mais difíceis?*

- Não. Com a Dra. H não; nem com outros médicos. Não se fala sobre isso.

- *Mas isso, afinal, segundo me disse, é o que lhe dá mais ferramentas internas...?*

- Sim, sim. Mas não se fala disso.

- *Os profissionais não lhe perguntam sobre essas vivências?*

- Não, não. Acho que espiritualidade não tem muito a ver com aquilo que os doutores fazem. (Mulher, utente da Equipa Y)

- *E essa sua fé, como a ajuda a ultrapassar os momentos difíceis, é algo que fale com a sua médica ou com os enfermeiros?*

- Não se fala sobre isso. Pelo menos, nunca falei e nunca perguntaram. (Homem, utente da Equipa Y)

- *Disse-me que começar a ligar-se a Deus, fazer orações, ter fé, a fez melhorar muito. Nunca pensou em partilhar isso nas consultas no hospital?*

- Não, nunca partilhei.

- *Não sente abertura para isso?*

- Não sinto, não. As consultas são muito à pressa, a correr. E acho que o doutor não liga muito a essas coisas. (Jasmim, faixa etária 40-49)

A narrativa que se segue vai ainda mais longe na justificação da dicotomia entre saúde mental e espiritualidade. O entrevistado em causa, cujo diagnóstico psiquiátrico é esquizofrenia, refere-se à forma como um psiquiatra da esfera privada, em resposta ao seu desejo de falar sobre religião, evocava Freud, referindo-se à relação negativa que este detinha com essa dimensão. O mesmo entrevistado refere-se ainda à estranheza que sentiu quando, certa vez, leu numa bula de um psicofármaco que o mesmo era indicado para “obsessões religiosas”. Passou, desde então, a não partilhar questões espirituais com psiquiatras (tanto da esfera privada como da esfera pública) com o receio de vir a ser rotulado nesse parâmetro de “obsessão”. Todavia, é interessante notar como esse desejo se manteve, levando a que, em determinada altura, no âmbito da instituição hospitalar onde era acompanhado, procurasse a transferência para um médico relativamente ao qual nutria a expectativa de vir a corresponder a essa sua vontade.

- Andei num psiquiatra [privado] que, quando eu, às vezes, queria falar de religião, falava no Freud e na relação negativa que ele tinha com a religião. Diz-se que um dos grandes inimigos da religião foi o Freud. Pronto, acho que esse médico queria separar as coisas, religião e psiquiatria. Houve um medicamento que tomei que dizia: este medicamento é indicado para obsessões religiosas. Eu fiquei um bocado... Não sei... achei aquilo esquisito...

- *Mas sentes que alguma vez tiveste alguma obsessão religiosa?*

- Não, mas se calhar certos psiquiatras ateus, ou não sei, não encaram bem a religião, ou não sei...

- *E achas que falar de espiritualidade com psiquiatras que têm essa visão pode prejudicar-te, que vejam a tua ligação à religião como uma patologia...?*
- Sim... De certa forma tive receio...
- *É por isso que não partilhas?*
- É. Eu tento não misturar as coisas. Mas sim, a espiritualidade é um pilar na minha vida e faz eu querer ser melhor todos os dias. Tem-me ajudado muito.
- *Mas deixaste de querer partilhar com psiquiatras...?*
- Depois do internamento, em 2016, quis mudar de psiquiatra. Tinha em vista um outro psiquiatra que eu achava que era melhor. Conheci outros doentes que tinham esse médico... E eu (risos), em 2010, fui ver o Papa e esse psiquiatra também foi com o nosso grupo. Achei-o simpático, pronto. E fiquei sempre com essa ideia, que gostava de ser consultado por ele. Mas depois do internamento a coisa passou, não consegui mudar para ele.
- *Quais as razões para queres mudar?*
- Era um médico com quem ia poder falar sobre assuntos espirituais. [...] Isso é importante para mim. (Timóteo, faixa etária 30-39)

Entre todos os casos em que a dimensão da espiritualidade emerge como estratégia relevante no enfrentamento do sofrimento mental, dois se destacam, não apenas pelos contornos epistémicos singulares das experiências espirituais, como pelas consequências daí advindas (tanto no que respeita à libertação da dependência biomédica como na reescrita das trajetórias de vida). Trata-se dos casos de Feliciano e de Soraia, que, em determinado momento dos seus percursos psiquiátricos, optam por recorrer a um Centro Espírita. É sobre estes casos que me concentrarei em seguida.

3.3. Possibilidades (extrafísicas) num Centro Espírita: um olhar sobre casos particulares

Num mundo como aquele em que vivemos, marcado por arreigado cientificismo, quem (como nós, cientistas sociais) se ocupa do estudo de formas de cuidado contra-hegemónicas (sobretudo formas de cuidado “espirituais”) não deixa de se confrontar com uma “triste e monótona vozinha crítica ou reflexiva que sussurra que não devemos aceitar ser mistificados” (Stengers, 2017, p. 12). Uma “vozinha” oriunda do lado da “narrativa épica” – onde todos/as nós, “modernos”, nos situamos – que nos coloca diante do “medo nebuloso de sermos acusados de retrocesso se damos o mínimo sinal de estar traindo a verdade ‘dura’ ao nos deixarmos levar por crenças, ‘brandas’ e ilusórias” (*ibidem*, p. 3). Será essa, porventura, uma das razões que explicará a ainda reinante desconfiança e desinvestimento académico em pesquisas sobre as chamadas “práticas de cura espirituais”, de onde, inevitavelmente, acaba por resultar uma “marginalização continuada”, com “efeitos de crescente desconhecimento” (Valente *et al.*, 2019, p. 2). É neste sentido que se torna particularmente relevante o enfoque que empreendemos neste subcapítulo, detendo-nos num universo de práticas muito particular, o universo de “práticas terapêuticas espíritas”. Trata-

se, como se terá oportunidade de atestar, de um campo epistemológico que desafia grandemente a compreensão da ciência – e das ciências (bio)médicas, em particular – pela forma como afronta a sua racionalidade materialista. Envolvendo conceitos, agentes (“espíritos”) e práticas imateriais – invisíveis e impercetíveis aos sentidos humanos (tidos como “normais”, “reais”) –, a epistemologia espírita situa-se no mesmo limiar em que se situam muitas outras práticas ancestrais (e.g., práticas indígenas, xamanismo, práticas de benzedoras, etc.), assim como práticas de origem mais recente (e.g., Reiki, Cura Prânica, etc.).

Sobre esse universo de práticas terapêuticas a ciência moderna tem vindo a produzir a negação de sua existência real (Stengers, 2017; Valente *et al.*, 2019), quando não mesmo discursos preconceituosos que teimam em considerar, indiscriminadamente, relatos de seus efeitos positivos como “mistificação” ou “charlatanismo” (Stengers, 2017; Valente *et al.*, 2019). Tal cenário é particularmente notório ao nível das chamadas ciências naturais, que etiquetam como “não científicos” quaisquer fenómenos que não sejam redutíveis aos “limitados” métodos de teste e confirmação do “materialismo reducionista” (Almeder, 2013; Valente *et al.*, 2019). Supondo-se monopolizadora da “verdade”, a ciência arroga-se ao direito de determinar o que está autorizado a “realmente” existir (Stengers, 2017, p. 7). Como refere Almeder (2013, p. 150), o “materialismo reducionista” configura um “materialismo eliminativo”: ao não conseguir capturar e medir fenómenos imateriais, logo se apressa em os eliminar, negando a sua “real” existência. No entanto, sob um olhar que faça jus ao verdadeiro “espírito da ciência” (abertura, dúvida e crítica), a ausência de evidência científica de tais fenómenos não deverá ser entendida como “prova” da sua não existência, mas como sinal das limitações da própria ciência (no atual estágio) para os abarcar e compreender (*ibidem*).

Não obstante a desatenção do mundo académico às “terapêuticas espirituais”, as mesmas têm vindo a ser relatadas como eficazes pelas vozes dos/as protagonistas das experiências vividas (Valente *et al.*, 2019). Em face dos crescentes relatos de sucesso, as ciências naturais, ao invés de elaborarem uma crítica interna e uma revisão de seus dispositivos, têm-se ocupado em classificar, generalizadamente, esses mesmos resultados como “efeito placebo”, “efeito sugestão” ou “somatização positiva” (*ibidem*). É certo que as ciências humanas e sociais (sobretudo a antropologia e sociologia), quando em comparação com as naturais, têm revelado uma relativa maior abertura ao campo das chamadas “práticas terapêuticas espirituais”, sendo responsáveis pela grande maioria das pesquisas (Valente *et al.*, 2019). Todavia, segundo notam vários/as autores/as, as mesmas têm-se deixado permear

por uma visão igualmente etnocêntrica, limitante e reducionista, ao explicarem sistematicamente a eficácia de tais práticas através de modelos de análise oriundos do culturalismo, relativismo, simbolismo, construtivismo ou funcionalismo social (Segato, 1992; Viveiros de Castro, 2002; Tavares & Bassi, 2013; Stengers, 2017; Valente *et al*, 2019). Com efeito, nessa linha, vários/as autores/as¹⁴² alertam para as limitações de tais modelos socioantropológicos, assinalando como eles contribuem para a manutenção das clássicas dicotomias natureza/cultura, corpo/espírito, objetividade/subjetividade, nós/outros, etc. Nessa leitura contra-hegemônica, sinalizam, enfim, o modo problemático como, sob o domínio desses modelos (sobretudo o da “eficácia simbólica”), as pesquisas socioantropológicas se têm deixado enredar na armadilha de uma constante *purificação* das práticas espirituais, despojando-as da sua substância, vitalidade e reais potências criadoras. Assim, em vez de contribuírem para um conhecimento dos fenômenos espirituais, tais pesquisas têm reforçado o caráter exótico e obscuro dos mesmos, mantendo-os sob essa mesma ideia (sustentada pelas ciências naturais) de uma “não real existência” (Valente *et al.*, 2019).

Ora, na linha desses/as autores/as, e ciente que estou da importância de se romper com o reducionismo socioantropológico que tem dominado os estudos sobre as chamadas “curas espirituais”, proponho-me abordar o emergente tema das práticas terapêuticas espíritas sob uma perspectiva contra-hegemônica, recusando olhar as mesmas como meros “simulacros do real” (necessitadas, para “realmente existirem”, da nossa razão e de nossos referenciais teóricos-interpretativos). Esta é, de resto, uma opção que se encontra em coerência com as propostas da “sociologia das ausências” e “ecologia de saberes” (Santos B. S., 2006, 2007) – referências teóricas neste trabalho –, já que também elas reivindicam um rompimento com uma pretensa superioridade ontológica/epistemológica dos saberes acadêmicos/científicos sobre outras formas de saber (como as espirituais). Neste sentido, nas próximas páginas, o principal objetivo é o de iluminar a epistemologia e práticas terapêuticas espíritas, realizando um trabalho de análise “com” as mesmas (e não “sobre” as mesmas). Daí decorre a opção de se conferir um significativo número de páginas à enunciação da epistemologia e práticas terapêuticas espíritas, explicitando-as, não raras vezes, de forma algo exaustiva, tanto com recurso ao seu próprio corpo bibliográfico como (mais frequentemente) com recurso às vozes dos/as protagonistas das “experiências vividas”.

¹⁴² Cf. p. ex., Segato (1992); Viveiros de Castro (2002); Tavares e Bassi (2013); Stengers (2017); Valente *et al* (2019).

Segue-se, no fundo, o caminho sugerido por Rita Segato (1992) quando defende que não devemos exorcizar a diferença, mas, antes, exibi-la e afirmá-la, demorando-nos na descrição literal daqueles componentes que são “irredutíveis ao nosso olhar” (*ibidem*, p. 132). No encalce da mesma autora, assume-se ainda o objetivo de que qualquer trabalho de diálogo ou de mediação comparativa que se empreenda seja sensível e permaneça “ao lado” dos sentidos e significados das práticas e experiências vividas, evitando-se assim que o quadro analítico “entre perversamente na vivência, matando-a” (*ibidem*, p. 133).

3.3.1. A epistemologia espírita: breve contextualização

O *Espiritismo* teve origem em França, em meados do século XIX, num contexto sociocultural marcado por uma onda de interesse por fenómenos insólitos atribuídos a espíritos de pessoas falecidas. Um influente pedagogo francês, Hippolyte-Léon Denizard Rivail – que, mais tarde, veio a adotar o pseudónimo Allan Kardec –, propôs-se a “desmascarar” tais fenómenos. Testemunhando as manifestações *in loco*, convenceu-se da importância de as estudar, crendo ser possível empreender uma investigação positivista com a colaboração de pessoas portadoras de *mediunidade*, espalhadas por diferentes países. A partir dessa pesquisa, obteve 1019 respostas (“ditadas por *espíritos*”) sobre uma vasta gama de problemas filosóficos que comparou e organizou na obra *O Livro dos Espíritos* (publicado em 1857). Apesar da sua origem ter ocorrido em França, nas décadas seguintes o Espiritismo pouco se desenvolveu nesse país e em outros países da Europa. É após a sua travessia atlântica, em finais do século XIX, com a chegada ao Brasil, que o mesmo se expande, assumindo uma feição predominantemente religiosa e terapêutica, em contraposição ao carácter filosófico e científico que assumira originalmente em França (Stoll, 2002). Após um período de expansão, o “modelo de espiritismo brasileiro” não tardou a disseminar-se por vários cantos do globo, num processo de “transnacionalização” que teve por base o trabalho de divulgação do *médium* Divaldo Franco (Lewgoy, 2008). Com as primeiras viagens de Franco à península ibérica, assistiu-se, a partir de 1960, a um impulso do Espiritismo em Portugal (*ibidem*). Ainda que sinteticamente, importa, então, apresentar alguns dos principais elementos da epistemologia espírita¹⁴³.

¹⁴³ Cabe sublinhar que muitas das ideias que serão apresentadas já em seguida estão longe de ser exclusivas do campo epistemológico espírita. Historicamente, desde tempos imemoriais, experiências e ideias como as que integram o espiritismo – que envolvem as crenças na imortalidade da alma, reencarnação, lei de causa e efeito (*karma*), existência de espíritos, possibilidade de comunicação com os mesmos e curas espirituais – fazem parte do repertório social e cultural de civilizações espalhadas por todo o mundo. A título de exemplo, relatos de experiências de intercâmbio com espíritos têm sido registados desde os primórdios da história humana, por

Um dos fundamentos da epistemologia espírita é a “imortalidade da alma”. Segundo a primeira obra de Kardec (2010 [1857]), a morte não representa o fim da vida, já que a essência do ser humano não é material, mas espiritual. O *Ser espiritual* é “o princípio inteligente do universo” (*ibidem*, p. 81), criado por Deus, ou, o mesmo é dizer, pela “inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas” (*ibidem*, p. 71). O corpo orgânico como que representa uma “roupa” que o *espírito* enverga temporariamente, a fim de, na dimensão física, experimentar vivências necessárias à sua evolução (*ibidem*). A evolução do espírito é, com efeito, outro dos princípios basilares do Espiritismo. O propósito do *Ser espiritual* é o de caminhar para o aperfeiçoamento ético-moral e intelectual, aproximando-se, assim, da “inteligência suprema” que o criou (Kardec, 2010). A “reencarnação” constitui-se como o meio natural para atingir esse fim. No âmbito de um processo repetitivo de nascimento e morte corpórea, o espírito vai passando por diferentes experiências (variando de gênero, etnia, condição social, condição de saúde ou doença, etc.), de modo a desenvolver aptidões latentes e a despertar diferentes aspectos da sua natureza espiritual (*ibidem*). Detendo “livre-arbítrio”, o espírito tem, em cada encarnação, a possibilidade de fazer escolhas, sendo que essas escolhas condicionam os desafios e provas pelos quais passará nas existências seguintes (*ibidem*). Neste sentido, entende-se que a condição atual de um Ser Humano corresponde ao resultado de suas escolhas e ações não apenas da presente existência, como também de existências passadas. Tal mecanismo de reposição ética universal é denominado de “lei de causa e efeito” (*ibidem*). Após a morte do corpo material, o espírito mantém-se vivo, com um corpo de natureza fluídica, designado *perispírito*¹⁴⁴ (Kardec, 2010, p. 114). Liberto da matéria, a vida do *espírito* continua numa outra dimensão (“espiritual”), até nova

meio de xamãs, profetas e oráculos, sendo parte das raízes de culturas tão diversas, como as afro-indígenas, as greco-romanas, as judaico-cristãs, as hinduístas e budistas (Almeida-Moreira, 2013, p. 233). Nos tempos atuais, para além de grupos espíritas, há vários grupos sociais que promovem experiências mediúnicas, tais como os evangélicos pentecostais, católicos carismáticos, bem como diversas “religiões de matrizes indígenas e africanas” (*ibidem*).

¹⁴⁴ O termo *perispírito* foi empregue a primeira vez no “Livro dos Espíritos” (Zimmermann, 2002, p. 24). O *perispírito* corresponde ao “envoltório sutil e perene da alma”, sendo composto por uma substância “vaporosa”, (Kardec, 2010, p. 115; Zimmermann, 2002), formada a partir do fluido cósmico universal (Zimmermann, 2002). Entre as funções do *perispírito*, conta-se a função de servir de instrumento à alma, em sua interação com os mundos físico e espiritual, bem como a função de modelo organizador biológico (Zimmermann, 2002, pp. 61-70). O *perispírito* é, de um modo geral, imperceptível aos humanos, no entanto é bem visível aos espíritos que se encontram no plano espiritual (Zimmermann, 2002). É também visível a pessoas com faculdades mediúnicas de vidência (faculdade de ver espíritos) (Kardec, 2012, p. 183). Como nota Zimmermann (2002), numa obra a que dedica mais de 500 páginas ao estudo do *perispírito*, “embora os estudos sobre o *perispírito* tenham sido sistematizados só a partir de Kardec, [ele] tem sido percebido desde épocas imemoriais, recebendo as mais diversas denominações no curso do tempo: *mano-mata-kosha* (na Índia védica); [...] *kha* ou *bai* (entre os sacerdotes egípcios) [...] *Kama-rupa* (Budismo); [...] *khi* (na tradição chinesa); *corpo astral* (entre os hermetistas, alquimistas, esoteristas, teosofistas); *corpo sidéreo* (Paracelso); [...] *corpo fluídico* (Leibniz); [...], etc.” (Zimmermann, 2002, pp. 25-26).

reencarnação (*ibidem*). Aos espíritos que se encontram no mundo extrafísico é dada a possibilidade de comunicação com os humanos (Kardec, 2010, 2012). Essa comunicação faz-se através da chamada *mediunidade* (Kardec, 2012). Em termos muito simples, *médium* designa a pessoa que pode servir de intermediária entre os espíritos e os humanos (*ibidem*, p. 426). A mediunidade é entendida como uma faculdade humana que existe de forma latente em todas as pessoas, encontrando-se desenvolvida (ostensivamente) entre apenas algumas (*ibidem*). Finalmente, outro dos fundamentos do Espiritismo é o entendimento de que o *amor* corresponde à essência da vida e à perfeição espiritual¹⁴⁵, residindo a sua maior manifestação no ato de cuidar e na fraternidade (Kardec, 2010; Franco, 2017).

Os fundamentos da epistemologia espírita que acabámos de expor refletem-se em formas bastante particulares de se conceber os processos de adoecimento e desequilíbrio humano. A reflexão que se segue, em torno dessas concepções, tem por base algumas obras espíritas e uma entrevista realizada com Roberto, um “trabalhador espírita”¹⁴⁶, estudioso e praticante do Espiritismo há mais de vinte anos.

Concepções espíritas sobre o adoecimento/desequilíbrio humano

Para o Espiritismo, o que comumente se entende como “doença” (nível físico ou mental) corresponde a uma mensagem da “alma” ou do “Self”, que se constitui como a dimensão “sábria e superior” da pessoa (Moreira, 2013, p. 34). Sendo o Ser Humano, na sua essência, um “Ser espiritual” e sendo o seu “propósito maior” o da evolução enquanto espírito – conquista da harmonia interior, integração com o “todo” e com a lei divina do amor e da fraternidade (Pinheiro, 2007; Moreira, 2013; Franco, 2017) –, quando se desvia desse propósito cria as condições energéticas para a manifestação de desequilíbrios espirituais, psíquicos e orgânicos, que, no fundo, correspondem a mecanismos de que as leis universais se utilizam para o reconduzir ao equilíbrio (Moreira, 2013, p. 32). É de notar que esta visão sobre a doença, como “mensagem da alma”, se aproxima de muitos sistemas terapêuticos ditos “não convencionais” – tanto de origem ancestral (e.g., sistemas de *cura xamânica*, etc.) como nascidos na modernidade (e.g., *Medicina Antroposófica*, *Florais de*

¹⁴⁵ Jesus, pela grandiosidade ética-moral, corresponde ao arquétipo de espírito perfeito a que a humanidade deve aspirar (Kardec, 2010, p. 364), sendo os seus ensinamentos e exemplos reconhecidos pelo espiritismo como a base da construção da felicidade e de uma nova era para a Humanidade (Kardec, 2012, p. 386).

¹⁴⁶ Cf. o que se entende por “trabalhador espírita” na primeira parte desta tese, no ponto dedicado aos aspetos metodológicos.

Bach, etc.) –, que igualmente reconhecem a potência pedagógica da doença e seu propósito de reconduzir o ser humano ao equilíbrio (Pelizzoli, 2011).

De acordo com a visão espírita, a ansiedade crônica, a depressão, a bipolaridade, a esquizofrenia e outros tantos desequilíbrios que o modelo biomédico cataloga como “doenças psiquiátricas” são, antes de tudo o mais, “manifestações de desequilíbrio do espírito”, devendo, pois, a par de outro tipo de intervenções que se reconheçam como necessárias (designadamente biomédicas), ser alvo de intervenção espiritual (Franco, 2003; Pinheiro, 2007; Moreira, 2013). Da leitura de algumas obras espíritas, bem como da entrevista com Roberto percebe-se, desde logo, o quanto a explicitação desta conceção de “doença” ou de “desequilíbrio” está longe de ser tarefa fácil. Entendendo que a origem primordial das doenças e desequilíbrios se encontra no “Ser espiritual”, o espiritismo não entende essa causalidade de forma unívoca e linear, uma vez que, como nos diz Roberto, a essa causalidade se associam “múltiplos fatores, como os de natureza psicossocial, que se entrecruzam, muitas vezes de forma bastante complexa”. O grande “pano de fundo”, diga-se assim, comum a todo o tipo de desequilíbrios reside no facto de os mesmos se inscreverem na “lei universal de ação-reação ou de causa-efeito”, constituindo-se, portanto, como “consequências de escolhas do ser espiritual, realizadas no decurso das suas existências” (Roberto). Os resultados dessas escolhas (no modo de pensar, sentir e agir em relação a si mesmo/a, aos outros e a tudo o que o/a rodeia) traduzem-se primeiramente ao nível extrafísico, subtil, ficando registadas energeticamente no “corpo espiritual” ou “corpo energético” (*perispírito*). Segundo Roberto e algumas obras espíritas (Pinheiro, 2007; Moreira, 2013), é a qualidade dessa energia (se circula de forma mais ou menos fluida ou se se encontra mais ou menos estagnada), traduzida num determinado “*quantum* energético” (Pinheiro, 2007, p. 135), que vai predispor o “Ser espiritual” a determinadas experiências na matéria, caracterizadas por maiores ou menores níveis de equilíbrio e harmonia, por saúde ou doença¹⁴⁷.

Cabe um parêntesis (um pouco extenso) para assinalar como a epistemologia espírita se inscreve naquilo que Paulo Henrique Martins (2012) denomina como “paradigma energético”; um paradigma presente em muitos sistemas terapêuticos ditos “não convencionais” – tanto ancestrais, como a *Medicina Tradicional Chinesa*, como de origem moderna, como o *Reiki*, *Cura Prânica*, *Homeopatia*, *Florais de Bach*, etc. Um dos aspetos

¹⁴⁷ Este processo é objeto de reflexão minuciosa em “Medicina da Alma”, obra espírita, cuja autoria é atribuída ao espírito Joseph Gleber, psicografada pelo *médium* Robson Pinheiro (2007, pp. 134-135).

comuns a muitos desses sistemas é o modo como mesclam elementos da ancestralidade com elementos da modernidade e como entrecruzam conceitos/vocábulos comumente atribuídos ao domínio da espiritualidade com conceitos/vocábulos científicos. Isso mesmo se constata no âmbito do presente trabalho. Com efeito, analisando os excertos da entrevista realizada com Roberto, claramente sobressai uma tendência para a convocação de conceitos advindos de vários campos de saber. Assim, ao mesmo tempo que faz uso de conceitos originários de filosofias milenares orientais (por exemplo, *corpo astral* e *chacras*), faz uso de conceitos cunhados no âmbito da própria epistemologia espírita (por exemplo, *perispírito*), assim como de conceitos científicos, oriundos da física moderna (por exemplo, *partículas atômicas e subatômicas*, *quantum energético*, *vibração*, *ondas* e *magnetismo*). Se à luz do paradigma da ciência moderna, tal “fusão de saberes” tende a ser encarado como um contrassenso ou até mesmo uma afronta à sua racionalidade, autores como Martins (1999), Capra (1986, 2009) e Wilber (2004) interpretam esse mesmo fenômeno como sinal da emergência de novas concepções do mundo, que traduzem a passagem de uma visão dualista e fragmentadora para uma visão integral e cosmocêntrica. Trata-se de um movimento emergente em que saberes místicos/espirituais (tidos como pré-modernos) e saberes científicos (tidos como modernos) deixam de ser vistos sob uma ótica de incompatibilidade e dicotomia para passarem a ser vistos sob uma ótica de relacionamento dinâmico e de complementaridade¹⁴⁸ (Capra, 2009, p. 298). Cabe ainda evocar Latour (1994) quando defende que fenômenos de hibridização (como este que identificamos na narrativa de Roberto) apenas são paradoxais na visão do “mundo possível” mobilizada pelos “modernos”, obcecados que são pela “purificação” e pelo exercício de suspeição de tudo aquilo que não consideram real, mas construído. Ao invés de atentar na “mediação”, a modernidade tem-se ocupado em relegar o que considera pré-moderno para o domínio ilusório da crença; e, assim, sob a perspectiva de Latour (1994, p. 89), a modernidade tem tornado o “domínio transcendente” um território de eterna transcendência, inacessível e fadado ao desconhecimento. Fechemos o parêntesis para prosseguir com a narrativa de Roberto, bem ilustrativa de um movimento de compatibilização entre dois domínios que a modernidade tem tomado como inconciliáveis, o “domínio do invisível” (tido como construído) e o “domínio do visível” (mensurável, logo tido como real).

¹⁴⁸ O físico Fritjof Capra (1939-), de origem austríaca, tem sido um dos autores que mais tem contribuído para esta visão conciliatória. De entre as suas obras, destaca-se “O Tao da Física”, publicado em 1975, onde explora os paralelos entre a física moderna e algumas tradições místicas orientais – *Budismo*, *Taoismo*, (base da Medicina Tradicional Chinesa) e tradição *Védica* (base da Medicina Ayurvédica) –, colocando em evidência múltiplos pontos de contacto entre ciência moderna e misticismo oriental.

No excerto de entrevista que se segue, Roberto dá conta da manifestação de desequilíbrios e doenças no corpo físico, explicando como a sua “finalidade maior” se prende com a libertação de “bloqueios energéticos” registados no “corpo espiritual”. Explica como emoções dolorosas, não cuidadas (caracterizadas por “frequências vibracionais mais lentas”), ao serem “alimentadas” por períodos relativamente longos, acabam por gerar “bloqueios energéticos”. Na formação desses “bloqueios”, acresce ainda o papel de hábitos e vícios nefastos ao nível da própria vida física (e.g., sedentarismo, consumo excessivo e desadequado de alimentos, álcool, tabaco, drogas, etc.), que, neste caso, se repercutem simultaneamente (e de modo bidirecional) no corpo orgânico e *perispiritual*.

- O espiritismo vê as doenças orgânicas considerando o perispírito, que é uma cópia energética do corpo físico. O que se passa ao nível psíquico, dos pensamentos e emoções, fica gravado energeticamente nesse corpo espiritual. A ciência já descobriu que aquilo que parece sólido, na verdade não é, pois os átomos estão a vibrar e separados entre si. Assim como o nosso corpo físico é energia, também o perispírito vibra, numa frequência mais subtil. É precisamente nesse corpo energético que tudo fica registado. Esses bloqueios podem ter sido criados na presente vida, por traumas não tratados, que podem ter acontecido desde a implementação do óvulo no útero da mãe, e podem ter sido criados em vidas anteriores. O Ser espiritual quando reencarna traz no corpo energético os registos das experiências passadas, que se plasmam no corpo físico de acordo com as necessidades que tem de vivenciar saúde e equilíbrio ou determinado tipo de desequilíbrios ou doenças...

- *E qual a necessidade de viver essas experiências de doença?*

- Tem a ver com a necessidade de se libertar de bloqueios que traz no seu perispírito. Essa energia está estagnada no perispírito porque quando pensamos, sentimos e agimos, seja contra nós mesmos, seja contra outras pessoas ou até contra a natureza, a nossa energia mental, de acordo com a velocidade de vibração do nosso pensamento, ela vai ficando registada nesse nosso corpo espiritual. Quando mais está relacionada com pensamentos de harmonia, alegria, compaixão, amor, mais elevada e rápida é essa vibração e mais equilíbrio e saúde criamos. Quanto mais os nossos pensamentos e emoções são dolorosos, como raiva, medo, egoísmo, mágoa, mais baixa e lenta é essa vibração. O problema não é ter emoções negativas, elas fazem parte, são naturais e necessárias, o problema está em nós permanecermos nelas e as alimentarmos por muito tempo. É isso que baixa a vibração e abre as portas para desequilíbrios energéticos. Daí a importância de aprendermos meditação e formas de estarmos em estado de presença e consciência plena, tanto quanto possível, no nosso dia-a-dia, pois assim é mais fácil tomarmos consciência dessas emoções e não ficarmos presos a elas, as deixarmos fluir... (Roberto, trabalhador espírita)

Segundo o Espiritismo, as causas dos desequilíbrios mentais residem no “Ser espiritual” que habita temporariamente um corpo. Acontece, porém, como explica Roberto, que os desequilíbrios energéticos (localizados no *perispírito*) podem, em determinados casos (não todos), manifestar-se no “corpo físico” sob a forma de disfunções e desequilíbrios orgânicos¹⁴⁹. Neste sentido, a par da terapêutica espírita – que, ao atuar diretamente no

¹⁴⁹ Para um aprofundamento do intercâmbio entre “corpo espiritual” e “corpo orgânico” vide “Medicina da Alma” (Pinheiro, 2007) e “Aspetos psiquiátricos e espirituais nos transtornos emocionais” (Franco, 2003).

“corpo espiritual”, se repercute no “corpo biológico”, favorecendo o seu reequilíbrio –, poder-se-á justificar uma ação farmacológica. Todavia, essa ação medicamentosa, sendo eventualmente necessária, não deverá ser tida como solução única e definitiva, na medida em que não age nas verdadeiras causas do sofrimento. Neste ponto, a epistemologia espírita considera ainda a importância de se olhar aos fatores psicossociais, que considera como “causas exógenas” dos desequilíbrios mentais (Franco, 2010, p. 58). Embora o Espiritismo entenda que as causas profundas dos desequilíbrios mentais residem no “Ser espiritual”, não deixa de considerar as causas psicossociais dos mesmos. Não olhando esses fatores como determinantes das experiências de sofrimento, entende-os, no entanto, como “gatilhos” para essas experiências, em estreita articulação com as causas espirituais das mesmas.

As causas profundas das chamadas doenças mentais estão no Ser espiritual; nas vivências e escolhas que a pessoa vem realizando. O que acontece é que esses desequilíbrios, que primeiramente são energéticos, podem vir a plasmar-se no corpo físico, neste caso, no cérebro, neuroquimicamente. Nessas situações, o processo é aquele que expliquei há pouco, sobre a estagnação de energia no corpo espiritual e como essa estagnação ou bloqueio se vem a manifestar em disfunções fisiológicas. É por isso que o Espiritismo não nega o papel da medicação. Em determinados casos, a medicação poderá ser importante, sobretudo quando é necessária uma intervenção urgente. Agora, nunca podemos ficar apenas pela medicação, [pois] não vai agir nas causas do desequilíbrio. As causas estão no espírito. E depois há também que se ver o ambiente familiar, educacional e social em que a pessoa vive. A pessoa, por todas as experiências espirituais que já viveu, pode trazer uma predisposição energética para desequilíbrios mentais e muitas vezes essa predisposição é ativada por toda uma forma de vida em família e em sociedade, desemprego, sobrecarga familiar, violência psicológica, violência doméstica e tantas situações... O espiritismo também considera essas causas e entende que se deve agir sobre elas. Joana de Ângelis, um espírito que tem ditado muitos livros através de Divaldo Franco, fala nessas causas sociais dos desequilíbrios mentais como sendo causas exteriores, que funcionam como gatilhos. E é importante agir sobre eles. [...] É preciso atuar nestas causas sociais, mas a causa mais profunda do sofrimento está no espírito. (Roberto, trabalhador espírita)

Voltando à forma como o espiritismo concebe as manifestações de sofrimento mental, Roberto dá ainda conta de que nem sempre os desequilíbrios espirituais têm uma tradução orgânica, não se manifestando necessariamente no “corpo físico”. Muitas vezes, o sofrimento é espoletado pelas memórias que a pessoa transporta no seu espírito; memórias de dor emocional (mágoas, traumas, etc.) decorrentes de experiências da presente vida (em geral, da infância) e/ou de vidas anteriores. Não tendo o “Ser espiritual” conseguido lidar com tais experiências, as memórias de dor (no inconsciente) vêm à superfície sob a forma de “tristezas profundas, angústias, medos, fobias, etc.”, a fim de que possam ser “trabalhadas” e “libertas”.

- *A manifestação biológica, ela acontece sempre no sofrimento mental?*
- Não, muitas vezes não se chega a manifestar a nível biológico. Muitas vezes, o que espoleta o sofrimento são sentimentos de culpa, mágoas, traumas que a pessoa

transporta dentro de si, na sua mente, no seu espírito. Que podem ser de vidas passadas, mas muitas vezes são da presente vida, sobretudo traumas que a pessoa viveu na infância. Aparecem muitos casos no Centro de pessoas que viveram infâncias muito traumáticas e são essas memórias que estão a causar sofrimentos na idade adulta. Sobre as memórias de vidas passadas, podemos dizer que quando o espírito reencarna traz em si, geralmente de forma inconsciente, tudo aquilo que já viveu. Ao reencarnar, o que acontece muitas vezes é que algumas memórias guardadas no seu inconsciente vêm à superfície sob a forma de tristezas profundas, angústias, medos, fobias, etc., para que o Ser espiritual reencarnado tenha a oportunidade de as trabalhar nessa nova experiência e também para que as possa libertar energeticamente. Essa é mais uma forma de manifestação do sofrimento mental. Isso também acontece com as memórias traumáticas da presente vida. (Roberto, trabalhador espírita)

Sobre as complexas causas de natureza espiritual que podem desencadear ou agravar quadros de sofrimento mental, Roberto refere-se ainda à “obsessão espiritual”: influência negativa de “espíritos desencarnados”. No excerto que se segue, explica em que consiste o “processo obsessivo” e chama a atenção para o facto de muitos desses processos serem frequentemente diagnosticados pela psiquiatria como esquizofrenia, sobretudo quando a pessoa apresenta a experiência de audição de vozes.

- Há outra situação que pode espoletar o desequilíbrio ou agravá-lo, que é: espíritos que conviveram com a pessoa em outras vidas e que tendo situações não resolvidas, de ódio, em que, de alguma forma, foram prejudicadas, por exemplo, esses seres procuram a vingança. Não há outra forma de dizer: procuram vingança. Como esses seres não são visíveis aos olhos físicos e a generalidade das pessoas não tem consciência da realidade espiritual, as pessoas são incapazes de perceber essas presenças que atuam por sugestões hipnóticas, ideias repetitivas sobre determinados assuntos que levam a pessoa a ter certos pensamentos, ouvir vozes, ideias até suicidas. Muitas pessoas que dizem que ouvem vozes, na realidade, o que ouvem são vozes de espíritos. E na maior parte das vezes, essas pessoas são diagnosticadas com esquizofrenia.

- *E as pessoas efetivamente ouvem aquelas vozes?*

- Elas ouvem essas vozes, porque têm mediunidade. Podem ser vozes positivas quando a pessoa se encontra energeticamente equilibrada. Quando a sua energia vibra em frequências baixas, é influenciada por espíritos perturbadores, a isso se chama obsessão espiritual, que é muito comum. Daí ser tão importante que a pessoa aprenda a manter-se energeticamente equilibrada. (Roberto, trabalhador espírita)

Finalmente, Roberto refere-se a situações de desequilíbrio relacionadas com o afloramento da “mediunidade ostensiva”. Ao não terem conhecimento da existência de um “mundo espiritual” (interferência de espíritos e dinâmicas energéticas associadas), as pessoas em processos emergentes de “mediunidade” entram facilmente em desequilíbrio e em quadros de sofrimento mental. “Ver vultos”, “ouvir vozes” e “perder a consciência” são, segundo Roberto, manifestações muito comuns neste tipo de situações, relacionadas com a emergente hipersensibilidade da pessoa às energias, presenças e aproximações espirituais. Tais situações constituem-se como o tipo de experiências a que mais assistiu no Centro Espírita. Em geral, as pessoas chegam a esse espaço em estados de grande desequilíbrio,

após incursões psiquiátricas, com diagnósticos de esquizofrenia, histórias de internamentos e entorpecidas pela prolongada toma de psicofármacos.

- Há casos que não estão ligados a processos obsessivos, mas com afloramento da mediunidade ostensiva, em que as pessoas mais ou menos subitamente começam a ouvir vozes, a ver vultos, ou as duas coisas, e começam a ter enorme sensibilidade às energias espirituais que estão nos ambientes. A pessoa, por não ter conhecimento da realidade espiritual e não saber o que é a mediunidade, facilmente se desequilibra. Em primeiro lugar, porque pode estranhar e ficar aterrorizada com o facto de ouvir vozes e ver espíritos, que ela percebe que só ela consegue ver ou ouvir. Depois, porque, como ela desconhece o que é a mediunidade e não a saber gerir, a pessoa fica extremamente sensível às energias que estão nos ambientes, tanto de espíritos como de pessoas em corpo físico que também exteriorizam energias para os ambientes. Essa sensibilidade mediúnica faz com que a pessoa se torne uma verdadeira esponja. A pessoa até pode chegar a perder os sentidos, ficar inconsciente, ser levada ao hospital. Faz exames e não se deteta nada, os médicos não conseguem explicar. Assisti muitas vezes a essas situações.

- *Mas porque é que as pessoas chegam a esse ponto de perder os sentidos?*

- Tem a ver com a energia do espírito que se aproxima. Se é uma energia de sofrimento numa intensidade muito forte, a pessoa, como tem uma sensibilidade muito intensa, absorve aquela energia, e como não a sabe controlar, há um choque tão grande que ela pode mesmo ficar sem consciência. (Roberto, trabalhador espírita)

Finalizando a visão que o espiritismo sustenta sobre os processos de desequilíbrio mental, transita-se para a análise de dois casos, respeitantes a duas pessoas com experiências de sofrimento que, não tendo encontrado soluções no paradigma hegemónico de cuidados de saúde mental, recorreram a um Centro Espírita.

3.3.2. Quando a epistemologia se traduz em prática terapêutica: reflexão em torno de dois casos

Fortemente influenciado, como atrás se disse, pelo “espiritismo brasileiro” (Lewgoy, 2008), o movimento espírita em Portugal detém, à semelhança do que acontece no Brasil, uma feição marcadamente terapêutica¹⁵⁰ (Stoll, 2002). Ora, no presente ponto, proponho-me analisar dois casos de pessoas com (prévios) diagnósticos psiquiátricos que recorreram a um Centro Espírita, tendo aí, de acordo com os seus testemunhos, alcançado resultados que não conseguiram através da psiquiatria e de outros recursos ditos convencionais. Trata-se dos casos de Soraia e de Feliciano, cujos dados sociográficos se

¹⁵⁰ Um dado sugestivo do viés terapêutico do Espiritismo em Portugal reside no número de Associações Médicas Espíritas. Segundo informações fornecidas pela Federação Espírita Portuguesa, existem, no total, cinco Associações Médicas Espíritas, número tido como significativo atendendo à reduzida dimensão do território português. Outro dado relevante é a elevada frequência com que Centros Espíritas e Associações Médicas Espíritas organizam eventos nacionais subordinados ao tema da relação entre saúde, medicina e espiritualidade/espiritismo. Vale a pena destacar o evento mais antigo e emblemático: as “Jornadas Portuguesas de Medicina e Espiritualidade”. Em 2021 o evento realizou a sua XV edição.

encontram, respetivamente, enunciados nas Caixas 13 e 14, onde igualmente se apresentam as respetivas trajetórias psiquiátricas que antecedem a chegada ao Centro Espírita.

Caixa 13 – Soraia: breves notas biográficas

À data da entrevista, a idade de Soraia (nome fictício) situa-se entre os 30 e os 39 anos. É licenciada, sendo a sua condição laboral a de trabalhadora por conta de outrem.

Foi por volta dos 19 anos que Soraia começou a sentir aquilo que denomina como um “enorme mal-estar emocional”, acompanhado de uma “irritabilidade, revolta e tristeza profundas”. Não associa a gênese desse mal-estar a quaisquer traumas de infância/adolescência ou a uma insatisfação com as circunstâncias da vida. Pelo contrário, refere que cresceu num contexto familiar e social muito equilibrado, onde sempre se sentiu muito amada e feliz. Entre as primeiras manifestações de mal-estar e aquilo que designa como o momento em que “bateu no fundo do poço” (que aconteceu quando começou a ter ideias suicidas, chegando a planejar com detalhe esse momento), passaram-se cerca de cinco anos. Foram “cinco longos anos” em que mergulhou em comportamentos “altamente disfuncionais e de risco”, entre os quais: “*isolamento extremo*”, “*revolta ao ponto de querer partir tudo*”, “*abandonar os estudos*”, “*beber muito*”, “*um relacionamento abusivo*”, “*conduzir alcoolizada e ter um acidente quase fatal*”. Refere ainda que, mais tarde, começou a ter umas “crises estranhas”, “aparentes perdas de sentidos”: “*o meu corpo deixava de ter reação. Eu ouvia, estava de olhos abertos, via, mas não conseguia falar*”.

Durante todo este processo, Soraia foi acompanhada tanto por psicólogas como por psiquiatras no âmbito da esfera privada: “*Nada fazia efeito. Fiz imensa psicoterapia e não sentia qualquer tipo de melhoria. Um psiquiatra dava uma medicação, outro dava outra e estava cada vez pior*”. Passou também por múltiplos diagnósticos: “*um dizia que era depressão, outro esquizofrenia, outros que era distúrbio de personalidade*”. A sua trajetória passou ainda por um internamento hospitalar. Tal aconteceu na sequência de um episódio de grande descontrolo, em que não conseguia parar de chorar e de manifestar comportamentos de grande revolta: “*sentia um impulso para partir tudo à minha volta*”. Apesar da alta dosagem de fármacos, continuava a ter “crises” que os psiquiatras diziam não entender. A situação era tão singular que chegou a ser convidada pelo chefe do serviço de internamento para dar testemunho numa aula de psiquiatria.

Fonte: Entrevista com Soraia

Caixa 14 – Feliciano: breves notas biográficas

À data da entrevista, Feliciano (nome fictício) tem o 4º ano de escolaridade, é casado e tem dois filhos. A sua idade situa-se entre os 50 e os 59 anos. Quanto à sua ocupação, encontra-se reformado por invalidez (“doença psiquiátrica”), no entanto, como forma de complementar rendimentos, realiza trabalhos informais (“pequenos biscates”), designadamente na agricultura e em reparações domésticas.

Foi por volta dos 30 anos, no contexto laboral, enquanto manobrador de máquinas, que Feliciano começou a experienciar sinais que mais tarde vieram a servir como base para vários diagnósticos psiquiátricos. Refere que não conseguia concentrar-se, andava muito apático, irritado e tinha perdas temporárias de consciência, inclusive quando se encontrava a manobrar as máquinas da empresa. Chegou a ter vários acidentes, alguns com bastante gravidade: “*Perdia os sentidos e as máquinas entravam em despiste. Uma foi parar ao rio. Entrei em despiste com o meu carro e fiquei em coma*”. Paralelamente, começou a ingerir álcool, a isolar-se (“só queria estar só, no escuro”) e a desligar-se da família. Começou também a ouvir vozes e a ter ideias suicidas.

A sua trajetória psiquiátrica iniciou-se com um internamento compulsivo, na sequência de um episódio de violência no local de trabalho: “*Peguei num ferro e se o meu chefe não foge, tinha acontecido uma desgraça*”. A partir daí, inicia um trajeto terapêutico que se cinge a consultas de

psiquiatria (no hospital) e a fármacos que não melhoram o seu estado, causando-lhe efeitos adversos difíceis de suportar. No espaço de dois anos, fez três tentativas de suicídio e foi internado cerca de sete vezes. Passou por vários diagnósticos (último foi esquizofrenia). O seu caso era tido como muito difícil. Um médico chegou a dizer-lhe: “*Não consigo fazer mais nada*”. Num dos internamentos, ficou de tal forma descontrolado, que chegou ao ponto de ser injetado à força, amarrado e isolado num quarto (experiência narrada como muito traumática).

Entretanto, a sua vida foi ficando desestruturada (nível familiar, laboral e social). Durante esse período, a capacidade de trabalhar na empresa onde estava “efetivo”, ficou bastante comprometida dado o facto de ter adquirido “*fobia a todo o tipo de máquinas*”. Refere: “*Mandavam-me ir trabalhar com as máquinas e eu fugia. Mesmo em casa, se estivesse ali o trator, passava o mais longe possível*”. A incapacidade de trabalhar levou a que lhe fosse concedida “reforma por invalidez”. Socialmente, passou a sofrer com o estigma: “*onde vivo é um meio muito pequeno. As pessoas começaram a falar de mim como o “doidinho” do hospital, tinham medo de mim. Se eu passasse na rua, afastavam-se*”.

Fonte: Entrevista com Feliciano

Tendo como cerne os casos de Soraia e de Feliciano, a reflexão que se segue faz-se com recurso às entrevistas realizadas com ambos, mas também com recurso à entrevista realizada com Roberto (“trabalhador espírita”) e a alguma literatura espírita. Para facilitar a exposição dos casos, articulando-os, tanto quanto possível, com uma visão panorâmica das conceções e práticas espíritas, opta-se pela sua apresentação em três distintos momentos: i) um momento em que nos dedicamos ao modo como Soraia e Feliciano chegaram a um Centro Espírita e como esse espaço (com a sua epistemologia) interpretou as suas experiências de sofrimento; ii) um momento em que se apresentam as práticas terapêuticas espíritas, com um enfoque no modo como Soraia e Feliciano foram alvo dessas mesmas práticas; iii) um último momento em que a análise se dirige para o que Santos B. S. (2007) designa como “epistemologia das consequências”, debruçando-nos sobre as consequências das práticas espíritas nas vidas de ambos.

3.3.2.1. A chegada ao Centro Espírita e o “novo olhar” sobre o sofrimento

O Centro Espírita constitui-se como o espaço físico onde grupos de pessoas desenvolvem estudos e atividades espíritas. Com base na experiência que detém num Centro Espírita, Roberto explica sucintamente em que consiste esse espaço:

- É um lugar filantrópico com vocação para o desenvolvimento humano. Há um foco no desenvolvimento e ajuda espiritual, mas também uma área de ajuda social. Temos projetos que apoiam famílias e pessoas individuais em situações vulneráveis. [...] É um lugar aberto, onde são oferecidos estudos, palestras e cursos sobre obras e conceitos do espiritismo com o objetivo de ajudar a pessoa a conhecer a realidade espiritual, a entender o propósito da vida terrena e a adquirir ferramentas de auto-conhecimento, que é fundamental para se desenvolver enquanto Ser espiritual. Há o auxílio espiritual, como o atendimento fraterno, o passe e a fluidoterapia, que são tratamentos espirituais energéticos; há as reuniões mediúnicas, onde, à partida, só participam os trabalhadores do Centro. Outras

pessoas só se forem orientadas pela médium que recebe essa orientação dos espíritos que guiam os trabalhos do Centro.

- *Então, quer dizer que há espíritos que guiam os trabalhos?*

- Sim. Espiritualmente, há toda uma organização como existe numa instituição terrena. Existem responsáveis espirituais que planeiam as atividades do Centro. Essa informação é passada aos médiuns que no corpo físico materializam as ideias. Não se realizam atividades sem o aval dos dirigentes do plano espiritual. (Roberto, trabalhador espírita)

Sobre o funcionamento dos Centros Espíritas, Roberto sublinha ainda um aspeto que refere como preceito básico do Espiritismo, imperativo para um Centro Espírita se poder intitular como Centro Espírita: a completa gratuidade da assistência espiritual.

As Casas Espíritas são espaços abertos, onde não há qualquer pagamento em troca dos tratamentos espirituais. Se a pessoa vai a um Centro e lhe é cobrada a assistência espiritual, esse não é realmente um Centro Espírita. (Roberto, trabalhador espírita)

Tanto para Feliciano como para Soraia, a chegada ao Centro Espírita inscreve-se num percurso de busca de soluções para as suas experiências de sofrimento (*vide Caixas 13 e 14*), não acontecendo em primeira instância, mas em resultado de trajetórias de desesperança percorridas no modelo psiquiátrico. É em virtude da ausência de respostas nesse modelo, situado no “lado de cá da linha” (Santos B. S., 2007), que transitam para a busca de respostas “no outro lado da linha” (*ibidem*). Essa procura não ocorre, porém, por iniciativa própria, mas pela mão de familiares (respetivamente, esposa e mãe), que tomam conhecimento das possibilidades terapêuticas espíritas em circunstâncias diversas. A esposa de Feliciano através de uma amiga. Já a mãe de Soraia possuía uma experiência prévia com esse espaço, em decorrência de “uma situação muito complicada” (igualmente alvo de tratamento psiquiátrico) que havia tido com a outra filha. A busca de auxílio para Soraia nesse Centro Espírita não ocorreu de imediato, mas apenas quando ela começou a manifestar alguns dos sinais que a irmã havia manifestado: perdas de consciência e episódios em que “parecia assumir outra personalidade”. Soraia explica detalhadamente o caso da irmã (que, para além do referido, “ouvia vozes” e “via seres”) e o modo como a sua experiência veio a influenciar a busca de auxílio no mesmo Centro Espírita onde a irmã havia conseguido alcançar uma completa restituição do equilíbrio.

- A minha mãe já conhecia o Centro, que a minha irmã foi lá tratada numa altura muito complicada. Ela não me levou logo porque os sinais não eram como os da minha irmã. Só mais tarde comecei a ter sintomas parecidos: perdas de sentidos, uma espécie de desmaios, ficar violenta, querer partir tudo, parecia assumir outra personalidade. Coisas que a minha irmã passou, de um dia para o outro; comigo foram progressivas. Fez-se luz à minha mãe e levou-me lá.

- *Podia contar-me com mais detalhe o que se passou com a sua irmã?*

- Os meus pais tinham de ir com ela, a correr, para as urgências, chegava lá completamente em transe. Hoje sabemos que estava em transe mediúnico, na altura não sabíamos. E os médicos: toca a dar sedativos, punham-na a dormir um dia ou muitas horas. Acordava, vinha para casa. Ia outra vez para o Hospital

Psiquiátrico, era internada, medicação, tanta! Ela parava, ficava assim [demonstra] de olhos abertos, mas horas, um dia inteiro, dois dias assim. Não dormia, não comia, não falava, nada! Completamente apática. Quando ela voltava a ela e nós perguntávamos se ela [naquele estado] ouvia o que nós dizíamos, se via, ela dizia que sim, só não conseguia reagir. Depois, nós temos um casal amigo que era amigo da médium do Centro Espírita. Aconselharam a irmos lá. Fomos e lá perceberam logo o que se passava. Tinha a ver com mediunidade. Houve logo um trabalho de desobsessão. Estiveram lá quatro horas seguidas nesse dia. A minha irmã entrou lá ao colo, porque ela já estava há mais de 24 horas sem falar, sem comer, sem se conseguir mexer.

- *A sua mãe foi ao CE com a sua irmã mesmo como último recurso?*

- Foi lá quando a informação chegou. E passadas 4 horas de desobsessão, trabalho energético, ela ficou bem. Nunca mais teve qualquer sintoma desses.

- *E não precisou de mais nada da parte do Centro Espírita?*

- Depois foi tomando *Passé*, que é uma terapia energética, mas aquelas crises, entre aspas, nunca mais! Ficou bem. Deixou também a medicação. Cem por cento bem! Ficou como ela era. Sempre tinha sido equilibrada. O caso da minha irmã não era uma depressão. Não era, de todo. Ela tinha uma série de sintomas que hoje nós sabemos que tem a ver com mediunidade ostensiva que ela tem e que agora consegue controlar. Na altura, não sabíamos. Ela até via seres, que hoje sabemos que eram espíritos. Eu lembro-me de, nas primeiras crises, estávamos à mesa a comer e ela, de repente, cai para trás. Assim [exemplifica], desamparada. E depois ficava ali, meio desmaiada, nós levávamo-la para o sofá. Ela gritava, partia tudo. E nós para a segurar, ela tinha uma força que não sei de onde vinha. Ninguém a segurava. Tinha sintomas muito próprios de mediunidade, não havia qualquer engano. Era tipo: eu tinha de dormir com ela, porque saltava a janela do quarto. Ela via, descrevia com detalhes quem estava junto dela. E eu: “não está cá nada!” Eu não via nada! Não fazia sentido para nós, família! Já tínhamos ido a médicos e ninguém resolvia nada. Fez eletroencefalogramas, diziam que era epilepsia, perceberam que não! Depois era esquizofrenia porque ela tinha essas alucinações, entre aspas, que eles chamavam alucinações. Ouvia vozes, também. Tomava medicação! Meu Deus! Tanta medicação que ela tomava! E nada resultava! E depois do Centro, ficou cem por cento bem. Nunca mais teve nada! (Soraia)

O processo de acompanhamento de Soraia e Feliciano no Centro Espírita iniciou-se com um “atendimento” – o chamado “atendimento fraterno” –, que detém uma particularidade que Soraia trata de destringir: é realizado não apenas por uma pessoa do plano físico – no caso, a médium que dirige o Centro –, como pela equipa de espíritos (os chamados “mentores”), responsáveis pelos trabalhos espirituais no plano extrafísico.

No Centro, há uns dias em que a médium atende as pessoas que vão pedir ajuda. Quem chega e não sabe nada de espiritismo pensa que o atendimento é só aquela pessoa a falar, mas não. Ela está acompanhada pelos espíritos orientadores da Casa. Ela mesma diz que nunca faz um atendimento sem essa assistência espiritual. Muitas vezes, até está em transe mediúnico e as pessoas não percebem que quem está a falar não é ela, mas os mentores espirituais que estão a assisti-la. Esses seres espirituais são pessoas como nós, só que estão sem corpo, a trabalhar no plano espiritual. Esses mentores, que trabalham em equipa, conseguem ler o nosso perispírito e os nossos registos espirituais, a nossa aura. No mundo espiritual não há barreiras. E eles têm facilidade de perceber o que se passa connosco, mesmo ao nível de doenças físicas. (Soraia)

Nesse atendimento é realizada uma “leitura espiritual” a respeito da problemática que a pessoa apresenta. Assim aconteceu com Soraia e com Feliciano. Ambos dão conta do “novo olhar” que esse atendimento lhes trouxe sobre os sinais e manifestações que, até então, haviam sido encarados sob a ótica da psiquiatria. Nos dois casos, as informações espirituais

não foram facultadas de uma vez só, mas de forma paulatina, à medida em que se foram equilibrando com as “terapias energéticas” e adquirindo compreensão sobre a “realidade espiritual”. Assim, inicialmente, foi-lhes dada a informação de que os seus estados se relacionavam com “mediunidade descontrolada”; só depois lhes foi dado a conhecer a existência de processos de “obsessão espiritual”. Foi-lhes ainda dito que, a nível profundo, essas mesmas problemáticas se relacionavam com modos de pensar e de estar na vida que deveriam ser objeto de transformação.

Fui lá [ao atendimento] e contei dos sintomas, que já andava a ser seguida na psiquiatria há muito tempo. Falei da esquizofrenia, dos desmaios, que não eram bem desmaios, que era uma coisa que me estava a preocupar muito. Estava convencida que podia ter uma doença grave. Lembro-me de ela ficar assim em silêncio e depois com muita calma disse: “não tens nenhum problema de saúde, nem mental, nem físico, fica descansada. O que tu tens é espiritual”. Lembro-me como se fosse hoje desta conversa. E disse: “Deves trabalhar-te espiritualmente, no teu interior. O que se está a passar contigo tem a ver com mediunidade e também com a tua forma de estar na vida, coisas que precisas trabalhar em ti mesma”. E disse-me que precisava aprender a trabalhar a minha mediunidade. Ainda me lembro bem de ela dizer que naquele momento eu era como um canal completamente aberto e que isso me deixava sem qualquer controlo sobre os meus pensamentos, as minhas emoções e até sobre o meu corpo. E que era daí que vinham as perdas de sentidos, o mal-estar... Só mais tarde, já muito depois de começar a frequentar o Centro e a perceber como as coisas funcionam, é que ela me veio a falar outras coisas. Coisas que, hoje sei, não se devem dizer a uma pessoa que está a sofrer uma obsessão. É mesmo conveniente que a pessoa não tenha essa informação no início. A pessoa precisa equilibrar-se para entender isso, senão pode sofrer um choque. (Soraia)

Andava tão mal que nem me lembro do atendimento. A minha mulher é que depois me contou. A médium, na altura, não disse assim muita coisa, não quis assustar. Se ela começasse a falar em espíritos obsessores, coisas que aconteceram noutras vidas, aí... acho que fugíamos dali a correr [risos]. Explicou o que era a mediunidade e que eu [a] tinha e não sabia, que por isso era muito sensível às energias. Disse que havia ali um problema espiritual, que devia fazer tratamentos lá no Centro, que iam ajudar muito. (Feliciano)

Esse “novo olhar” sobre as suas experiências de sofrimento veio, então, introduzir uma nova racionalidade sobre as mesmas – a “racionalidade espírita” –, produzindo uma resignificação em torno das suas causas e em torno do modo de se conceber a sua superação. A introdução da nova racionalidade não provocou, no entanto, uma rutura abrupta com a racionalidade biomédica. Segundo referem, em nenhum momento lhes foi aconselhado abandonarem as consultas médicas e os fármacos. Como adiante se verá, ambos vieram a alcançar resultados muito significativos no que respeita à libertação da dependência biomédica – total, no caso de Soraia; quase total no caso de Feliciano –, todavia, nos dois casos, essa libertação aconteceu progressivamente (à medida que as terapêuticas espíritas lhes foram proporcionando reequilíbrio) e por iniciativa própria (não por orientação espiritual). Roberto também se refere à não ingerência do Centro Espírita nos planos terapêuticos (bio)médicos. Vai mais longe, referindo-se à complexidade das situações de

desequilíbrio psíquico, que nem sempre são sinais de “mediunidade”, mas desequilíbrios energéticos que já transitaram do “corpo espiritual” para o “corpo físico” e, como tal, a par das terapias espirituais, devem ser tratadas pela medicina convencional. Deste modo, de acordo com o seu testemunho, o sistema terapêutico espírita não projeta sobre o biomédico qualquer antagonismo, vendo-o como parte de um projeto terapêutico global.

Nunca se interfere no acompanhamento médico. Há casos em que há mesmo desequilíbrios orgânicos e a medicação tem o seu papel. E nas situações em que as manifestações não são orgânicas, mas apenas espirituais, como acontece com situações de descontrolo mediúnico e obsessões, o que se vê muito, no Centro, é que as pessoas são tratadas espiritualmente e naturalmente acabam por deixar de precisar de medicamentos. Os próprios médicos, por as verem bem, vão diminuindo a medicação. Mas não é a médium que lhes diz para abandonar o tratamento. [...] É preciso ter muita atenção: nem todas as pessoas que ouvem vozes ou dizem ver seres invisíveis estão a manifestar sinais de mediunidade. Há casos em que pode mesmo tratar-se de alucinações. Os próprios espíritos alertam para isso. Estou a lembrar-me de um livro psicografado por Divaldo Franco¹⁵¹, em que se fala muito sobre esse tema, que é muito mais complexo do que se possa imaginar. A causa profunda nessas situações de alucinações continua a ser espiritual, mas o que está em causa já é também um desequilíbrio orgânico. É o que expliquei há bocado: há desequilíbrios energéticos, no perispírito, que acabam por passar para o corpo físico. E às vezes há ainda as drogas que geram distúrbios no cérebro, daí as alucinações. Agora, essas situações que se podem considerar doenças, e não mediunidade, também têm causas energéticas; portanto, podem e devem ser tratadas espiritualmente, em complemento aos tratamentos médicos. (Roberto, trabalhador espírita)

3.3.2.2. As práticas espíritas e a progressiva (re)conquista do equilíbrio

Da leitura de várias obras espíritas, ideias como “assunção de responsabilidade”, “vontade”, “querer” e “participação ativa” subjazem como ideias-chave do processo terapêutico, sendo entendidas como “forças impulsionadoras” da conquista verdadeira e duradoura de estados de saúde e equilíbrio (Pinheiro Robson, 2007; Moreira, 2013; Franco, 2017). Defende-se, nesse âmbito, que haja da parte da pessoa um movimento interno de “despertar da consciência”; de “busca de si mesma”, que a leve, como refere Moreira (2013, p. 111), a um “contacto real consigo mesma” e com a sua “essência espiritual”. Abrindo um breve parêntesis, é de sublinhar que esse entendimento, de que o processo terapêutico para ser verdadeiramente emancipatório deve implicar o “despertar” da vontade auto-consciente do sujeito em produzir mudanças profundas no seu Ser – a chamada *metanóia* –, não apenas se faz presente na racionalidade terapêutica espírita, como é comum a muitas outras racionalidades terapêuticas ditas não convencionais (e.g., a Antroposofia) (Moraes, 2011, pp. 142-143). Esse entendimento, como refere Moraes (2011), distingue-se nitidamente da racionalidade biomédica hegemónica, onde, pelo contrário, prepondera a ideia de uma

¹⁵¹ Refere-se ao livro *Aspetos psiquiátricos e espirituais nos transtornos emocionais* (Divaldo, 2003).

baixa participação da pessoa e de uma intervenção meramente externa e rápida (com uso de medicamentos farmacológicos), sem que haja qualquer incentivo à produção de um olhar interno que conduza a “mudanças de espírito” e a alterações nas raízes do problema. Para muitas pessoas, refere o mesmo autor, o melhor profissional é aquele que prescreve o fármaco que mais rapidamente alivie os sintomas, não estando as mesmas realmente dispostas a uma *metanóia*, já que tal implica esforço e uma “desconstrução de seus valores, de suas perspectivas, de seus apegos, de sua inautenticidade e também de suas tendências inconscientes” (*ibidem*, p. 25). Fechemos o parêntesis e voltemos à abordagem espírita.

Conforme se sustenta na obra “Medicina da Alma” (Pinheiro Robson, 2007), a proposta terapêutica do espiritismo é a de “orientar as potências da alma”, levando a pessoa a compreender as causas profundas dos seus desequilíbrios, reconhecer os padrões de pensamento, de comportamento e de vida em sociedade que a conduzem à desarmonia. A proposta espírita de “autoconhecimento” corresponde a uma “proposta de holoconhecimento”, na medida em que visa a compreensão da pessoa como parte integrante do cosmos e a compreensão de que a conquista da sua saúde passa por uma harmonização consigo mesma e com o “todo” (*ibidem*, pp. 151-152). Reconhecendo-se como “espírito” e conhecendo as leis espirituais que regem a vida universal, a pessoa terá, então, melhores condições de “rever seus valores” e encetar um redirecionamento no modo de pensar, sentir e agir, conseguindo assim, mais facilmente, “eliminar os desequilíbrios psíquicos” (*ibidem*, p. 151).

É nesse mesmo sentido – de apresentação da terapia espírita como proposta que implica, antes de tudo, um movimento interno de responsabilidade e participação ativa no processo de reequilíbrio – que Roberto se refere às terapêuticas do Centro Espírita. Explica que é justamente pela centralidade que se atribui ao “auto-conhecimento” e “transformação interior” que esse espaço dedica grande parte do tempo à promoção de estudos sobre a filosofia e psicologia espírita (a chamada Psicologia Transpessoal Espírita). As terapias espirituais são, segundo diz, bastante eficazes no reequilíbrio energético (atuando, em geral, de forma rápida), no entanto, caso a pessoa não gere as mudanças internas necessárias, facilmente os ganhos se perdem.

As pessoas chegam ao Centro muitas vezes com a mesma postura com que vão ao médico: querem que alguém lhes tire rapidamente o sofrimento e não estão despertas para fazer a sua parte. Não existe essa cultura de participação no processo terapêutico. E a doença ou a desarmonia que a pessoa traz é uma chamada de atenção, mostra que há algo no seu íntimo, na forma de estar e ver a vida que precisa ser trabalhado pelo seu esforço. E muitas pessoas chegam ao Centro com a ideia de que são os médiuns e os espíritos que vão resolver os problemas. E há ainda uma certa tendência para transferir as causas dos problemas, dizendo que a

culpa é de espíritos obsessores. E pode mesmo haver espíritos obsessores a perturbar a pessoa; com frequência há. Mas a responsabilidade dessa obsessão é da pessoa. Foi ela, com as suas emoções e comportamentos desequilibrados que se ligou energeticamente a esses espíritos. Então, no Centro, há todas aquelas terapias que ajudam a pessoa a equilibrar-se energeticamente e a libertar-se das interferências espirituais. E há também um grande estímulo à transformação interior, levando a pessoa a perceber que todo o processo de verdadeira cura é de dentro para fora. O passe magnético, a fluidoterapia, a água fluidificada e os trabalhos de desobsessão são tudo terapias importantes que o Centro oferece e que ajudam a pessoa a reequilibrar-se, mas devem ser vistos como terapias coadjuvantes àquilo que é esse trabalho interno, que só a pessoa pode fazer. Agora, o que o Centro faz é dar grande suporte para esse trabalho. Não é por acaso que grande parte das atividades do Centro são cursos e palestras, em que a pessoa pode adquirir, se quiser, ferramentas para esse trabalho íntimo. Para se equilibrar realmente, é preciso olhar para dentro de si, perceber os padrões repetitivos de pensamentos e ações que fazem com que a sua vibração energética baixe. Caso contrário, até fica bem durante algum tempo, com os efeitos das terapias energéticas e espirituais, mas depois, passado um tempo, volta a recair. (Roberto, trabalhador espírita)

Referindo-se ao processo terapêutico que encetou no Centro Espírita, Soraia evidencia, precisamente, a importância da sua “vontade” e “participação”. Explica que após o primeiro *atendimento* continuou a agir como sempre tinha agido, não levando a sério as possibilidades de reequilíbrio que haviam sido apresentadas. O ponto de viragem deu-se numa segunda ida ao *atendimento*, ocorrida na sequência de um momento que designa como o “bater no fundo do poço” (planeou com detalhe o suicídio). Foi nessa ocasião que começou a consciencializar-se da necessidade de assumir um papel ativo no processo terapêutico. Retomou, então, a frequência do Centro Espírita, desta feita sem interrupções. À medida que ia recebendo as terapias espirituais/energéticas, ia percebendo melhorias cada vez mais significativas. Paralelamente, ia-se aprofundando no estudo do Espiritismo e no seu “desenvolvimento espiritual”.

- No primeiro atendimento foram-me dadas orientações sobre os tratamentos que devia fazer: estudar para perceber melhor o que se passava comigo, levar o Passe... Não levei a sério, mesmo depois de ter visto o que tinha acontecido com a minha irmã, deixei-me andar. Para os espíritos conseguirem ajudar, temos de fazer as mudanças necessárias, elevar a vibração energética...

- Mas com a sua irmã não houve esse processo, foi tudo muito rápido...

- É verdade. Uma coisa que aprendi lá no Centro é que cada caso é um caso. No dela, foi possível aquela ajuda logo assim tão eficaz. Não significa que seja sempre assim. Tem a ver com as necessidades espirituais de cada pessoa.

- Depois do primeiro atendimento, seguiu o que lhe foi orientado...?

- Só muito esporadicamente ia ao Centro, era raro ir às palestras e estava lá só a pensar nos problemas, não interiorizava nada. Levava o Passe e até sentia um certo alívio, ficava mais leve, mas ia para casa e continuava a fazer tudo igual, os mesmos maus hábitos, muito negativa, álcool. Entretanto, bati no fundo do poço!

- Comecei a ter ideias suicidas. O meu pai sempre teve armas em casa – era caçador – e eu sabia onde estavam e dava por mim a olhar e a ter ideias suicidas, porque entrei numa fase de desespero: “bolas, eu ainda sou tão nova, passei os melhores anos da minha vida mergulhada em tristeza, neste sofrimento. Não quero esta vida”. Então, dava por mim a pensar como ia suicidar-me. Cheguei a planear tudo. Até que um dia contei à minha mãe! Foi o ponto-chave. Ela assustou-se, não é? E: “vamos arregaçar as mangas mais uma vez”. Isto foi muito desgastante para os

meus pais. Muito! E lá me levou ao atendimento, mais uma vez. Já tinha ido antes e ela [refere-se à médium] tinha-me dito que o meu problema era espiritual, que não tinha qualquer problema que fosse tratado com medicamentos. O que tinha era mediunidade com que não sabia lidar e também a minha maneira de estar na vida, o meu espírito, a minha alma. Era esse foro que tinha de cuidar, ao mesmo tempo devia trabalhar a mediunidade. As influências espirituais negativas era porque estava no mesmo nível energético, ficava ao alcance delas...

- *Ou seja dos espíritos? Das pessoas que já não estão vivas?*

- Sim. Ou mesmo energias de pessoas vivas. Fui ao atendimento, mais uma vez, triste, desconsolada, e ela com um ar muito sereno. E eu perguntei: “pois, o meu problema, isto é mesmo espiritual, não é? E ela: “sempre te aqui foi dito isso”. E foi! E aquilo encaixou de uma maneira em mim, naquele dia.

- *Mas foi por alguma coisa que ela disse a mais do que na outra vez?*

- Não. Foi aquela frase: “sempre te aqui foi dito”. Como quem diz: “andas à deriva há tanto tempo, quando aqui sempre soubeste o que é que se passava contigo e o que é que tinhas que fazer” E aquilo, é pá, recebi aquilo... No fundo o que é que ela me estava a dizer? Que a solução dependia de mim. O primeiro passo era meu. Isto foi num mês de Fevereiro. E fui começando a ir ao Centro, todas as semanas, fui ouvindo, começando a ler livros espíritas. Realmente, tinha de mudar a minha vida. Não foi automático. Foi aos poucos que me fui abrindo. Porque, tanto no tratamento espiritual como no médico, nós precisamos querer ser ajudados e fazer a nossa parte. Comecei a ir ao estudo todas as semanas, não faltava ao Passe, à fluidoterapia. Com esses tratamentos comecei a sentir um alívio, cada vez maior! (Soraia)

Feliciano descreve um processo terapêutico semelhante ao de Soraia. Refere-se, igualmente, à orientação que lhe foi dada no sentido de adquirir conhecimentos e ferramentas para o seu desenvolvimento espiritual, à importância da “oração” e dos “tratamentos espíritas” (“terapias energéticas/espirituais” e de “desobsessão”), colocando em evidência a forma como os mesmos contribuíram para o seu reequilíbrio.

- Lembro-me de [a médium] me dizer, logo no início, que para [eu] perceber o que se passava devia estudar sobre o mundo espiritual, que ia ajudar-me a perceber porque as coisas acontecem, que nada é por acaso, ia ajudar-me a ter calma. Como tinha mediunidade, que isso ia ajudar-me a lidar melhor com isso.

- *Começou logo a frequentar esses estudos?*

- Ah, sim, sim! No início custava muito estar lá sentado aquele tempo, que estava muito medicado, um morto-vivo. Era tanta medicação, tanta! Mas nos dias que ia lá aos estudos, comecei a fazer outros tratamentos que se fazem lá: o Passe e a Fluidoterapia que são assim uns tratamentos que os próprios espíritos fazem em nós, pelos médiuns. Dão-nos energias, tratam o perispírito. Isso levantou-me cá de uma maneira! Saía de lá leve! E esses tratamentos, no início, é que fizeram grande efeito, porque eu, nessa altura, não tinha capacidade de dar atenção às palestras. Ia, mas não absorvia. Já foi depois desses tratamentos é que comecei a ficar bem e a perceber as palestras, a ler os livros. Também ajudava muito a oração, o falar a Deus. (Feliciano)

Reproduzem-se, em seguida, vários excertos da entrevista com Roberto, onde o mesmo explica em que consistem as “terapias energéticas” realizadas no Centro Espírita; apontadas, como se viu, por Soraia e Feliciano como preponderantes nos processos de (re)conquista de equilíbrio. Iniciamos com um excerto em que se dá conta de um primeiro conjunto de ações terapêuticas, “passe magnético”, “fluidoterapia” e “água fluidificada”; três terapias que congregam elementos e mecanismos (energéticos) de ação comuns.

- O **Passe Magnético** é uma terapia que pode ter a participação dos dois lados da vida: material e espiritual. Ou pode ter a participação apenas do plano espiritual. Quando tem a participação dos dois lados, há a doação de energias dos dois lados: a energia da pessoa que está no corpo – que chamamos médium passista –, com a doação do seu próprio magnetismo, chamado magnetismo animal; e ao mesmo tempo existe a participação das energias ou fluidos mais subtis dos espíritos que acompanham esse tratamento. O que se passa é que as entidades espirituais observam quem está a ser acompanhado e percebem quais as necessidades energéticas da pessoa. Aproveitam a presença dos médiuns passistas, que têm esse magnetismo animal, para tratar energeticamente a pessoa. O magnetismo animal é conhecido e usado como método de cura há muitos séculos¹⁵², não é uma descoberta do espiritismo [...] Qual é a contribuição do médium passista nesse tratamento? É colocar-se à disposição, com vontade de ajudar, com sentimentos compassivos e amorosos, e esses bons pensamentos e emoções vão facultar a ligação desse médium passista a eles, aos espíritos amigos, e são eles que fazem o trabalho. Agora, o médium passista poderá facilitar esse trabalho se tiver conhecimento, se souber sobre o magnetismo, sobre a existência dos chacras ou centros de força. Centros de Força é o mesmo que Chacras, conhecidos há milhares de anos no oriente. [...] No Centro Espírita existe um curso específico de Passe, em que se aprende acerca das questões energéticas e de como fazer a aplicação. [...]. A energia que é recebida no Passe é como um sangue novo que vem restaurar o nosso corpo energético que está com necessidade desse alimento. São introduzidas energias que vão desbloquear aquela energia do corpo energético, ou seja, do perispírito, que está a vibrar numa frequência mais lenta. Vai fazer com que a energia ganhe uma vibração diferente.

- *E tecnicamente, pode explicar como é realizada essa terapia?*

- O Passe é feito pela imposição das mãos. Quando o Passe se inicia, existe ali a presença de equipas espirituais, organizadas para fazer aquele trabalho. E há também a preparação da parte de quem está no corpo físico, ou seja da parte dos médiuns passistas... As pessoas, em corpo físico, que vão aplicar o Passe reúnem-se antes de iniciarem os trabalhos, fazem uma oração para se harmonizarem energeticamente, para se ligarem às equipas espirituais. O processo é feito através da aproximação das mãos do médium passista do corpo da pessoa que está a receber a ajuda, sem nunca tocar, porque a energia é um magnetismo que não necessita do toque para fluir. Começa com movimentos para libertar e desbloquear a energia da pessoa e depois há um processo de doação, que se inicia pelo chacra coronário, no topo da cabeça, e vai descendo pelos vários chacras. Esse é um Passe simples [...]

- *E a Fluidoterapia...?*

O princípio é o mesmo do Passe, só que na Fluidoterapia o espírito utiliza o corpo do médium. Há um processo que no espiritismo chamamos de incorporação, em que, de alguma forma, o espírito se aproxima do perispírito do médium e utiliza-o nessa transfusão de energias. Digamos que médicos espirituais, do outro plano, se utilizam do corpo do médium, estando dessa forma mais materialmente presentes no tratamento. Conseguem agir mais diretamente, o que faz com que o tratamento tenha uma profundidade e uma intensidade ainda maior. Podem até mesmo ser feitas cirurgias a nível energético que depois se vão manifestar em curas no corpo físico. Temos tido muitos casos de curas, remissões de doenças físicas. [...] A fluidoterapia tem uma organização espiritual mais complexa do que a do Passe. Vêm espíritos, médicos do plano espiritual, especializados em determinadas áreas.

- *E a Água Fluidificada...?*

- A água é um elemento privilegiado na condução de fluidos. Sabendo disso, os mentores espirituais depositam nela os fluidos espirituais necessários para cada caso específico. Também requer a imposição das mãos da médium. Nessa água magnetizada ou fluidificada estão contidas as energias necessárias para o

¹⁵² Paracelso (1493-1541), por exemplo, que exerceu influência na fundação da medicina científica moderna, para além de médico, era alquimista, sendo conhecedor das potencialidades do magnetismo animal (Melo, 2002, p. 33). Mais tarde, Mesmer (1734-1815), médico alemão, veio aprofundar os conhecimentos sobre esse tipo de magnetismo, criando um método conhecido como Mesmerismo (Bivins, 1997, pp. 114-115).

equilíbrio da pessoa, que deve tomá-la diariamente, de manhã e à noite. (Roberto, trabalhador espírita)

Roberto fala-nos ainda da importância da oração, tida como uma prática essencial, uma espécie de “chave energética” que permite a “abertura das portas à ajuda espiritual”.

A **oração** é recomendada no Centro como parte do processo de busca de equilíbrio, de uma vida mais plena, porque é uma forma privilegiada de alcançarmos uma vibração mais elevada, é um processo mental que cria uma energia, uma vibração energética, que, para além de favorecer bem-estar, que se pode sentir logo, permite que a pessoa estabeleça uma ligação ao mundo espiritual e se abra à ajuda. Orar não é recitar rezas de cor, mecanicamente. Orar é, no fundo, abrir o nosso Ser à transcendência. Há muitas formas de orar e de nos religarmos à nossa essência divina. Não tem de ser através de palavras, pode ser através do silêncio profundo, do sentir... Por exemplo, através da conexão à natureza, à energia da natureza, onde sentimos igualmente a transcendência, o divino. Essa ligação à transcendência, a que damos o nome de oração, permite que as nossas ondas mentais tenham uma vibração mais alta, portanto, favorece que nos liguemos às energias mais elevadas. Essas energias estão sempre disponíveis, nós ligamo-nos a elas se estivermos na mesma vibração, no mesmo nível de ondas. Então, se a nossa energia estiver a vibrar de uma forma lenta, nós não vamos conseguir entrar em contacto com as energias que vibram mais rapidamente, que são essas energias mais elevadas. Ao fazermos a oração, estamos a ligarmo-nos a sentimentos e emoções de compaixão, de amor, de paz, e ao ligarmo-nos a esses sentimentos, de imediato, a nossa frequência vibracional sobe. Torna-se então possível atingir esses estados de maior plenitude, de maior bem-estar. Essa energia mais elevada é o canal utilizado pelas entidades espirituais para ajudar, tratar e curar. (Roberto, trabalhador espírita)

Por último, Roberto dá conta das chamadas “reuniões mediúnicas”, nas quais se desenvolve a prática da “desobsessão espiritual”. À semelhança das práticas acima explicitadas, também esta prática espírita implica um trabalho conjunto entre os “dois lados da vida”, envolvendo um intercâmbio entre equipas de trabalhadores do plano físico e equipas de trabalhadores do plano espiritual. Roberto explica em que consiste este tipo de “reunião”, evidenciando os propósitos terapêuticos que lhe são inerentes.

- A **desobsessão** é, digamos, um trabalho psicoterapêutico com os espíritos que estão fora do corpo. Esse trabalho é realizado em reuniões mediúnicas, que no espiritismo são feitas com o propósito de desenvolvimento e auxílio espiritual e não com objetivos de mera curiosidade no fenómeno de comunicação dos espíritos. Há propósitos maiores envolvidos nessas reuniões. É a mediunidade que permite que se faça essa comunicação entre os espíritos e o mundo físico. Essas reuniões são preparadas nos dois lados da vida, no lado espiritual e no material e acontecem no Centro Espírita, em horário específico. É feita num espaço preparado espiritualmente e energeticamente, com todas as condições para receber aqueles que no lado espiritual estão em sofrimento. E como estão em sofrimento, carregam pensamentos de medo, de dor, de raiva, de ódio, de não aceitação da morte do corpo físico e de desconhecimento dos valores espirituais amorosos. Portanto, esses espíritos são levados a essa reunião como alguém que está com uma dor emocional é levado a um psicólogo. Através das médiuns, em corpo físico, que estão ali presentes na reunião, é dada a esse espírito a possibilidade de se expressar. É levado àquele espaço pelas equipas espirituais, que trabalham do outro lado da vida. E frequentemente a confusão é tanta que ele chega ali e pergunta: “o que estou aqui a fazer? Não quero estar aqui...”. É pronto, o primeiro passo é fazer um acolhimento amoroso àquele espírito que ali chega e que fala através da médium, através de um processo a que chamamos psicofonia. Tem a possibilidade de expressar o que está a sentir, suas dores, suas emoções, razões

que o levam a perseguir alguém, conflitos que teve com essa pessoa noutra vida. É-lhe dada voz. E o papel de quem lá está é a de a receber amorosamente, procurar esclarecê-la...

- *Quem é que a recebe?*

- Na reunião estão presentes médiuns e outros trabalhadores do Centro Espírita, conhecedores e preparados para acolher e dialogar com esses espíritos que se manifestam através dos médiuns. Essas pessoas que dialogam com os espíritos e que os procuram esclarecer são pessoas que têm conhecimento sobre o Espiritismo, sobre a vida espiritual, psicologia espírita... Essas pessoas vão procurar ajudá-los a entender o porquê das suas dores, a entender o porquê das suas dificuldades e procurar aconselhá-los a tomar caminhos diferentes. Essa é uma parte do processo. A outra parte é o próprio contacto que o espírito tem com o corpo do médium. Esse contacto faz com que haja uma descarga, aquilo que no espiritismo chamamos um choque anímico. Aquele espírito traz consigo, no seu perispírito, uma determinada densidade energética, que se relaciona com o momento em que deixou o corpo, e quando toca no médium há como que uma possibilidade de a sua energia, que se encontra bloqueada, fluir através do médium. Então, esse fluir de energia que ocorre através do contacto com o corpo do médium acaba por aliviá-lo. Muitas vezes essas entidades nem sequer têm noção que estão fora do corpo físico, estão extremamente confusas, presas à materialidade.

- *Qual a razão dessas reuniões se chamarem reuniões e desobsessão?*

- O termo obsessão tem a ver com a repetição de ideias, não se ser capaz de desligar de ideias fixas. Há um espírito que está ali preso a uma pessoa, devido a um mal-estar que foi criado naquela relação, entre o espírito fora do corpo e o espírito que está no corpo, por experiências passadas que tenham tido. E tal também pode acontecer não por experiências passadas, mas simplesmente por afinidade energética. As situações são muito diversas. No caso da pessoa que vai ao Centro pedir ajuda, pode ser identificado, no atendimento, pela orientação dos mentores espirituais, que existe ali uma influência de um Ser espiritual que está, de alguma forma, ligado à pessoa e que a está a prejudicar, que a está a adoecer emocionalmente e até fisicamente. Nessa situação é necessário ajudar os dois, tanto o espírito que está fora do corpo físico, que está a exercer a influência perturbadora, como o espírito que está no corpo físico, que é a pessoa que foi pedir ajuda. Ambos estão em situação de desequilíbrio. Ambos precisam de ajuda. Então, enquanto a pessoa que foi pedir ajuda recebe a Fluidoterapia, o Passe, vai aprendendo acerca do que é a vida espiritual para se compreender a si própria e se começar a desenvolver espiritualmente; enquanto isso, aquele que está no mundo espiritual é levado pelos espíritos amigos, afastado daquela pessoa, e é levado para lugares próprios no mundo espiritual para poder ser ajudado. [...] Ao ajudarmos na transformação desse espírito, automaticamente estamos a ajudar a pessoa que está a ser perturbada por ele. (Roberto, trabalhador espírita)

Colocando termo à apresentação das práticas terapêuticas espíritas, evocadas por Soraia e Feliciano como práticas integrantes dos seus processos terapêuticos, transitamos para o campo da chamada “epistemologia das consequências” (Santos B. S., 2007), debruçando-nos sobre as consequências de tais práticas na vida de ambos.

3.3.2.3. Consequências “outras”

Quando transitamos para as consequências que as práticas terapêuticas espíritas produziram nas vidas de Soraia e de Feliciano o que ressalta, desde logo, é o facto de as mesmas não se cingirem às experiências de sofrimento que levaram à procura dessas práticas, distendendo-se para outros domínios das suas vidas – tal como verificámos com

outras práticas, sobretudo com a “arteterapia” e a “hipnoterapia”. A análise de ambas as narrativas aponta para dois níveis de consequências: um nível que podemos entender como mais objetivo ou mais “palpável”, por assim dizer, com mudanças nas experiências de sofrimento (quadros de mal estar, desequilíbrio ou adoecimento) e decorrentes transformações nas várias esferas da vida (esfera clínica, esfera ocupacional, familiar, social, etc.); um outro nível que podemos entender como um nível de produção de subjetividades, que envolve processos de ressignificação e transformação interna, com novas interpretações sobre si, sobre seus potenciais, lugares na vida, etc.

Começando pelo primeiro nível de consequências, é de notar como, em ambos os casos, são relatadas mudanças muito significativas: libertação total (caso de Soraia) ou quase total (caso de Feliciano) de determinadas manifestações/sintomas; libertação/autonomização (igualmente diferenciada para Soraia e Feliciano) de fármacos, de profissionais de saúde mental e de internamentos hospitalares (*vide* próximos excertos de entrevista). O facto de ter deixado de ter episódios de perda temporária de consciência e crises de agressividade (em que parecia assumir uma outra personalidade) é identificado por Soraia como um dos sinais mais imediatos e ostensivos da eficácia das práticas terapêuticas espíritas. Reinterpretando essas manifestações à luz da epistemologia espírita, encarando-as como decorrentes da sua “mediunidade” (desequilibrada), ela explica como a nova compreensão e aquisição de ferramentas para lidar com essa “faculdade humana” lhe propiciaram capacidade de autodomínio, responsável pela completa libertação de tais episódios. Feliciano descreve algo similar quando se refere ao modo como igualmente deixou de ter eventos de inconsciência/desmaios e como se libertou da fobia a máquinas.

Um outro dado que sobressai de forma bastante nítida respeita à medicalização e, muito em particular, à *medicamentação*. Em ambos os casos (conforme se pode atestar nos próximos excertos de entrevista), a dependência de psicofármacos era muito elevada, a tal ponto que a experimentação de novos medicamentos era uma constante, numa busca desesperada de produção de resultados. Ora, em decorrência da sua trajetória terapêutica espírita, Soraia conseguiu libertar-se totalmente da dependência de fármacos e de consultas de psiquiatria, sendo que, à data da entrevista, havia completado doze anos dessa emancipação. Feliciano não conseguiu essa libertação total; no entanto, alcançou algo que avalia como uma grande conquista, atendendo ao seu passado de dependência medicamentosa: conseguiu diminuir a quantidade de medicação para menos de um terço do que tomava previamente à entrada no Centro Espírita – “*eu tomava uns quinze comprimidos, agora só estou a tomar três*” (Feliciano). Algo que igualmente avalia como uma grande

conquista é o facto de, desde então, e já volvidos quase dez anos, não ter tido necessidade de novos internamentos psiquiátricos – facto muito significativo atendendo ao seu histórico de internamentos (cerca de sete), alguns com contornos de grande violência. Tendo em conta que mantém a toma de alguma medicação, continua a ser acompanhado em consultas de psiquiatria (num hospital), porém, com intervalos muito mais dilatados (apenas uma consulta por ano, quando, no passado, costumava ter um mínimo de quatro). Atente-se, então, nos excertos de entrevista de Soraia e de Feliciano, onde são narradas essas alterações tão significativas (drásticas, até) nas respetivas experiências de sofrimento, refletidas em mudanças no relacionamento com a psicofarmacologia, com profissionais de saúde mental e com a instituição psiquiátrica.

- As perdas de consciência e as crises violentas, em que parecia que assumia outra personalidade, isso foi das primeiras coisas que notei. À medida que aprendi sobre mediunidade e aprendi a controlar as energias, aproximações espirituais, tudo isso acabou! Vi logo resultados.

- *E relativamente à medicação psiquiátrica, diminuiu...?*

- Antes do Centro [Espírita], estava afundada em medicação. Foram anos a tomar medicamentos, a mudar... Cheguei a levar injeções porque os comprimidos já não faziam efeito. Tinha muitas dificuldades em dormir. Houve um psiquiatra que chegou a dar-me morfina, porque nada me punha a dormir! Era o Morfex! Quando começo a ser tratada no Centro, essa dificuldade desaparece. Fui ficando bem e passei a dormir como um bebé, literalmente, sem qualquer medicação. Nada, nadinha.

- *Foi lentamente ou foi de repente? Foi com orientação médica?*

- Isto foi assim: com o Passe, a água fluidificada, o afastamento das entidades espirituais, fui começando a sentir-me outra e fui deixando de precisar de tomar tanto comprimido. Resolvi mesmo parar tudo numa altura em que comecei a sentir uma libertação assim mesmo incrível. Eu andava tão bem, mas tão bem, sentia-me tão feliz. A minha mãe até dizia que tinha um brilho nos olhos como não tinha há tanto tempo. [...] Tomei a decisão de largar tudo de uma quinta para uma sexta-feira. E eu na terça-feira anterior até tinha tido uma consulta com o psiquiatra em que ele me tinha receitado nova medicação – toda diferente, desta vez para transtornos obsessivos-compulsivos, que foi esse o último diagnóstico. Mas eu já estava tão bem e mesmo assim ele receitou-me tanta coisa. Não precisava, mas enfim, ele estava a fazer a função dele. Eu nessa quinta-feira ainda fui à farmácia e acho que ainda cheguei a comprar os medicamentos, assim é que foi. Mas, pronto, estava a terminar a outra medicação para começar aquela. Eu senti-me tão bem, tão maravilhosa, pensei: “mas estou a deixar este tipo de medicação, e agora vou estar a começar outra? Se me sinto tão bem, com tanto ânimo! Se começar outra medicação, terei de andar mais não sei quantos meses, depois fazer o desmame” Parei! Deixei tudo de um dia para o outro. Sei que é errado, mas coincidiu com a mudança de medicação e com aquela sensação, confiança mesmo, de não precisar de mais nada!

- *E não teve efeitos secundários por causa dessa forma de deixar a medicação?*

- Nada! Dormia maravilhosamente. Não senti efeitos nenhuns. Com a medicação psiquiátrica que estava a fazer, naqueles anos todos, tinha imensos efeitos secundários. Até fez com que começasse a usar óculos, porque houve uma altura que me deram injeções muito fortes. Fazia-me efeitos horríveis. Perdi a capacidade de ver bem. Depois dos tratamentos no Centro, isso foi tudo ao ar! Comecei a ser tratada e nunca mais precisei de óculos [risos]. (Soraia)

- Uma coisa mesmo porreira foi que deixei de ter fobia às máquinas, pouco depois de começar lá no Centro [Espírita]. Nenhum psiquiatra, nenhum medicamento

tinham tirado a fobia. E com o Centro, puf! Já trabalho com o meu trator, que antes do Centro era impensável, fugia!

- *Que outros resultados teve assim mais rápidos?*

- Deixei de ter aquelas coisas que me davam, de ficar meio desmaiado, que até tive aqueles despistes todos. Parei de ficar raivoso. E deixei de ser internado. Nunca mais, nunca mais. [...] já lá vão quase 10 anos, desde que entrei no Centro e nunca mais fui internado. Então, vamos lá a ver, antes de chegar ao Centro, tive aí sete ou mais internamentos, cheguei a ser amarrado. Ficava tão violento que me injetavam, amarraram e punham-me num quarto, isolado...

- *E a medicação, conseguiu reduzir ou até retirar?*

- Ui! Era viciado em medicação. Ressacava com falta de Xanax. Espumava-me, rebolava-me, se não tivesse, tinha de ir à procura. Andei a fazer uns trabalhos no Algarve, não tinha receitas. Eu esgadanhava-me todo, com a falta de Xanax. Tentava nas farmácias e não vendiam sem receita. Só numa é que consegui. Estavam lá duas moças novitas, viram-me naquele estado: “Seja o que Deus quiser. Ele não pode é estar assim”. Tinha imensos comprimidos para tomar. Todos os dias era doze, quinze qualidades de remédios da psiquiatria. Cheguei a fazer injeções, os comprimidos já não... Efeitos terríveis. Deixei de trabalhar, tive de ir para a reforma, não dava [...] Quando comecei a fazer os tratamentos no Centro, Deus do céu, que diferença! Mesmo assim não consegui largar tudo, até a [médium] me disse que o estado a que tinha chegado – foram tantos anos sem a minha alma ser tratada –, ela disse que tinha feito grande mocha e que havia medicamentos que tinha de tomar. Se eu tivesse começado a fazer os tratamentos [espirituais] mais cedo. Mesmo assim foi bom. Nada a ver, nada! Eu tomava uns quinze comprimidos, agora só estou a tomar três.

- *Foi no Centro que disseram para deixar a maior parte dos medicamentos...?*

Não. Era mesmo o médico do Hospital que me via bem e tirava medicação. (Feliciano)

Desconhecendo as trajetórias terapêuticas trilhadas no seio de um Centro Espírita, tanto o psiquiatra de Soraia como o de Feliciano vieram a expressar um misto de perplexidade e de contentamento em face dos resultados alcançados, reconhecendo (e de certa forma validando) esses resultados como extraordinariamente positivos e surpreendentes (tendo em conta as trajetórias que vinham acompanhando). Assim se pode aferir pelos excertos que a seguir se transcrevem. Nos mesmos excertos torna-se ainda patente uma questão a que já se aludiu: a ausência de comunicação sobre práticas terapêuticas “outras”, por parte das pessoas que a elas recorrem, a profissionais de saúde (convencionais). Tanto Soraia como Feliciano relatam uma mesma falta de “à vontade” para falar com seus psiquiatras sobre os caminhos percorridos no seio do Espiritismo, deixando-os perante um enorme vazio de entendimento sobre os resultados alcançados, que tanto os surpreenderam. Já na parte final do excerto de entrevista de Feliciano, emerge um dado particularmente emblemático, referente a uma “irónica” deslocação que o mesmo (já após o processo terapêutico espírita) fez à instituição hospitalar onde costumava ser internado; deslocação realizada não na qualidade de “doente”, mas na de tarefeiro, responsável pela entrega de materiais para a construção de um novo “quarto de isolamento” (espaço onde, no passado, chegou a ser enclausurado). Veja-se o diálogo estabelecido entre Feliciano e alguns enfermeiros, seus conhecidos (de anteriores internamentos), que, nessa ocasião, se cruzaram

com ele. Da leitura dessas linhas, não apenas sobressai a surpresa manifestada por esses profissionais como também a relação de abertura estabelecida entre os mesmos e Feliciano (quando em comparação com o psiquiatra), já que, desta feita, ele não hesitou em partilhar a sua experiência espírita, nomeando-a como responsável pelo seu reequilíbrio.

- Andava lá no Centro [Espírita] e ia às consultas do hospital e o psiquiatra via-me melhor: ‘Ó Feliciano, vamos lá diminuir isto, tirar isto’

- *Mas o psiquiatra sabia dos tratamentos espirituais...?*

- Não, não [risos]... Só via como estava bem. Dizia: “Ó homem você é um caso que ninguém sabe explicar. Como você estava e como está, olhe que, em tanto tempo de profissão, não me lembro de ver uma coisa assim”.

- *E nunca lhe falou dos tratamentos do Centro Espírita?*

- Não falei. Quer dizer, uma pessoa não se sente à vontade, que eles não percebem das doenças do espírito, para eles as doenças são só do corpo [...]

- *Então, não partilhou essa informação com ninguém do Hospital?*

- Ao médico não, mas falei a alguns enfermeiros. Fui lá uma vez entregar materiais de construção para fazerem um novo quarto de isolamento.

- *É irónico! Ter ido levar material para se construir um quarto de isolamento...*

- Por isso eles ficaram espantados. Estavam habituados a ver-me internado e eu fui ali tão bem, em trabalho. E eles: “Ó Feliciano, qual é o médico [em] que tu andas, que andas assim tão porreiro?”. E eu: “Centro Espírita”. E eles: “Então continua!”. Houve lá um enfermeiro que até disse: “Tu não és o Feliciano, não podes ser!”. E eu: Sou, sou. Agora é que sou o Feliciano. Quando estava aqui não era. Era um doido do [refere o nome do Hospital Psiquiátrico]. Agora não!” Nesse dia não estavam lá doentes meus conhecidos. Se estivessem, dizia: “Meus irmãos, vocês saiam daqui. Aqui não governam vida”. (Feliciano)

- O psiquiatra receitou-me aquela medicação nova. E eu decidi largar tudo de vez! E passados quinze dias, nem isso, marquei consulta para lhe dizer como estava tão bem. Senti esse dever. E ele: “Então?” E eu estava outra pessoa já. Olhou para mim e ele ria porque viu que havia uma mudança muito grande. E eu: “Olhe sótor, não fiz a medicação. Parei! Sinto-me tão bem e não vou continuar, para já fica tudo suspenso, consultas, medicamentos”. Ele estava assim sentado na cadeira [exemplifica], parece que o estou a ver. Ele espantado a olhar para mim, a ver a grande mudança e só disse “Ó [Soraia] posso dar-te um abraço?” E eu: “pode”. Levantou-se, deu-me um abraço assim mesmo forte. “Não tenho mais nada para te dizer! Não consigo entender nada, mas o que interessa é ver-te assim tão bem!”. Ficou tão surpreendido, tão estupefacto.

- *E não lhe falou no Centro Espírita?*

- Não... [pausa] Estava no Centro ainda há pouco tempo, é normal que ainda houvesse receio da minha parte para falar sobre isso, que a maioria das pessoas rejeita. Receei não ser entendida, há muitos preconceitos. Mas, algum tempo depois, tive vontade de lá ir só para lhe contar como é que tinha sido todo aquele processo de cura, de cura mesmo, lá no Centro. Hoje em dia falo do Centro com muita satisfação, muito orgulho, seja a médicos, seja a padres, seja a quem for. E aconselho muitas pessoas que vejo que precisam de tratamento espiritual. Tive pena de na altura não ter tido coragem para falar. (Soraia)

Tanto Soraia como Feliciano testemunham como as suas vidas, ao deixarem de girar em torno das experiências de sofrimento e de sua patologização, se reconfiguraram significativamente. Ambos falam de várias conquistas (nível laboral, familiar, relacional/social, libertação de estigma, valorização da saúde, autoestima, etc.) que refletem não apenas a reversão das experiências de sofrimento, como a produção de novas subjetividades (novas formas de se relacionaram consigo e com o mundo à sua volta).

- A minha vida estava virada do avesso. Tudo girava à volta dos psiquiatras, das psicólogas, dos medicamentos, daquele desespero todo, da minha vida toda bloqueada, de não ter conseguido acabar o curso. E quando consegui curar-me, que é assim que vejo – curei-me mesmo – toda a minha vida se começou a abrir... Foi sempre em frente. Ganhei uma força interior... Consegui terminar a licenciatura, mais uma vitória, mais uma conquista, foi o saltar mais um degrauzinho e sempre muito envolvida pela espiritualidade. Passei a dedicar-me à minha família, com um sentimento de enorme gratidão. Dantes era um bocado mais fora, fria. Gosto muito de ajudar os meus pais e fazer tudo o que eu posso para lhes facilitar a vida. Mais dedicada à minha avó, à família mais alargada. Valorizo essas ligações afetivas, antes era muito desligada. A vida financeira, organizo-me muito melhor. Sou muito mais conscienciosa, planifico a minha vida. Depois, em termos amorosos, não tinha ninguém e ainda não tenho. Quando comecei a ficar bem o meu objetivo era tratar-me. Isto porquê? Porque eu sei que algumas das minhas anteriores relações não funcionaram exatamente porque eu não estava bem, e nós temos a tendência de procurar a cura, procurar a salvação e bem-estar na outra pessoa, como se a outra pessoa é que nos fosse fazer ficar bem. A minha preocupação foi a de me pôr bem comigo mesma. E quando surgir essa pessoa, estou de coração aberto, sou uma pessoa tranquila e estável para a receber [...] Passei a dar mais valor à saúde. Tive força de vontade para deixar de fumar e não precisei de ajuda médica.

- *E amigas... como ficaram?*

- A maioria das amigas perdi, porque eram amigos de maluqueiras, de coisas menos saudáveis. Deixei de ter afinidade com algumas pessoas envolvidas em coisas complicadas; não temos coisas que nos unam, objetivos comuns. Fiz muitas amigas foi no Centro com pessoas que têm afinidade comigo, mesmos objetivos de vida, que vamos aprendendo uns com os outros, que me enriquecem, que me ajudam e que eu as ajudo a elas. (Soraia)

- O Feliciano de agora não tem nada a ver com o Feliciano de há uns anos, que chegou ao Centro [Espírita] a cair para o lado, nem conseguia estar em pé...

- *Como é que essa melhoria tão grande se refletiu, por exemplo, no trabalho?*

- Ainda antes de ir para o Centro eu reformei-me por invalidez. E assim estou... Só que a reforma é muito pequena e eu quando me comecei a ver assim melhor, deitei mãos aos biscates para conseguir mais algum. E antes do Centro isso era impossível. Com a fobia das máquinas não conseguia fazer nadinha e com aqueles medicamentos, era uma coisa...! Agora tomo pouca coisa e já consigo mexer em máquinas, em tratores, já posso ir fazendo uns biscatezinhos. para arranjar mais um dinheirinho.

- *E a sua vida na aldeia, as pessoas tinham medo de si, isso mudou?*

- Ui! Foi assim uma coisa... As pessoas ficaram espantadas, porque já não davam nada por mim, e começaram a ver-me outro...

- *Deixou de sentir aquela discriminação que sentia?*

- Agora respeitam-me. E tenho, graças a Deus, novos amigos que fiz no Centro. [...] Com a família... não dava atenção a ninguém. Agora sou um pai e marido muito melhor, coisa que antes... Deus do Céu, é para esquecer. (Feliciano)

Um movimento de despatologização e de desidentificação com a ideia de “doença psiquiátrica” é bem patente em ambos os casos, representando uma das faces da produção de novas subjetividades, novos sentidos e novos significados sobre si próprio/a e sobre seu lugar no mundo. Nitidamente, esse movimento é mais notório na narrativa de Soraia, o que facilmente se compreende tendo em conta a sua trajetória de completa rutura com o sistema psiquiátrico/biomédico¹⁵³. Em vários momentos da sua narrativa, a entrevistada fala de

¹⁵³ Ainda assim, mesmo que não tão ostensivo, esse mesmo movimento de desvinculação à ideia de “doença” também se faz presente no discurso de Feliciano. Cabe lembrar uma passagem de um excerto de entrevista,

“cura” e de “libertação total”, desvinculando-se totalmente da ideia de “doença” e da experiência de sofrimento mental, a tal ponto que, como ela refere, falar sobre esse período da sua vida lhe causa estranheza, como se estivesse a falar de uma outra pessoa, que não ela (estranheza expressa igualmente por seus familiares).

Quem antes me conhecia, acha tudo muito estranho. Até eu quando me lembro de como eu era, como pensava e estava na vida, fico com uma sensação esquisita, parece que estou a falar de outra pessoa, porque realmente sinto que estou curada e estou tratada e não sou aquela pessoa do passado. Pronto, a minha mãe também diz mesmo que eu estou outra pessoa. E estou! E mesmo outros familiares, tios, primos, todos estancam... e eu entendo-os, porque aquela pessoa que eles conheciam ficou lá atrás... A pessoa é a mesma, mas pronto, foi uma fase doente da minha vida que passou, não é? Mas eu compreendo, porque a mudança foi tão grande que as pessoas ainda andam a digerir isto tudo (risos) e ainda, pronto, comparam e ficam espantadas. (Soraia)

Sobre essa desidentificação com a patologização psiquiátrica é ainda interessante notar uma importante mudança na vida de Soraia: de uma condição de sofrimento e desequilíbrio (que a leva a experimentar uma “pesada” trajetória de biomedicalização) transita para a condição de alguém que passa a prestar auxílio a pessoas com experiências similares à que havia experimentado, participando como *médium* em trabalhos terapêuticos num Centro Espírita. Este ponto de viragem é tanto mais significativo na medida em que atentamos no facto de essa sua nova condição se sustentar no mesmo fator que (de acordo com a interpretação espírita) havia estado na base da sua anterior condição de desequilíbrio (e patologização), a saber, a sua “faculdade mediúnica”. A própria entrevistada ilumina essa reflexão, referindo:

- A mediunidade é uma capacidade natural, pode estar adormecida e de repente aflorar assim muito ostensiva, que foi o que me aconteceu e acontece a muitas pessoas. E depois as pessoas começam a ter comportamentos estranhos que têm a ver com a sensibilidade às energias e às interferências espirituais. Se a pessoa não aprender a lidar com a mediunidade, fica desequilibrada. Se aprendermos a lidar, podemos direcioná-la para o bem, ajudar muitas pessoas. Eu, hoje em dia, participo nas reuniões de desobsessão¹⁵⁴ espiritual...

- *Então, neste momento também é médium do Centro?*

- Sim. Já depois de ter sido tratada, fui participando sempre nas sessões mediúnicas, fui aprendendo para vir a participar como trabalhadora. Comecei a ajudar como médium. Deixei de ser a pessoa em desequilíbrio, que vai pedir ajuda, para ajudar pessoas que vão pedir ajuda, tal como eu fui. Nessas reuniões, permito que os espíritos em sofrimento se expressem através de mim.

- *Hoje consegue controlar a mediunidade, que antes era fator de desequilíbrio?*

- Sim, exatamente. A mediunidade é um dom que deve ser usado para o bem, para ajudar outras pessoas. Como tenho mediunidade ostensiva, depois de ter ficado

atrás transcrito, a respeito de um diálogo estabelecido com enfermeiros da unidade hospitalar onde tantas vezes fora internado. Quando o interpelam “Tu não és o Feliciano, não podes ser!”, ele responde: “Sou, sou. Agora é que sou o Feliciano. Quando estava aqui não era. Era um doido do [refere o nome do Hospital Psiquiátrico]. Agora não!”.

¹⁵⁴ Para um entendimento acerca das chamadas “reuniões de desobsessão espiritual” *vide* explicação dada pelo entrevistado Roberto no subponto anterior (pág. 305).

equilibrada e de aprender a controlá-la, comecei a participar nessas sessões, a fazer esse trabalho que chamamos psicofonia, incorporação. (Soraia)

Cabe aqui um breve parêntesis para situarmos a experiência de Soraia (e também a de Feliciano, a um outro nível) num contexto histórico mais amplo, assaz silenciado e deslegitimado pelo paradigma científico hegemónico e, muito particularmente, pela psiquiatria. Na história da humanidade sempre existiram explicações espirituais para lidar com sinais/manifestações que a psiquiatria categoriza como psicóticas. Entre muitas culturas e povos espalhados um pouco por todo o mundo (e.g., povos indígenas), muitos desses sinais têm sido enquadrados e explicados como reflexos daquilo que Christina Grof e Stanislav Grof (1990) designam como episódios de “emergência espiritual” (onde se inclui o “afloramento da mediunidade” relatado por Soraia). Podendo traduzir-se em crises psicológicas, bem como sob a forma de experiências ditas “anómalas”, como a audição de vozes, visões, perdas de consciência, etc., tais episódios de “emergência espiritual” têm sido entendidos como manifestações naturais, próprias do desenvolvimento evolutivo e espiritual do ser humano. Nesse âmbito, tal como esclarecem Christina Grof e Stanislav Grof (1990), ao invés de patologizadas e tidas como disfuncionais, essas manifestações tendem a ser acolhidas e tratadas na comunidade, com suporte afetivo, emocional e espiritual, transformando-se em curas emocionais e psicossomáticas, em mudanças conscienciais e, frequentemente, na descoberta de dons e potências de cura energéticas e espirituais que acabam por ser colocadas ao serviço da comunidade¹⁵⁵.

Fechado o parêntesis e retomando o tema que aqui nos move, é de referir que as consequências da introdução da epistemologia/prática espírita nas trajetórias de Soraia e Feliciano não se reduzem ao domínio das experiências de sofrimento, ampliando-se para o nível de produção de subjetividades (além do tema da “doença”). O excerto de narrativa que se segue, vocalizado por Soraia, é disso bem ilustrativo. Como a própria esclarece, a epistemologia espírita não apenas lhe facultou ferramentas para lidar com a experiência de sofrimento, como veio a dotá-la de condições para um profundo processo de autoconhecimento e transformação interna, conducentes, segundo diz, à emergência de um novo “Eu”. Neste sentido, a experiência de sofrimento aparece representada não de forma negativa, mas como um momento de crise que lhe proporcionou uma ampliação consciencial e uma transformação “de dentro para fora”, traduzida em novos modos de pensar, sentir e

¹⁵⁵ Recomenda-se a visualização do documentário *Crazywise*, de 2017, dirigido por Phil Borges e Kevin Tomlinson. O documentário retrata, entre outros aspetos, essa realidade. *Trailer* disponível em: <https://crazywisefilm.com/#crazywisesynopsis>.

agir em relação a si própria e ao mundo que a rodeia. Refere como novos entendimentos sobre o sentido e significado (espiritual) da vida lhe facultaram novos ideais, valores e posturas perante eventos e adversidades, levando-a a experienciar uma vida com mais propósito, aceitação e confiança, favorecedora de seu equilíbrio.

- O que a doutrina espírita me deu, o que o tratamento do Centro [Espírita] me deu não foi só um tratamento da minha problemática da altura, foi [pausa] um fortalecimento [pausa], uma transformação da minha pessoa. Aquele sofrimento fez-me crescer muito, fez que eu conhecesse o Espiritismo que não ajudou só na minha cura, deu-me muitas ferramentas para eu me transformar como pessoa. Com essas ferramentas, comecei a fazer um processo de auto-conhecimento, que ainda não acabou, porque não acaba... [risos] Fiz uma transformação de dentro para fora... Aprendi que a felicidade está dentro de nós. Não há nada externo que nos possa fazer felizes se não encontrarmos paz, amor e perdão dentro de nós. Nós temos que estar bem para poder receber outras pessoas nas nossas vidas, que a nossa felicidade, não é justo que tenha que depender de outras pessoas. Então, fiz esse trabalho de fortalecimento, de dar atenção a mim própria, de fazer coisas que gosto, de mimar-me e dar atenção a mim. Estes anos de tanto sofrimento foram fundamentais! Se me perguntassem assim: “trocavas esses anos...? Não. Foram anos de muito aprendizado, muito auto-conhecimento, em que fiz um processo de: “quem eu sou?”, “Do que é que gosto, do que é que não gosto?” Não trocava. Porque eu passei a compreender o sentido da vida, de estar neste planeta, que a vida é transitória, e que estamos aqui para nos desenvolvermos como seres espirituais através do amor. Isso mudou tudo! Aprendi a relativizar as coisas. A perceber: “a minha vida hoje não é fácil: não é um mar de rosas, não é tudo perfeito na minha vida, mas as coisas têm um sentido e vão mudar mais cedo ou mais tarde, confia!” E todo este processo de sofrimento, de tratamento, aquilo que o Centro me deu, foi mesmo um trabalho de base, de raiz, que me permite hoje lidar com a dificuldade de uma forma muito mais tranquila e muito mais resistente. Se fosse há uns anos, coisas que eu às vezes passo no meu dia-a-dia, não é?, se fosse há uns anos, meu Deus! Ui! Acho que há coisas que até eram motivo de internamento, logo! Desorientava-me logo! Hoje não! Lido com as dificuldades de forma mais natural, mais fortalecida, relativizo mais...

- *Foi uma grande transformação no modo de ver a vida, então?*

- Eu digo mesmo que nasceu uma pessoa nova, muito melhor, mais plena, mais calma, feliz. Hoje sei: “calma, não surgiu, vai surgir! Ensinou-me a lidar com as adversidades da vida de forma muito lúcida. O meu emprego, tenho procurado outra coisa melhor, não surgiu. Vai surgir! O importante é ir continuando a procurar e dedicarmo-nos o melhor possível àquilo que temos atualmente. Nada de desespero! O meu processo deu-me essa segurança. Consigo ver o lado bom das coisas, que não via. Tudo tem um lado de aprendizagem. Por exemplo, o meu trabalho na loja não é o meu trabalho de sonho, mas tenho aprendido imenso lá, a lidar com o público, compreender as pessoas, ouvi-las. É desgastante, mas aprendo muito, trabalho muito a paciência, a empatia, o saber ajudar e isso também é importante. (Soraia)

Das narrativas de Feliciano e de Soraia sobressai, enfim, o quanto os seus processos terapêuticos contribuíram para a transmutação daquelas que eram experiências de crise/sofrimento em experiências valorosas não apenas para si, mas também para a comunidade onde se encontram integrados. Ambos falam, com efeito, de como passaram a preocupar-se com o bem-estar de quem se encontra à sua volta e, mais genericamente, com o bem-estar coletivo, ao ponto de passarem a dedicar-se, semanalmente, a trabalhos de voluntariado social.

- Hoje sou uma pessoa com o coração muito mais aberto, mais tranquila e estável para poder dar de mim a outras pessoas e receber de outras pessoas. Quanto mais espiritualizados, melhor nos sentimos, melhor vemos com os olhos do espírito, os olhos da alma, mais sensíveis somos para as necessidades de outras pessoas. Isso tornou-se mesmo importante: dar-me aos outros, ajudar com pequenas coisas quem mais precisa, contribuir para a transformação do planeta. Aprendi com o Espiritismo que não estamos separados uns dos outros. Estamos todos ligados e somos todos responsáveis uns pelos outros.

- *E de que forma é que essa visão se reflete no dia-a-dia...*

- Tornou-se uma forma de estar na vida, faz parte de mim. Já não consigo estar sem... sei lá!, sem ajudar os outros, sem dar o meu melhor em todas as situações. É claro que isso vai [implicando] alguns cuidados na nossa vida: eu tive que mudar muita coisa na minha vida para me dedicar mais a ajudar, tive que planificar melhor o meu tempo. Depois de ficar bem comecei a fazer voluntariado no Centro. Para além de participar nas reuniões mediúnicas e de dar Passe, comecei a participar nos trabalhos de ajuda social.

- *O Centro também tem um trabalho social...*

- Muito grande! Não adianta pregar as coisas boas, se depois não se colocarem em prática. Ajudar outras pessoas é algo que deve fazer parte da nossa vida, quer seja pela conversa ou a escutar alguém, pela transmissão de energia amorosa, pela doação de alimentos, que também é ainda necessária à sobrevivência no plano físico. Todos esses aspetos são trabalhos de ajuda, são trabalhos de amor. Não adianta falar sem fazer. Ao sábado, faço o voluntariado das marmitas para as pessoas que vivem nas ruas. Confeccionamos e distribuimos. Também participo nos cabazes que mensalmente entregamos a famílias mais carentes. Tudo coisas [em] que sinto que sou muito mais ajudada do que aquilo que dou. Dar de nós faz-nos sentir muito mais plenos. (Soraia).

Comecei a ser mais preocupado em ver as outras pessoas bem, também. Passei por tanto que hoje sei dar valor ao sofrimento das outras pessoas e procuro ajudar sempre com palavras amigas, às vezes assim com um abraço apertado... Não andamos aqui só para olhar o nosso umbigo. [...] Lá o Centro [Espírita] tem um trabalho assim de ajuda a pessoas com mais necessidades. Comecei a andar bem e tanto eu, como a minha mulher e os meus filhos começámos a ajudar, todos em família. E tem sido bom até para a nossa relação, para nos unir. Antes não sabia que ajudar era uma coisa que fazia tão bem ao nosso espírito. Onde estamos assim mais dedicados é numa equipa que faz marmitas, aos sábados, para distribuir pelos sem abrigo. (Feliciano)

NOTAS FINAIS: CAPÍTULO 6

Terminando este último capítulo da tese, vale a pena tecer algumas breves notas finais em jeito de articulação dos três grandes subcapítulos apresentados, de onde emergiram conteúdos, protagonistas e vozes que desafiam e interpelam sobremaneira o pensamento biomédico – reducionista e materialista – que permeia o paradigma dominante de cuidados de saúde mental.

Partimos para este capítulo com o objetivo de refletir sobre a questão/conjetura: “para lá da hegemonia biomédica: ‘outros’ modos de olhar e cuidar (d) o sofrimento mental são (sim) possíveis”. Ora, do conjunto das narrativas apresentadas, várias epistemologias e

práticas “outras” surgiram com grande propriedade e vigor, desvelando racionalidades, lógicas de ação e de relação/interação bastante diferenciadas, que contrariam, inequivocamente, a ideia estabelecida pelo “pensamento abissal” de que as (“verdadeiras”) respostas às experiências de sofrimento mental se situam exclusivamente no “lado de cá da linha” (Santos B. S., 2007); ou, o mesmo é dizer, no lado da biomedicina. Esta constatação torna-se tanto mais robusta quanto sigamos o pragmatismo da proposta da “ecologia de saberes” e atentamos na chamada “epistemologia das consequências” (*ibidem*). Com efeito, olhando as narrativas que dão conta das *consequências* da introdução de epistemologias/práticas “outras” nas trajetórias individuais, claramente se percebe a densidade de possibilidades e potências de cuidado existentes nesse “outro lado da linha”. Possibilidades e potências essas que têm vindo a ser ativamente invisibilizadas e desperdiçadas pelo pensamento hegemónico moderno, cuja capacidade de silenciamento se revela tão incisiva e eficaz que, subtilmente, chega ao ponto de agir por meio dos próprios sujeitos das experiências vividas. Isso mesmo se verifica, por exemplo, quando várias pessoas entrevistadas declaram não ter partilhado os efeitos positivos das práticas terapêuticas “outras” com os/as profissionais que as acompanham no sistema oficial de cuidados pelo distanciamento interpessoal, falta de “à vontade” ou receio de julgamento (receio de serem tidas como pessoas “retrógradas” ou “mais doentes” do que inicialmente se supunha). Obviamente, esse vazio de comunicação/partilha com quem se encontra no lado da suposta “verdade” não favorece uma possível abertura ao tão desejável e urgente “diálogo entre saberes”; e, em última análise, à construção de um novo paradigma de cuidados de saúde mental, regulado pelo ideal ético-político da integralidade.

Um outro indicador bastante significativo da capacidade de autorreprodução do poder hegemónico biomédico está bem patente na reflexão que encetámos logo no primeiro subcapítulo, a propósito das dificuldades de acesso à diversidade epistemológica. Desde logo, não posso deixar de chamar a atenção para o facto de várias pessoas terem revelado “impossibilidades de acesso” do foro subjetivo/simbólico, relacionadas com a ideia (internalizada) de que as suas experiências de sofrimento são incuráveis e passíveis de serem atenuadas unicamente pela psiquiatria; dado bastante indiciador do enorme peso do aparato biomédico nas suas vidas e de como este foi capaz de se lhes “impor” como “regime de verdade” (Foucault, 1984). De resto, é de lembrar a capacidade de autorreprodução do poder hegemónico biomédico pela forma como, por força do seu forte corporativismo profissional, tem conseguido garantir a exclusão (ou quase total exclusão) de práticas terapêuticas “outras” do SNS (veja-se o tão ilustrativo caso da prática de Yoga, exposto no

segundo subcapítulo). Ora, a ausência de uma visão aberta e verdadeiramente democrática no sistema público de saúde configura, na presente pesquisa, um flagrante entrave a quem deseja ir além desse suposto “regime de verdade”. Quando nos referimos a práticas “outras” mercantis, as narrativas são bem relevadoras de como a ausência de oferta estatal dessas práticas gera fortes desigualdades, inviabilizando totalmente o acesso de algumas pessoas (que manifestam desejo de a elas recorrer) ou bloqueando, no caso de outras (que iniciaram determinadas práticas), a possibilidade de sua continuidade – a qual, como se viu, se revela fundamental para a produção de consequências “outras”.

No que respeita ao que temos vindo a denominar de “consequências outras” é de realçar como a pesquisa traz à tona dados de grande relevância, que, em alguns casos, chegam mesmo a romper totalmente com determinadas ideias biomédicas que nos têm sido apresentadas como incontornáveis e irreversíveis: a ideia da imperativa necessidade de patologizar (rotular) o sofrimento mental; a ideia da sua cronicidade e incurabilidade; a ideia de que, uma vez enquadrada num determinado diagnóstico psiquiátrico, como a esquizofrenia, a pessoa não mais conseguirá alcançar determinadas realizações, nem reduzir significativamente ou até largar totalmente a dependência de fármacos e tudo o que envolve o grande aparato da psiquiatria.

Deveras interessante é ainda a forma como muitas das experiências “outras” identificadas se encontram em linha com muitos dos fundamentos da conceção de “cuidado integral”, a respeito do qual refletimos em capítulo teórico anterior. Destaco, a propósito, o facto de tais experiências envolverem uma compreensão das necessidades humanas para lá de aspetos meramente técnicos, objetivos e funcionais, envolvendo um reconhecimento daquilo que Paulo Freire (2002, p. 10) designa como a “vocação ontológica” do ser humano para “o Ser Mais”; ou seja, envolvendo um compromisso não apenas com a promoção da recuperação da saúde/equilíbrio da pessoa, mas também, de forma mais ampla e holística, com o seu projeto existencial. De facto, entre os casos analisados, percebe-se como determinadas abordagens terapêuticas foram além da resolução das problemáticas (em si mesmas) de sofrimento mental, tendo igualmente detido um papel preponderante na construção de novas subjetividades, a partir das quais se empreenderam descobertas e mudanças muito significativas (valoradas como muito positivas pelos/as respetivos/as protagonistas). Tais processos foram além da chamada conceção de *recovery* – conceção frequentemente associada a uma visão patologizante e reducionista –, aproximando-se muito mais daquilo que podemos designar como processos de *discovery*, em que (e novamente

convocando Paulo Freire) mais do que um Ser no mundo, o Ser Humano se descobre “presença no mundo, com o mundo e com os outros” (Freire, 2002: 10).

Finalmente, cabe uma última nota de reconhecimento das limitações da pesquisa apresentada neste capítulo. Circunscrevendo-se a um exíguo número de casos, estou obviamente consciente das limitações da análise a respeito da obtenção de um conhecimento aprofundado sobre as epistemologias/práticas “outras” identificadas, tanto ao nível de aspetos mais positivos como de aspetos mais negativos. Estou ciente de que o facto de não terem surgido relatos negativos a respeito de cada uma delas não significa que se encontrem isentas dos mesmos. Uma pesquisa mais ampla, que integre um maior número de casos, certamente permitirá desvelar aspetos problemáticos, não identificados nesta tese.

Considerações Finais

É chegada a altura de tecer algumas considerações finais a respeito da pesquisa que desenvolvi nesta tese. Esta última secção encontra-se estruturada em três momentos. Num primeiro momento, resgatam-se os principais objetivos que mobilizaram a investigação, rememorando as grandes linhas de análise que lhe serviram de fio condutor¹⁵⁶. Num segundo momento, faz-se dialogar esse conjunto de objetivos com os resultados propriamente ditos do estudo empírico, dando conta dos principais contributos da tese ao nível da temática em questão. Finalmente, num terceiro momento, o foco dirige-se para as limitações identificadas na pesquisa e para a enunciação de algumas pistas para trabalhos de investigação futuros.

Momento I

Abrindo o primeiro momento, há que lembrar que o presente estudo nasce do reconhecimento da inequívoca urgência de se caminhar para um novo modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental; um modelo que, rompendo com os silenciamentos e reducionismos produzidos pelo modelo biomédico hegemónico, se pautou pelo *ideal ético-político da integralidade* e pela promoção de uma efetiva *cidadania no cuidado*. Em termos muito genéricos, parti para a presente pesquisa com o propósito de contribuir para um conhecimento sobre as condições, atualmente existentes em Portugal, que possibilitam (ou impossibilitam) a construção desse (novo) modelo de cuidados; identificando quer as condições favoráveis (que se constituem como “sinais de esperança”), quer as condições desfavoráveis (que se constituem como obstáculos) a essa mesma construção.

Tomando por base a asserção (a que cheguei através da problematização teórica, realizada no terceiro capítulo) de que a prossecução da *integralidade* só se torna possível mediante a construção de uma *ecologia de cuidados*, estabeleci como objetivo geral da pesquisa: contribuir para a ampliação do campo de possibilidades de ação no domínio dos cuidados dirigidos ao sofrimento mental – visibilizando significados/explicações, conceções, práticas, saberes terapêuticos e formas de cuidar situados/as para lá do exclusivismo epistemológico biomédico – que favoreça o conhecimento das condições de possibilidade de construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados*.

¹⁵⁶ A exposição dos objetivos da pesquisa foi exaustivamente realizada no *segundo ponto* do *terceiro capítulo*, pelo que, de forma a não incorrer em repetições desnecessárias, cinto-me, neste lugar, a uma apresentação muito superficial a respeito dos mesmos.

Mais especificamente, objetivei conhecer essas condições ao nível de serviços públicos de saúde (serviços hospitalares e ESMC), identificando, nesses contextos, quer as condições que se constituem como “sinais de esperança”, quer as condições que se constituem como obstáculos. Objetivei, ainda, analisar em que medida as pessoas transcendem as respostas de caráter biomédico, mobilizando (alternativa ou simultaneamente) epistemologias/práticas “outras” de cuidado fora do SNS. A esse nível, procurei responder à questão: em que medida esses “outros” *modos de cuidar* produzem efeitos emancipatórios nas respetivas trajetórias de vida, contribuindo (de diferentes formas e em diferentes níveis) para a superação das debilidades, insuficiências e incompletudes do modelo formal de cuidados?

A tese privilegiou, enquanto objeto de estudo, a análise de *experiências vividas* de um conjunto de homens e mulheres com diagnósticos psiquiátricos, cujas trajetórias passam, em determinado momento, pela mobilização de serviços públicos de saúde (serviços hospitalares e Equipa de Saúde Mental Comunitária). Complementarmente, a pesquisa tomou, como seu objeto, o estudo aprofundado (etnográfico) de uma das raras Equipas de Saúde Mental Comunitária a operar em Portugal. Decidi estudar esse contexto em virtude de o mesmo se constituir (no âmbito do Plano de Ação para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental) como a proposta política mais auspiciosa, que, teoricamente, transporta maiores condições de esperança de rutura com o modelo biomédico/hospitalocêntrico atualmente dominante.

Para além dos propósitos atrás enunciados, outros objetivos mais específicos foram delineados aquando da construção do objeto de pesquisa (terceiro capítulo), os quais, a seu tempo, farei emergir naquele que defini como o segundo momento da redação das considerações finais da tese. Passo, então, para esse momento, em que me proponho refletir sobre os resultados propriamente ditos da pesquisa, em articulação com as premissas e objetivos de análise que a nortearam. Farei essa reflexão seguindo, em grande medida, a mesma cadência da apresentação e problematização empírica empreendida no corpo textual da tese, respetivamente nos capítulos quatro, cinco e seis.

Momento II

Ao abrir o segundo momento das considerações finais, cabe-me, antes de mais, destacar a corroborada relevância da adoção do método narrativo como estratégia empírica principal. Com efeito, através da *entrevista em profundidade*, a recolha de narrativas

permitiu uma imersão profunda nas histórias de vida e experiências de sofrimento dos/as participantes da pesquisa, em alinhamento com a proposta de estudo previamente estabelecida. Essa imersão transportou grandes potencialidades de análise, levando-nos muito para lá da superfície sintomatológica das experiências de sofrimento mental, lugar onde o modelo biomédico se detém e a partir de onde emana a sua (suposta) “verdade”: a “verdade” do sofrimento como experiência reduzida a causalidades biológicas (disfunções neuroquímicas), que apenas diz respeito ao foro individual.

Num primeiro nível de considerações sobre os resultados da pesquisa, importa referir que as narrativas vocalizadas pelas pessoas entrevistadas vão, precisamente, em sentido contrário à “metanarrativa” biomédica, apontando para a enorme complexidade e multidimensionalidade inerente às experiências de sofrimento mental. Conforme se viu, raramente se atribui a origem da experiência a um único fator e ainda mais raramente se evocam explicações de ordem biológica. Para explicar a génese do sofrimento, a grande tendência é a de se assinalarem múltiplas causas, relacionadas com acontecimentos e contextos de vida familiares, relacionais, laborais, sociais e até mesmo de ordem espiritual. O que as narrativas nos desvelam, desde logo, com muita clareza, é uma forte dissonância entre aquele que é atualmente o modelo hegemónico de cuidados dirigidos ao sofrimento mental e o universo subjetivo de quem, efetivamente, vive a experiência de sofrimento. Se o modelo biomédico dominante permanece, nos dias que correm, direcionado para responder às questões “o que há de errado com este/a doente?” ou “o que há a reparar no seu cérebro?”, o que as histórias narradas sobre as origens do sofrimento nos mostram é a urgência de se direcionar o olhar (e, porque não dizer, o “coração”) para questões “outras”, como sejam: “o que te aconteceu?”, “como te sentes relativamente ao que te aconteceu?”, “que necessidades tens?”, “como seria a tua vida se essas necessidades fossem satisfeitas?”, “o que podemos fazer por ti e por essas situações difíceis que partilhaste?”, entre muitas outras.

Conforme se desenvolveu nos dois primeiros capítulos, a aceitação acrítica da visão biomédica individualizante sobre o sofrimento mental tem levado a uma despolitização dos sujeitos, servindo como mecanismo que retroalimenta o modelo de sociedade “doente” em que vivemos e, muito em particular, os interesses do sistema capitalista neoliberal (e.g., Freitas & Amarante, 2017; Whitaker, 2017; Maté, 2022a). A ideia de que o sofrimento mental decorre, essencialmente, de causas biológicas e que as principais respostas ao mesmo jazem em intervenções farmacológicas contribui, no fundo, para que se evitem questões desestabilizadoras sobre as sociedades contemporâneas e, deste modo, que se mantenham

intocáveis os valores e estruturas dominantes. Ora, entre os elementos que as pessoas entrevistadas apontam como causas das suas experiências de sofrimento, registam-se múltiplos contextos e acontecimentos de vida que denunciam formas estruturais de violência, desigualdade e opressão social, que nos impelem, precisamente, a questionar o modelo de sociedade em que vivemos e a perceber o quanto este é, efetivamente, produtor de experiências de mal-estar e sofrimento. Quando nos propomos refletir sobre as possibilidades de construção de um *modelo ecológico de cuidados* que se pautem pelo *ideal ético-político da integralidade*, este é um nível de reflexão (de caráter estrutural) que, no mínimo, não deve deixar de ser assinalado. Pensar e imaginar formas ecológicas/integrais de cuidar das experiências de sofrimento mental deve, antes de tudo o mais, implicar uma consciência sobre a urgência de se atuar coletivamente sobre o grande substrato social a partir de onde irrompem muitas das suas causas.

Ainda no âmbito de um primeiro nível de considerações sobre a pesquisa – e dentro da reflexão sobre a influência que o atual modelo de sociedade exerce na construção do sofrimento mental –, há que assinalar o modo como a prevalecente cultura de *individualismo* e de *alta performance* (Beck & Beck-Gernsheim, 2002; Sennett, 2004, 2006; Ehrenberg, 2010) se articula com as histórias dos/as entrevistados/as, explicando, em grande medida, o tão comum silenciamento das manifestações de sofrimento e o modo como o modelo biomédico veio a apropriar-se (hegemonicamente) das mesmas. De facto, como se viu, das narrativas emergem, transversalmente, experiências de mal-estar emocional vividas de forma solitária, não partilhada e até mesmo deliberadamente silenciada durante períodos demasiado longos de tempo, sendo que a justificação frequentemente dada para tal se prende com a chamada “vergonha da dependência” (Sennet, 2001) e “vergonha da vulnerabilidade” (Brown, 2006, 2009). Sob a égide de um modelo de sociedade que nos impele a olhar o sofrimento e a dependência como sinais de fracasso, a anulação da vulnerabilidade (perante si mesmo/a e perante os outros) revela-se uma forma de se evitar o território hostil das significações que associam sofrimento emocional a lugares de fraqueza, insuficiência, defeito e inadequação. As narrativas não apenas transpiram essa ideia como também nos conduzem a uma outra realidade, igualmente relacionada com o modo como a cultura individualista se reflete dramaticamente na construção das experiências de sofrimento mental, a saber: a perceção subjetiva da ausência de espaços íntimos/informais de cuidado, de acolhimento e conexão emocional, sejam eles promovidos pela família, por pessoas amigas, por pares ou por instâncias próximas de sociabilidade (e.g., vizinhança, professores/as, instâncias laborais, associações locais, etc.). Para além de referirem que o

silenciamento das primeiras manifestações de sofrimento se ficou a dever ao receio de exporem a sua vulnerabilidade, muitas pessoas revelam que esse mesmo silêncio decorreu, ainda, do facto de não terem tido ninguém “de confiança” com quem partilhar o que sentiam.

Na maioria dos casos estudados, o prolongado silenciamento do sofrimento emocional (frequentemente “entorpecido” por meio de automedicação sedativa, consumo de álcool e outras substâncias aditivas), refletido num adiamento indefinido da procura de algum tipo de ajuda, veio a produzir um conjunto de efeitos avassaladores, que determinou, em grande medida, a forma como esse mesmo sofrimento veio a cair nas “teias” da biomedicalização psiquiátrica. Com efeito, experiências de mal-estar emocional não reconhecidas, não acolhidas e não cuidadas (durante períodos muito longos) acabaram por se tornar bastante “ruidosas”, atingindo níveis de severidade tão elevados que o recurso à psiquiatria se afigurou, a certa altura, o único recurso exequível, capaz de dar conta de situações que, entretanto, assumiram contornos de enorme descontrolo. De facto, apesar das resistências inicialmente erigidas ao acompanhamento psiquiátrico (pelo receio dos seus efeitos estigmatizantes), foi por via da biomedicalização que a grande maioria das pessoas entrevistadas inaugurou as suas trajetórias de cuidado, com a entrada em cena de psiquiatras, psicofármacos, diagnósticos e internamentos hospitalares. É, aliás, bastante significativo que muitas dessas trajetórias tenham sido iniciadas pelas portas de internamentos hospitalares (geralmente compulsivos), sem que, previamente, se tenha passado por quaisquer outras experiências de cuidado ou por quaisquer outras respostas terapêuticas não biomedicalizantes e não patologizantes. É também bastante significativo (e um importantíssimo ponto de reflexão) que os serviços dos Cuidados de Saúde Primários – tidos, pela retórica política, como serviços de primeira linha – tenham detido um papel tão residual, tão frágil e tão inconsistente nos poucos casos em que a eles se recorreu. Nas escassas situações em que se verificou esse recurso, a única resposta oferecida foi a prescrição de psicofármacos.

Quase a fechar o primeiro nível de considerações sobre a pesquisa, cabe sublinhar como o (identificado) cenário de silenciamento e individualização das experiências (iniciais) de sofrimento nos oferece importantes pistas para a reflexão sobre a tão necessária e urgente idealização/construção de um novo paradigma de cuidados. Nesta linha, há duas questões bastante simples que nos incitam reflexões profundas: como teriam sido as trajetórias das pessoas entrevistadas se, aquando das primeiras manifestações de mal-estar emocional (em geral, ainda leves), tivessem tido a oportunidade de partilhar o que sentiam sem receio de serem julgadas ou consideradas inadequadas? Como teriam sido as trajetórias dessas mesmas

peças se, ao invés de reações de indiferença e de desamparo emocional, tivessem tido, primordialmente, acesso a espaços íntimos/informais de partilha, que, para além de as acolherem e escutarem compassivamente, lhes facultassem, se necessário, um direcionamento para formas de auxílio (preferencialmente não biomedicalizantes) promotoras de respostas às causas (não apenas aos sintomas) das respetivas experiências de mal-estar?

Ora, não parece difícil imaginar que as respetivas trajetórias de vida teriam sido bem diferentes se tais condições tivessem sido proporcionadas logo à partida. Muito provavelmente, perante um distinto cenário de possibilidades de (“livre”) expressão de emoções, de atenção e cuidado, ter-se-ia evitado a entrada em “pesadíssimos” processos de psiquiatrização e de vivência hospitalar, como aqueles que vieram a desenhar-se. Esta percepção leva-me a sublinhar a importância de, no âmbito da tão urgente idealização de um *modelo integral de saúde*, se considerar, desde logo, este primeiro nível de cuidados, com a criação de condições que promovam mudanças socioculturais profundas, que se reflitam no modo como, coletivamente, nos tornamos capazes de: i) reconhecer que somos interdependentes e responsáveis uns pelos outros (e, portanto, pela sociedade) e também pela natureza da qual fazemos parte; ii) reconhecer, autorizar e acolher o sofrimento emocional (o nosso e o de quem nos rodeia), não o encarando como um fracasso, mas como “mensageiro” de algo que precisa de algum tipo de ação e/ou transformação; iii) ativar formas integrais e “ecológicas” (portanto, dialógicas) de dele cuidar atempadamente, que impliquem o reconhecimento das possíveis mensagens de alerta nele contidas, que, em geral, conjugam necessidades humanas (e.g., físicas, psicológicas, relacionais, familiares, sociais, axiológicas, espirituais, de conexão com a natureza, etc.) com os efeitos de padrões (doentios) de vida coletiva e de formas de violência/opressão social.

Serão muitas as possíveis medidas/ações a mobilizar no sentido dessas mudanças socioculturais de fundo, favorecedoras da emergência de novos valores sociais e da construção daquilo que podemos chamar de *sociedade cuidadora*¹⁵⁷. Não cabendo aqui um aprofundamento sobre este tema, considero importante não deixar de assinalar, ainda que superficialmente, dois tipos de ações/medidas que, a meu ver, se encontram entre as mais

¹⁵⁷ “Sociedade cuidadora” não é um termo original meu, mas um termo com o qual tomei contacto através de uma coletânea de textos do grupo LAPPIS, organizada por Roseni Pinheiro e Aluísio Júnior (2010), que se intitula, precisamente, *Por uma sociedade cuidadora*. Nessa coletânea, o termo aparece associado à conceção de *amor mundi*, de Hannah Arendt – conceção que remete para a ideia de que a realização humana só se proporciona no contacto com outros seres humanos, em que cada ser se sente pertencente e se dispõe à convivência e à responsabilidade pelo cuidado do mundo.

urgentes. Sinalizo, por um lado, a extrema importância da implementação de medidas no sentido de mudanças no paradigma da educação, que visem, entre muitos outros aspetos, a promoção da literacia das emoções¹⁵⁸, programas/projetos (práticos) de estímulo à empatia/compaixão, apoio emocional/social (não individualizante e não patologizante)¹⁵⁹, bem como pedagogias cooperativas e de ligação prática à comunidade e à natureza¹⁶⁰; em síntese, medidas que levem as crianças, desde muito cedo, a aprenderem sobre as suas próprias emoções (e sobre as de quem as rodeia) e a sentirem-se interdependentes e responsáveis umas pelas outras e pelo cuidado do “todo” que integram. Por outro lado – e dirigindo-me para um tipo de ações que, ao contrário do anterior, não depende tanto de decisões governamentais, mas mais de iniciativas/mobilizações cívicas –, sublinho a importância de, cada vez mais, se promoverem espaços/grupos de entreajuda e cuidado mútuo nas próprias comunidades – para os quais me ocorre a designação “comunidades de cuidado” –; espaços de proximidade que, configurando lugares seguros de produção de laços de afeto e partilha de emoções, abram as “portas” a uma diversidade de tipos de partilha e apoios que respondam a necessidades prementes, que tantas vezes estão na causa das experiências de mal-estar emocional.

Passando para um segundo nível de considerações sobre a pesquisa, dirijo a atenção para as trajetórias de cuidado trilhadas no seio de serviços hospitalares psiquiátricos (no âmbito do SNS), visando refletir sobre o que essas trajetórias nos têm a dizer a respeito de eventuais transformações (ou cristalizações) ocorridas nesses serviços, que os aproximem ou, pelo contrário, os afastem das necessárias condições para a construção de um *modelo ecológico de cuidados*, pautado pelo *ideal ético-político da integralidade*. Um traço comum a praticamente todos os casos analisados reside, de facto, como se viu, na biomedicalização

¹⁵⁸ Na realidade, a promoção da literacia das emoções nas escolas é, desde há muito, defendida por especialistas da educação e por profissionais de psicologia, sendo que algumas escolas (públicas e privadas), por iniciativa própria, têm vindo, pontualmente, a desenvolver projetos nesse sentido. Esta é, no entanto, uma realidade que está muito longe de ser transversal a todas as escolas portuguesas, já que não existe, a esse nível, uma política educacional propriamente dita, emanada pelo Ministério da Educação.

¹⁵⁹ São bem conhecidas as enormes fragilidades do acompanhamento psicológico nas escolas públicas – relatório recente aponta um rácio de 1 psicólogo/a para 744 alunos/as (CNE, 2022, p. 212). Quando assinalo a importância de apoio emocional/social, a visão que perfilho é a de que se vá além do paradigma atual vigente, que se baseia tão somente na ideia da presença de psicólogos/as nas escolas (com todas as debilidades existentes); um paradigma que acaba por individualizar (e, com muita frequência, biomedicalizar) o mal-estar dos/as alunos/as, descontextualizando-o dos contextos familiares, escolares e sociais onde se encontram inseridos/as (que, em geral, estão na origem dos respetivos mal-estares).

¹⁶⁰ Ou seja, em contraposição ao atual paradigma de educação, que, em grande medida, assenta num enorme estímulo à competição, numa hipervalorização das capacidades cognitivas e numa grande desconexão com a sociedade e com a natureza.

das experiências de sofrimento e na apropriação das mesmas pela instituição hospitalar. Em determinado momento, o hospital psiquiátrico tornou-se o grande centro nevrálgico da prestação de cuidados e, em muitos casos, o cerne da construção das subjetividades e das próprias histórias de vida – com toda uma associação de efeitos negativos, relacionados, sobretudo, com o estigma psiquiátrico.

Como é sabido, apesar de uma legislação vanguardista que, desde 1963, preconiza a filosofia da desinstitucionalização, o sistema público de cuidados dirigidos ao sofrimento mental permanece, nos dias que correm, hospitalocêntrico/biomédico. Tendo em conta a atual política de saúde mental, marcada, retoricamente, por intenções de esvaziamento do poder desse modelo (CNRSSM, 2007; CTARSM, 2017), propus-me, no âmbito deste trabalho, perscrutar em que medida as trajetórias das pessoas entrevistadas refletem eventuais mudanças no funcionamento dos serviços hospitalares. Dirigi essa proposta de modo muito particular às/aos participantes do *Grupo A*, ou seja, ao grupo de pessoas que havia entrevistado em 2008-2009, no âmbito de um outro projeto (coletivo) de investigação, e que voltei a entrevistar em 2018-2019. A opção de reentrevistar este conjunto de pessoas – cujas primeiras entrevistas tinham apontado para a centralidade da instituição hospitalar nas respetivas trajetórias de cuidado – revelou-se uma opção muito pertinente, tendo-me oferecido a possibilidade de analisar em que medida a implementação do *Plano de Ação 2007-2016* se refletiu nas suas biografias, gerando (ou não) possibilidades emancipatórias para lá dos muros hospitalares.

Ora, no que respeita à grande maioria dos casos, a pesquisa mostra como, num intervalo de dez anos, a política de reestruturação dos serviços de saúde mental não se refletiu positivamente (ou favoravelmente) nas respetivas trajetórias de vida. Pelo contrário, o que a análise revela, com muita nitidez, é a persistência (e, por vezes, até uma agudização) de enormes fragilidades, lacunas e inoperâncias no funcionamento dos serviços hospitalares; responsáveis, em grande medida, pela manutenção (e, em certos casos, agravamento) das pessoas em círculos viciosos de mal-estar, dependência(s) e vulnerabilidade social. Mais ainda: o que a análise nos mostra, sob várias formas (sobre as quais discorrerei já em seguida), é um claríssimo afastamento do atual modelo de funcionamento dos serviços hospitalares à conceção ético-política de *integralidade*, cuja maior expressão, conforme se viu no terceiro capítulo, reside na *ética do cuidado*.

Desde logo, importa realçar a tendencial ausência de encaminhamento das pessoas para respostas na comunidade. Num interregno de dez anos, e não obstante a preconizada filosofia da desinstitucionalização (que permeia o *Plano de Ação 2007-2016*), não se

verificou, em nenhum dos casos, a oferta de acompanhamento clínico/terapêutico para lá dos muros hospitalares. Já no que respeito a outro tipo de respostas, de caráter psicossocial, em apenas uma situação houve lugar a um direcionamento para a comunidade (especificamente para uma resposta laboral). É ainda de realçar que num caso, o de Cândido, tivemos, inclusive, oportunidade de atestar os potenciais efeitos negativos produzidos por uma política de encerramento de serviços hospitalares que não se faz acompanhar, concomitantemente, da edificação de respostas, estruturas e equipamentos psicossociais na comunidade.

Ainda no que respeita ao intervalo de dez anos, as entrevistas dão conta da permanência do caráter reducionista/biomedicalizante do tipo de acompanhamento que se recebia/recebe na instituição hospitalar. Se à data da primeira entrevista, em 2008-2009, grande parte das pessoas tinha no hospital um apoio meramente psicofarmacológico, com acesso a consultas de psiquiatria que, em geral, apenas serviam para reajustar a medicação; à data da segunda entrevista, em 2018-2019, o tipo de acompanhamento recebido continuava a ser o mesmo, não tendo havido lugar à introdução de outros/as profissionais de saúde mental e de outro tipo de abordagens terapêuticas (e.g., psicologia, terapia familiar, serviço social, terapia sócio-ocupacional). Para além de desvelarem a persistência desta feição excessivamente biomedicalizante, as narrativas revelam, também, a perpetuação de práticas hospitalares objetificantes, dualistas (de herança cartesiana), marcadas por relações interpessoais assimétricas, frias/distantes, despojadas de qualquer traço de acolhimento e de empatia; práticas que, por vezes, chegam mesmo a assumir contornos abusivos e antiéticos. É, aliás, interessante notar que, nas raras narrativas em que se manifesta algum nível de satisfação com o/a psiquiatra da instituição hospitalar, haja uma explícita referência ao “fator sorte”¹⁶¹. Para quem não “teve sorte”, mas possuía algum nível de condições económicas que lhe permitia acesso a consultas privadas de psiquiatria, a alternativa vislumbrada acabou por ser a de sair do circuito hospitalar. É muito significativo que, entre os/as entrevistados/as do *Grupo A* que, no espaço de dez anos, acabaram por sair da instituição hospitalar, tal desvinculação tenha ocorrido, invariavelmente, por iniciativa própria – em resultado de uma profunda insatisfação com o acompanhamento aí provido – e não, como se poderia (ou deveria) esperar, em decorrência de uma efetiva (e frutífera) política de desinstitucionalização (com respostas de cuidado na comunidade). Obviamente, esta questão

¹⁶¹ Ter acesso a um/a profissional de psiquiatria mais empático/a e atencioso/a é entendido como algo que depende da “sorte” que se tem (ou não) nessa atribuição e não da universalização de um tipo de cuidado (de “bom cuidado”) na instituição hospitalar.

leva-nos a sublinhar a “eterna questão” das desigualdades sociais no acesso a um “bom cuidado” (ou, pelo menos, a um “melhor cuidado”).

Ainda no âmbito das considerações sobre a instituição hospitalar, não posso deixar de referenciar o caso de Anália (apresentado no capítulo 6), cuja narrativa nos traz elementos muito significativos para uma reflexão mais profunda sobre as (im)possibilidades de construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados*, identificadas ao nível desse contexto institucional. Relembrando, Anália deu conta de uma tentativa de integração de Yoga, por parte de uma profissional de enfermagem, num serviço público hospitalar de cuidados psiquiátricos. Segundo o seu relato, a enfermeira em causa, desde há muito praticante de Yoga, resolveu introduzir essa prática, de modo informal, entre os/as utentes do serviço, tomando ela própria o papel de instrutora (ou seja, sem quaisquer custos para a instituição hospitalar). Apesar dos resultados muito positivos dessa introdução – refletidos numa expressiva melhoria dos estados de ansiedade dos/as utentes do serviço –, a prática acabou por ser cancelada por interferência de profissionais médicos, que, apelidando-a de “mística”, a consideraram inadequada ao contexto hospitalar.

Ora, são vários os elementos que vale a pena destacar a respeito deste caso. Começamos pelo elemento que aponta no sentido de “possibilidades de esperança” de abertura da instituição hospitalar a uma visão mais ecológica e integral, a saber: a própria iniciativa de introdução de Yoga por parte de uma enfermeira que trabalha na instituição. É certo que se trata de uma iniciativa individual – não institucional –, o que, num primeiro relance, nos poderá levar a não valorizar a iniciativa como um indício de esperança de uma maior abertura da instituição hospitalar. Acontece, porém, que este ato, aparentemente isolado, se inscreve numa tendência mais ampla, identificada por outros/as autores (e.g., Santos, M. I., 2013). Com efeito, tal como aponta Maria Irene Santos (2013), com base num estudo que envolveu a análise de várias unidades hospitalares portuguesas (esfera pública), a classe de profissionais de enfermagem tem vindo, cada vez mais, a abraçar uma visão holística nas suas práticas de cuidado, não apenas pelo seu relativo maior nível de compromisso com a ética do cuidado, mas também pela sua maior abertura à integração de modalidades terapêuticas “outras” (ditas “não convencionais”). A autora mostra, no seu estudo, como muitos/as profissionais de enfermagem têm vindo, crescentemente, a buscar formação em tais modalidades, procurando posteriormente, sempre que possível, integrá-las informalmente nas suas práticas diárias de cuidado. É muito significativo, porém, que, de acordo com o mesmo estudo, grande parte desses/as enfermeiros/as, em função de uma sentida ou pressentida resistência institucional (advinda, sobretudo, da classe médica), acabe

por desenvolver estratégias de ocultação/camuflagem da aplicação dessas mesmas modalidades.

Essa sentida necessidade de “ocultação”, de que nos dá conta Maria I. Santos (2013), remete-nos, precisamente, para outro elemento relativo ao caso relatado por Anália que importa destacar; desta feita, um elemento que aponta no sentido da persistência de resistências (bio)médicas que, claramente, se tornam um entrave à construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados* no contexto hospitalar. Refiro-me à atitude protagonizada por psiquiatras, que, considerando a prática inadequada (“não válida”) ao contexto científico/hospitalar, interferiram no sentido do seu cancelamento. Ora, este elemento coloca nitidamente em evidência a (ainda) persistente assimetria de poderes entre classes profissionais no contexto hospitalar, bem como o elevadíssimo poder da classe (bio)médica quanto à tomada de decisões e quanto à definição do que é ou não legítimo, o que é ou não permitido, ao nível desse mesmo contexto institucional. Relembrando, na construção do objeto de estudo desta tese, parti, precisamente, da premissa de que um dos maiores obstáculos (senão mesmo o maior obstáculo) à superação do paradigma biomédico dominante (por um paradigma de cuidados de caráter *ecológico/integral*) reside na persistente representação da suposta superioridade do saber biomédico face a outras formas de saber.

Finalmente, cabe uma breve nota relativamente a um outro elemento que também sobressai no caso relatado por Anália: a ausência de reivindicação por parte do grupo de utentes que estava a usufruir dos benefícios da prática de Yoga. Em face da decisão (médica) de cancelamento da prática de Yoga, o silêncio foi a grande resposta dada pelos/as utentes. Constituindo-se como um eco da deficitária cultura participativa e democrática que caracteriza, de forma lata, o sistema de saúde português (Serapioni, 2016, p. 149), este episódio sinaliza o tanto que há a fazer ao nível da criação de condições que favoreçam uma efetiva *cidadania no cuidado* nos contextos hospitalares. Cabe aqui lembrar algo que enunciei no terceiro capítulo: nada é mais incompatível com a visão *ético-política da integralidade* do que perspetivas unilaterais e verticalizadas, onde apenas as vozes da racionalidade científica e dos agentes tecnocráticos se fazem ouvir (Pinheiro, 2010; Trad, 2010). De facto, a produção *ético-política da integralidade* implica, antes de tudo o mais, a participação e envolvimento ativo dos sujeitos nos seus próprios processos de *cuidado*, com o favorecimento, por parte de quem cuida, de condições para escolhas mais conscientes e informadas, geradoras de autonomia e emancipação social (Pinheiro & Luz, 2007; Zoboli, 2007; Pinheiro *et al.*, 2011).

Entrando num terceiro nível de considerações sobre a pesquisa, concedo lugar aos resultados do estudo qualitativo/etnográfico realizado com uma das raras ESMC a operar no SNS, a Equipa Y.

Atendendo ao contexto político nacional de cuidados de saúde mental, marcado por reiteradas inércias, inúmeras fragilidades e profundas lacunas na implementação do *Plano de Ação 2007-2016* (CNRSSM, 2007; CTARSM, 2017), propus-me analisar as reais condições de implementação da Equipa Y, procurando compreender em que medida ela consegue (ou não) romper com o modelo hegemónico de cuidados dirigidos ao sofrimento mental – o modelo hospitalocêntrico/biomédico –, superando as debilidades e reducionismos que lhe são próprios. Propus-me, enfim, identificar quer os constrangimentos, quer as possibilidades de esperança que a mesma transporta ao nível das condições contributivas para a construção de um novo modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental.

Ora, a partir da análise realizada, foi possível verificar o quanto uma forte herança hospitalar/biomédica pesa no funcionamento da Equipa Y, condicionando a sua capacidade de resposta e as suas potencialidades de intervenção. Muito embora as orientações teóricas vertidas em vários documentos oficiais (CNRSSM, 2007; CNSM, 2009; CTARSM, 2017) defendam a autonomia funcional das ESMC, na prática, não foram criadas as condições político-legais e financeiras para a efetivação dessa autonomia. A Equipa Y foi criada sob a égide de um Centro Hospitalar, ficando sob a sua dependência tanto ao nível financeiro como ao nível da gestão de recursos humanos, como ainda ao nível de lógicas de funcionamento específicas que colidem com o natural e bom fluxo do trabalho comunitário. Contrariamente ao que havia sido preconizado (CNSM, 2009: 6), os/as profissionais da Equipa Y não a integram em regime de exclusividade ou a ela se dedicam a maior parte do tempo. Contratualmente vinculados ao Centro Hospitalar, os/as profissionais têm, na verdade, de repartir o seu tempo entre a Equipa Y e esse Centro, o que impõe grandes limites tanto ao nível da capacidade de resposta como ao nível do suposto carácter multidisciplinar da Equipa. Ainda relacionada com a ausência de autonomia, outra problemática com a qual a Equipa se confronta é a falta de um espaço próprio para o desenvolvimento das suas atividades e projetos. Desprovida de condições financeiras que lhe permitam possuir o seu próprio espaço, a Equipa Y encontra-se sediada em instalações que pertencem a um Centro de Saúde. Não se traduzindo essa proximidade física numa efetiva integração nesse contexto – pela lógica dualista (cartesiana) que rege a relação entre ambos os serviços (Centro de Saúde e Equipa Y) –, a dependência logística face ao mesmo não é, como se viu, favorecedora do pleno desenvolvimento das atividades da Equipa Comunitária.

A todas essas limitações decorrentes de dinâmicas organizacionais baseadas em lógicas de sujeição e dependência, a Equipa Y vê acrescer um outro tipo de constrangimento: a enorme carência, na sua área sociogeográfica de atuação, de respostas/equipamentos sociais especificamente desenhados e dirigidos à saúde mental.

Temos, portanto, por um lado, um conjunto de constrangimentos inerentes às próprias lógicas de constituição e organização que subjazem ao funcionamento da Equipa Comunitária (lógicas subtratoras da sua autonomia e efetivo poder de decisão/ação); por outro lado, constrangimentos relacionados com a carência de respostas sociais na própria comunidade – problemática que traduz, de forma mais lata, o escasso investimento público do Estado português no campo da saúde mental. Ambos os tipos de constrangimento condicionam fortemente a capacidade de intervenção dos/as profissionais da Equipa Y, constituindo-se como forças contrárias ao pleno desenvolvimento dos ideais e propósitos de *cuidado integral* de que os/as mesmos/as se encontram manifestamente imbuídos/as.

De facto, um elemento-chave claramente diferenciador do modo de cuidar da Equipa Y reside na partilha, pelos seus vários membros, de um notório espírito de missão e compromisso com o (autêntico) cuidado na comunidade. É importante sublinhar que a presença desse elemento está longe de se associar a uma cultura institucional universal – ou seja, a um “modo de cuidar” universalmente presente na cultura das instituições portuguesas de cuidados de saúde mental, transversal a todos/os os/as profissionais –, associando-se, sim, à forma como a Equipa Y foi inicialmente formada, com base numa intencionalidade própria, projetada e colocada em prática pela coordenadora da Equipa Y. Com efeito, ao ter-lhe sido dada a possibilidade de escolher os/as profissionais que integrariam a Equipa Y, a coordenadora da mesma – uma psiquiatra, desde há muito, imbuída de um espírito de compromisso com os cuidados na comunidade – rodeou-se de profissionais com características específicas (e.g., qualidades afetuosas, empáticas, com uma visão mais holística, etc.), bem como com experiências prévias de trabalho na comunidade, o que tornou possível a edificação de uma base comum de partilha de uma mesma visão sobre a ética do cuidado e sobre a intervenção comunitária.

Como se viu, os/as profissionais da Equipa Y baseiam o seu modo de cuidar numa ideia de proximidade que vai muito além da proximidade geográfica/física; uma proximidade que assenta numa visão afetuosas, empática e compassiva, que contempla todo um conjunto de aspetos tidos (tal como problematizei no terceiro capítulo) como fundamentais à construção da *integralidade*: intersubjetividade (relação pessoa-pessoa), interdependência, acolhimento, presença afetuosas, estabelecimento de vínculos e (desejo de)

promoção de autonomia. Quando tanto se fala sobre a “falta de humanização” nos cuidados de saúde – ao ponto de o Ministério da Saúde Português ter criado, em 2019, um “Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar” e ter incentivado as instituições hospitalares do SNS a subscreverem um documento designado *Compromisso para a Humanização Hospitalar*¹⁶² –, este é um dado muito significativo que prende a nossa atenção e nos leva a perspetivar um horizonte mais amplo de esperança e possibilidades de transformação nas interações humanas que se estabelecem no campo da saúde.

No decurso do quinto capítulo, verificámos como essa dimensão do cuidado praticada pela Equipa Y se reflete, de facto, na realidade das pessoas, traduzindo-se em efeitos significativos nas respetivas trajetórias de vida. Chamo particularmente a atenção para os casos observados no âmbito das visitas domiciliárias. Ainda que dispondo de pouquíssimos recursos organizacionais para fazer face às complexas situações em causa, a Equipa Y tem vindo a gerar mudanças nas vidas de muitas dessas pessoas, conseguindo, designadamente, desviá-las do circuito hospitalar/institucional (evitando internamentos temporários e institucionalizações permanentes) e contribuindo, muito significativamente, para uma maior e mais plena inclusão na comunidade (com uma clara diminuição do estigma e do rótulo de “perigosidade”). Flexibilidade, capacidade de estabelecer redes/sinergias com agentes locais, capacidade adaptativa e criativa são alguns dos componentes que os/as profissionais da Equipa Y colocam em prática para fazer face aos inúmeros obstáculos, insuficiências e lacunas com que se defrontam diariamente. A par da dimensão ética do cuidado (de que falei antes), tais componentes/capacidades revelam-se verdadeiras potências de intervenção, que explicam, em grande medida, como é possível fazer tanto (como se alcançam resultados tão significativos) com tão poucos recursos materiais/organizacionais.

A análise mostra-nos, no entanto, como as potencialidades de intervenção da Equipa Y – baseadas num forte compromisso com as pessoas – não bastam para suprir as enormes lacunas e debilidades que se verificam no campo dos recursos organizacionais. Ao nível da interação humana (nível *micro*) é notória a forma como a Equipa Y se rege por uma visão de carácter *integral*, estando longe de encarar a intervenção comunitária como um simples “penso para uma ferida” (Perdigão, 2003, p. 491). No entanto, ao nível dos meios e recursos organizacionais (nível *meso*), disponíveis para a sua intervenção, o que se percebe é a persistência de um modelo reducionista, mormente direcionado para responder a

¹⁶² Este movimento foi inaugurado em setembro de 2019, sob a tutela da Ministra da Saúde Marta Temido. Mais informações disponíveis através do link: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/04/compromisso-para-a-humanizacao-hospitalar/>.

sintomas (não a causas) tornados inteligíveis por uma única disciplina, a psiquiatria. Por outras palavras, ao privilegiar um modo de cuidar de efetiva proximidade (de autêntico cuidado), a Equipa Y consegue, em grande medida, identificar as necessidades amplas e singulares das pessoas que acompanha; todavia, dada a escassez ou até completa ausência de determinado tipo de recursos, não dispõe das necessárias condições para responder de forma plena a essas mesmas necessidades, não conseguindo, assim, evitar a biomedicalização e a (re)produção de situações de enorme vulnerabilidade social. Não obstante a sua vincada orientação para a ética do cuidado, a Equipa Y vê-se, na realidade, desprovida de condições para a sua plena concretização.

A *ética do cuidado* – que, como vimos, corresponde à maior expressão da *integralidade* nos encontros humanos em saúde (Pinheiro, 2007) – pressupõe, necessariamente, a integração de duas dimensões que, tradicionalmente, têm sido encaradas como dicotómicas: a dimensão do *cuidado* e a dimensão da *justiça* (Tronto, 1993; Tong, 1998). Essa (ilusória) separação tem assentado na ideia de “que o cuidado é particular, a justiça universal; que o cuidado se baseia na compaixão, a justiça na racionalidade” (Tronto, 1993, p. 166). O *cuidado* tem sido associado à dimensão subjetiva/qualitativa – na qual a interdependência, a compaixão e a alteridade (com a passagem de um “eu” para um “nós”) figuram como critérios éticos –, enquanto a *justiça* tem sido associada à dimensão objetiva/quantitativa, relacionada com a equidade e a universalidade de direitos no acesso a recursos/equipamentos objetivos e mensuráveis (Tronto, 1993; Tong, 1998; Zoboli, 2007). Acontece que a *ética do cuidado* só se torna efetivamente possível quando ambas as dimensões caminham lado a lado, de forma integrada (Zoboli, 2007). Quando separadas, cada uma das dimensões torna-se incompleta e incapaz de produzir *cuidado integral* (Tronto, 1993; Tong, 1998; Zoboli, 2007). Ora, esta reflexão teórica (devidamente problematizada e aprofundada no terceiro capítulo) adequa-se, precisamente, ao cenário que acabei de apresentar relativamente à Equipa Y.

Apesar das limitações que, inevitavelmente, acabam por caracterizar o modo de cuidar dos/as profissionais da Equipa Y, é de suma importância realçar o quanto a presença afetuosa, empática e compassiva, que envolve a sua intervenção, se revela um elemento verdadeiramente contra-hegemónico, em contracorrente a toda uma herança hospitalar/biomédica. E este será, certamente, um dos pontos mais importantes a reter quanto ao potencial contributivo das práticas da Equipa Y na construção de um novo modelo de cuidados dirigidos ao sofrimento mental. Num contexto racionalista/cientificista como aquele em que vivemos, em que a dimensão objetiva do saber/tecnicismo tende a ser

extraordinariamente mais valorizada do que a dimensão subjetiva do sentir/cuidar, práticas como as que são protagonizadas pela Equipa Y oferecem-nos a ratificação da elevada importância do *amor* no ato de cuidar – sim, referi *amor*, esse termo que praticamente não se lê (como se não existisse) em escritos académicos sobre cuidados formais de saúde.

Em termos mais latos, o desafio será, então, em grande medida, o de se caminhar no sentido da universalização dessa dimensão do ato de cuidar (enquanto prática verdadeiramente acolhedora, afetuosa e compassiva) ao nível dos cuidados formais de saúde, prescindindo-se da ideia de que a mesma apenas diz respeito ao domínio particular (em geral, ao feminino e aos cuidados informais) e que nada tem a ver com uma questão de direitos e de justiça. Não creio, todavia, que a construção dessa mudança se faça através de “decretos” ou através da assinatura de documentos protocolares, como o já citado “Compromisso para a Humanização Hospitalar”. Aquando da reflexão anterior, encetada um pouco atrás, a respeito da urgência de caminharmos para uma “sociedade cuidadora”, referi a importância da mudança de paradigma na própria educação, defendendo a ideia da promoção de um modelo que, desde muito cedo, leve ao cultivo de sentimentos de interdependência, empatia, compaixão e sentido de responsabilidade pelo cuidado do “todo”. Certamente esse será um dos grandes pilares para uma verdadeira transformação nas práticas profissionais de saúde. Não deixando de se pensar na urgência dessas mudanças mais estruturais, a aplicar desde os níveis mais precoces da educação (cujos impactos só se tornarão visíveis a muito longo prazo), faz-se necessária uma profunda mudança no modelo de educação de nível superior/universitário, diretamente ligado à formação de profissionais de saúde. Uma mudança, enfim, que valorize verdadeiramente as experiências práticas (“vivas”) de contacto humano, promotoras de relações de interdependência e de autêntico cuidado. Bem a propósito, vale a pena redirecionarmos o olhar para um excerto da entrevista realizada com a coordenadora da Equipa Y (reproduzido na pág. 203), onde ela refere que foi mergulhando na realidade das pessoas, contactando de forma contínua com as mesmas, com as suas histórias e com as suas narrativas, que os/as profissionais da Equipa Y foram conseguindo aprofundar a sua capacidade empática, bem como a sua visão holística. Evidenciando o carácter dinâmico, dialético e dialógico do ato de cuidar, em linha com as reflexões de vários/as autores/as (Tronto, 1993; Watson, 1999; Boff, 2005; Heidegger, 2005), a entrevistada dá-nos, no fundo, uma importante pista sobre o ideal de formação de profissionais de saúde no sentido da universalização do *cuidado* (do autêntico *cuidado*) nos serviços formais de saúde: uma formação que, para além de conhecimentos técnicos/objetivos, valorize, na prática, as relações intersubjetivas e dialógicas entre quem,

num determinado momento, precisa de cuidado e quem, num determinado momento, se encontra na posição de o promover.

Entramos no quarto e último nível de considerações sobre a pesquisa, onde a proposta é, essencialmente, a de refletirmos sobre os casos de pessoas com *experiências vividas* de sofrimento mental que foram além da racionalidade biomédica e de respostas oferecidas no âmbito de serviços públicos de saúde. Que contributos nos trazem esses casos para uma reflexão mais profunda sobre as (im)possibilidades de construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados*? Que contributos nos trazem, ainda, a esse mesmo respeito, os casos das pessoas que, por razões de ordem diversa, não foram além da racionalidade biomédica e de formas de cuidado oferecidas no âmbito do SNS?

Relembrando, na sequência da problematização teórica realizada no terceiro capítulo, sustentou-se que a construção de um (novo) modelo de cuidados que se pautar pelo *ideal ético-político da integralidade* só se torna verdadeiramente possível na medida em que se esvazie o poder hegemónico da racionalidade biomédica/científica e se passe a reconhecer, dialogicamente, a presença de outros protagonistas e de outras abordagens/práticas terapêuticas, que, por via da hegemonização científica, foram (e continuam a ser) subalternizados, invisibilizados ou até mesmo deslegitimados enquanto agentes terapêuticos válidos. A promoção de uma *ecologia de cuidados* – com uma efetiva cultura de cooperação e diálogo entre diferentes protagonistas e entre diferentes epistemologias/práticas de cuidado – representa, ademais, um princípio ético e democrático, que, imperativamente, se faz necessário num sistema que privilegie a autonomia das pessoas (Pinheiro & Luz, 2007) e o seu pleno exercício de *cidadania no cuidado* (Pinheiro *et al.*, 2011). A construção de uma estratégia pública de oferta de diferentes abordagens/práticas terapêuticas corresponde, enfim, a uma forma de garantir a universalização de direitos de acesso a cuidados de saúde (Pinheiro & Luz, 2007), em linha com as recomendações da própria OMS (WHO, 1984, 1986).

Ora, ao nível do contexto português, é sabido como essa visão aberta e verdadeiramente democrática – orientada para uma *ecologia de cuidados* – não comparece no SNS, já que o mesmo ainda restringe o leque de opções terapêuticas ao modelo convencional, eminentemente biomédico. No âmbito do presente estudo, foi possível atestar essa realidade, quer ao nível de serviços hospitalares (veja-se o caso emblemático da tentativa falhada de introdução de Yoga), quer ao nível da própria Equipa Y. Com efeito, apesar da hegemonia biomédica ter sido verificada mais ostensivamente no âmbito de

serviços hospitalares, a mesma também se fez notar no âmbito da Equipa Y (não obstante a sua vincada orientação para a *ética do cuidado*). Como vimos, pese embora um olhar respeitoso, afetuoso e dignificante sobre as necessidades da pessoa (para lá da “doença”), a Equipa Y não deixa de se situar dentro dos limites da racionalidade biomédica (ainda que com relativa distância do seu âmago), operando no “teatro nosológico” (Foucault, 1999) da patologização psiquiátrica e daquilo que Foucault (1999) designa por *biopoder* – lembre-se, a título de exemplo, a forma como a *experiência de audição de vozes*, de acordo com os testemunhos de vários/as utentes da Equipa Y (participantes do *Grupo B*), é invariavelmente enquadrada num diagnóstico psiquiátrico (em geral, a esquizofrenia), não havendo lugar à ponderação de outras possíveis explicações/racionalidades. Além do mais, à semelhança do que acontece no espaço hospitalar, também no âmbito da Equipa Y se verificam grandes limitações ao diálogo entre diferentes epistemologias/práticas de cuidado. Sendo muito escasso o diálogo entre a psiquiatria e uma diversidade de saberes disciplinares já consagrados e instituídos no SNS (como a psicologia, o serviço social, a terapia familiar, a terapia ocupacional, etc.), verifica-se uma total ausência de diálogo com outro tipo de saberes/racionalidades (designadamente as que, comumente, são subsumidas aos rótulos de “não convencionais”, “tradicionais”, “complementares e alternativas”, etc.). Obviamente, estamos perante limitações que não dependem da vontade e poder de decisão da Equipa Y, mas de uma orientação de nível macro, inexistente em Portugal. De qualquer forma, considero importante não deixar de sublinhar este facto, uma vez que a Equipa Y, sendo uma ESMC, representa, no âmbito do *Plano de Restruturação dos Serviços de Saúde Mental* (CNRSSM, 2007), uma intenção política de vanguarda – ou seja, o que de mais auspicioso se pretende realizar, no nosso país, ao nível da mudança de paradigma de cuidados de saúde mental.

Atendendo ao quadro monocultural de possibilidades oferecidas no SNS, propus-me, então, perscrutar em que medida as pessoas entrevistadas (participantes dos *Grupos A, B e C*) foram além da racionalidade biomédica e das respostas (convencionais) oferecidas no âmbito de serviços públicos de saúde (serviços hospitalares e Equipa Y). Desde logo, importa realçar o tipo de impossibilidades identificadas no acesso a respostas “outras” de cuidado.

Por um lado, foram identificadas impossibilidades do foro simbólico/subjectivo que denunciam a enorme força do modelo (bio)psiquiátrico na nossa sociedade. Recordando, várias pessoas revelaram “impossibilidades de acesso” relacionadas com a ideia (internalizada) de que as suas experiências de sofrimento dizem apenas respeito à psiquiatria,

já que, segundo lhes foi dito (e acreditaram), aquilo que têm são “doenças incuráveis”, passíveis de serem atenuadas apenas com psicofármacos. Ora, estamos perante um dado que entendo como bastante indiciador do enorme peso do aparato psiquiátrico nas vidas destas pessoas e de como este foi capaz de se lhes “impor” como “regime de verdade” (Foucault, 1984). Estamos, de resto, perante um dado que considero muito significativo no que respeita à reflexão sobre as (im)possibilidades de construção de uma *ecologia de cuidados*. Ainda que de forma bastante subtil, a manifestação deste tipo de narrativa é bem reveladora da presença de obstáculos de ordem simbólica, que, sendo (re)produzidos pela própria psiquiatria, contribuem insidiosamente para a perpetuação do poder biomédico. Este elemento aponta, em última análise, para a importância de trabalhos de investigação como o que aqui se apresenta, já que, ao visibilizarem os impactos emancipatórios de epistemologias/práticas “outras” de cuidado no enfrentamento do sofrimento mental, contribuem para desmistificar a sentença/crença de “incurabilidade” veiculada pela psiquiatria, bem como a ideia de que apenas existem respostas válidas no território do modelo científico/convencional.

Por outro lado, e sem surpresa, emergiram “impossibilidades de acesso” que se relacionam diretamente com o quadro monocultural de oferta terapêutica no SNS e com a incapacidade económica de se recorrer, alternativamente, à diversidade existente no mercado de saúde privado. De facto, no âmbito da pesquisa, surgiram vários testemunhos de pessoas que, tendo tido conhecimento de exemplos de “bons resultados” com práticas terapêuticas ditas “não convencionais” (e.g., medicina tradicional chinesa, hipnoterapia, etc.), referiram que igualmente recorreriam a tais práticas se tivessem condições económicas. Tais situações mostram, nitidamente, como a ausência de oferta/comparticipação estatal desse outro campo de racionalidades terapêuticas gera fortes desigualdades de acesso, aprofundando a barreira entre quem dispõe de recursos económicos e quem se encontra em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica. Mas, obviamente, neste ponto, não estão apenas em causa dificuldades de acesso a práticas terapêuticas que envolvem custos monetários, mas também dificuldades de acesso a outro tipo de práticas – e.g., grupos de ajuda mútua, projetos artísticos, projetos de voluntariado, práticas terapêuticas de natureza espiritual, etc. –, as quais, mesmo não envolvendo custos monetários, tendem a não ser oferecidas no âmbito dos serviços públicos de saúde, nem veiculadas, no âmbito dos mesmos, como possibilidades terapêuticas, com uma respetiva orientação para recursos existentes na sociedade civil. A inexistência de uma oferta e/ou orientação/recomendação de carácter universal (como parte da política oficial de saúde) desse “outro” tipo de abordagens/práticas faz com que as

possibilidades de acesso às mesmas não sejam igualitárias, mas sim discricionárias, dependentes da presença ou ausência de determinados fatores, como, por exemplo: i) a sensibilidade que determinado/a profissional tem (ou não) para uma determinada abordagem ou como se preocupa em orientar a pessoa para determinados recursos existentes na sociedade civil (facultando-lhe informações); ii) a disponibilidade (desigualmente distribuída) de recursos no seio da própria sociedade civil (e.g., grupos de ajuda mútua, grupos de arteterapia, etc.); iii) o capital social/relacional que se possui e que permite (ou não) que, em determinado momento, se aceda a informações sobre a existência de determinadas possibilidades terapêuticas situadas para lá da racionalidade biomédica/científica (como, por exemplo, as possibilidades existentes num Centro Espírita).

Entre a totalidade de casos analisados, apenas um restrito conjunto de pessoas manifestou ter ido além da racionalidade biomédica/científica, integrando nas suas respetivas trajetórias possibilidades “outras” de cuidado – facto que, evidentemente, se associa aos condicionamentos atrás enunciados, tanto os de ordem simbólica/subjetiva quanto os de ordem objetiva. Nesse âmbito, surgiram distintas epistemologias/práticas de cuidado – saberes populares/tradicionais (“benzedeira”), Naturopatia, Yoga, Arteterapia, Grupo de Ajuda Mútua, Hipnoterapia e práticas terapêuticas espirituais/energéticas num Centro Espírita – que revelaram diferentes níveis de resposta/ação (inclusive, respostas a diferentes tipos de necessidades), bem como diferentes níveis de impactos/consequências nas respetivas trajetórias de vida. A constatação dessa diversidade de respostas/ações e diferentes níveis de consequências conduz-nos, desde logo, à corroboração da importância da edificação de uma efetiva *ecologia de cuidados*. Dito de um outro modo, revela-nos a importância da construção de um modelo de cuidados que, à luz da proposta da “ecologia de saberes” (Santos B. S., 2007, p. 27), promova um diálogo entre diferentes epistemologias/práticas terapêuticas (incluindo, obviamente, a biomédica); diálogo que, ao contribuir para a maximização dos respetivos contributos, promoverá, em última análise, condições para a prossecução do *ideal ético-político da integralidade*. De facto, cabe imaginar: o que seria se as várias epistemologias/práticas de cuidado emergentes no estudo, a par de tantas outras igualmente existentes, ao invés de agirem de forma fragmentada e separada (desligadas umas das outras) – como verificamos acontecer – se enquadrassem num modelo público de oferta de cuidados, onde, numa lógica de inter(re)conhecimento e diálogo, trabalhassem cooperativamente (e simultaneamente) no sentido de oferecer respostas às necessidades humanas multidimensionais?

Estando em causa situações de pessoas que atravessaram “pesadíssimos” processos de biomedicalização, a pesquisa mostra-nos como, ao contrário do que o pensamento científico hegemónico tem procurado fazer crer, existem reais possibilidades de enfrentamento e superação do sofrimento mental fora do âmbito da racionalidade biomédica. Em alguns casos, a mobilização de epistemologias/práticas “outras” de cuidado conduziu a um nível de *consequências* de tal forma expressivo que se chegou ao ponto de uma profunda rutura com ideias biomédicas que nos têm sido apresentadas como incontornáveis e irreversíveis: a ideia de cronicidade e incurabilidade de determinadas experiências de sofrimento mental, bem como a ideia de que, uma vez enquadrada num determinado diagnóstico psiquiátrico (por exemplo, esquizofrenia), a pessoa jamais conseguirá reduzir significativamente ou até largar totalmente a dependência de psicofármacos. Com efeito, é muito significativo que, em alguns casos, se tenha verificado uma total (ou quase total) emancipação relativamente aos psicofármacos, à psiquiatria e a todo o seu aparato, conseguindo-se ir além do (estrito) conceito de *recovery* e alcançando-se, alternativamente, aquilo que, num jogo de semântica, designei como *discovery*. Como se viu, determinadas epistemologias/práticas “outras” de cuidado, ao implicarem uma compreensão (ontológica) das necessidades humanas para lá de aspetos meramente técnicos/funcionais, permitiram às pessoas ir além da resolução das problemáticas de sofrimento, proporcionando-lhes, igualmente, a descoberta e construção de novas subjetividades, novos lugares e novos modos de se Ser e estar no mundo – que passaram, inclusive, por maiores níveis de engajamento com o social, com a assunção de uma responsabilidade pelo cuidado e transformação do coletivo. Nesses expressivos casos, verificou-se, enfim, a passagem de um “estado de sobrevivência” para um “estado de verdadeira existência”.

Finalmente, cabe realçar a vitalidade com que a dimensão espiritual emergiu na pesquisa, o que me levou a analisá-la de uma forma mais particular e mais aprofundada.

Essa vitalidade sobressai, por um lado, a um nível mais transversal (respeitante a um significativo número de pessoas entrevistadas), como uma importante prática do foro íntimo – tendencialmente associada a uma relação com “algo maior”, a uma busca de um “sentido para a vida” e a uma vivência de valores universais de compaixão e fraternidade –, referenciada como uma das mais relevantes práticas de *coping*, a ela se chegando mesmo a atribuir a razão de não se ter enveredado pelo suicídio. Sendo essa relevância desconhecida dos/as profissionais de saúde que acompanham os respetivos casos (dada a barreira que as pessoas revelam sentir entre o campo biomédico e o campo espiritual), cabe realçar como os resultados da presente pesquisa se encontram em linha com uma ampla gama de estudos

(e.g., Koenig, 2007; Pargament & Lomax, 2013) que apontam, precisamente, para a importância da integração da dimensão espiritual na formação de profissionais de saúde, com vista a que esta venha a ser adequadamente e eticamente integrada nas práticas de cuidados de saúde mental.

A vitalidade da dimensão espiritual na pesquisa sobressaiu, por outro lado, através de duas experiências terapêuticas muito significativas levadas a cabo num Centro Espírita (casos de Feliciano e de Soraia, cujos diagnósticos psiquiátricos prévios eram os de esquizofrenia). A pesquisa revelou, de facto, o quão distantes da racionalidade biomédica/científica se podem situar as respostas (efetivas) ao sofrimento mental, com níveis muito expressivos de consequências emancipatórias (tanto no que respeita à libertação da dependência biomédica quanto ao nível da reescrita das trajetórias de vida). Atendendo a um dos principais objetivos desta tese – o de contribuir para a visibilização de epistemologias/práticas de cuidado que, por via da hegemonização científica, têm vindo a ser silenciadas e deslegitimadas enquanto agentes terapêuticos válidos – e correspondendo a epistemologia espírita a um campo que desafia grandemente a compreensão da ciência (pela forma como afronta a sua racionalidade materialista), optei por dedicar-lhe um maior nível de aprofundamento. Para tal, segui o caminho socioantropológico que Rita Segato (1992) sugere a respeito da realização de estudos sobre “práticas de cura espirituais”, a saber: evitar ceder à tentação (etnocêntrica) de interpretar a vivência espiritual (com os nossos limitados quadros analíticos), optando, ao invés, por permanecer “ao lado” dos sentidos e significados das práticas e *experiências vividas*, privilegiando a descrição literal daqueles componentes que são “irredutíveis ao nosso olhar” (*ibidem*, p. 132). Seguindo essa proposta, procurei contribuir para a ampliação do conhecimento deste tipo de prática – que se inscreve no vasto campo das chamadas “curas espirituais” e também no designado “paradigma energético” (Martins, 2012) –, visibilizando não apenas a sua racionalidade, como também o seu potencial contributivo na construção de um *modelo ecológico/integral de cuidados*. Procurei, em última análise, contrariar o reinante desinvestimento académico em pesquisas sobre este tipo de práticas (Stengers, 2017; Valente *et al.*, 2019), que tem contribuído para manter a sua “marginalização continuada”, com “efeitos de crescente desconhecimento” (Valente *et al.*, 2019, p. 2), em nada favorável ao tão necessário diálogo entre diferentes racionalidades terapêuticas e à construção de uma efetiva *ecologia de cuidados*.

Momento III

E transito para o último momento das considerações finais desta tese, onde me dedico a uma brevíssima reflexão sobre algumas das possíveis limitações da pesquisa, bem como à enunciação de algumas pistas para trabalhos de investigação futuros.

Começando pelo primeiro tópico, importa, desde já, assumir que a pesquisa certamente apresentará mais condicionamentos do que aqueles que realçarei, pelo que, obviamente, a reflexão a esse respeito não se esgota nas linhas que se seguem.

Entendo que uma das possíveis limitações da pesquisa prende-se com o reduzido número de entrevistas (apenas 34) realizadas com pessoas com experiências de sofrimento mental. Evidentemente, uma pesquisa que contemple um maior número de casos permitirá descortinar outras dimensões de análise, não emergentes nesta tese, bem como aprofundar a temática da mobilização de epistemologias/práticas “outras” de cuidado, levando a uma análise mais fina sobre a mesma. Estando a pesquisa circunscrita a um reduzido conjunto de entrevistas, estou ciente das suas limitações a respeito da obtenção de um conhecimento aprofundado sobre as epistemologias/práticas “outras” identificadas, tanto ao nível de aspetos mais positivos quanto ao nível de aspetos mais negativos. Com efeito, do mesmo modo que tenho consciência da elevada possibilidade de a análise não esgotar todas as virtualidades e potencialidades inerentes a cada epistemologia/prática identificada, estou igualmente ciente do seguinte: o facto de não terem aparecido relatos negativos ou problemáticos a respeito de cada uma delas não significa que se encontrem isentas dos mesmos. Uma pesquisa que implique a análise de um maior número de casos, muito provavelmente, fará surgir, relativamente a cada epistemologia/prática identificada, aspetos críticos não sinalizados no presente trabalho. De qualquer forma, entendo que esse condicionamento não desvirtua a análise realizada. Não obstante as possíveis limitações, a pesquisa veio cumprir um dos grandes objetivos desta tese, permitindo retirar da invisibilidade um conjunto de epistemologias/práticas, protagonistas e “vozes” que, numa perspetiva de “ecologia de saberes” (Santos B. S., 2007), transportam um expressivo potencial contributivo na construção de um novo modelo de cuidados.

Uma outra possível limitação da pesquisa reside, a meu ver, na forma como se construiu a estratégia de recrutamento dos/as participantes com experiências de sofrimento mental. Relembrando, a grande maioria das pessoas (participantes dos *Grupos A e B*) foi convidada a participar a partir de contextos públicos de serviços de saúde mental (instituição hospitalar e ESMC). Centrando-se a pesquisa, em grande medida, na análise das trajetórias

de cuidado dessas pessoas, essa estratégia de recrutamento não deixou de condicionar a possibilidade de se analisar um maior número de epistemologias/práticas “outras” de cuidado. De facto, como se viu, são relativamente poucos os casos de pessoas cujas trajetórias transitam, em determinado momento, por respostas terapêuticas situadas para lá da racionalidade biomédica. A adoção de uma estratégia diferenciada, que tivesse passado pelo recrutamento direto em contextos “outros” de cuidado, teria certamente permitido alargar o espectro de análise, contemplando uma maior diversidade de racionalidades e práticas terapêuticas do que a identificada neste estudo. Acontece, porém, que a adoção dessa estratégia alternativa também teria as suas próprias limitações, não permitindo alcançar dados importantes que a presente pesquisa permitiu. Na verdade, não foi impensadamente que o convite à participação na pesquisa se fez a partir de contextos do SNS. Correspondendo esses contextos à oferta pública atualmente existente em Portugal, ponderei, desde o início, que apenas uma pesquisa realizada a partir dos mesmos me permitiria, verdadeiramente, averiguar as atuais condições para uma democraticidade e universalidade no acesso à diversidade de racionalidades terapêuticas. A opção alternativa, pela qual não enveredei, de convidar as pessoas a participar a partir de contextos “outros” de cuidado, ainda que me pudesse conduzir a uma análise mais ampla de respostas não biomédicas, muito provavelmente não me levaria – como aconteceu neste estudo – a apreender um conjunto de obstáculos e bloqueios que impossibilitam o acesso a tais respostas; ou, por outras palavras, que impossibilitam uma efetiva *cidadania no cuidado*. Recrutar pessoas a partir desses contextos poderia, na prática, ter condicionado a análise a um conjunto de casos que reúnem condições excepcionais de acesso à diversidade de racionalidades terapêuticas (ao nível de recursos simbólicos/subjetivos, ao nível de capital económico e/ou ao nível de capital social/relacional), o que não retrataria as possibilidades de acesso universal.

Mesmo a terminar, cabe, então, enunciar algumas das possíveis pistas para trabalhos de investigação futuros, suscitadas pela pesquisa realizada nesta tese.

Desde logo, entendo que a estratégia alternativa de recrutamento de participantes (não contemplada neste estudo), sobre a qual falei há pouco, poderá ser encarada como uma outra possível perspectiva de pesquisa, que possibilitará um aprofundamento do conhecimento sobre a diversidade de epistemologias/práticas de cuidado mobilizadas por pessoas com experiências de sofrimento mental.

Entendo, ainda, como bastante relevante e prioritária a realização de estudos que se dediquem, especificamente, ao tema da formação de profissionais de saúde. Neste ponto, realço a grande pertinência de pesquisas que verdadeiramente se aprofundem no

conhecimento e construção de pedagogias e práticas educacionais/formativas orientadas para a *ética do cuidado* e, em última análise, para a edificação de um *modelo ecológico/integral* de cuidados de saúde.

Finalmente, uma outra possível proposta de trabalho, suscitada pelos resultados desta tese – e, desta feita, aquela que mais me é cara e relativamente à qual acalento o desejo de prossecução de trabalho futuro –, é a de uma investigação com contornos de *investigação-ação*, que, no mesmo passo em que aprofunde o conhecimento das condições para a construção de um *modelo de cuidados ecológico/integral*, promova, ela mesma, o diálogo entre uma diversidade de protagonistas sociais (incluindo pessoas com experiências de sofrimento mental) e entre uma diversidade de epistemologias/práticas de cuidado (incluindo, obviamente, a biomédica). Um diálogo a ser promovido através da aplicação de metodologias participativas e efetivamente dialógicas, favorecedoras da edificação de uma cultura de comunicação autêntica e de uma reflexividade (despojada de pretensos privilégios) que contribua para a construção de um inter(re)conhecimento epistémico.

Referências Bibliográficas

- Abraham, J. & Graham, L. (2002). Citizenship, medical expertise and the capitalist regulatory state in Europe. *Sociology*, 36(I), 67-88. <https://doi.org/10.1177/0038038502036001004>
- Achterberg, J. (1996). *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus.
- Aguiar, M. P. (2015). Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. *Mnemosine*, 11(1), 227–57. Obtido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41616>
- Albrecht, G., Freeman, S. & Higginbotham, N. (1998). Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 55–92. [10.1023/a:1005328821675](https://doi.org/10.1023/a:1005328821675)
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J, Svab, I., Ram, P. & Evans, P. (2005). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/ Medicina Geral e Familiar). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(5), 511-516. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i5.10170>
- Almeder, R. (2013). Objeções materialistas contra o dualismo cartesiano. *Revista Psiquiatria Clinica*, 40(4), 150-6. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400005>
- Almeida, D. (2018). “*Nós aqui cura com benzedura e raiz de pau*”. *Experiências de cura a partir da cultura popular brasileira e portuguesa (século XX)*. Tese de Doutorado em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida. Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz – Rio de Janeiro) e Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Almeida, S. & Pinheiro, R. (2010). A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. In Pinheiro, R. & Silva Júnior, A. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora* (pp. 251-290). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO. Obtido de <https://lappis.org.br/site/por-uma-sociedade-cuidadora/4545>
- Alves, D. S. & Guljor A. P. (2006). O cuidado em saúde mental. In Pinheiro R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 223-242). Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO.
- Alves, F. (1998). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. Tese de Mestrado em Serviço Social e Política Social. Porto: ISSSP.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Afrontamento.
- Alves, F. (2013). Lidar com a doença mental: os sistemas de cuidados e os itinerários. In Alves, F. (Ed.), *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica* (pp. 219-236). Lisboa: Pactor.

- Alves, F. (2015). Comentário: racionalidades leigas e produção local de saberes em saúde. In Carapinheiro, G. & Correia, T. (Eds.), *Novos temas de saúde, novas questões sociais* (pp. 113-128). Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Alves, F. & Nicolau K. W. (2017). Racionalidades Leigas e Governação Da Saúde Mental em Portugal. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(63), 799-810. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0877>
- Alves, J. (2016). *Cuidar e ser cuidado. Uma análise do cuidado quotidiano, permanente e de longa duração*. Tese de doutoramento em Sociologia. Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/32364>
- Alves, P. C., Rabelo, M. C. & Souza, M. I. (1999). Introdução. In Rabelo M., Alves, P. C. & Souza, I. (Eds.), *Experiência de Doença e Narrativa* (pp.11-39). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.
- Amarante, P. & Torre, E. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e rutura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface*, 21(63), 763-774. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>
- Anderson, M. & Rodrigues, R. (2017). O Paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 15(3), 242–52. Obtido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29450>
- Andrade, J. T. & Costa, L. F. (2010). A Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde e Sociedade*, 19 (3), 497-508. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>
- Angell, M. (2010). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record.
- Atkinson, R. (2002). The Life Story Interview. In Gubrium, J. & Holstein, J. (Eds.). *The Handbook of Interview Research: Context and Method* (pp. 121-141). London: Sage.
- Augusto, A. (2015). Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida. In Carapinheiro, G. & Correia, T. (Eds.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (pp. 83-96). Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Augusto, A. (2020). A multidimensionalidade da saúde e da doença e a (sempre renovada) pertinência do olhar sociológico. In Quartilho, M. J. R. (Ed.), *Psiquiatria social e cultural. Diálogos e convergência* (pp. 459-478). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Ayres, J. R. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- Ayres, J. R. (2007). Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.),

Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

- Ayres, J. R. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 11–23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
- Ayres, L. (2008). Thematic coding and analysis. In Given, L. M., *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Bachrach, L. (1976). *Deinstitutionalization: an analytical review and sociological review*. Rockville M.D: National Institute of Mental Health.
- Bachrach L. (1988). Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. *Hosp Community Psych*, 39(4), 383–8. <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.383>
- Bakx, K. (1991). The ‘Eclipse’ of Folk Medicine in Western Society. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 20–38. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340307>
- Balint, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi.
- Barbosa, D. R. & Souza, M. P. (2008). Ética na pesquisa qualitativa: reflexões sobre privacidade, anonimato e confidencialidade. In Guerriero, S. & Zicker, F. (Eds.), *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 237-249). São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67–84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Bastos, C. (1997). A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência. *Análise Social*, 32(140), 75-111. Obtido de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221840737T0gOI1vv8Os93EO7.pdf>
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, ação: as respostas à sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bastos, C. & Levy, T. (1987). Aspirinas, Palavras e Cruzes: práticas médicas vistas pela antropologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 221-232.
- Bechelli, L. P. (2003). Antipsicóticos de Ação Prolongada no Tratamento de Manutenção da Esquizofrenia: Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 11(3), 341–49. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400014>
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. Londres: Sage.
- Bell, S. & Figert, A. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Soc Sci Med*, 75(5), 775-83. [10.1016/j.socscimed.2012.04.002](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002)

- Bender, C. (2010). *The new metaphysicals: spirituality and the American religious imagination*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Bindman, J. P. (2008). Coercion and compulsion in crisis resolution teams. In Johnson, S. *et al.* (Eds.), *Crisis resolution and home treatment in mental health* (pp. 223-232). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bivins, R. (1997). The body in balance. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (pp. 94-117). New York: Marlowe & Company.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petropolis: Vozes.
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão social*, 1(1), 28-35. Obtido de <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>
- Bonet, O. (1999). Saber e Sentir. Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 123–50. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311999000100006>
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: a grounded theory study on women and shame. *Families in Society*, 87(1), 43-52. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3483>
- Brown, B. (2019). *A coragem de ser imperfeito*. Amadora: Nascente.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: a reply. *Psychological Medicine*, 8(4), 577-588. <https://doi.org/10.1017/S0033291700018791>
- Burns, T. & Flam H. (2000). *Sistemas de Regras Sociais – Teoria e Aplicações*. Oeiras: Celta.
- Cacciatore, J. & Frances, A. (2022). DSM-5-TR turns normal grief into a mental disorder. *The Lancet Psychiatry*, 9, 32. Obtido de [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(22\)00150-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(22)00150-X.pdf)
- Caldas-de-Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldas-de-Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, UNL. Obtido de https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Camargo Jr., K. (1992). (Ir)Racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2(1), 203–30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311992000100008>
- Camargo Jr., K. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 177-201. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>
- Camargo Jr., K. (2007). Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO.

- Camargo, Jr., K. (2008). Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC/ABRASCO.
- Camargo Jr., K., Matta, G., Almeida, E. & Guedes, C. R (1998). Psicologia médica: um trajeto teórico e institucional. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 192, 3-14. Obtido de: <https://anpocs.com/index.php/encontros/papers/22-encontro-anual-da-anpocs/gt-20/gt11-5/5125-kcamargojr-psicologia/file>
- Canguilhem, G. (1977). *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70.
- Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária.
- Cant, S. & Sharma U. (1996). Introduction. In Cant, S. & Sharma U. (Eds.). *Complementary and alternative medicines: knowledge in practice* (pp. 1-24). London: Free Association.
- Cant, S. & Sharma, U. (1999). *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: Routledge.
- Caponi, S. (2012). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 9(2), 101-22. <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>
- Capra, F. (1982) *Ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Capra, F. (2009). *O Tao da Física*. Lisboa: Editorial Presença
- Carapinheiro, G. (2010). Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica. *Alicerces*. III(3), 57-64. Obtido de <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/580>
- Carapinheiro, G. & Correia, T. (Eds.) (2015). *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Carapinheiro, G. & Hespanha, M. J. (1997). *Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica (Relatório final de pesquisa)*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Catão, M. (2011). *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*. Campina Grande: EDUEPB.
- Ceratti, C. (2018). *Naturopatia/naturopatia no pórtico das racionalidades médicas: uma perspectiva de legitimação a partir da educação superior no Brasil e no mundo*. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Obtido de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180535>

- Cerqueira, M. (2009). *Serviço médico na periferia (1975-1982): Portugal desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?*. Tese de Mestrado. Lisboa: ISCTE. Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2017>
- Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J. & Fishman, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Clemente, M. (2011). *Yoga e vigor: corporeidade pluridimensional e as novas práticas em saúde*. Tese de Doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Obtido de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17729>
- CNE – Conselho Nacional de Educação (2022). *Estado da Educação 2021*. Lisboa: CNE. Obtido de <https://www.cnedu.pt/pt/noticias/cne/1874-estado-da-educacao-2021>
- CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório – Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016*. Obtido de <http://www.fnerdm.pt/wpcontent/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf>
- CNS – Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. Obtido de <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária*. Disponível em <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/consenso-equipas-saude-mental.pdf>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cooper, D. (1972). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R. & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice, *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 285–294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Costa, A. M. & Lionço T. (2006). Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 47–55. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200006>
- Costa, D. (2017). *O touro que nos puseram na arena. Ou: o desdobrar das fronteiras nos interstícios da palavra. Gaguetz, ciência e Comunidades de Responsabilidades*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Coimbra.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*. 10(3), 365-88. [10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY](https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY)

- Cruz, A. (2007). Metáforas que constroem, metáforas que destroem: a biomedicina como vocabulário social. *O Cabo dos Trabalhos*, 2, 1-33. Obtido de https://cabodost TRABALHOS.ces.uc.pt/n2/documentos/2006_alice_cruz_metaforas_constroem_metaforas.pdf
- Cruz, A. (2011). Pode a testemunha modesta falar? A biomedicina em trânsito paradigmático. *Physis*, 4(21), 1331-1354. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400010>
- Cruz, A. (2013). *Uma cura controversa: a promessa biomédica para a lepra em difração entre Portugal e Brasil*. Tese de Doutoramento em Pós-Colonialismos e Cidadania Global. Universidade de Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/23631>
- CTARSM – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Cule, J. (1997). The history of medicine. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (pp. 12-41). New York: Marlowe & Company.
- Curtis, P. & Gaylord, S. (2004). Concepts of healing & models of care. In Gaylord, S.; Norton, S. & Curtis, P. (Eds.), *The Convergence of Complementary, Alternative & Conventional Health Care: Educational Resources for Health Professionals*. University of North Carolina. Chapel Hill.
- Dalai Lama (2010). *Dalai Lama: Autobiografia Espiritual*. Alfragide: Asa
- Dally, A. (1997). The development of western medical science. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (pp. 42-67). New York: Marlowe & Company.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-américa.
- De la Taille, Y. (2008). Ética em pesquisa com seres humanos: dignidade e liberdade. In Guerriero, I, Schmidt, M. L. & Zicker, F. (Eds.), *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 268- 279). São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Diário da República (1979). Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, Diário da República, série I – 15 de setembro de 1979. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Douglas, M. (1991). *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70.
- Dubet, F. (1994). *Sociologia da Experiência*. Lisboa: Piaget.
- Ehrenberg, A. (2010). *The Weariness of the Self: Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age*. Quebec: McGill-Queen's University Press.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- Fanu, J. L. (2002). *The rise and fall of modern medicine*. New York: Carroll & Graf Publishers.
- Fernandes, L., Basílio, N., Figueira, S. & Nunes, J. M. (2017). Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – Obstáculos e expectativas percebidos pelos médicos de família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 797–805. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33212016>
- Ferrazza, D. (2013). *A psiquiatrização da existência: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade Estadual Paulista. Obtido de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/105617>
- Fiore, G., Bertani, D., Marchi, M., Cardoso, G. & Galeazzi, G. (2021). Patient subjective experience of treatment with long-acting injectable antipsychotics: a systematic review of qualitative studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(1), 68-77. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000311>.
- Foucault, M. (1977a). *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1977b). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: selected interviews & other writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In Motta, M. B. (Ed.). *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005a). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2005b). *A História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico: Curso en el College de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, D. (2003). *Aspetos psiquiátricos e espirituais nos transtornos emocionais*. Salvador: Livraria Espírita Alvorada Editora.
- Franco, D. (2010). *Entrega-te a Deus (pelo Espírito Joanna de Ângelis)*. Catanduva, SP: InterVidas.
- Franco, D. (2017). *Refletindo a Alma. A Psicologia Espírita de Joana de Ângelis*. Amadora: Federação Espírita Portuguesa.
- Franco, L. (2010). *O processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares: o caso da acupuntura em Portugal*. Tese de Doutorado em

Sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Obtido de <https://run.unl.pt/handle/10362/5558>

- Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria*. Editora FIOCRUZ. Obtido de <https://doi.org/10.7476/9788575415788>
- Frohock, F. (2002). Moving lines and variable criteria: differences/connections between allopathic and alternative medicine. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Thousand Oaks, 583, 214-232. <https://doi.org/10.1177/000271620258300114>
- Frois, C. (2008). *A Sociedade Anónima. Identidade, transformação e anonimato nas Associações de 12 Passos*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. Obtido de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/323>
- Fukuyama, F. (2002). *O nosso futuro pós-humano: consequências da revolução biotecnológica*. Lisboa: Quetzal.
- Gaines, D. & Davis-Floyd, R. (2004). Biomedicine. In Ember, C. & Ember, M. (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 95–108). Volume 1. New York: Plenum Publisher.
- Garland-Thomson, R. (2001). *Re-shaping, re-thinking, re-defining: feminist disability studies*. Washington: Center for women policy studies.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gerhardt, T. E. *et al.* (2010). Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In Pinheiro, R. & Silva Júnior, A. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO. Obtido de <https://lappis.org.br/site/por-uma-sociedade-cuidadora/4545>
- Gerhardt, T. E., Pinheiro, R., Ruiz, F. & Silva Júnior, A. (Eds.) (2016). *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO. Obtido de <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>
- Giumbelli, E. & Toniol, R. (2017). What is Spirituality for? New relations between Religion, Health and Public Spaces. In Blanes, R., Mapril, J. & Giumbelli, E. (Eds.), *Secularisms in a Postsecular Age?: Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective* (pp. 147-167). Palgrave Macmillan, Cham.
- Giust, A. (2005). *Entrevista*. In Michel-Barus, J.; Enriquez, E. & Lévy, A. (Eds.), *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Goffman, E. (1975). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

- Gomes, C. & Meneses, M. P. (2011). História e colonialismo: por uma inter-historicidade. *À traduire, Recueil Alexandries*. Dezembro. Obtido de <http://reseau-terra.eu/article1223.html>
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, M-J. & Good, B. J. (1989). Disabling Practitioners. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 303-309. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01663.x>
- Grof, C. & Grof, S. (1990). *A Tempestuosa busca do ser: Um Guia para o Crescimento Pessoal Através da Crise de Transformação*. São Paulo, Editora Cultrix.
- Guedes, C. R. (2003). A Psicologia Médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso. *Psicologia & Sociedade*. 15(1), 161–181. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100009>
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I. & Camargo Jr., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11(4), 1093–1103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>
- Habermas, J. (2006). *O futuro da natureza humana: a caminho de uma eugenia liberal?*. Coimbra: Almedina.
- Hahn, R. & Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12(117), 305–33.
- Haraway, D. (2000). Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In Haraway, D., Kunzru, H. & Silva, T. (Eds.), *Antropologia do ciborgue* (pp. 33-118). Belo Horizonte: Autêntica.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo. Parte I*. Petrópolis: Vozes.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- Hespanha, P. (1999). Em torno do papel providencial da sociedade civil portuguesa. *Cadernos de Política Social*, 1, 15-42.
- Hespanha, P. (2001). Mal-estar e risco social num mundo globalizado: novos problemas e novos desafios para a teoria social. In Santos, B. S. (Ed.), *Globalização, Fatalidade ou Utopia?* (pp. 163-196). Porto: Afrontamento.
- Hespanha, P. (Ed.) (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de proteção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M. & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.

- Hespanha, P. & Portugal, S. (2015). Welfare Cuts and insecurity under the rule of austerity: the impact of the crisis on Portuguese Social Services. *Oñati Socio-legal Series*, 5(4), 1110-1132. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/41950>
- Hildebrand, N. A., Celeri, E. H., Morcillo, A. & Zanollo, M. L. (2015). “Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 28(2), 213-221. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528201>.
- Holmes, B. (2013). Disturbing Connections: Sympathetic Affections, Mental Disorder, and the Elusive Soul in Galen. In Harris, W. V. (Ed.). *Mental Disorders in the Classical World* (147-176). Leiden: Brill.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago e Londres: The University of Chicago Press.
- Hufford, D. J. (2005). An Analysis of the Field of Spirituality, Religion, and Health. *Metanexus Salus*, 17. Obtido de <https://metanexus.net/analysis-field-spirituality-religion-and-health-david-j-hufford/>
- Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Illich, I. (1977). *Limites para a Medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa.
- Jackson, M. (1996). Introduction. Phenomenology, radical empiricism, and anthropological critique. In Jackson, M. (Ed.). *Things as They Are: new directions in phenomenology anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.
- Jambrina, J. J. & Carnicero, E. P. (2007). Tratamiento Asertivo Comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatria*, 70(2), 77–82.
- Jones, N., Kahn, M. & Macdonald, J. (1963). Psychiatric patients views of mental illness, Hospitalization and Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 82-87. [10.1097/00005053-196301000-00010](https://doi.org/10.1097/00005053-196301000-00010)
- Kardec, A. (2010). *Livro dos Espíritos*. Algés: Verdade e Luz.
- Kardec, A. (2012). *O livro dos médiuns*. São Paulo: Mundo Maior Editora.
- Kaufmann J.-C. (2007). *L'entretien Compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In Lock, M. & Gordon, D. (Eds.). *Biomedicine examined* (pp. 57-93). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Kirmayer, L. J. & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*, 45, 438-46. [10.1177/070674370004500503](https://doi.org/10.1177/070674370004500503)
- Kittay, E. (1999). *Love's Labor: Essays in Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. Nova York: Basic Books.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 4(1), 140-149. <https://doi.org/10.1176/foc.4.1.140>
- Koenig H. G. (2007). *Spirituality in Patient Care: Why, how, when, and what*. London: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. [10.5402/2012/278730](https://doi.org/10.5402/2012/278730)
- Kopenawa, D. & Albert, B. (2015). *A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2020). *A vida não é útil*. Lisboa: Objectiva.
- Krippner, S. (2007). Os primeiros curadores da humanidade: abordagens Psicológicas e psiquiátricas sobre Os Xamãs e o Xamanismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34(1), 17–24. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700004>
- Lahire, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual. *Sociologia Problemas e Práticas*, 49, 11-42. Obtido de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/200/1/SOCIOLOGIA49_cap01.pdf
- Laing, R. (1973). *O Eu dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lake, J. (2007). Emerging Paradigms in Medicine: Implications for the Future of Psychiatry. *Explore: The Journal of Science and Healing* 3(5), 467–77. [10.1016/j.explore.2007.06.003](https://doi.org/10.1016/j.explore.2007.06.003)
- Lamb, R. & Bachrach, L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8), 1039-1043. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1039>
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Lavery, S. (Ed.) (1997). *Enciclopédia familiar da Saúde. Guia Completo das Medicinas Alternativas*. Alfragide: Ediclube.
- Law, J. (1994). *Organizing Modernity*. Oxford: Blackwell.
- Law, J. (2004). *After Method: Mess in social science research*. London: Routledge.
- Le Breton, D. (2002). *Antropologia del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Lerner, P. (1997). Healing and the mind. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (pp. 144-167). New York: Marlowe & Company.
- Leslie, C. (1976). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. London: University of California Press.
- Levin, J. (2008). Esoteric Healing Traditions: A Conceptual Overview. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 4(2), 101–112. [10.1016/j.explore.2007.12.003](https://doi.org/10.1016/j.explore.2007.12.003)
- Lewgoy, B. (2008). A Transnacionalização do Espiritismo Kardecista Brasileiro: uma discussão inicial. *Religião & Sociedade*. 28(1), 84–104. <https://doi.org/10.1590/S0100-85872008000100005>
- Lobo, E. (1995). *A doença e a cura. Recorrência à bruxaria na procura de saúde*. Santa Maria da Feira: Estratégias Criativas.
- Lock, M. & Nguyen, V. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Longden, E., Corstens, D. & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: the work of Intervoice and the hearing voices movement. In Coles, S., Keenan, S., & Diamond, B. (Eds.). *Madness contested: power and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Lopes, N. (2010). Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico. In Lopes, N. (Ed.), *Medicamentos e pluralismo terapêutico: práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 19-85). Porto: Afrontamento.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H., Pegado & E., Rodrigues, C. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde & Tecnologia*, (8), 5-17. Obtido de <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/1981>
- Luz, M. (2014). *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Luz, M. (1997). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 7 (15), 145-176. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>
- Luz, M. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise Socio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. 18(2), 304–11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
- Lyotard, J. F. (2003). *A condição pós-moderna*. Lisboa: Gradiva.
- Maia, H., Vasques, M., Vieira, J., Reto, F. & Lourenço, V. (2002). *Manual de Ajuda Mútua*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Marcum, J. A (2008). Reflections on Humanizing Biomedicine. *Perspectives in Biology and Medicine*. 51(3), 392-405. [10.1353/pbm.0.0023](https://doi.org/10.1353/pbm.0.0023)

- Marques, T. P. (2011). Religião e anticlericalismo no nascimento da psiquiatria moderna (Portugal e França, c. 1870- c. 1920). In Franco Savarino and Yves Solís (Eds.), *El anticlericalismo en Europa y América Latina* (pp. 289-351). *Una visión transatlántica*. Cidade do México: ENAH/CEHR. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22061/1/El_ant clericalismo-289-351.pdf
- Marques, T. P. (2013). Uma frágil camada de Razão. A clínica das paixões religiosas em França e Portugal. (C. 1830-c.1910). In Marques, T. P. (Ed.), *Experiências à deriva. Paixões religiosas e psiquiatria na Europa (séculos XV a XXI)* (pp. 171-216). Lisboa: Cavalo de Ferro.
- Marques, T. P. (2017). The Policy Gap. Global Mental Health in a Semi-Peripheral Country (Portugal, 1998-2016). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63). <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0861>
- Martins, P. H. (2012). As outras medicinas e o paradigma energético. In Luz, M. & Barros, N. (Eds.), *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS.
- Maté, G. (2022a). *Quando o corpo diz não*. Porto: Porto Editora.
- Maté, G. (2022b). *The myth of normal. Trauma, illness, and healing in a toxic culture*. London: Penguin Publishing Group.
- Mattos, R. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 43-68). Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO.
- Mayerhoff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper & Row.
- Melo, M. (2013). (Re)pensar a violência escolar à luz das estratégias de intervenção em territórios de intervenção prioritária. In Vieira, M., Rezende, J., Nogueira, M., Dayrell, J., Martins, A. & Calha, A. (Eds.), *Habitar a escola e as suas margens: geografia plurais em confronto* (pp. 157-169). Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. Obtido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002
- Meneses, M. P. (2008). Epistemologias do Sul. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, 5-10. <https://doi.org/10.4000/rccs.689>
- Merchant, C. (1980). *The death of nature*. Nova York: Harper & Row.
- Merchant, C. (2006). The Scientific Revolution and the Death of Nature. *Isis*. 97(3), 513-533. <https://doi.org/10.1086/508090>
- Mignolo, W. D. (2003). Os esplendores e as misérias da ciência: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluriversalidade epistémica. In Santos, B. S. (Ed.), *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado* (pp. 667-709). Porto: Afrontamento.

- Mignolo, W. D. (2005). A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. In Lander, E. (Ed.), *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspetivas latino-americanas* (pp. 71-103). Buenos Aires: CLASCO.
- Minayo, M. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2010). Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, *Diário da República*, 1.ª série - N.º 19 - 28 de Janeiro de 2010. Disponível em [Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro | DRE](#)
- Ministério da Saúde (2017). *Sobreutilização das Benzodiazepinas e dos Z-Hipnóticos na Ansiedade e na Insónia*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Noticias/dormir_e_relaxar/doc_profissionais.pdf
- Mitchell, A., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374(9690), 609-619. [10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
- Mol, A. (2008). Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In Nunes, J. A. & Roque, R. (Eds.), *Objetos Impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (2010). Care: putting practice into theory. In Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (Eds.), *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms* (7-25). Bielefeld: Transcript- verlag.
- Moncrieff, J. (2018). What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants?. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, 27, 430-432. DOI: [10.1017/S2045796018000240](https://doi.org/10.1017/S2045796018000240)
- Moraes, W. A. (2011). Medicina: a renovação de paradigmas e a Antroposofia. In Pelizzoli, M. (Ed.), *Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença* (pp. 135-149). Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Moreira-Almeida, A. (2013). Pesquisa em mediunidade e relação mente-cérebro: Revisão das evidências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(6), 233-40. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000600005>
- Moreira-Almeida, A. & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54-57. Obtido de http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B., Verhagen, P. & Cook, C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 87-88. [10.1002/wps.20304](https://doi.org/10.1002/wps.20304)
- Moreira, A. (2013). *Cura e Autocura. Uma visão médico-espírita*. Algés: Verdade e Luz – Editora e Distribuidora Espírita.
- Morin, E. (2005). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

- Morin, E. & Cassé, M. (2007). *Filhos do céu – Entre vazio, Luz e matéria*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2005) *Selling sickness: how the world biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nations Books.
- Moysés, M. (2001). *A institucionalização invisível – crianças que não-aprendem-na-escola. Campinas*. São Paulo: FAPESP/ Mercado de Letras.
- Nascimento, A. & Leão, A. (2019). Social stigma and internalized stigma: The voice of persons with mental disorders and the confrontations required. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(1), 103–21. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>
- Nogueira, C. (2012). Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos - contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental. In *Atas do VII Congresso Português de Sociologia*. Porto: FLUP. Obtido de http://associacaoportuguesasociologia.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1482_ed.pdf
- Nogueira, C. (2013). Doença mental e Itinerários terapêuticos: uma visão a partir da institucionalização hospitalar. In Alves, F. (Ed.), *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica* (203-218). Lisboa: Pactor.
- Nogueira, C. (2018). Um olhar sociológico sobre o privilégio epistémico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa. *Revista Saúde e Sociedade*, 27(4), 1019-1032. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180590>
- Nogueira, C. (2019). Do poder desmistificador da narrativa biográfica: o empreendedorismo feminino para lá da retórica. *Revista Livre de Sustentabilidade e Empreendedorismo*, 4, 5-37. Obtido de <http://www.relise.eco.br/index.php/relise/article/view/315>
- Nogueira, C. (2021). Entre o compromisso de cuidar e a (in)evitável herança biomédica: virtualidades, limites e desafios de uma Equipa de Saúde Mental Comunitária. In Fontes, B. & Silva, V. (Eds.), *Rios e Represas. Olhares para a saúde mental* (pp. 47-109). Porto Alegre: Editora CirKula.
- Nunes, J. A. (2008). O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, 45-70.
- Nunes, J. A. & Louvison, M. (2020). Epistemologias do sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 29(3), 1–13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200563>
- Nutton, V. (2013). Galenic Madness. In Harris, W. V. (Ed.), *Mental Disorders in the Classical World* (pp. 119-127). Leiden: Brill.
- OCDE (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Oliveira, C. I. & Cutolo, L. (2018). Integralidade: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 146–52. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1>

- Pargament, K. I. & Lomax J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, 12, 26-32. [10.1002/wps.20005](https://doi.org/10.1002/wps.20005)
- Parsons, T. (1991 [1951]). *The Social System*, London: Routledge.
- Pegado, E. (2017). *O Recurso Às Medicinas Complementares e Alternativas : Padrões Sociais e Trajetórias Terapêuticas*. Tese de Doutorado em Sociologia. Lisboa: ISCTE-IUL. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20638>
- Pelizzoli, M. (2011). Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado. Reflexões epistemológico-críticas. In Barreto, A. F. (Ed.), *Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado* (pp. 31-50). Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Pennafor, V. P. S., Freitas, C. H. A., Jorge, M. S. B., Queiroz, M. V. O., & Aguiar, C. A. (2012). Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 289–95. Obtido de <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/531>
- Perdigão, A. (2012). A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica*, 21(4), 485–97. Obtido de <https://biblioteca.cm-amadora.pt/uploads/ddf325d7c15912dba733ed84b25a9985.pdf>
- Pereira, J. M. (2015). *A Psiquiatria em Portugal - Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de Doutorado. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/29514>
- Pereira, J. M. (2020). História da Psiquiatria em Portugal. In Quartilho, M. J. R. (Ed.), *Psiquiatria Social e Cultural. Diálogos e Convergência* (pp. 133-156). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pereira, M. A. (1997). *Representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Pinheiro, Robson (2007). *Medicina da alma (pelo espírito Joseph Gleber)*. São Paulo: Casa dos Espíritos.
- Pinheiro, Roseni (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.), *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO.
- Pinheiro, Roseni (2008). Integralidade em saúde. In Pereira, I. & Lima, J. (Eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 255-262). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Pinheiro, Roseni (2010). Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In Pinheiro, R. & Silva Júnior, A. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO.
- Pinheiro, R.; Gerhardt, T. & Asensi, F. D. (Eds.) (2017). *Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO.

- Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2004). Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 21-36). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Pinheiro, R. & Luz, M. (2007). Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- Pinheiro, R., Machado, F. R. & Guizardi, F. (2011). Cidadania no cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. In Barreto, A. F. (Ed.), *Integralidade e saúde : epistemologia, política e práticas de cuidado* (pp. 75-94). Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Pinheiro, R. & Mattos, A. (Eds.) (2006). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.) (2007a). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS/CBC.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.) (2007b). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.) (2009). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS/UERJ. ABRASCO.
- Pinheiro, R. & Silva Júnior, A. (Eds.) (2010). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO. Obtido de <https://lappis.org.br/site/por-uma-sociedade-cuidadora/4545>
- Pita, J. R. (2006). Farmácia, medicamentos e microbiologia em Miguel Bombarda. In Pereira, A. L., Pita J. R. (Eds.), *Miguel Bombarda (1851-1910) e as singularidades de uma época* (pp.49-60). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pols, J. (2004). *Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Utrech: Trimbos Instituut.
- Portela, L. (2013). *Ser Espiritual: da evidência à ciência*. Lisboa: Gradiva.
- Porter, R. (1997). *Medicine – A history of healing – Ancient traditions to modern practices*. New York: Marlowe & Company.
- Porter, R. (2002). *Madness - a brief history*. New York: Oxford University Press.
- Portugal, S. (2007). O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, 35-56. Obtido de <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/79/RCCS79-035-056-SPortugal.pdf>
- Portugal, S. (2016). Família e cuidado à doença mental em Portugal. In Nunes, M. & Landim, F. (Eds.), *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA.

- Portugal, S. (2021). Dádiva e cuidado: paradigmas para (re)pensar cidadania e políticas públicas. In Dutra, M. & Sathler, C. (Eds.), *Psicologia, Direitos Humanos e Políticas Públicas: ética e intervenções* (pp. 127-148). São Carlos: Pedro & João Editores.
- Portugal, S. & Nogueira, C. (2010). Se não o hospital, então onde? Respostas societais para a desinstitucionalização da doença mental. In Fontes, B. & Fonte E. (Eds.), *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal* (pp. 223-253). Recife: Editora da UFPE.
- Portugal, S., Nogueira, C. & Hespanha P. (2014). As teias que a doença tece: a análise das redes sociais no cuidado da doença mental. *Revista Dados*, 57(4), 935-968. <https://doi.org/10.1590/00115258201429>
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Quartilho, M. (2016). *O processo de somatização: Conceitos, avaliação, tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Queiroz, M. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspetiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20(4), 309–317. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000400007>
- Queiroz, M. (2010). Antropologia, Medicina e Espiritualidade: Uma perspetiva teórica provisória. In Santos, F. (Ed.), *A arte de cuidar – saúde, espiritualidade e educação* (pp. 29-44). São Paulo: Editora Comenius.
- Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25, 439-454. Obtido de <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/112>
- Rabelo, M., Alves, P. & Souza, I. (Eds.) (1999). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Raddatz, J., Motta, R. & Alminhana L. (2019). Religiosity/Spirituality in the Clinical Practice: Vicious cycle between demand and lack of training. *Psico-USF* 24(4), 699–709. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240408>
- Raposo, H. (2014). *Entre padronização e discricionariedade: Reconfigurações do conhecimento médico na Medicina Geral e Familiar*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Tese de Doutoramento em Sociologia. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/12150>
- Rezende, J. M. (2009). *À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina*. São Paulo: Editora Unifesp.
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S., Ferri, C., Prince, M. & Mari, J. (2009). “Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2). 49–57. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>
- Roberti di Sarsina, P. & Tassinari, M. (2016). Inclusive healthcare, medicine (health care) focused on the person: a step beyond integrative medicine, complementary and

alternative, non conventional medicine. *Current Traditional Medicine*, 2, 18-21. [10.2174/2215083802999160722153006](https://doi.org/10.2174/2215083802999160722153006)

- Rodrigues, F. P. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: CLIMEPSI
- Romeiro, J., Martins, H., Pinto, S. & Caldeira, S. (2018). Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions* 9, 271. <https://doi.org/10.3390/re19090271>
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.
- Rosa, M. R. (2013). *Protagonismos leigos alternativos nas trajetórias de saúde*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta. Obtido de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3527>
- Rose, N. (2003). Neurochemical Selves. *Society*, 41(1), 46-59. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/248141981_Neurochemical_Selves
- Rose, N. (2013). *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI*. São Paulo: Paulus.
- Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M. & Cid, B. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
- Safatle, V. (2021). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In Safatle, V., Silva Junior, N., Dunker, C. (Eds.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 14-42). Belo Horizonte: Autêntica.
- Saks, M. (1997). East meets West. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (196-219). New York: Marlowe & Company.
- Saks, M. (2003). *Orthodox and alternative medicine: politics, professionalization and health care*. London: Sage.
- Saks, M. (2005). Medicine and complementary medicine: challenge and change. In Scambler, G. & Higgs, P. (Eds.), *Modernity, Medicine and Health. Medical sociology towards 2000* (pp. 198-215). London: Routledge.
- Santos, B. S. (1995). *Towards a new common sense*. New York: Routledge.
- Santos, B. S. (1996). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. S. (1997). *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (2000). *A Crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento.

- Santos, B. S. (2001). Os processos da globalização. In Santos, B. S. (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 237-280. [10.4000/rccs.1285](https://doi.org/10.4000/rccs.1285)
- Santos, B. S. (2006). *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez Editora.
- Santos, B. S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46. Obtido de <https://journals.openedition.org/rccs/753>
- Santos, B. S. (2012). Public Sphere and Epistemologies of the South. *Africa Development*, XXXVII(1), 43-67.
- Santos, B. S. (2018). *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina.
- Santos, B. S., Meneses, M. P., Nunes J. A. (2004). Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In Santos, B. S. (Ed.), *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 19-101.
- Santos, M. I. (2013). *Enfermagem à procura de si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*. Loures: Lusociência.
- Sawaia, B. (2003). O Sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnologia e do relativismo. In Goldenberg, P., Marsiglia, R. M. G. & Gomes, M. H. A. (Eds.), *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). Mindful body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 06-42. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Schepers, J. & Hermans, H. (1999). The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: its history and recent developments. *Social Science & Medicine*, 48 (3), 343- 351. [10.1016/s0277-9536\(98\)00349-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00349-9)
- Shiva, V. (2002). *Monoculturas da mente*. São Paulo: Editora Gaia.
- Segato, R. (1992). Um Paradoxo do Relativismo: o discurso racional da antropologia frente ao sagrado. *Religião e Sociedade*, 16/1-2, 114-135. Obtido de <https://antropologia360.files.wordpress.com/2016/08/um-paradoxo-do-relativismo.pdf>
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274. [10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x)
- Sennett, R. (2001). *A corrosão do caráter*. Lisboa: Terramar.

- Sennett, R. (2004). *Respeito*. Rio de Janeiro: Record.
- Sennett, R. (2006). *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.
- Serapioni, M. (2016). A Participação Pública No Sistema de Saúde Português: A Experiência Dos Conselhos de Comunidade. *O Público e o Privado*, (27), 137–52. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/33185>
- Sharma, U. (1992). *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London: Routledge.
- Siegel, B. (1998). *Amor, Medicina e Milagres*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Silva, F. R. & Assis, S. (2017). Caracterização da violência em escolas brasileiras e portuguesas. *Interações*, 45, 1-23. <https://doi.org/10.25755/int.12530>
- Silva Jr., A. G. & Mascarenhas, M. (2010). Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspetos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R. & Silva Júnior, A. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Silva, M. J. (2015). *Medicinas Complementares e Alternativas: discursos e percursos no contexto dos profissionais de saúde*. Tese de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Silva, L. F. (2012). O destino como projeto? Racionalidades leigas de promoção da saúde. *Forum Sociológico*, 22, 13-22. <https://doi.org/10.4000/sociologico.696>
- Silva, L. F. (2013). Saúde e doença no saber leigo. In Alves, F. (Ed.), *Saúde, Medicina e Sociedade* (pp. 171-178). *Uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor.
- Silva, L. F. & Alves F. (2011). Compreender as Racionalidades Leigas Sobre Saúde e Doença. *Physis*, 21(4), 1207–29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400003>
- Silva, L. F., Augusto, A., Bäckström, B. & Alves, F. (2013). Desigualdades Sociais e Saúde. In Alves, F. (Ed.), *Saúde Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica* (pp. 25-45). Lisboa: Pactor.
- Singly, F. (2006). *Uns com os outros. Quando o individualismo cria laços*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Stein, L. & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: W. W. Norton & Company.
- Stengers, I. (2017). *Reativar o animismo*. Belo Horizonte: Chão de Feira. Obtido de <https://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2017/05/caderno-62-reativar-ok.pdf>
- Stoll, S. (2002). Religião, ciência ou auto-ajuda? Trajetos do Espiritismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, 45(2), 361-402. Obtido de <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27138>

- Stratford A. C. *et al.* (2017). The growth of peer support: an international charter. *Journal of Mental Health*, 28(6), 627-632. [10.1080/09638237.2017.1340593](https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593)
- Szasz T. (1979). *The manufacture of madness*. Nova York: Harper Row.
- Szmukler, G. & Applebaum, P. (2001). Treatment pressures, coercion and compulsion. In Thornicroft, G. & Szmukler, G. (Eds.). *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 529–43). Oxford: Oxford University Press.
- Tavares, F. & Bassi, F. (2013). *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador: Edufba.
- Tavares, Q., Valente, T., Cavalcanti, A. P. & Carmos, H. (2016). Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectiva. *Interações: Cultura e Comunidade*, 11(20), 85-97. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3130/313049300007/html/>
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1114–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Teixeira, J. A. & Cabral, A. S. (2008). Patologia Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24, 567-574. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10547>
- Teixeira, M. (2009). Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(1), 13–18. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000100008>
- Teixeira, R. R. (2007). O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversações. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Eds.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO.
- Tesser, C. D. (2007). A Verdade na Biomedicina, Reações Adversas e Efeitos Colaterais: Uma Reflexão Introdutória. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 465–84 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300004>
- Tesser, C. D. (2017). Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-9. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2008). Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(1), 195–206. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2008). Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 9-25.
- Tong, R. (1998). The ethics of care: a feminist virtue ethics of care for healthcare practioners. *J Med Philos*, 23, 131-52. [10.1076/jmep.23.2.131.8921](https://doi.org/10.1076/jmep.23.2.131.8921)
- Toniol, R. (2015). *Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde*. *Sociedad y religión*, 25(43), 110-146.

Obtido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812015000100005

- Toniol, R. (2016). Cortina de fumaça: terapias alternativas/complementares além da Nova Era. *Revista de Estudos Da Religião*, 16(2), 31-54. Obtido de <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/29281/20439>
- Toniol, R. (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, 42(2), 267-299. Obtido de <https://journals.openedition.org/aa/2330#quotation>
- Torres, A. R. (2001). Psicopatologia. In Alves, F. (Ed.), *Ação social na área de saúde mental* (pp. 111-122). Lisboa: Universidade Aberta.
- Trad, B. (2010). Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In Pinheiro, R. & Silva Jr., A. G. (Eds.), *Por uma sociedade cuidadora* (pp. 36-52). Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Tremblay, M. C. & Richard, R. (2014). Complexity: A Potential Paradigm for a Health Promotion Discipline. *Health Promotion International*, 29(2), 378–88. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/51629492_Complexity_A_potential_paradigm_for_a_health_promotion_discipline
- Tronto, J. C. (1993). *Moural boudaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tsu, T. & Tofolo, V. (1990). Concepções Etiológicas de Pacientes Psiquiátricas Sobre Doença Mental. *Psicologia-USP* 1(2), 155-66. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771990000200006
- Turner, B. S. (1996). *Medical power and social Knowledge*. London: Sage.
- Valente, T., Dias, D. & Marras, S. (2019). Curas e Terapêuticas Espirituais no Brasil: Revisão Crítica e Algumas Reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, 1-16. <https://doi.org/10.1590/Interface.180132>
- Valladares, A. (2005). Possibilidades de avaliação em arteterapia: o que se deve buscar, o que se deve olhar? In G. Ormezzano (Ed.). *Questões de arteterapia* (pp. 16-31). Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo.
- Van Den Hoonaard, W. C. (2008). A explosão da bolha: relações entre pesquisador e participantes pesquisados. In Guerriero, S. & Zicker, F. (Eds.). *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 83-101). São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores.
- Vigarello, G. (2001). História das Práticas de Saúde – a saúde e a doença desde a Idade Média. Lisboa: Editorial Notícias.
- Viveiros de Castro, E. (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113-148. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>

- Wallerstein, I. (1974). *The modern world-system: capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. New York: Academic Press.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem. Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- WHO – World Health Organization (1978). *Primary health care. Report of the International Conference of primary health care. Alma-Ata*. Geneva: WHO. Obtido de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>
- WHO – World Health Organization (1984). *Health promotion: concepts and principles*. Copenhagen: WHO. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107835/E90607.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO – World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Obtido de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO – World Health Organization (2002). *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: WHO. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163>
- WHO – World Health Organization (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar Sim, Excluir Não*. Geneva: WHO. Obtido de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Livro-de-recursos-da-OMS-sobre-sa%C3%BAde-mental-direitos-humanos-e-legisla%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- WHO – World Health Organization (2008). *Relatório Mundial de Saúde Mental 2008: Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca*. Geneva: WHO. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf;jsessionid=5BF515A0F336378FCCABEB274A90D770?sequence=4
- WHO – World Health Organization (2011). *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2021). *Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos*. Brasília, DF: OPAS. <https://doi.org/10.37774/9789275726440>.
- Wilber, K. (2004). *Uma breve história de tudo*. Porto: Via Óptima
- Wilber, K. (2007). *O espectro da consciência*. São Paulo: Cultrix.
- Wilson, P. (1997). Healers in History – A multi-cultural perspective. In Porter, R. (Ed.), *Medicine: A history of healing – Ancient traditions to modern practices* (pp. 196-219). New York: Marlowe & Company.

- Yuasa, C. S. (2012). *A depressão feminina no discurso de mulheres*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo. Obtido de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-31032016-144435/pt-br.php>
- Zeig, J., Miller, S. & Short, D. (2017). *Princípios e competências fundamentais da terapia Ericksoniana. O Manual 2017 de pesquisa e ensino para terapia Ericksoniana*. Fundação Milton H. Erickson & ICCE. Obtido de <https://docplayer.com.br/188257053-Terapia-ericksoniana.html>
- Zimmermann, Z. (2002). *Perispírito*. São Paulo: Centro Espírita Allan Kardec – Departamento Editorial.
- Zoboli, E. (2007). Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In Pinheiro, R. & Mattos, R. (Eds.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Zoboli, E. & Pegoraro P. (2007). Bioética e Cuidado: O Desafio Espiritual. *O Mundo Da Saúde*, 31(2), 214–24. Obtido de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/09_bioetica_e_cuidado.pdf
- Zola, I. (1972). *Medicine as an institution of social control*. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>
- Zola, I. (1981). Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance. In Eisenberg, L. & Kleinman, A. (Eds.). *The relevance of social science for medicine. Culture, Illness, and Healing, vol.1*. Dordrecht: Springer.
- Zózimo, J. (2015). Psicofármacos. Velhos consumos, novas ideologias. In Carapineiro, G. & Correia, T. (Eds.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (pp. 139-145). Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Zózimo, J. (2022). *Entre o perfeito e o possível. Uma etnografia do bom cuidado na doença mental grave em Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Coimbra: Universidade de Coimbra. Obtido de https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/100331/1/FINAL_Tese_final_Joana%20Z%C3%B3zimo_070622_VERSAO%20FINAL_com%20capa.pdf
- Zumstein, N. & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness - A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Dados sociográficos dos/as participantes do *Grupo A* e *Grupo B*

QUADRO 1

Grupo A: distribuição por sexo e grupo etário

Grupos etários	Homens	Mulheres	Total
20 – 29	0	0	0
30 – 39	1	0	1
40 – 49	2	4	6
50 – 59	3	3	6
≥ 60	1	1	2
Total	7	8	15

QUADRO 2

Grupo A: distribuição por nível de habilitações

Escolaridade concluída	Total
1.º Ciclo EB	0
2.º Ciclo EB	3
3.º Ciclo EB	5
Ensino Secundário	4
Ensino Superior	3
Total	15

QUADRO 3

Grupo A: distribuição pela condição perante o trabalho

Condição	Total
Empregado/a	4
Desempregado/a	3
Pensionista por Invalidez	7
Reformado/a (antecipadamente)	1
Estudante	0
Total	15

QUADRO 4

Grupo A: distribuição por tipo de agregado doméstico

Com quem reside	Total
Sozinho/a (casa própria ou de familiares)	2
Com cônjuge	2
Com cônjuge e filhos	2
Com filhos	1
Com progenitores (casa de progenitores)	8
Total	15

QUADRO 5**Grupo B: distribuição por sexo e grupo etário**

Grupos etários	Homens	Mulheres	Total
20 – 29	1	0	1
30 – 39	0	0	0
40 – 49	1	1	2
50 – 59	2	3	5
≥ 60	1	6	7
Total	5	10	15

QUADRO 6**Grupo B: distribuição por nível de habilitações**

Escolaridade concluída	Total
1.º Ciclo EB	4
2.º Ciclo EB	3
3.º Ciclo EB	2
Ensino Secundário	5
Ensino Superior	1
Total	15

Quadro 7**Grupo B: distribuição pela condição perante o trabalho**

Condição	Total
Empregado/a	4
Desempregado/a	1
Pensionista por Invalidez	4
Reformado/a	5
Estudante	1
Total	15

QUADRO 8**Grupo B: distribuição por tipo de agregado doméstico**

Com quem reside	Total
Sozinho/a (casa própria ou de familiares)	2
Com cônjuge	6
Com cônjuge e filhos	4
Com progenitores (casa de progenitores)	2
Em residência/Lar (IPSS)	1
Total	15

APÊNDICE B

Excertos de Entrevista - Explicações sobre a origem do sofrimento: acontecimentos difíceis da vida

Excerto 1

Fiquei muito mal quando a minha empresa faliu. Foi um choque enorme. Estava habituada a um nível muito bom de vida e de repente ver-me sem nada... Entrei numa depressão profunda, até ao ponto de tentar o suicídio. (Lívia, 49 anos)

Perdi dois irmãos dos quais gostava muito, depois foi o meu pai... Foi por causa disso que aos dezanove anos apanhei um esgotamento que nunca mais fui a pessoa que eu era. De um esgotamento tornou-se uma doença bipolar. (**Graciana, faixa etária 50-59**)

Excerto 2

Depois do meu pai falecer é que isto tudo apareceu... Sofri muito e meti-me nas drogas e no álcool. E acho que foi isso que me trouxe os problemas. Eu bebia muito e metia-me muito em drogas... Quanto tinha quinze anos, já fumava drogas. (**Dionísio, faixa etária 50-59**)

Excerto 3

A minha mãe morreu, tinha eu 16 anos. Foi um choque muito grande. Era ela que me acompanhava em tudo... Ainda hoje não gosto de falar nisso sequer. Fiquei desorientado... Se antes já bebia, depois disso comecei a beber muito mais e a tomar drogas... (**Homem, faixa etária 20-29**)

Excerto 4

Fiquei muito perturbada com a morte dessa minha colega de trabalho. E fiquei revoltada com a atitude do meu patrão quando eu soube as condições em que ela faleceu e o meu patrão me diz: “pronto, agora vamos para casa, vamos descansar e 2ª feira cá estamos frescos e belos”. Subiu-me assim um bocadinho: “frescos e belos só se for o Sr. Doutor..., porque com a [minha amiga] a ser autopsiada, não consigo estar fresca, nem bela. Desculpe lá!” Isto deixou-me completamente desorientada, a morte dela, as circunstâncias, fiquei muito mal... (**Vera, faixa etária 50-59**)

Excerto 5

A primeira vez que me senti mesmo muito mal, que não estava mesmo nada bem, foi quando morreu o meu irmão. Quando morreu a minha mãe foi um choque muito grande, mas aí, pronto, aguentei. Tinha de aguentar, tinha tanta responsabilidade. Quando o meu irmão morreu, foi a primeira vez que senti um ataque de pânico muito forte, daí eu comecei a andar de médico para médico e dava-me aquelas coisas constantemente... os ataques de pânico... (**Idália, faixa etária 50-59**)

Excerto 6

A minha irmã era o meu anjo da guarda. Tinha 25 anos quando ela morreu. Sempre tive uma ligação extraordinária com ela, porque não tinha com o meu pai, não tinha com a minha mãe. Repare, tinha 8 anos, estava no meu quarto e levantava-me e ia ter com ela ao quarto. Deitava-me na cama dela para conversar, para ela me dar carinhos, porque os meus pais não davam. Depois, pouco tempo durou, porque ela

aos 21 anos casou. Aos 11 anos fiquei sem ela. É duro. Fiquei entregue... Fiquei na prisão sem alguém que me protegesse [...] Ela foi viver para Lisboa, na altura. Escrevíamo-nos quase todos os dias. Morreu, eu tinha 25 anos. Nessa altura, aos 25 anos, [quando ela morreu] eu provavelmente entrei em depressão. [...] Terei entrado em depressão porque tinha muitos sintomas que hoje tenho. Talvez tenha sido o maior marco. O maior porque morreu a mulher que eu mais amava; porque morreu a única pessoa que me entendia, que me dava afeto. E, portanto, isso é um marco extremamente importante. **(Valdemar, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 7

No final da adolescência, houve uma rapariga a quem eu me liguei muito, mas que depois... acabámos o relacionamento e eu caí na tal depressão. Foi uma espécie de último Verão, por assim dizer, [a que se] assiste muito no cinema e na literatura. Um livro que eu li há pouco tempo do Paul Auster, ele tem uma frase num dos poemas dele: “O Verão cumpre a sua promessa quebrando-a”. Nessa idade dos 19 anos, é isso que acontece, o Verão cumpre a sua promessa, quebrando-a. **(Florêncio, faixa etária 50-59)**

APÊNDICE C

Excertos de Entrevista – Explicações sobre a origem do sofrimento: as histórias comuns de violência e trauma

Excerto 1

- A minha vida familiar foi muito difícil... muito triste, desde que nasci. O meu pai batia muito na minha mãe até ao ponto de ela se suicidar. E nós sofriamos muito, a ter de ir para fora de casa... Nós andávamos noites e noites por lá, no meio das serras, passávamos muita fome... a minha mãe e os filhos... Ele era alcoólico, bebia de noite e de dia. Nós trabalhávamos e trabalhávamos e era só para aquilo, para ele beber. E depois, pronto... Punha-nos fora de casa. Passámos tanto frio, tanto frio... Ficávamos muitas vezes na rua toda a noite, debaixo de árvores, em barracões. Pronto, foi assim. Foi muito difícil, muito difícil. [...] Era mais à minha mãe que ele batia... Foi muito triste, muito triste.

- *Associa esse passado tão difícil ao mal-estar que tem hoje...?*

Associo, sim, porque eu também tenho um trauma muito grande porque vi a minha mãe morrer. A minha mãe suicidou-se com veneno de dar às árvores. E eu é que fui na ambulância com ela. Ela ia deitada ao meu lado. E vi ela morrer a caminho do hospital. E isso foi um trauma muito grande. Ela tinha 42 anos. Eu tinha 16 anos e ficaram duas crianças pequeninas, uma com quatro e outra com seis anos... Quem cuidou delas depois fui eu. As outras já estavam casadas, só fiquei eu e outra irmã. Nós trabalhávamos ao dia, fora, para sustentar a casa e assim. Durante o dia as crianças ficavam mais ele, ele também era muito mau para elas. Enquanto nós não chegássemos a casa, as crianças andavam sem comida. Foi muito triste. Depois eu casei e trouxe-os comigo. Eles vieram viver comigo. E o meu irmão, quando tinha 23 ou 24 anos foi para França e foi lá que ele morreu. E ele era como se fosse um filho. E isso foi também um sofrimento muito grande para mim, porque ele... Se morresse uma filha minha, o sofrimento era igual. Quando elas nasceram, já ele era meu filho. **(Idália, faixa etária 50-59)**

Excerto 2

Isto já vem de longe. Eu tive muitos traumas de trás, de infância, adolescência... Muitos! Traumas que só se vieram a manifestar de forma mais forte aos 25 anos, quando me foi diagnosticada a depressão. Muitos traumas, muitos. O ambiente em casa era péssimo. O meu pai bebia. A minha mãe também não tinha... não pensava... O meu pai quando vinha assim esquinado era uma desgraça. E ele estava assim todos os dias. O pouco que ele bebesse fazia logo efeito. Então, eu cheguei a ver o meu pai a ralar: “anda aqui um mouro a trabalhar, para esta gente andar aqui à boa vida...” A minha mãe passou-se, que ela trabalhava muito, em casa, na horta, ainda ia vender ao mercado... Trabalhava muito! Ela agarrou num maço de notas e espetou-lhas pela boca abaixo. Quando fui a ver – ainda hoje tenho essa imagem – quando fui a ver, vejo o meu pai a revirar já os olhos, a ficar-se... Estava a sufocar. E eu “mãe, por amor de Deus, tira-lhe isso da boca, tira isso!”... Acabou por tirar. Outra situação, foi a minha mãe atirar-lhe uma faca... A faca, por sorte, bateu-lhe ao lado, senão tinha-o matado. **(Vera, faixa etária 50-59)**

Excerto 3

A minha mãe passou anos, e anos, e anos... [pausa] a sofrer. Porque a minha mãe também não saía de casa. A minha mãe devia ter uma depressão, toda a vida. Teve uma depressão quase toda a vida.

E nunca foi diagnosticada ou nunca foi ajudada?

Ela não gostava de médicos. Passava... passou a vida toda em casa, ou no fogão, ou na cozinha, a limpar a casa. Eu lembro-me quando eu era pequeno, eu chegava a casa, quando andava na escola primária, chegava a casa e estava tudo... tudo às escuras, com ela lá dentro. Já quando eu era pequeno. E foi sempre assim. Estava tudo às escuras! Era um ambiente muito pesado... Era incompatível com uma criança e com... e com um ambiente familiar... **(Cândido, faixa etária 40-49)**

Excerto 4

Tive uma infância muito triste... A minha mãe tratava-me muito mal. Até no fumeiro, pendurada a uma panela, ela me pendurou. No fumeiro... tinha aí os meus... quê? Sei que já andava na escola primária. E uma vez na consoada do Natal, ela foi lá para uma loja, mais um vizinho meu, beber. E eu disse para ela: “ó mãe, eu trato do jantar. E fui descascar as batatas, as couves, pus tudo... Depois, por causa de uma tenaz: “eu não quero que uses essa tenaz”, que era da sardinha assada. Eu vim cá fora fazer xixi. Quando eu chego à porta da cozinha, atira-me com o prato das batatas e das couves, para a cara... Ela tratava-me muito asperamente... **(Lília, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 5

Em miúdo, a minha mãe batia-me muito, o meu pai ignorava-me. Era assim (pausa prolongada)... Tudo isso levou a que eu criasse uma certa auto... não é... é um tipo de uma autoestima é um fechamento em mim próprio. Também sofri muito na escola... Os meus colegas eram muito maus comigo... Faziam muita troça... gozavam muito e isso também me marcou bastante. **(Noel, faixa etária 30-39)**

Excerto 6

A minha infância foi tristíssima... acho que isso também me afetou muito e contribuiu para a minha doença... Foi muito dura... O meu pai andava sempre atravessado... Não nos tratava nada bem quando estava alcoolizado, que era quase sempre... **(Angelino, faixa etária 50-59)**

Excerto 7

Tudo começou muito tempo atrás quando o meu pai nos abandonou. Abandonou a nossa casa, levou o dinheiro todo que tínhamos no banco, deixou-nos sem dinheiro para comer... Deixou-nos sem nada... Só não levou a casa porque ele não pôde. A minha mãe nesse dia ficou desorientada e também fugiu de casa não sei para onde. Só apareceu em casa à meia-noite. Das sete até à meia-noite a minha irmã chorava, perguntava pelo pai, pela mãe e eu não sabia. Entretanto, apareceu a minha mãe à meia-noite de táxi, não sei onde é que ela andou e disse que nunca mais nos ia deixar. Foi muito duro... **(Leandra, faixa etária 40-49)**

Excerto 8

Sentia-me muito discriminado na escola primária... por não ser um bom aluno... Aquilo era uma seca e não gostava nada de estar ali sentado a apanhar aquela valente seca... Tinha muitas dificuldades em aprender e a Professora tratava-me de forma diferente, inferiorizava-me... Isso mexeu muito com minha autoestima... **(Homem, faixa etária 20-29)**

Excerto 9

O meu pai era militar, eu nunca o conheci, faleceu antes de eu nascer. E nós viemos para Lisboa, eu era miúdo, não lhe sei dizer razões. A minha mãe pôs-nos num Colégio Militar. Aos rapazes no Colégio Militar de Lisboa e às raparigas num Instituto de raparigas. Isto porque nós lá, enquanto órfãos de pai, não pagávamos nada. [...] Passámos lá sete anos e não há uma única recordação boa, está a perceber? Não há mesmo uma única. Incrível, ao fim de sete anos a viver tantos dias por ano... naquela escola, não há uma única memória boa. E pronto. E a minha vida familiar realmente era muito precária, nesse sentido, ou seja, nós compreendíamos que estávamos lá para ajudar a mãe e era isso que nos mantinha lá, que nos fazia aguentar esses colégios (...) Mas tudo o que aprendi no Colégio foi sempre pela negativa. Eu vi muita injustiça, vi muita violência, muita coisa má e foi pela negativa. (...) Já estava na faculdade. Sonhava todos os dias com o colégio, embora já tivesse saído de lá. Deixei de sonhar com o colégio quando, um dia, sonhei que estávamos nós num desfile militar, numa das festas militares que lá existiam todos os anos, e eu me levanto, ou coisa do género, e digo para toda a gente, para os pais que estavam a assistir ao desfile, para as visitas e assim... E digo: "Nós estamos aqui só para vosso contentamento!" "Nós estamos aqui só para vosso divertimento." E acho que é muito isso, acho que há verdade nisso. Nós estávamos lá para divertimento dos pais. Porque os pais não nos queriam aturar em casa, está a perceber? (...) Então, deixei de sonhar com o colégio, nunca mais... Ou melhor, voltei a sonhar já depois da minha doença aparecer. **(Florêncio, faixa etária 50-59)**

Excerto 10

Na escola primária tive um professor que me batia muito. Uma vez fui parar ao hospital porque ele deu-me com uma cana-da-índia tantas vezes na cabeça... Partiu a cana na minha cabeça. E as orelhas estavam cheias de sangue. Tive de ir para o hospital. A minha mãe quis fazer uma participação, mas ele pediu, quase que suplicou à minha mãe para não o fazer, porque já tinha muitas queixas também. Mas a minha mãe acabou por não fazer queixa dele. E eu passei, passei com "muito bom". **(Dionísio, faixa etária 50-59)**

APÊNDICE D

Excertos de Entrevista – Manifestações e impactos disruptivos das experiências de sofrimento

Excerto 1

Chegou a ponto de ela se recusar, por exemplo, a comer. Estava magra, magra... Não sei o que é que se passou na cabecinha dela, mas sei que ela quase que deixou de comer. Só fumava! Fumava muito e bebia café. Portanto, era a primeira alimentação da manhã e depois não comia. Houve uma altura que só se via os ossos. Ela pesava quarenta, nem quarenta quilos. **(Irmã de mulher com diagnóstico de esquizofrenia).**

Excerto 2

Eu andava sempre com um aperto no coração, horrível. Eu ia ao café e só conseguia dizer: “Queriam um café”. Não conseguia dizer mais nada. Tinha medo que as pessoas falassem comigo, porque eu não conseguia falar. Estava sempre muito angustiado e muito fechado dentro de mim. Parecia que tinha uma pedra dentro de mim... [gesticulando]. Nessa altura, isolei-me muito, muito, preferia nem sair de casa. **(Cândido, faixa etária 40-49)**

Excerto 3

Fui ajudante de motorista numa firma de entrega de gás ao domicílio. E... [pausa prolongada] estive lá até me ser diagnosticada a doença. Até muito tarde, passei lá sete anos, sei lá, ou que foi... Sete anos, não... cinco, seis. Cinco, seis, talvez. [...] Ainda lá trabalhei alguns anos, nessa firma. Porque eu, primeiro, fui ajudante de motorista, depois fui para motorista mesmo. E andava sozinho praticamente. Na carrinha. E fazia de motorista e de ajudante. E pronto, passei lá muitos anos até me ser diagnosticada a doença, tinha eu 35 anos ou coisa assim do género. Pronto, passei dos 29 aos 36 sem estar medicado, sem nada; sem apoio, sem orientação médica. Desde os 29 até aos 36. Tornava-me conflituoso. Eu abandonei o trabalho porque estava a ser muito conflituoso. **(Florêncio, faixa etária 50-59)**

Excerto 4

A minha mãe... Ela chegou a abrir aqui [em nossa casa] um salão de estética. E começou a discutir com as clientes, com conversas e diálogos estranhos e... só histórias tristes. Eu chegava a casa e depois as pessoas falavam comigo: “olha que a tua mãe não...” E eu: “Bom, não é possível...” Porque a minha mãe dizia que não. A minha mãe, eu acreditava sempre nela. E nem é acreditar... Eu não queria acreditar que a minha mãe: “A minha mãe assim, é impossível...” [...] As conversas com as clientes. Era discussões, e ela tratava-as mal, e essas coisas. **(Filho de mulher com diagnóstico de esquizofrenia).**

Excerto 5

Ainda consegui entrar no ensino superior, mas [foi nessa] fase de não me sentir bem e não ser capaz de estar com outras pessoas. Acabei por desistir. Não fui mesmo capaz de continuar e nunca mais consegui retomar os estudos. **(Noel, faixa etária 30-39).**

Excerto 6

O tempo foi passando e eu fui ficando cada vez pior, cada vez mais descontrolado. Foi nesta altura que começaram as automutilações. E isto sem eu próprio perceber o que se passava comigo e sem ninguém à minha volta perceber. Tonei-me muito conflituoso e aqueles que eram na altura meus amigos – amigos entre aspas, digo eu agora – acabaram por se afastar de mim. Fiquei com muito poucos amigos por causa desses comportamentos que tinha na altura. Nessa altura, foi também quando fiquei sem trabalho. Não me conseguia concentrar e comecei a não dar conta do que era preciso fazer. O patrão acabou por me despedir. **(Licínio, faixa etária 40-49)**

Excerto 7

Ele não queria sair de casa, isolava-se, não queria comer... Era uma situação que não era normal, mas eu na altura não percebia bem isso. Por vezes não queria trocar de roupa. Queria passar semanas com a mesma roupa, não queria tomar banho, nada... E isso fazia com que houvesse grandes discussões lá em casa. A nossa relação ficou muito má... Afastou-se das pessoas... Ficou sem amigos nenhuns desde aí. **(Mãe de homem com diagnóstico de esquizofrenia)**

Excerto 8

Foi muito difícil. Andava sempre muito nervoso, muito agitado. Na escola até cheguei a bater em funcionárias, porque não queria ir para as aulas. Eu queria era estar com os meus amigos, uns copos, fumar. Não me dava bem com a Professora. Bati-lhe e cheguei a furar-lhe os quatro pneus do carro. Foi complicado. Estava sempre a chumbar e... pronto... acabei por ficar só com o 9º ano. [...] E também fiz muitas coisas que desagradaram a minha família... arranjava zaragatas com toda a gente. Por causa disso tive muitas pessoas da família que se afastaram de mim... tios e primos, sobretudo **(Homem, faixa etária 20-29)**.

Excerto 9

As coisas foram-se arrastando... Aquilo que era uma ansiedade transformou-se numa enorme depressão nervosa. No espaço de um ano, a isolar-me, a ficar na minha, fui perdendo algumas faculdades sem me aperceber da gravidade que isso teria na minha vida. A certa altura deixei de conseguir conduzir. Fui perdendo o sentido de orientação, ganhando medo, até chegar ao ponto de não conseguir mesmo conduzir. Fiquei totalmente dependente do meu marido para me deslocar. E isso é complicado para mim. E até me tirou alguma autoestima... Embora ele seja muito querido, esteja sempre pronto para me ajudar, custou-me muito chegar a este ponto. **(Milene, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 10

O andar no autocarro, com muita gente, houve um tempo que eu não conseguia. [...] Tinha fobia... Tinha de parar, se me desse aquela vontade, eu quase que gritava, eu tinha de parar e ficar num sítio qualquer fora do autocarro. E depois eu apanhei assim um bocado de medo: "Queres ver que vai-me dar a ansiedade aqui no autocarro e eu não consigo me controlar?" Nunca gritei. Eu vivi sempre a sofrer, calada. Só falava com as vozes: "Calem-se, deixem-me lá!" Mas parece que ainda era pior. **(Guiomar, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 11

O ambiente na nossa casa tornou-se muito difícil. A certa altura, ele começou a tornar-se muito violento. Mas pronto, ninguém imaginava que havia ali uma perturbação mental, pensava-se que era da adolescência e do álcool e das drogas. [...] As coisas já não eram boas antes de aparecerem estes problemas, mas agravaram-se muito. Acho que especialmente para a minha mãe, porque a minha mãe passou a ter muito medo de estar em casa sozinha com ele, por exemplo. Porque

há muitas histórias, não é?... E as pessoas falam e há muitas histórias na televisão e às vezes nas notícias aparece “ai pessoa tal esfaqueou a mãe” e até... E eu lembro-me nessa altura que a minha mãe desapareceu com as facas todas de casa. (risos) É, ela tinha medo. Tinha medo de estar em casa com ele. **(Irmã de homem com diagnóstico de esquizofrenia)**

Excerto 12

A situação chegou a um limite. Fiquei doze dias seguidos na cama. Não queria sair da cama para nada, nem para ir trabalhar, para nada... Tinha medo de tudo. Não tinha forças para nada. Tudo me fazia impressão. Até a porta me custava a abrir... Tudo me fazia medo... [...] Estava sempre a meter baixa... **(Jasmim, faixa etária 40-49)**

Excerto 13

A minha mãe não queria saber de nadinha. Nem das coisas dela, das coisas da casa, nem de mim... O Y, que era marido dela na altura, até tinha de a chantagear para ver se ela tomava banho: ‘queres tabaco, então tens de tomar banho!’ Era assim. Já nem banho tomava... Depois revoltava-se muito connosco por lhe dizermos as coisas... **(Filho de mulher com diagnóstico de esquizofrenia).**

Excerto 14

Sempre atrás dele, sempre atrás dele... para ver se não era preso pela polícia. Era o meu medo. Fazia tantos distúrbios, tantos. E em casa partia tudo sempre que o chamávamos à atenção... Foi uma fase terrível, terrível... Nem conseguia trabalhar porque tinha de andar sempre atrás dele. **(Pai de entrevistado com diagnóstico de esquizofrenia).**

Excerto 15

A minha mãe obrigava-me a fazer tudo em casa para estar sempre ocupada e não pensar tanto na vida... Não me queria deixar em casa sozinha... Levava-me para todo o lado... Eu via-me desgraçada, sempre atrás dela. Era muito difícil para mim. E para ela também devia ser. Nada disso me ajudava. **(Vera, faixa etária 50-59)**

APÊNDICE E

Excertos de Entrevista – As fragilidades do acompanhamento dos Cuidados de Saúde Primários

Excerto 1

- Comecei a ter ataques de pânico... Era uma aflição, uma falta de ar e o coração muito aflito, sem conseguir respirar. No início fui à médica de família e ela receitou-me ansiolíticos, depois antidepressivos, mas não resultava. Tive de acabar por procurar outra solução...

- *E a médica de família, nessa altura, não a encaminhou para consultas de psicologia no Centro de Saúde?*

- Não, não. Nunca me falou nisso. Até acho que não há lá esse apoio.

- *E ela escutava-a, conversava consigo, procurava ajudá-la psicologicamente?*

- Ela é muito querida e sempre se preocupou muito comigo, mas ela nunca tem muito tempo. As consultas sempre foram rápidas e nunca deu para eu desabafar assim como eu gostaria... Mas é como lhe digo, eu sinto que ela se preocupa muito comigo e que só não faz mais porque não consegue, não tem tempo... Agora com a doença oncológica do meu marido, ela está sempre a dizer-me: ‘D. Idália, no que é que eu puder ajudar... Diga-me o que é que você precisa. O que você precisar, eu ajudo. Eu ajudo’. E eu disse-lhe ‘o que eu precisava era de um subsídio para ele, mas isso a Doutora não pode...’ E ela: ‘Mas posso fazer-lhe um relatório com a doença que ele tem. Eu faço o que for preciso e mando para a Segurança Social. Você vá pedir o rendimento mínimo que eu passo-lhe um relatório’. Está a ver, aquilo que ela consegue fazer ela faz... Não faz mais porque não dá...” (**Idália, faixa etária 50-59**)

Excerto 2

- *A quem recorreu quando houve aquele primeiro ataque de pânico [ocorrido na sequência de despertar de memória de abuso sexual na infância]?*

- Portanto, no início fui acompanhada pelo médico de família que me receitou antidepressivos. Tomei, não me lembro quanto tempo. Só sei que depois numa consulta ele disse-me “já está boa, pode deixar de tomar”. Disse para eu deixar de tomar assim de repente e isso fez-me muito mal. Não me fez o desmame, a retirada gradual, que é como devia ser. E eu ao fim de um ano tive uma quebra muito pior do que tinha tido quando falei com o médico de família e foi então aí, nessa altura, que eu fui internada na psiquiatria. O médico de família foi negligente.

- *Quando recorreu ao médico de família, encaminhou-a para apoio psicológico?*

- Não, não. Nada, nada.

- *Contou ao médico o que é que realmente tinha acontecido? O porquê do ataque de pânico?*

- Não, não. Não tive coragem... Ele nunca me fez sentir próxima dele e por isso não me senti à vontade para partilhar uma coisa tão íntima da minha vida. Pronto, ele só medicou com antidepressivos. E, pronto, mais nada. E pronto, e não me acompanhou bem (**Milene, faixa etária ≥ 60**).

Excerto 3

- Quando comecei a sentir-me mal psicologicamente e meti na cabeça que tinha uma doença oncológica, fui ao médico de família e partilhei com ele todos esses mal estares, a minha ansiedade, mas ele não ligou nada. Até porque não foi ele que se

chegou à frente “Leonel, vamos então fazer os exames...” Tive de ir mesmo a médicos particulares...

- *Quer dizer que ele não valorizou...*

- Não, não, absolutamente. Não me senti acolhido, nem valorizado. Portanto, isso também me afetou. Afetou no sentido em que o meu próprio médico de família, que é o mesmo que tenho hoje em dia, desamparou-me. Ele, portanto, não deu importância. Na altura, isso fez-me sentir ainda pior...

- *Se, eventualmente, ele considerasse que fosse apenas algo do foro psicológico, e não oncológico, podia tê-lo encaminhado para acompanhamento psicológico...*

- Mas isso ele também não fez.

- *Começa então a ir a médicos da esfera privada, faz exames para despistar a doença oncológica... É isso?*

- Sim, exatamente. Teve de ser. Foi aí que comecei a ir a consultas de psiquiatria, num consultório... Com o médico de família não dava para contar. (**Leonel, faixa etária 50-59**)

Excerto 4

- Nessa altura, quando comecei a andar ansiosa, ia ao médico de família e ele receitava-me um medicamento que... E eu dizia: "Ó senhor doutor, não gosto desse medicamento. Esse medicamento parece que me torna agressiva. E eu não quero ser agressiva, não quero andar aí feita... toda elétrica." E ele insistia sempre, e eu enervei-me com ele, nunca mais lá fui e não tomei comprimido nenhum. Eu disse: "Estou farta. Não me dou bem com o medicamento." Era para o problema da ansiedade, quando andava com ansiedade. Eu passei um mau bocado.

- *Confrontou o médico com isso e ele não lhe mudou a medicação?*

Não. E por isso nunca mais lá fui. [...] [Comecei a ir] a psiquiatras a pagar. [...] Com o meu médico de família aborreci-me com ele duma maneira, porque se ele não aceitou. Eu que dizia que me fazia mal [o medicamento que me tinha receitado] e ele a querer receitar-me, não ouvindo, não ouvindo aquilo que eu estava a pedir. Deixei de lá ir. [...] Eu é que tomo, sou eu é que sinto, sou eu é que vejo quem é que eu sou, a tomar os medicamentos, não era ele. (**Guiomar, faixa etária ≥ 60**).

Excerto 5

- Quando comecei a andar cheia de nervos e a não conseguir dormir, fui ao médico de família. Passou-me um ansiolítico para eu me acalmar e conseguir dormir...

- *Nessa altura, o médico de família não lhe falou noutra possibilidade? Falou-lhe na possibilidade de consultar um psicólogo, por exemplo...*

- Não, nunca me falou nisso. Nunca me deu outra hipótese. Só o medicamento e mais nada.

- *E como era a relação com o médico de família? Partilhava com ele o que a angustiava? Ele dava-lhe esse apoio mais ao nível de conversa...*

- Não, não... As consultas eram sempre muito rápidas... E são ainda hoje... Ele atende toda a gente, ele não recusa ninguém e depois tem de ser rápido que é para se despachar... Se não for assim não consegue atender toda a gente.

- *E sente falta de que ele fale mais consigo?*

- Sinto, sinto. Acho que me faria muito bem... Ia ajudar...

- *Todas essas situações difíceis da sua vida, da sua infância e já da idade adulta, que me relatou, nunca as partilhou com ele?*

- Não... Nunca deu tempo para isso.

- *Portanto, ele não conhece a sua história de vida e da sua família...*

Não, não. Sabe pouco da minha vida... (**Olinda, faixa etária 50-59**)

APÊNDICE F

Excertos de Entrevista – Circunstâncias que emolduraram o primeiro internamento hospitalar

Excerto 1

Andava com muitas alucinações e os medicamentos do psiquiatra [privado] não faziam nada... Então, resolvi entregar-me voluntariamente ao Hospital porque vi que não tinha hipótese. Entreguei-me voluntariamente... Falei com os meus pais e eles falaram com um médico que passou uma carta para eu ser internado... **(Angelino, faixa etária 50-59)**

Excerto 2

Tive um ataque de pânico nesse dia em que fui internado pela primeira vez. Depois queria ligar a pedir ajuda... Nessa altura era o 115... Queria ligar e não me lembrava do número. Depois andei na lista telefónica a ver os números dos bombeiros. Estava com o meu irmão e ele ficou assustado: “Mas o que é que tu tens?”... Depois fui com a minha mãe para o Hospital a pé. Eu morava ali perto do Hospital. E depois tive um ataque de hiperventilação. Pensava que ia morrer. Fui eu que disse que queria ir para o hospital... Fomos a pé e fui logo internado... **(Timóteo, faixa etária 30-39)**

Excerto 3

Eu sentia uma revolta dentro de mim, uma angústia, uma ansiedade, uma tristeza... eu chorava compulsivamente sem... sem parar. Já não conseguia sair da cama, comer... nada... Os meus pais viram que era mesmo muito grave e levaram-me para as urgências do [Hospital X]. Fui lá atendida por um psiquiatra, o Doutor Y... E foi quando ele recomendou o internamento imediato. Fui logo internada nessa altura. **(Soraia, faixa etária 20-29)**

Excerto 4

A primeira vez que fui internado na psiquiatria do [Hospital K] – na altura ainda chamavam assim... A primeira vez foi com uma tentativa de suicídio, por ter ingerido uma substância tóxica, um produto..., enfim, um herbicida... Já foi há muito tempo, seguramente há uns 15, 16 anos. Pronto, fui de urgência, fizeram-me a lavagem ao estômago e internaram-me na ala da psiquiatria... Pronto, e a partir desse internamento... é que passei a ter consultas de psiquiatria pelo Serviço Nacional de Saúde... Antes, era só em psiquiabras lá fora, a pagar... **(Leonel, faixa etária 50-59)**

Excerto 5

Andava numa altura que ouvia muitas vozes... Pensava que o computador falava comigo. Andava alucinado com a ideia de que uma rapariga de quem eu gostava queria namorar comigo... E sentia-me muito mal... Sempre com um aperto enorme no coração... Fui eu que pedi mesmo ao meu pai para ser internado. Já não aguentava... **(Cândido, faixa etária 40-49)**

Excerto 6

[Referindo-se ao primeiro internamento] A minha mãe estava aos berros há quatro horas seguidas (...) Depois começou a mandar vir comigo, comecei a dar em doido, também... Telefonei ao INEM, depois de lá uma senhora, uma estagiária, ou o que era, é que tratou de tudo (...) Ela tratou de tudo, mandou cá o INEM, mandou cá os

médicos... (...) Mas isso já vem... Isso é uma bola de neve... Tipo bola de neve... Vem enrolando, enrolando, enrolando, enrolando... Só de há dez anos para cá é que ela ficou... Pronto... Começou a ficar pior, mesmo (...) começou a dizer coisas sem nexos nenhuns. Depois começou... Pronto, começou a falar sozinha, depois... Essas coisas... Depois começou a não ligar ao aspeto... Nada... Depois emagreceu...
(Filho de mulher com diagnóstico de esquizofrenia)

Excerto 7

Comecei a... a... autoflagelar-me [silêncio]. Furava as narinas com alfinetes e... e essas coisas assim... Até porque eu fui... Quando fui internado foi por causa disso... Porque eu cheguei a casa uma vez assim meio... meio descompensado, completamente, e comecei a furar-me todo. E comecei a ter um comportamento agressivo e... e depois é que a minha mãe chamou o INEM, porque eu estava mesmo alterado, chamou o INEM e... e eu fui para o hospital. Depois levaram-me para o [hospital X] e pronto. **(Licínio, faixa etária 40-49)**

Excerto 8

Além de não cuidar da minha higiene, isolava-me muito, andava a falar sozinho... [...] Uma vez a minha mãe até me disse que as pessoas se riam de mim... E isso magoava-a, pronto. Eu não queria tratamentos... não queria ir a psiquiatras, nada. Andava num psiquiatra [privado], mas não estava a funcionar... Eu também não queria ir lá... Então, ela teve de chamar o INEM com a polícia para eu ser internado... Porque eu não queria... [...] Mas, pronto, na altura foi a solução que me deram. Hoje vejo as coisas de outra maneira. Acho que se não tivesse sido internado, também não sei o que seria. **(Dionísio, faixa etária 50-59)**

Excerto 9

- *Quando é que foi internado pela primeira vez?*
- Eu saí, se não me engano, em 1998 do trabalho, porque andava cheio de conflitos, e já foi em 1999 que tive um episódio violento com os vizinhos de cima, porque já estava com alucinações e assim. Imaginava que me batiam no teto, que estavam a bater no teto e... Seguiu-se um episódio violento que meteu a polícia, e a polícia levou-me ao hospital, e foi-me diagnosticada a doença.
- *Foi imediatamente após o abandono do trabalho que veio essa crise?*
- Foi, foi. De alucinações. Mas quase imediato, foi poucos dias depois, surgiu-me... as alucinações.
- *Portanto, essas alucinações terão sido potenciadas pelo episódio do emprego...?*
- Talvez, eu hoje em dia interpreto um bocado assim. Talvez nunca tivesse sentido se... se não tivesse largado o emprego. Mais tarde ou mais cedo, alguma coisa havia de vir, porque a doença é incurável, não é? E, portanto, alguma coisa viria. Não haveria excessos... ou de alguma forma a procurar ajuda médica.
- *Foi internado então em que...?*
- No [Hospital F].
- *Não foi por livre iniciativa, portanto foi um internamento compulsivo?*
- Foi a polícia... Foi a própria polícia que me levou ao... Porque eu na altura... As alucinações era que me estavam a bater no teto, a fazer barulho no teto e quando a polícia surgiu, eu disse ao polícia: “Não, mas vamos falar ali com a minha vizinha – do mesmo piso – que ela de certeza que ouve os barulhos.” E o polícia foi muito paciente mesmo, foi comigo falar com a tal vizinha, que era muito amiga minha, uma senhora muito amiga de lá e perguntei-lhe se ela tinha ouvido alguma coisa e ela disse: “Não, nunca ouvi nada.” Então, aí comecei a compreender: “Bem, alguma coisa não está boa comigo.” E o polícia também disse, compreendeu, disse logo: “Oh, pronto, já estou a ver tudo.” Foi a frase do polícia: “Já estou a compreender tudo.” Então, levaram-me, levaram-me primeiro para a esquadra, fizeram um auto... Abriram um auto e depois levaram-me para o hospital, para as urgências do hospital.

- *Quer dizer, quando falou com essa vizinha, teve alguma percepção de que...*
- Quando... Depois da resposta dela, tive uma percepção de que não estava bem.
- *Nunca se tinha lembrado antes de falar com ela, de lhe perguntar...?*
- Não, nunca falei... [...] Eu estava completamente alucinado, foi um... Eu comecei a sentir... É uma história, não lhe vou contar os pormenores... Por exemplo, envolvia carros que chegavam e buzonavam e não me deixavam dormir e coisas do género. Eu estive três dias sem dormir. Às tantas, já não comia. Estive três dias sem comer antes do... Porque imaginava que me queriam mal e tinha alucinações e que haviam ruídos que me perturbavam e assim. E vozes, ouvia vozes a construírem esse enredo, não é? E pronto, e depois num dia de manhã, depois de passar a noite em claro, porque achava que me queriam mal e que me queriam arrombar a porta de casa e assim. Um dia de manhã, acordo e tenho a alucinação de que, pelas vozes que ouvia, tinha câmaras dentro do apartamento. Que os miúdos que estavam ali fora tinham entrado e tinham posto câmaras dentro do apartamento e que eu comecei a ver... que estava a ser vigiado. Eu entrei em desespero e saí com uma faca na mão e alejei um rapaz que lá estava, coitado, não tinha nada a ver com o assunto.
- *Essa situação foi para tribunal ou...?*
- Há de ir, há de ir (**Entrevistado sexo masculino**).

Excerto 10

- Em 96 tive essa crise e fui parar ao hospital. Chamei a ambulância... porque o meu pai riu-se a par comigo... Pronto, foi assim: eu estava a estudar para os exames e a minha mãe tinha-nos deixado os dois sozinhos, tinha ido cuidar da minha avó que estava doente. E eu não sei o que é que fiz... Bebi café ou o que é que foi? Senti-me mal durante a refeição e ele pôs-se a rir e eu achei que ele estava aa... a gozar comigo. E depois fui para dentro, novamente para a sala. Comecei com ideias de que ele me queria fazer mal, que aquilo era um riso já cínico, um riso já fora do contexto. Não sei o que é que me deu... Fui em pijama e com os documentos, com a carteira, ao andar de cima, chamei a vizinha, disse que estava muito aflita – e estava mesmo aflita – e disse para ela chamar... de urgência o 112 porque eu não me estava a sentir nada bem, porque o que se estava a passar lá em baixo com o meu pai não era normal e por aí fora. A senhora ficou em pânico. Deixou-me fazer o telefonema. Fui eu que fiz o telefonema. Eu disse que só descia as escadas se um dos bombeiros ou um dos paramédicos subisse, porque não ia passar pelo segundo andar, porque era o andar onde o meu pai estava. Fui assim para o hospital. Disse que ele me tinha envenenado... certamente no arroz [do almoço]... Fui para o hospital... Deixaram-me em observação durante algum tempo... Depois internaram-me aqui no [Hospital X]. E eu não queria acreditar... Como quem diz: “Sou maluca ou quê? Então, estão a dar-me como maluca”. Pensei que nunca mais saísse depois daqui. Fui vista pelo Doutor Y e ele falou em internamento... Falou comigo em particular, disso estava consciente. Falou com o meu pai e com o meu irmão. Falaram com eles, falaram comigo individualmente e depois quando ele me disse qual era a decisão dele, de eu vir para internamento para o [Hospital X], eu disse assim: “Querem ver que me vão colocar no [Hospital X] para toda a vida?”
- *Já tinha ouvido falar do [Hospital X]?*
- Já, já, mas com muita má reputação, porque era uma casa de loucos. “Estão-me a dar como maluca e conseguem convencer o médico em como eu estou maluca.” E vim para aqui, fui muito bem tratada no internamento, mas eu pensava que ia passar o resto da minha vida aqui.
- *Quanto tempo é que ficou aqui internada, nessa vez?*
- Três semanas. (**Helga, faixa etária 50-59**)

Excerto 11

- Olhe, o primeiro internamento foi provocado, porque ele fazia distúrbios, sentia-se muito mal... E então, eu combinei... Foi com o Doutor Y [da esfera privada] que

combinámos o internamento com... começar-lhe a dar... [Ele] lanchava à tarde todos os dias em casa e, então, nós combinámos começar a misturar-lhe no sumo que ele bebia gotas de Haldol. E foi assim que ele chegou às vinte gotas, trinta gotas... Porque ele não queria ir ao médico nem ao hospital. Não queria ser internado. E foi assim que nós conseguimos interná-lo aqui. Foi com esse estratagema de metermos o Haldol no sumo... Foi assim que ele foi internado da primeira vez.

- *O Haldol é um medicamento para a esquizofrenia?*

- É, é, mas quando é em muita quantidade as pessoas não se sentem bem. Ele chegou a uma certa altura que não parava, não é? Sentia-se mal, muito mal e... Penso que chegou a sentir-se tão mal que começou... Acho que partiu lá em casa, foi nessa altura... Pôs as almofadas... Aquelas... As portas dos roupeiros têm aquelas almofadas..., pôs tudo dentro... [ri-se]. Foi então que ele veio para aqui. O Haldol trata, mas quando é de mais também faz sentir... Pronto, eu penso que ou há de ser uma dose muito alta ou uma dose muito pequena... para... não é? Ele começou a tomar uma, duas, três, quatro, cinco, todos os dias, não é? Ia alterando mais uma, mais uma, mais uma... Ele não sabia que tomava. Ele não sabia.

- *Ele tinha outra medicação que tomava livremente sem ser essa?*

- Não sei se ele tinha, mas ele nesta altura não queria tomar medicação nenhuma. Não queria, não queria tomar medicação nenhuma.

- *Portanto, essa combinação com o médico... com a situação da toma do Haldol..., portanto, conseguia meter o medicamento...?*

- Sim, sim. Sim. O Haldol, sim, sim. Ia fazendo isso progressivamente.

- *Quer dizer que o objetivo era mesmo... desde o início, que ele fosse internado...?*

- Sim, nessa altura era o que nos interessava, era interná-lo. Pronto, porque o médico lá fora já não conseguia fazer nada. Só internar.

- *Nunca pensaram em fazer um internamento compulsivo?*

- Foi, foi este que nós fizemos.

- *Acabou por ser compulsivo no sentido de que envolveu a polícia...?*

- Não, não foi. Não foi, não. Não, com o Haldol depois fui eu... Fui eu que o meti dentro do carro e ele veio por aí fora.

- *Ele ficou num estado de inconsciência, foi...?*

- Mais ou menos, mais ou menos. É, não ficou completamente....

- *Mas foi na sequência de ele fazer um distúrbio, também?*

- Sim, sim, sim. Foi, foi. Na altura o distúrbio provocado pelo excesso de Haldol que ele estava a tomar. Sentiu-se de facto muito mal...

- *Portanto, à partida o médico que sugeriu isso sabia que isso ia acontecer? Que ele entraria nesse estado...?*

- Sim, sim, sim, sim. Pois. Sim, sim, sim. Não havia... não havia outra alternativa.

(Pai de homem com diagnóstico de esquizofrenia)

APÊNDICE G

Excertos de Entrevista – Sobre os “não efeitos” (ineficácia) e “efeitos secundários” dos psicofármacos

Excerto 1

Não quero incriminar ninguém, mas, pronto, a doutora W para mim, foi um bocado... Esse coma que me aconteceu com o carro foi por causa dum comprimido que ela receitou. Receitou-me uma caixa de comprimidos, tomei um comprimido, no outro dia despistei-me e entrei em coma... Mandou-me ir trabalhar... um médico nunca pode mandar um paciente trabalhar com Xanax três miligramas! E ainda mais, um trabalho com máquinas. Ia normalmente a andar para o trabalho com o carro... Não me lembro de nada. O carro bateu num... num morro de terra... Só sei... Agora sei que foi assim, porque quem deu comigo, que é um primo meu, que deu comigo eram seis e meia da manhã... entrei em coma. Se me tivesse acontecido alguma coisa, a doutora W estava metida num... num molho de bróculos. Isso não... nunca... nunca podia ter acontecido. Era raro dar-me baixa. Mandava-me ir trabalhar e com os medicamentos todos. Pessoas nossas conhecidas começaram a dizer à minha mulher: “Então, mas mandaram-no ir trabalhar com esse medicamento?”. Agora é que nós sabemos essas coisas, não é? Na altura não sabíamos nada. A gente sabia lá o que era um *Xanax* ou o que era... Agora é que nós sabemos o que é isso, não é? Mas pronto. Ela fez o que fez, mas pronto... Também não a quero incriminar, ela também... Nem todas as pessoas são perfeitas, nem todos os médicos... Uns melhores outros piores... Não quer dizer que ela não seja uma boa profissional... Ela até pode ser uma boa profissional. **(Feliciano, faixa etária 50-59)**

Excerto 2

- Estive lá [no internamento hospitalar] um mês. A consumir medicamentos, medicamentos, medicamentos, medicamentos e era um esgotamento, era um esgotamento. Tomava Medipax, Medipax, Medipax, Haldol, Haldol. Vim para casa com uma carrada de medicamentos, até que certo dia enchi-me dos medicamentos e meti-os no lume. Mais nada. Não via melhoras nenhuma.

- *E tinha efeitos secundários?*

- Muitos, muitos... Por isso mesmo, desisti. Não faziam com que me sentisse melhor e ainda me faziam tão mal, a tantas coisas, até ao fígado... **(Leandra, faixa etária 40-49)**

Excerto 3

Foi depois de um reajustamento na medicação e de me receitarem um medicamento novo, o Habilify, que tive um episódio muito violento, que tive de ser internado. Na altura chegou-se a falar que pudesse ter sido desse medicamento, porque ele dá para causar sintomas negativos... Outro efeito que senti muito com a medicação foi a perda de orientação... Nunca mais voltei a conseguir orientar-me geograficamente como me orientava antes... E isto aconteceu tanto com os medicamentos de antiga geração como com estes mais novos, da nova geração. Deixam-me todos muito desorientado... Na cidade onde vivo, percorro sempre as mesmas ruas. Não me arrisco a ir por ruas que não conheço... **(Florêncio, faixa etária 50-59)**

Excerto 4

Tomei muitos comprimidos que me torturavam. Tomei um que era o *Orap forte*, que eu sentia-me a tremer todo por dentro... torturava-me mesmo! Tive de deixar passado algum tempo... Não aguentava. **(Cândido, faixa etária 40-49)**

Excerto 5

Eu andei a tomar o Haldol e aquilo dava efeitos colaterais. Prendia-me os queixos, os olhos reviravam e eu ficava... Às vezes em certas situações, sentia-me tão mal tão mal, que eu, às vezes, até tinha quase vontade de morrer. E... era complicado. Depois, apareceram uns comprimidos novos. Foi o Risperdal, conhece? Com esse deixei de sentir esses efeitos tão maus... **(Dionísio, faixa etária 50-59)**

Excerto 6

- Não tenho motivação, não tenho estímulo, muitos dias não tenho vontade de estar com os olhos abertos.

- *E isto mesmo tomando a medicação de forma regular, certinha?*

- De forma praticamente regular. Tomo medicação a mais. Tomo medicação a mais. Tomo 11 comprimidos por dia. Ando intoxicado em comprimidos, completamente intoxicado em... Onze comprimidos por dia? São 77 por semana. Comecei a ter úlceras no esófago há três anos... agora também tenho de tomar comprimidos para isso... [...] A partir da minha doença, com os comprimidos, as coisas acabaram. Não temos relações sexuais há 5 anos. A nossa relação já não andava bem e com a medicação, a vida sexual acabou mesmo. [...] Já tomei medicação tão forte, que eu estava apático, estava... andava apático, andava... Aliás, muito provavelmente ou obrigatoriamente, a dose que me foi dada foi justamente para me pôr abaixo, para... para haver... para haver ali um... Não tenho grandes dúvidas. As primeiras doses que me foram administradas foram no sentido de me pôr abaixo e de eu não ter capacidade de reação. Aliás, notava-se na... Onde se nota logo é na voz. A voz arrastava... Telefonavam amigos meus cá para casa quando sabiam e notavam logo na voz: “Estás com a voz muito...” **(Valdemar, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 7

Tem havido alturas que a medicação é tão forte que eu fico apático de todo, Mesmo em baixo... Com a voz muito arrastada, sem vontade para nada... Há muitos medicamentos que me deixam assim... Fico mesmo estranho... Nem me conheço a mim próprio. Depois não quero tomar, mas a minha mãe quer obrigar-me... **(Hilário, faixa etária 40-49)**

Excerto 8

Uma vez andei a tomar um medicamento que era muito complicado. Tinha grandes crises de ansiedade, aquela coisa: não era capaz de estar com muita gente, muito tempo, fartava-me, só estava bem em casa, fechava-me... Eram uns tremores, uma coisa horrível. Até me tirarem aquilo sofri um bocado... Mas foi difícil tirarem... Que tinha de tomar, tinha de tomar... Era o que diziam... Depois de tirarem, passou. Nunca mais nenhum medicamento me fez aqueles efeitos tão terríveis... **(Licínio, faixa etária 40-49)**

Excerto 9

Houve uma vez que eu andava tão mal que a minha psiquiatra do Hospital me receitou uma injeção forte para eu me acalmar mais... Não me disse nada que não podia conduzir... Levei a injeção e peguei no carro... Comecei a sentir uma sonolência tão grande, tão grande, que adormeci e bati com o carro... [...] Pronto, o carro ficou sem conserto. Eu fiquei muito magoada a nível... Fraturei aqui um bocadinho da mão... Fiquei toda pisada, toda negra. **(Jasmim, faixa etária 40-49)**

Excerto 10

Com a medicação tem sido complicado. Há alturas em que ando bem... e tenho vontade de largar por causa dos efeitos no estômago... Reduzo... Sinto-me pior... Mas o quê? É que tenho alturas em que tomo a medicação certa, sempre, e também me sinto mal. Mesmo a tomar medicação ando mal, percebe...? Parece que já não faz efeito... **(Olinda, faixa etária 50-59)**

Excerto 11

Mas há momentos em que me dá a sensação que a medicação não faz efeito. Portanto, a crise ressurgue. Portanto, é complicado isto. É muito complicado. E ressurgue porquê? Se a medicação está a ser tomada de forma correta e a crise surge, porquê? Pergunto-me porquê? Agora, evidentemente, que no caso dos psiquiatras, isto mesmo a nível hospitalar, é horrível, é horrível... Aí, de facto, o espectro da medicação é o que... é o relevante, não é? É aquilo que se releva. Não há nada mais. Eu tive, ultimamente, há coisa de um mês... Pronto, desde Abril que eu estou de baixa, mas... Porque, lá está, tive uma crise de depressão muito... muito grande, e eu não estava, digamos, a recuperar. Nem mesmo no Hospital eu recuperei. E eles o que fazem no Hospital é reforçar a dose da medicação. Temos aquelas horas muito certinhas para almoço, lanhe e jantar e dão-nos a medicação. E depois fazemos aquilo que nós quisermos. Não fazemos mais nada, absolutamente mais nada. Para isso, estou em casa. **(Leonel, faixa etária 50-59)**

Excerto 12

- Ora, a última vez que a doutora me medicou, deu-me um medicamento que eu andava em casa e parecia um zombie vivo, não falava com ninguém, andava com as mãos assim mesmo... parecia uma maluquinha pela casa... e tive de desistir daquele medicamento, que é uma das coisas que eu agora lhe vou dizer [refere-se à médica psiquiatra com quem vai ter uma consulta em seguida]...

- *Quer dizer que foi recente...*

- Sim...

- *Então, está sem tomar nada...?*

- Não, não. Tenho outros medicamentos, mas aquele tive de desistir dele...

Houve um medicamento que um médico me receitou que até não me fazia mal, mas fez-me engordar de uma maneira que, meu Deus Nossa Senhora, eu tive de ir falar com ele: “tire-me esse medicamento, por favor, porque até a lavagem dos porcos me mete cobiça... [Risos] Portanto, isto não pode ser... Não há dinheiro para comprar tanta comida. Tinha um apetite, uma coisa voraz. E então ele trocou-me o medicamento por outro e voltei a estabilizar. Agora estou magríssima porque estou... não me apetece comer, não tenho fome, não tenho... **(Milene, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 13

Tomei tanto medicamento, meu Deus, tanto! E quase todos me provocavam efeitos terríveis. Não faziam efeito nenhum, no sentido de diminuir o meu sofrimento... Até mesmo para dormir, a certa altura, deixaram de fazer efeito... a ponto de eu ter de levar injeções de morfina! E quase todos faziam efeitos muito maus... Cheguei a engordar 10 quilos em pouquíssimo tempo por causa dos efeitos de um antidepressivo... **(Soraia, faixa etária 20-29)**

Excerto 14

Era viciado em medicação. Ressacava com falta de Xanax. Espumava-me, rebojava-me, se não tivesse tinha de ir à procura. Andei a fazer uns trabalhos no Algarve, não tinha receitas. Eu esgadanhava-me todo, com a falta de Xanax. Tentava nas farmácias e não vendiam sem receita. Só numa é que consegui. Estavam lá duas moças novitas, viram-me naquele estado: “Seja o que Deus quiser. Ele não pode é estar assim”. Tinha imensos comprimidos para tomar. Todos os dias eram doze, treze

qualidades de remédios da psiquiatria. Cheguei a fazer injeções, os comprimidos já não... Efeitos terríveis. Deixei de trabalhar, tive de ir para a reforma, não dava... (Feliciano, faixa etária 50-59)

Excerto 15

Fui internada e eu disse que estava grávida, mas o Dr. Y, que era o meu médico no internamento, é que não acreditou e começou-me a dar os medicamentos... Tanto é que a Doutora X, passado uma semana, cortou-me logo os medicamentos que o Dr. Y tinha receitado. Porque eu disse ó Doutora X: “olhe que estou de bebé”. Ela também andava de bebé na altura, e ela vai assim “então eu vou-lhe cortar com estes medicamentos todos porque se a senhora está a dizer isso, é porque está mesmo de bebé”. Fizeram-me análise de sangue e depois, quando veio o resultado, veio positivo. Ela apertava as mãos na cabeça: “Ai agora?”. O Doutor W disse: “o caso está preto”. E eu disse: “Para mim está tão claro como a água, eu disse-vos logo que estava grávida”. Pronto, e depois, entretanto, eu saí do Hospital e depois eu vim para casa de uma tia minha e ela levou-me a fazer um aborto e... era um menino. Estava grávida de três meses. Fiz o aborto porque o bebé podia vir deficiente por causa dos medicamentos que me deram. Mas eu por minha vontade não tinha feito o aborto. (Graciana, faixa etária 50-59)

Excerto 16

- Durante muitos anos, a minha vida quase toda, tomei medicamentos que me punham os olhos todos em branco e a olhar para o ar. Era horrível. Deixava mesmo de conseguir ver... Por isso não os queria tomar... Mas lá no Hospital estavam sempre a querer que tomasse... Queriam obrigar-me! Era horrível... Houve uma altura que nem conseguia ligar o esquentador. E tinha de tomar banho de água fria. Isto acontecia quando tomava esses neurolépticos. Se não tomasse, não acontecia. Foram anos nisto... A quererem que tomasse aquilo... Efeitos horríveis... Outro que tomei durante um ano e tal também me fazia efeitos horríveis... horríveis... Era o Haldol... Queria levantar os braços para cima e não podia. Passava o dia a ver televisão. Não me apetecia fazer nada, nem comer... Depois juntei ali uma louça na cozinha para lavar, não a lavei. Não a consegui lavar. Estava a louça toda por lavar... Não conseguia fazer nada em casa...

- *Por que razão tomou esse medicamento tanto tempo se lhe fazia tão mal... Falou com o seu médico?*

- Ele disse que tinha de ser... Não havia outro medicamento. Disse que era tudo a mesma coisa, era tudo igual. (Lívia, faixa etária 40-49)

APÊNDICE H

Excertos de Entrevista – Na linha do tempo: experiências e representações de violência em instituições hospitalares psiquiátricas

Excerto 1

- A primeira vez que fui internada foi em 1980... no [Hospital Y]. Andei lá muito tempo... Disseram-me que era esgotamento cerebral. Era péssimo... Nem quero contar, nem devo contar, porque não me quero recordar...

- *Por favor, não conte, então... [Nota: não obstante, logo em seguida, começa a relatar a experiência sem dar mostras de desejar interromper a narrativa]*

- Foi depressão e esgotamento cerebral. Estive lá muito tempo... a levar eletrochoques à cabeça... Ai...!!! Faziam e já era proibido. Diziam que era proibido. Naquela altura, já eu ouvi dizer que era proibido, mas eles ainda nos deram.

- *A senhora sabia que era proibido?*

- Diziam-me as outras. As outras que já tinham levado... “Olha, eu já levei...” E eu: “ah, isso não, isso não...”. Ninguém gostava...

- *E não pediam autorização?*

- Nada, nada. O médico é que... pronto levava-me lá para a enfermaria onde a gente estava, deitavam-me numa cama... [Nós víamos] muita gente à nossa volta... enfermeiras e ajudantes... Ele carregava lá num botão... Eu nunca mais, nunca mais... As minhas amigas de lá, que eu arranjei lá, porque eu lá arranjei muitas amizades... Era tudo a mesma doença, mais ou menos... E elas disseram: “Ai, que você se escavaca toda”.

- *Sentia-se muito mal depois das sessões?*

- Pois... eram umas dores nos ossos. Aquilo era a energia a entrar e a sair do corpo. Ia para a cabeça, eu sei lá o que era aquilo... Eu ainda andei lá a levar eletrochoques muito tempo. Ainda bastante tempo. No internamento. E depois eu queixava-me às enfermeiras: “eu não quero mais nada disto, porque eu já nem posso comer pela minha mão. Já não podia dobrar nem um braço. E as minhas amigas de lá diziam-me: “Diz que não queres. Faz uma birra qualquer e diz que não queres”. Eu fazia a birra, mas ninguém me ligava...

- *Mesmo dizendo que não queria?*

- Mesmo dizendo que não queria... Fiquei ruim das minhas costas por causa disso. E eu um dia comecei a pensar... Então, depois... as enfermeiras iam lá... E eu pus-me a pau para ver se via o meu médico que me lá internou. Elas até me prometiam pancada. Elas não batiam, mas prometiam... se eu lhe dissesse que não queria. Mas não faziam isso. Era só para eu... E eu fui-me queixar ao médico. “Ó doutor, eu já não posso... Nem comer pela minha mão... Já não posso nada...”; “Mas não pode porquê?”; “Não posso com tanta dor, estou a ficar apanhada de todo dos meus ossos...”; “Ah, pois. É dos eletrochoques...”

- *Quer dizer que ele não sabia...*

- Sabia! Ele é que mos ia dar. Mas eu é que não podia queixar-me a ele na frente delas... das enfermeiras. Elas eram más. E eu virei-me para ele: “É Doutor, é dos eletrochoques, que eu já nem consigo comer pela minha mão.” E ele: “Ora levante-se...” Eu levantei-me, ele também se levantou... E foi com os dedos dele assim pelas minhas costas e carregou. Deu-me uma dor. Mandei logo um grito... Que ele disse: “Ah, pois é... Deixe lá, que a partir de hoje você não torna a levar mais nada disto, porque você para se tratar de uma coisa, que pode até nem se tratar – que aquilo é

tudo à sorte –, pode ficar entrevada por completo, o que é pior...” Disse-me ele para mim. Disse-lhes ele a elas, depois. E depois passou-me uma receita: “você vai tomar estes comprimidos, que estes comprimidos vão-lhe fazer bem...” “Está bem Senhor Doutor.” Saí, fui para a enfermaria...” No outro dia, já o médico já não lá entrou para me dar os eletrochoques, que era só a mim. E depois elas souberam: “com que então, você foi para o médico sem a nossa autorização, sem a gente ir com você! Foi você a primeira que nos fez esta desfeita...” E eu disse: “Não me importo nada, nem estou nada arrependida, que eu é que sei o que sinto...” Depois comecei a tomar aqueles comprimidos para aquela dor nos ossos passarem... E eu comecei a sentir-me outra vez bem. Mas nunca mais levei eletrochoques... (**Lília, faixa etária ≥ 60**)

Excerto 2

- Fui internada e eu disse que estava grávida, mas o Dr. Y, que era o meu médico no internamento, é que não acreditou e começou-me a dar os medicamentos... Tanto é que a Doutora X, passado uma semana, cortou-me logo os medicamentos que o Dr. Y tinha receitado. Porque eu disse ó Doutora X: “olhe que estou de bebé”. Ela também andava de bebé na altura, e ela vai assim “então eu vou-lhe cortar com estes medicamentos todos porque se a senhora está a dizer isso, é porque está mesmo de bebé”. Fizeram-me análise de sangue e depois, quando veio o resultado, veio positivo. Ela apertava as mãos na cabeça: “Ai agora?”. O Doutor W disse: “o caso está preto”. E eu disse: “Para mim está tão claro como a água, eu disse-vos logo que estava grávida”. Pronto, e depois, entretanto, eu saí do Hospital e depois eu vim para casa de uma tia minha e ela levou-me a fazer um aborto e... era um menino. Estava grávida de três meses. Fiz o aborto porque o bebé podia vir deficiente por causa dos medicamentos que me deram. Mas eu por minha vontade não tinha feito o aborto.

- *E quem é que sugeriu o aborto? Foi no Hospital que sugeriram?*

- Foi a minha tia e foi o meu pai. Porque eu não tinha emprego, não tinha nada. Ter uma criança com deficiência seria muito difícil. Mas foi um aborto clandestino, foi horrível. E estávamos a ver que tinha de ir para o hospital porque o bebé não queria... não saía. Estava muito agarrado. Depois lá... lá me deu uma injeção e lá descolou o feto. Mas foi horrível... Andei mais de um mês sem me poder sentar. E andei mais de dois anos com uma infeção. Era uma comichão horrível. Tudo porque o Dr. Y não me quis ouvir... (**Graciana, faixa etária 50-59**)

Excerto 3

Apareceu lá uma enfermeira... Nós chamávamos-lhe a general. A senhora já era de idade, era assim [de] muita idade. Ela chega ali e ata-me à cama! Espeta-me duas bofetadas e ata-me à cama... Quer dizer... Uma pessoa... Que eu, pronto... Eu nem força tinha para andar. Eu nem força tinha para falar, quanto mais ver-me atada à cama numa enfermaria onde éramos três... Era eu, uma senhora de idade... Era eu, uma senhora de idade e uma senhora que estava mesmo só a vegetar... Durante o dia dormiam, de noite gritavam. E para as porem a dormir as enfermeiras agarravam nelas e nem punham as gotas dentro de uma colher, nem nada... Era para dentro da boca, à força. Se fosse meio frasco, era meio frasco. Comigo fizeram o mesmo, uma vez. Espetaram-me ali com aquelas gotas na boca... Aquilo era tão azedo, tão amargo, tão amargo... Eu daí a meia hora, eu “ferrei”... Eu, amarradinha à cama..., a certa altura da noite, eu precisava de ir à casa de banho: “Olhe faça na cama”. Urinei na cama... Atada! Porque foi as pernas, foi os braços... Toda atada! “Faça na cama”. Foi a resposta. (**Irina, faixa etária 40-49**)

Excerto 4

Houve uma coisa que me traumatizou muito lá no hospital que eu prefiro nem aprofundar. Fiquei violento e tive de ser... Fui injetado e fui amarrado à força. E fiquei num quarto sozinho, em isolamento. (**Feliciano, faixa etária 50-59**)

Excerto 5

Eu tinha medo do hospital, tinha medo que me dessem comprimidos e que eu morresse, que fosse alérgica. Eu sou alérgica à penicilina, mas nem os médicos sabem. (...) Houve um tempo que eu tive medo, no pavilhão 1, de tomar comprimidos. Eu pensava assim: “Ai, vão-me dar comprimidos e depois adormeço e pensam que eu morri e eu estou aqui a dormir. Pareço uma pedra.” Pensei mesmo isso. “Será que eu fico fria e depois eles pensam que o meu corpo... Que eu estou a dormir e pensam que eu estou morta?” Eu tinha pensamentos desses (**Guiomar, faixa etária ≥ 60**).

Excerto 6

- Eu não tinha muito apoio da médica desse primeiro internamento. Mas tinha medo de levar choques elétricos e ela nunca me deu... Sei que ela dava choques elétricos lá a certos doentes, mas a mim nunca me deu. Talvez porque eu estivesse protegido. Porque a minha mãe e os meus irmãos iam-me ver, faziam-me visitas. O meu irmão quase todos os dias ia ver-me. Tinha uma certa proteção porque as pessoas visitavam-me, importavam-se comigo. Porque se não fosse isso... E eu tinha medo de me darem alguma coisa no Hospital... alguma coisa que eu ficasse ali, para toda a vida deficiente ou qualquer coisa assim.

- *Mas porque é que tinha esse receio?*

- Porque havia lá... havia lá homens que passavam o dia a chorar e... E alguns levavam choques elétricos e eu tinha medo de levar choques elétricos. Porque eu sentia que se levasse choques elétricos nunca mais ia ser o mesmo. (**Dionísio, faixa etária 50-59**)

Excerto 7

- Estava internada e chegou a um ponto que a enfermeira disse: “Agora vamos para o injetável” [...]

- *Ela pediu o seu consentimento?*

- Não. Deu e pronto. Foi um bocado dura de mais a enfermeira que me tratou assim... [...] Acabei por ficar quietinha e pronto (...) Eu a pensar que ia apanhar ainda choques elétricos e outras coisas mais... Estava miserável... Sentia-me miseravelmente mal com as injeções. (**Helga, faixa etária 50-59**)

Excerto 8

- Eu fiz tantos eletroencefalogramas à cabeça. Tantos. E sabe que para fazer um eletroencefalograma, dão-nos aquele xarope para nós dormirmos aquele bocado de tempo. Eu chegava a casa e tinha mesmo de dormir... No espaço de um mês, fiz 6 ou 7. A médica chegou ao cúmulo de dizer: "Você não faz mais nenhum, que você já não aguenta mais aquela anestesia." Então e TAC's era uma coisa por demais. Eu entrava dentro da máquina do TAC como quem entra em um comboio. Eu chegava... Eu, se fosse todas semanas a Lisboa, todas as semanas me faziam um TAC.

- *Mas porque é que acha que isso acontecia?*

- Não havia comunicação entre uns e outros. E chegou a ir ali do [Hospital X] um senhor doutor para me fazer um teste, para ver se eu me aguentava com aquele medicamento. Quer dizer, a triste era ali uma cobaia.

- *Nunca a informaram e pediram para assinar algum documento?*

Nada! Nada! Eu cheguei a andar a tomar comprimidos para ver se me faziam bem, que era para depois fazerem bem a outras pessoas.

- *Mas pediam-lhe e davam-lhe informações sobre esses medicamentos, os efeitos...*

- Nada, nada. Esse senhor chegou a dizer aos meus pais que eu era uma boa senhora para fazer uma boa experiência. E eles aceitaram. Então, pois! A triste era eu, que tinha de me aguentar à bronca.

- *Já tinha mais de 18 anos... Não lhe pediram a si?*

- Não. Nada.

- *E como é que corriam essas experiências?*

- Oh, havia delas que eu me vomitava toda, havia delas que eu nem me conseguia levantar. **(Irina, faixa etária 40-49)**

Excerto 9

Nem sequer conhecia os meus direitos, nem sequer me informaram, nem sequer... Não querem saber. No [Hospital Y] ninguém... não se preocupavam com ninguém. Tê-los lá era ter gado: “Gado para aqui, gado para acolá...”, “e agora vai o gado para ali...”, “vão ali pastar o almoço, vão ali fumar o cigarro...”, “Tomem lá um cigarro para irem fumar”. Era assim... uma coisa assim. (...) Falta de humanismo por parte dos... principalmente dos enfermeiros, porque... Dos enfermeiros? Não sei se era dos enfermeiros, era, era tudo! Ali era tudo: médicos, enfermeiros... As auxiliares eram muito porreiras algumas, algumas (...) Não há diálogo com a pessoa. Já percebi que isso talvez funcione assim: é pelo relatório dos enfermeiros que os médicos veem como é que o doente está. Mas não devia ser assim. Deviam falar com as pessoas, tentar compreendê-las... até elas dizerem o que realmente se passa. (...) Um médico, ou um psiquiatra, para ser psiquiatra, tem de ouvir o paciente. Não pode olhar para ele e dizer: “tome isto e isto e isto”. Tem de ouvir o paciente e tem de saber quais foram os meandros dentro da cabeça dele. Só uma vez um médico me quis ouvir... se interessou... Ele estava a fazer um estudo e foi por isso que me pediu para eu falar da minha história e de como me sentia... Gostei bastante dessa consulta. (risos) E gostava de ter um psiquiatra assim. Mas foi só dessa vez... para o tal estudo. **(Noel, faixa etária 30-39)**

Excerto 10

No hospital, não só nos internamentos, mas nas consultas também, as que ia de três em três meses, senti... muitas vezes assim uma forma muito distante e fria de os profissionais se relacionarem connosco. É doente mental? Não sabe nada, não pode tomar decisões.. Não tem capacidade de discernimento para decidir nada... Tanto que muitas vezes falam é para a minha mãe, como se eu não estivesse ali, na sala... E até em coisas simples... “Olhe que ele tem que mudar de hábitos, não pode ficar tanto tempo deitado...”. Era para a minha mãe que diziam isto, não para mim, percebe? Isto é o quê? No mínimo humilhante... Sou uma pessoa adulta! **(Hilário, faixa etária 40-49)**

Excerto 11

Os médicos têm um bocado o hábito de não nos dizer muitas coisas para a gente não cair no poço da doença, por assim dizer, e então com essa médica eu já andava a pensar em sair de Lisboa, e perguntei-lhe uma vez... Perguntei-lhe uma vez na consulta do que é que eu sofria, qual era a minha doença? E ela disse: (...) “Para a próxima consulta falamos nisso.” Ou seja, a fugir com o rabo à seringa, não é? Então eu... Eu na consulta seguinte não me esqueci. Voltei a perguntar. E ela relutantemente... Ela não queria dizer, mas... Então lançou para o ar as palavras como que..., como quem não quer dizer. E lá me disse: “Você sofre de esquizofrenia paranoide. Mas olhe que isto é uma doença como outra qualquer. E não... E você até está muito bem, portanto não se ponha a pensar que está horrível e que está mal e não-sei-quê...” Lembro-me que na altura até lhe disse: “Mas eu, pronto, eu gosto de saber a doença que tenho, porque gosto de ir investigar sobre isso e assim. Saber mais.” E ela disse: “Pois, mas o meu medo é que você comece a ler coisas e a pensar que está muito gravemente doente e não está assim tão gravemente doente quanto isso.” Pronto, foi a conversa e aí é que eu soube que doença é que [tinha]. [...] Tudo isso, de certa forma, faz uma pessoa sentir-se ainda pior, não é? Afinal, sou adulto tenho direito de saber o que se passa comigo... Há uma forma muito infantil de se lidar com as pessoas que têm doenças mentais assim graves, como a minha. **(Florêncio, faixa etária 50-59).**

Excerto 12

[Quando estive internada] quem lá estava responsável por aquilo eram duas enfermeiras com especialidade em psiquiatria, que eram horríveis. Falavam para as pessoas como se fossem... Também lá estavam muitas pessoas de idade. E falavam para as pessoas com uma falta de respeito e de postura horrível. Eram mesmo horríveis. Achava-as medonhas, nem sei como é que elas tinham formação na área. [...] Aquilo fazia-me sentir horrivelmente mal! Era como se não fosse uma pessoa, sabe? Como se não tivesse direitos nenhuns... E outras não gritavam aos berros, mas falavam como se fossemos bebés, como se não soubéssemos nada da vida, aí isso irritava-me de uma maneira! **(Jasmim, faixa etária 40-49)**

Excerto 13

[Referindo-se às atividades sociocupacionais que teve no âmbito do serviço Hospital de Dia de uma unidade hospitalar psiquiátrica:] Eu não gostava nada daquilo... Aquilo era muito redutor... era um sacrifício enorme estar lá... Um enorme tédio, mesmo! Saía de lá muitas vezes ainda mais chateado e irritado do que quando ia de manhã. Punham-nos a recortar notícias de jornal e a colar em cartolinas. Aquilo parecia uma coisa de infância, mesmo. A única atividade que gostava e que me fazia bem era o “relaxamento”, mas essa atividade só acontecia uma vez por semana... **(Licínio, faixa etária 40-49)**

Excerto 14

Tive uma experiência muito traumática no último internamento que tive... Tive uma crise muito grande, que já lhe contei, por causa de um médico que consultei na privada ter resolvido retirar-me quase toda a medicação... Assim de repente... Fiquei totalmente descompensado e fui internado. Então, nesse internamento, eu estava completamente fora de mim, completamente descompensado e um médico lá do internamento convidou-me para eu ir a umas aulas dele para falar para os estudantes dele... A esta distância e agora bem, percebo como aquilo foi mesmo antiético. Eu estava fora de mim, com uma enorme verborreia, a não dizer coisa com coisa... Foi muito mal, porque eu estava num estado tão descompensado que, lá nas aulas, gritava, esbracejava, falava de tudo e mais alguma coisa, até da minha vida íntima e sexual... Eles riam, riam, riam. Havia alguns que choravam de tanto rir! Fartaram-se de se divertir às minhas custas. Naquela altura, assim lá à frente dos estudantes, sentia-me importante, mas depois, quando fiquei lúcido, senti o quanto fui humilhado e o quanto aquela situação foi um enorme desrespeito à minha dignidade psicológica... Senti que fui usado como cobaia. Fui explorado emocionalmente. Foi isso que senti! Parece que as pessoas com doenças mentais não têm direitos nenhuns, nenhuns! Isso fez-me sofrer muito, muito... e não ajudou nada à minha recuperação. Fez-me sentir ainda pior, muito pior. Demorei muito tempo a recuperar, mais de um ano. **(Timóteo, faixa etária 30-39)**

APÊNDICE I

Excertos de Entrevista – Efeitos estigmatizantes e discriminatórios da patologização e da passagem pela instituição hospitalar psiquiátrica

Excerto 1

As pessoas julgam que isto se pega. É algo que se pega. Portanto, a parte social é algo difícil.... O meio em que vivo também é pequeno... Existe estigma! Os meus sogros, os pais da minha mulher, depois de ter sido internado, a partir daí alteraram bastante a sua atitude. Afastaram-se um pouco e tal... A minha mulher diz que é da idade, que têm mais dificuldade em compreender. Talvez seja, mas não deixa de ser difícil para mim. Parece que deixei de ser a pessoa que era. (Leonel, faixa etária 50-59)

Excerto 2

[Passei a ser visto como] um doidinho [do Hospital Y] [silêncio]. As pessoas tinham medo de mim [silêncio] (...) vi que as pessoas começaram-se a afastar. As pessoas não olhavam direito para mim... Havia pessoas que ficavam um bocado assim: “Mas será que ele faz mal à gente, não faz?...”. Com uma maneira... Para quem não esteja habituado, é um bocado complicado entrar no [Hospital Y]... Mas pronto, houve pessoas que pensavam: “Isto... isto é um homem que está mesmo avariado... mesmo... do capacete” (Feliciano, faixa etária 50-59)

Excerto 3

Só senti mais preconceito desde que vim para o [Hospital Y]. A minha vida aí é que, pufe! [faz um movimento com as mãos] Perdi o trabalho... Perdi trabalhos... Toda a gente me conheceu como a doente do [Hospital Y]. Ainda hoje sou capaz de ir a uma feira, a um mercado, a um lado qualquer, as pessoas conhecem-me como a Irina que estive no [Hospital Y]. Não é a Irina... É como a Irina que estive no [Hospital Y]... [...] As pessoas não aceitam! [...] Mesmo que sejamos bons, que sejamos profissionais, somos discriminados. “Deu entrada no [Hospital Y]? Então é maluca.” “Aí estive no [Hospital Y]? Então, pode-se ir embora que eu não a quero cá... porque vem um cliente e conhece-a em como foi do [Hospital Y], já não quer ser atendido...” Eu cheguei a estar a trabalhar na pizzeria e a pessoa chegar lá e perguntar: “Então, quem é que é a sua cozinheira?” E a patroa dizer: “Sou eu.” Mas era a Irina [referindo-se a ela própria] que fazia o comer. Porque se ela dissesse que [tinha sido] a Irina, já não comiam. [...] Eu não tenho vergonha de dizer que venho ao [Hospital Y]! A pessoa: “Ai, o [Hospital Y]... Hospital dos doidos!” As pessoas tinham muito preconceito. Anda-se com o logótipo nas costas. As pessoas olhavam de lado: “Coitada, estive internada no [Hospital Y].” Só que eu cheguei a perguntar a muita gente: “Vocês conhecem o [Hospital Y]?” “Ah, não. Não conheço.” “Ah, então não fale do que não conhece.” [...] Se eu tivesse tido um acidente nesta altura [em] que estive aqui internada, aí a culpada era eu, não era mais ninguém. Porque andava lá um *manfio*, que é um chavalito novo lá da [aldeia], queria arranjar o carro, e uma vez eu ouvi ele a dizer no café: “Vou bater contra a mulher do Y [o marido de Irina], que ela vai-me pagar o carro, porque ela está dada como doida.” Porque eu ouvia as pessoas a falar. Eu ouvia as pessoas a falar, eu sabia que tinha um logótipo do [Hospital Y] nas costas. Ainda se passasse uma pessoa por mim de carro e me

visse aí de carro, ia dizer ao meu marido: “Ela vai ali de carro, ela vai doida, ela é capaz de matar alguém”. (**Irina, faixa etária 40-49**)

Excerto 4

Nas aldeias todos sabem a vida uns dos outros..., porque aquilo são meia dúzia de gatos pingados, e então pronto... É assim... então, quando fui internado toda a gente ficou a saber e não foi fácil... ainda hoje é difícil... As pessoas acham que quem é internado na psiquiatria é porque é maluco. É verdade que eu me isolei muito com a doença, mas os amigos que tinha também se afastaram e foi por causa de não me acharem bom da cabeça... Eu soube de conversas que tinham sobre mim, até no café, e isso magoou-me muito... Também me comecei a isolar ainda mais por isso... (**Hilário, faixa etária 40-49**)

Excerto 5

- *Então, assim que foi diagnosticada a doença foi-lhe vedada a possibilidade de fazer o transporte [guiar o autocarro]?*

- Foi, por questões de segurança. Porque podia acontecer alguma coisa e o seguro não cobria e os pais das crianças iam reclamar e mais não sei quê, mais não sei quanto. Mas qualquer coisa pode acontecer com qualquer colega dos meninos, por isso... E mais não estão doentes. Agora, e porque eu estou medicada e porque estou a tomar esta medicação e porque estou a tomar aquela... (suspiro), arranjam mil e uma desculpas. Fizeram o relatório médico. Mandaram-no para a entidade, para a inspeção-geral do trabalho. Pediram para assinar um acordo a dizer que eu não me importava de baixar a categoria, nem no ordenado. Ou congelavam-me o ordenado, ou baixavam-me o ordenado. Eu optei por baixar, para ir subindo, porque congelar o ordenado vitaliciamente não me interessa nada.

- *Portanto, foi de certa forma obrigada a negociar com a instituição?*

- Sim.

- *E o que é que passou a fazer então?*

- Baixei de categoria e de ordenado. (**Leandra, faixa etária 40-49**)

Excerto 6

Os encarregados a mim só me... ainda me enterravam mais, porque eu... Na vez de me ajudarem... viam que eu estava a ficar doente, não... Eu estava habituado lá nessa firma a trazer... A minha máquina, por exemplo, com que eu trabalhava, o chão dela podia-se lambar com a língua que andava sempre tudo limpinho. Gostava da máquina sempre a brilhar. Eu gosto... Tinha aquilo tudo sempre que era um brinco. Então, o encarregado, a pensar que eu estava a fazer as coisas com malandrice, tirou-me a minha máquina e deu-me uma máquina muita podre, muita velha, cheia de lixo, toda porca. Então aí, muito... pior me senti. Estava habituado à minha máquina, sabia como é que eu tinha e como é que... Eu via os outros a trabalhar com ela e eu a andar com aquilo... (**Feliciano, faixa etária 50-59**).

Excerto 7

As pessoas quando souberam que eu andava no [Hospital X], às vezes ouvia bocas. Uma vez um até... me quis bater e tudo por eu me sentar numa mesa num café: “ai, o que é que está aqui a fazer, seu anormal e não sei quê” [...] Depois de ser internado é que comecei a sentir mais preconceito... Houve uma altura que me chegou aos ouvidos que as pessoas me chamavam o maluco do [Hospital X]... As pessoas conhecidas, lá da terra onde eu vivia, olhavam para mim de lado... Parecia até que tinham medo [...] Pessoas de má índole... Sei lá, pessoas que estão fora... Não sei! Pessoas com maldade e... Mas eu já atravessei essa fase, hoje em dia tenho uma vida um bocado diferente. Mudámos de casa, agora vivemos numa cidade e é diferente... Aqui praticamente as pessoas não se conhecem [...] E eu também não ando a tocar

o sino a dizer que tenho esta doença. As pessoas também não, pronto, não têm necessidade de saber sobre que eu tenho esta doença. **(Dionísio, faixa etária 50-59)**

Excerto 8

Eu, por exemplo, estava quatro ou cinco meses de atestado, não ia lá e, depois, ia lá e as pessoas não sabiam o que é que haviam de me dizer. É o estigma. Tirando uma ou duas exceções, as pessoas não me diziam nada, nem “como é que está?”... Se fosse uma constipação, as pessoas: “então, ouve lá, estás melhor da constipação?” ou “estás melhor do coração?” ou “já fizeste análises?”... Ali, comigo, ninguém me dizia nada. Ninguém me dizia nada! Ninguém me dizia nada! Agora, também estamos a falar da família. Estamos a falar, por exemplo, da minha mãe que não me diz nada e do meu sobrinho... O meu sobrinho nunca me disse nada, em cinco anos. Nunca. Continua a haver muitos tabus. A doença mental... Eu vou dizer, Portugal, ainda tem muito mais tabus [do] que os outros [países]. Ainda estamos muito atrás dos outros. Tudo o que diz respeito à sexualidade, tudo o que diz respeito à doença mental, ainda é tabu. Ainda é tabu. [Pausa] Só houve um colega meu que me perguntou uma vez. Mas ele é assim um homem do povo, é assim muito ingénuo e tal e, um dia, perguntou-me: “Ó Valdemar, é pá, então? Há muito tempo que não... Eh pá, tu estás... Dá a impressão que estás bom e tal...”; “Ah, cá vamos andando...” É o “Cá vamos andando...”, não é? À portuguesa. E ele disse-me assim: “Olha lá, o teu mal é da cabeça, não é?” Eu disse-lhe: “É pá, é mais ou menos. É mais ou menos.” Pronto, foi a única pessoa que me perguntou... Que me fez uma pergunta específica. Que acaba por não ser muito específica: “O teu mal era da cabeça, não é?” De resto, ninguém pergunta nada; se me puderem ver pelas costas é melhor. É estigma, é estigma. É a doença mental. É a doença mental. E, depois... E, depois, as pessoas não sabem muito bem o que é a doença mental. Quer dizer, não há informação, não há formação e as pessoas ainda têm o preconceito da doença mental que tinham há 50 anos. O preconceito está cá na mesma. Porquê? Porque... Por exemplo, eu sou bipolar, mas há uns anos chamava-se maníaco-depressivo. Mas maníaco-depressivo era mais duro, chamar... Se me chamarem maníaco-depressivo eu sinto-me mais... Se chamarem bipolar, bipolar é mais... Pronto, é mais suave, é mais suave e tal... O Fernando Pessoa era maníaco-depressivo, não é? E, portanto... E o Eça de Queiroz também. E, portanto, eu até fico lisonjeado, por isso... [...] Aliás, eu dizia muitas vezes nas aulas e eles ficavam assim a olhar para mim... “Meus amigos...” Logo nas primeiras, eu dizia... ou às vezes até na primeira, para entrar de choque. Dizia assim: “Quem estiver aqui que for normal, faz favor de sair.” Porque eu trabalhava com o secundário. “Quem estiver aqui que for normal, faz favor de sair.” [Pausa] Ninguém sai. “Ora, ainda bem... Ainda bem que temos aqui bom material para trabalhar. Com anormais é que eu gosto de trabalhar.” Ficam assim... Depois eu escrevo a palavra no quadro: “anormal”. Depois decompou-a: “O “a” mais a “norma”, “norma”. A “norma” é o vulgar; “a” é aquele que sai da vulgaridade.” “Perceberam?”; “Ah, pois é...”; “Ah, pronto... Então os génios, são normais? Não. Se fossem normais não eram génios. Quem é normal não chega a génio. Então eu não quero cá ninguém normal. Os normais fazem favor de sair.” Já ficam satisfeitos. E é verdade. Então o Leonardo da Vinci, era normal? E o Einstein, era normal? E o Fernando Pessoa, era normal? São todos anormais. Pois são, são génios. Os normais não chegam lá. Pronto. Logo na primeira aula. E eles ficam assim: “Está-me a chamar anormal.” Depois eu escrevo “anormal”, decompou e depois vou buscar os anormais que são génios e... “Se é normal, não chega a génio. Portanto, se vocês querem... Se vocês são normais, não têm aspirações a chegar a génios, pá, que os normais não chegam lá de certeza.” Pronto. Mas, portanto, há esse preconceito ainda da doença mental e, quando me chegou aqui, quando se sentou aí e me falou da desinstitucionalização... É um bocado verdade, é um bocado verdade, porque a doença mental não pode ser isolada entre quatro paredes, não é? Esta é a minha perspectiva e saberá melhor [do] que eu. A doença mental não pode ser isolada,

metida... Os doentes mentais não haveriam de ser todos enfiados entre quatro paredes. Depois tem é que haver grande capacidade de resposta. Capacidade de resposta para alternativas condignas para tratar esses doentes mentais. Já tenho [muitos anos] de experiência, fora a outra em que não estive em hospitais psiquiátricos. Também tenho alguma experiência disso. **(Valdemar, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 9

Em certas alturas [senti-me discriminada], sim. Foi. Porque às vezes as pessoas que me conheciam, quando sabiam do problema que eu tinha, elas recuavam um pouco. Por falta de conhecimento daquilo que é a doença as pessoas pensavam: “Ela afinal é uma pessoa que eu conheço, mas ela não é aquilo que eu conheço. Ela é outra pessoa... Não é a pessoa que eu conheci. Ela é outra pessoa diferente”. É isso que eu sentia. Ainda hoje não falo disso com certas pessoas... Não falo isso com todas as pessoas, porque eu sinto que há discriminação. **(Graciana, faixa etária 50-59)**

Excerto 10

Encaro muito mal ter uma depressão crónica... Ninguém quer estar doente, obviamente. Acho que se fosse uma doença diferente, uma doença de coração, por exemplo, não me fazia tanta confusão. Agora, uma doença psiquiátrica, as pessoas não aceitam, a família não compreende, acham que estamos assim porque queremos, falta de força de vontade... As pessoas fazem-nos sentir mal. Não entendem e nem se esforçam por entender... Para mim não tem sido fácil viver com isto... Há aquele estigma, não é? Ah... são os doidinhos... e isto foi pior a partir do internamento... Desde aí... é bom nem lembrar... **(Vera, faixa etária 50-59)**

APÊNDICE J

Excertos de Entrevista – (Im)permanências e (não) reflexos da política de desinstitucionalização

Excerto 1

- Andei uns anos sem ter consultas de psiquiatria... Isto foi quando comecei a ter os problemas de fibromialgia...

- *O que se passou?*

Nestes anos arranjei mais um problema, que já me disseram que tem a ver com a depressão... Tenho um problema da fibromialgia e começou-me a complicar muito. Comecei a ter esse problema quando comecei a ter ataques de pânico, foi na mesma altura... Tem sido muito difícil e eu tenho piorado muito da depressão e disso também... Os medicamentos parece que já não fazem nada... Acho que por já tomar há tantos anos deixaram de atuar... Às vezes, nem para dormir... Nada me faz dormir... E então, cheguei ao pé da minha médica lá do hospital, e quando eu me queixei da doença e queixei-me das dores, ela respondeu assim com modos muito duros, muito rude, ríspida: 'Ó minha senhora, mas as dores do corpo não se tratam aqui no hospital psiquiátrico; aqui tratam-se só depressões, por isso você que vá para a sua médica de família e ela que lhe trate das dores'. Eu fiquei muito revoltada, muito revoltada e magoada. Não me medicou nada, não quis saber de nada da minha vida, do que tinha acontecido, e pronto foi assim. E eu vim-me embora. E estive muito tempo, anos, sem voltar ao Hospital... Fiquei muito magoada nessa altura e interrompi por causa dessa situação. Interrompi e tive uns anos que não fui seguida no hospital, era só pela médica de família, porque eu não podia pagar as consultas por fora... Até que resolvi contar à minha médica de família o que se tinha passado no hospital e ela disse: 'não senhora, a senhora vai para lá outra vez. Eu vou mandar uma carta para o hospital para ver se a mudam para outra médica. Vou mandá-la para uma médica que conheço e sei que vai tratá-la como deve ser.' Tive sorte! Mandou-me para outra médica e gostei muito. Gosto muito... que ainda é ela que me segue. (Graciana, faixa etária 50-59)

Excerto 2

Nestes anos que passaram, houve uma altura que abandonei o hospital... porque não gostava nada da forma como eram as consultas, sempre a correr, sempre a correr... A médica que me atendia era uma pessoa assim nada empática, que eu não sentia que se preocupasse minimamente comigo... E não havia interesse, respeito... O meu copo da paciência estava quase cheio... [risos] E houve um episódio que para mim foi a gota de água que o fez transbordar: "Eu estava a abrir a porta do consultório e já ela [a médica psiquiatra] me estava a passar a medicação." E eu disse assim: "não, esta não é uma forma de tratar uma pessoa que tem depressão, porque eu ainda não disse nada. Ela ainda não sabe se tem de mudar ou não a medicação. Eu não me queixei ainda sequer. Eu ainda estou a abrir a porta. E eu disse: "pronto, esquece". Os meus sogros tinham um psiquiatra que é o Doutor W, que dá consultas na privada. E falaram com ele se ele me podia atender na privada, a pagar, visto eu não estar a sentir-me bem, continuava a não estar bem e não queria mais ser atendida por aquela médica do Hospital. E passei a ir para o consultório dele. As coisas estiveram assim tremidas, porque às vezes nem sempre se consegue acertar à primeira na medicação, no tratamento. Eu sei disso e entendo isso. Mas ele era uma pessoa que me dava

muito mais atenção, era mais cuidadoso. Pronto, mas, mesmo assim, voltei a ter uma grande recaída... uma recaída de todo o tamanho. Dessa vez foi de tal maneira que eu tinha pensamentos suicidas. E fui eu é que telefonei ao Dr. W e lhe disse: ‘Doutor, ajude-me porque eu tenho muito medo de mim. Só penso nisto, nisto, nisto, nisto... E eu, se não for ajudada, acabarei por fazer esse disparate’. E ele disse: ‘Vem já amanhã ter comigo, mas vem já preparada que vou tratar do teu internamento’. Voltei outra vez a ficar internada três semanas... Esse internamento foi muito violento para mim. No sentido não meu, que era só medicação e só dormir, mas tive uma colega que entrou amarrada... Portanto, podiam-me ter dito para eu não estar no quarto. Foi falta de atenção dos enfermeiros ou do pessoal auxiliar. Eu estava a dormir e acordo com os gritos e os guinchos de uma fulana amarrada, como a gente às vezes vê na televisão... Ali amarrada, a bracejar e a gritar... Foi uma imagem que me assusta só de me lembrar. Marcou-me muito. E então eu disse: ‘Vou fazer tudo por tudo a partir de agora para que nunca mais tenha de ser internada, porque eu não posso voltar a viver esta situação. [Isto foi um ano depois do primeiro internamento]. Então, o doutor W continuou a seguir-me no consultório dele. Eu depois pedi-lhe que me passasse para as consultas no Hospital, porque fiquei desempregada e não tinha condições de pagar as consultas particulares. E ele trabalhava no Hospital tinha facilidade em me colocar lá. Fez isso e passei a ser seguida lá outra vez, agora com ele. **(Jasmim, faixa etária 40-49)**

Excerto 3

- Acabei por sair do Hospital. Tinha lá as consultas de psiquiatria, mas acabei por sair e procurar um médico na privada...

- *O que aconteceu?*

- Aconteceu uma coisa que foi assim: a minha médica, que eu gostava, foi-se embora e atribuíram-me outro médico. E não gostei nada da forma dele... e resolvi procurar fora do hospital um apoio... um apoio, mas um apoio a sério...

- *O que aconteceu que te levou a essa decisão?*

- Ele tinha a tendência para receitar muita medicação para tudo e mais alguma coisa, assim sem propósito... E eu não gostava disso. Estava sempre a tentar impingir-me coisas. Do tipo: “olha se te apetece tomar vários cigarros, toma um *Alprazolam*”, que é um medicamento com benzodiazepinas, que eu sei que é uma cena que cria muita dependência, quando a pessoa quer deixar aquilo faz uma abstinência do caneco! E ele chegava ao ponto de me dizer: “É pá, apetece-te fumar umas ganzas, toma *Alprazolam*!” É pá, não gostei nada dessa abordagem! Nada! Então, em vez de me tentar ajudar a livrar de dependências, do tabaco e das ganzas, incentivava-me a tornar-me dependente de outras substâncias que também fazem mal... É pá... Não achei aquilo uma abordagem responsável! E eu não gostei. E pronto, saí! E fui tentar encontrar outro médico fora do Hospital, que eu visse que era mais adequado. E agora estou a ser mais bem acompanhado...

- *E a questão monetária não foi um problema?*

- Não, porque os meus pais felizmente podem... Agora quem não tem condições de pagar na privada, muitas vezes está desgraçado. Ou tem sorte com o médico que lhe calha no Hospital ou então está tramado...

- *Nunca foste contactado pelo Hospital no sentido de saberem de ti, de saberem, inclusivamente do porquê de teres abandonado as consultas?*

- Não, não... Nunca. Até hoje, nada e já lá vão uns anitos. **(Licínio, faixa etária 40-49)**

Excerto 4

- *Quando a entrevistei a primeira vez, em 2009, o acompanhamento que tinha era no Hospital, em consultas de psiquiatria. Ainda tem esse acompanhamento?*

- Ainda andei lá uns anitos, nessas consultas, mas tive de desistir porque não me dava com o médico de lá... Eu não conseguia trabalhar com a dosagem que ele me dava

de medicamentos. Era impossível! Não conseguia fazer nada! Sentia-me toda partida, cheia de dores, sonolenta, não me aguentava de pé... E isso fez-me procurar um médico no particular...

- *Mas não tentou que ele gerisse a medicação de outra forma?*

- Eu dizia-lhe, mas ele não queria saber... Tinha de ser, e tinha de ser... E pronto, saí do Hospital, nunca mais lá voltei...

- *E no hospital não a contactaram no sentido de saber o porquê de não voltar?*

- Não, não. Nada. Foi como se deixasse de existir para eles. E também lhe sou sincera, prefiro não voltar para lá... Eu não gostava nada de ir lá..., nem me sentia bem naquele ambiente, era pesado... E quando dizemos que vamos ao Hospital [Psiquiátrico] somos assim olhados um bocado... assim, como quem diz: “não bates bem!”... Até me senti aliviada, sou-lhe franca.

- *E está mais satisfeita com o médico na privada?*

- Estou mais satisfeita, sim. Vou a ele de seis em seis meses... é caro, é verdade, mas prefiro... Ele conversa comigo. O outro só receitava medicamentos... Este procura saber o que me está a preocupar... Ele tenta-me ajudar com conversa... O outro não. Só receitava medicamento e “vá-se lá embora” (**Ariana, faixa etária 40-49**)

APÊNDICE K

Entre a intenção e a prática: ponto situacional sobre as ESMC em Portugal

A implementação do *Plano de Ação 2007-2016* (CNRSSM, 2007) não decorreu conforme previsto, tendo-se chegado ao momento presente com praticamente tudo por se fazer ao nível da planeada criação de estruturas e respostas de proximidade, integradas na própria comunidade (CTARSM, 2017). Praticamente, os únicos progressos registados, em consonância com o que estava planeado, deram-se ao nível do desmantelamento e reestruturação dos grandes hospitais psiquiátricos (*ibidem*). Ao contrário do que havia sido preconizado, o encerramento e reorganização dos serviços hospitalares não se tem feito acompanhar, a um mesmo ritmo, da implementação de todo o outro conjunto de medidas, respeitante à criação de equipamentos sociais (p.e., unidades residenciais e fóruns sócio-ocupacionais), serviços e equipas de proximidade, a operar na comunidade, junto das populações. As descoincidências, lacunas e inoperâncias atingem um tal nível que, em 2017, no âmbito de uma avaliação do *Plano de Ação 2007-2016*, o governo português decide renomear a área da saúde mental como uma área prioritária, anunciando o retomar da implementação do referido *Plano de Ação* e a sua extensão para o ano de 2020. Daí resulta, inclusivamente, um novo documento: o *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020* (CTARSM, 2017).

Entre muitos outros aspetos, a avaliação constante nesse documento aponta, precisamente, para a enorme lacuna existente ao nível da constituição de equipas de saúde mental comunitárias. Em 2017, a constituição destas equipas é, com efeito, avaliada como muito insuficiente (*ibidem*). Cingindo-se, a essa data, a um reduzido número de experiências-piloto, muito aquém das amplas necessidades registadas em todo o país, as ESMC voltam, então, em 2017, a ser encaradas como indispensáveis e prioritárias para o pleno desenvolvimento de redes locais de cuidados de saúde mental (*ibidem*).

É então este o cenário que encontramos quando, ainda em 2017, decido integrar nesta tese um estudo de caso de uma ESMC. Significativamente, a perceção indutiva que possuía sobre a realidade da implementação de tais equipas, decorrente de diálogos com

diversos profissionais que operavam no campo da saúde mental, coincidia com a informação oficial que me chegava através do referido documento governamental.

Todavia, uma vez mais, o tempo passa e a (renovada) vontade política relativa à constituição das ESMC não colhe tradução na prática. É em 2020 – ou seja, já na reta final do período de extensão previsto para a implementação desta medida – que voltamos a ter notícias a tal respeito, com o Despacho n.º 2753/2020, publicado em Diário da República, 2.º série, de 28 de fevereiro de 2020. Reconhecendo o papel preponderante das ESMC enquanto pilar dos Serviços Locais de Saúde Mental, esse Despacho, emitido pelo Ministério da Saúde, determina a implementação de um projeto piloto de saúde mental por Administração Regional de Saúde, envolvendo cada projeto piloto “uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência” (MS, 2020).

A possibilidade real da operacionalização desses projetos só se dá, todavia, em Outubro, já perto do final de 2020, com a publicação, em Diário da República, do Despacho n.º 195/2020 de 7 de Outubro (emitido conjuntamente pelo Ministério do Estado e das Finanças e o Ministério da Saúde). Nesse Despacho, publicado já em pleno período da pandemia Covid19, é concedida autorização para o início do recrutamento dos profissionais de saúde que irão integrar as ESMC dedicadas à população adulta, num limite máximo de celebração de 30 contratos de trabalho sem termo (MF e MS, 2020). Existindo cinco Administrações Regionais de Saúde, a possibilidade de contratação por cada uma delas vai até um limite máximo de seis profissionais. Ora, observando as enormes necessidades territoriais de cuidados de saúde mental (CTARSM, 2017: 44), dramaticamente acentuadas, nos últimos tempos, pela conjuntura social gerada pela pandemia Covid19, estes números não deixam, evidentemente, de causar perplexidade.

Referências Bibliográficas (citadas neste Apêndice)

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório – Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016*.

CTARSM – Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.

MF e MS – Ministério das Finanças e Ministério da Saúde (2020). Despacho n.º 195/2020, 7 de Outubro, que autoriza o “recrutamento [...] de até 30 profissionais para as equipas comunitárias de saúde mental para a população adulta [...]”, *Diário da República*, n.º 9655/2020, Série II, de 7 de Outubro. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/144715660/details/maximized>

MS - Ministério da Saúde (2020). Despacho n.º 2753/2020, de 28 de Fevereiro, que aprova “criação de projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental [...]”, *Diário da República*, n.º 2753/2020, Série II, de 28 de Fevereiro. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/129678862/details/normal?!=1>

APÊNDICE L

Excertos de Entrevista – Profissionais da Equipe Y

1º Excerto

O Centro de Saúde onde estamos sediados foi eleito por uma questão de funcionalidade de espaço e de ser bastante adequado às nossas necessidades. Este Centro tinha acabado de libertar um espaço que antes funcionava diariamente como Serviço de Atendimento Permanente. O Centro de Saúde passou a precisar desse espaço só no período da noite. Fizemos, então, um protocolo para cedência de instalações para o nosso trabalho durante o dia. A integração nos Cuidados de Saúde Primários era importante para nós, desde logo por uma questão de filosofia, por nos ser bastante cara esta ideia de proximidade aos Centros de Saúde e pela forma como essa proximidade pode ser bastante profícua para os nossos utentes, mas também sob o ponto de vista prático. Ficamos sediados num Centro de Saúde iria facilitar-nos muito, como facilita, a questão do programa informático clínico que iríamos usar, que teria de ser usado dentro de um espaço de segurança dos terminais do ministério da saúde. Isso permitia-nos trabalhar na rede da saúde. E, portanto, foi tudo articulado com a ARS de forma a reforçar a rede para nós termos o programa *SClínico*, que nos permite trabalhar em rede, exatamente como se estivéssemos no Hospital. **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipe Y).**

2º Excerto

O núcleo duro da equipa é constituído por profissionais do Hospital Psiquiátrico que já iam para a comunidade ainda antes de se formar esta equipa. [...] Nesse sentido, a equipa foi escolhida assim. [...] fez sentido [escolher] as pessoas que já tinham alguma experiência com projetos comunitários e características adequadas nesse sentido. Foi um bocadinho assim. [...] Outro critério importante eram as características da pessoa. Por exemplo, a [Enfermeira Z] era o elemento da equipa feminina que eu conhecia bem, dentro das enfermeiras mais velhas, entre aspas. Fiz-lhe o convite porque ela também tem uma forma de estar muito humana na relação com a pessoa com doença mental. Faz um acolhimento muito interessante, com uma *maternage* que é muito interessante, e consegue ligar e desligar... Eu acho que ela tem uma particular vocação para o cuidado, o acolhimento e para a gestão de conflitos... **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipe Y).**

3º Excerto

Existe uma relação com o Centro de Saúde, mas às vezes é preciso dar tempo. Por exemplo, nós articulamo-nos muito bem, ombro a ombro, com os médicos mais velhos... Quando os mais velhos precisam de alguma coisa vêm ter diretamente connosco, falam connosco. Os médicos mais novos, quando precisam de enviar algum doente, mandam-nos os papéis... os formulários. Nós para recebermos um doente, temos sempre de ter um pedido no sistema, que aparece aqui [no sistema informático]. Os médicos mais velhos, quando têm uma emergência, vêm naturalmente ter connosco e nós automaticamente vemos a pessoa, conforme o histórico clínico que nos é relatado... Às vezes, aqueles que são atendidos no SAP, que é o serviço de atendimento permanente, se é uma questão da psiquiatria, eu vou lá muitas vezes, eles também vêm a nós. Entende? Ou perguntam-nos se podemos atender naquela hora ou quando? É um tu cá, tu lá. Os médicos mais novos têm alguma reserva. Mandam-nos os papéis. É raro

falarem connosco. É uma reserva que tem de evoluir por si própria, com o tempo... Eu acho que é defensivo, cá entre nós. Não é algo ostensivo, nem nada..., mas é algo que percebemos. Eu neste momento trabalho com vários psicólogos [de Centros de Saúde], com quem trabalhamos e alguns deles são muito defensivos em vir falar connosco. E seguem doentes que são seguidos nos dois lados, ou seja, os doentes são seguidos por nós e por elas nos Centros de Saúde. Fazia todo o sentido essa articulação... seria natural... Não sei, terá a ver com o feitio das pessoas... [...] Para conquistar quem é mais difícil de conquistar, temos de lhes dar um bocadinho mais de espaço e de tempo... Porque é assim: no Centro de Saúde onde estamos sediados fomos muito bem acolhidos, mas há resistências que a gente nota de alguns elementos mais jovens... Mas não valorizamos muito essas coisas... E, portanto, vamos tentando cativar as pessoas... Vamos dando tempo à construção da relação. **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**.

4º Excerto

– *A que acha que se devem essas resistências?*

– Acho que, eventualmente, é por sermos os profissionais da psiquiatria. Existem algumas resistências do lado de alguns profissionais de cuidados de saúde primários relativamente a nós... é verdade.

– *Porque acha que isso acontece? Porque vocês detêm um poder técnico, especializado, que os médicos de família não têm?*

– Sinceramente, ainda não me detive a refletir sobre isso... [...] Eu ouço sempre, quando se fala em psiquiatria e saúde mental, ouço dizer, assim do ponto de vista organizacional, que há doença mental leve, moderada e grave. A leve serão as mais reativas e as ansiedades; moderadas são as depressões; e as graves são a doença bipolar, as psicoses e outras que precisam de cuidados especializados. Agora, a minha questão é: com os objetivos que os médicos de família têm, com consultas de 10 minutos, como é que eles têm tempo para definir... o que é o quê... Com tão pouco tempo, como é que eles são capazes de atender bem uma pessoa que está a começar um processo de sofrimento ansioso ou depressivo ou só de luto ou perdas... e evitar que evolua... Não têm tempo. Neste sentido, pode haver resistências à nossa presença, mas a verdade é que nós temos um papel muito importante nos Centros de Saúde. **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

5º Excerto

– *Quando diz resistências, é no sentido de que há pessoas que preferiam que não estivessem no Centro de Saúde?*

– Não sei... A verdade, é que eu acho que eles já não vivem sem nós, é a primeira questão, porque já se habituaram àquela dinâmica de encaminhamento, tanto é que... Eu tenho uma coisa para fazer que é... [mostra documento em papel à investigadora]. Está a ver “Plano de Ação do Centro de Saúde X”. Neste item, dos recursos humanos, já aparece aqui a equipa de saúde mental...

– *A equipa de saúde mental já aparece integrada no próprio Plano de Ação do Centro de Saúde...*

– Sim... a evolução faz-se assim. É um documento comum. Apesar da autonomia, nós fazemos parte do Plano de Ação do Centro de Saúde...

– *Considera que é um sinal de avanço...?*

– Da relação... sim. Nós estamos habituados a ser resilientes... Se as pessoas têm algumas reservas com a saúde mental, nós fazemos de conta que não vemos nada e continuamos o nosso trabalho... **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

6º Excerto

Ao trabalhar nas instalações deste centro de saúde, como disse, com este sistema informático, é só uma questão de espaço e de local, porque eu tenho acesso a tudo. E

porque estamos em ligação em rede, eu tenho acesso a tudo o que existe no Centro Hospitalar, porque já estamos unidos em rede. Portanto, em termos de acesso à informação clínica, estarmos no Centro de Saúde a fazer consultas de psiquiatria é a mesma coisa que estarmos num Hospital Central... Portanto, eu não noto diferença dentro desta área específica de consultas assistenciais. Há, contudo, uma diferença muito importante, que é... ao estarmos mais próximas da realidade cultural e sociológica da pessoa isso obviamente imprime-nos a nós uma avaliação diferente das situações... talvez uma sensibilidade diferente aos sofrimentos das pessoas..., que não se consegue quando estamos distantes. O estarmos próximos ou inseridos nos contextos sociais e culturais em que as pessoas vivem amplia a nossa capacidade de compreender os processos de adoecimento das pessoas... **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y).**

7º Excerto

– A única hipótese que nós temos é a de fazermos alguma intervenção psicoterapêutica nas próprias consultas de psiquiatria, sendo a prescrição o tempo mínimo da consulta. Quando faço sozinha ou acompanhada, o nosso foco não é na prescrição dos fármacos, é sobretudo focar em estratégias que sejam psicoterapêuticas, que a pessoa consiga manejar por si só... Temos esse privilégio de ter formação credenciada em psicoterapias. E essa é uma competência partilhada, não é só da psicóloga. E, portanto, como não consigo manejá-las através dos recursos disponíveis, ou seja, através da organização de cuidados, as ferramentas que eu tenho coloco-as nas respetivas consultas.

– *Mas imagino que, de certa forma, acabe por não ser suficiente, não é? No sentido em que será difícil assegurar um acompanhamento mais aprofundado e sistemático, como acontece em consultas de Psicologia...*

– Quem se sente pior com isso sou eu. Porque eu fiz formação específica, organizada, e depois o que eu uso não é uma coisa estruturada. Entende? Eu não consigo ter uma consulta estruturada num modelo habitual: uma consulta disto, uma consulta daquilo, uma consulta daquele outro... Na comunitária, não posso ter, não há recursos para encaminhar as pessoas... Eu tanto posso ter um luto prolongado, como posso ter uma esquizofrenia, como posso ter um jovem em sofrimento com um primeiro surto, como posso ter uma debilidade com diagnóstico duplo... Eu tenho que ter é uma flexibilidade mental para, perante determinadas coisas, eu usar determinadas técnicas... A diferença é que dentro do Hospital posso canalizar para outros profissionais. Na Comunitária, tenho que ser eu a fazer o modelo do luto, tenho que saber de luto, tenho que saber de psicoses, tenho que saber de diagnóstico comum... O que é comum nisto tudo é o sistémico, que permite que eu tenha diferentes visões e integrá-las... **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y).**

8º Excerto

– Há algum tempo, consegui fazer umas sessões de relaxamento aqui, mas neste momento não temos condições. Não temos condições em termos de tempo e não temos condições em termos de espaço. Portanto, não vamos fazer relaxamento num sítio qualquer, sem condições nenhumas, porque, pronto, o relaxamento, apesar de ser uma técnica muito simples e de custos muito baixos, porque é das técnicas mais simples e que em termos de custos, praticamente não tem, mas são fundamentais o espaço e o ambiente. Precisamos de uma sala com uma temperatura adequada, precisamos de uns colchões ou cadeirões...

– *E não conseguiram esses recursos aqui através do próprio Centro de Saúde?*

– Inicialmente, nós conseguíamos fazer assim ao fim da tarde ali numa parte detrás, onde era a sala de reabilitação. Apesar de não ter as condições ideais, mas pronto, era um sítio mais ou menos resguardado em termos de barulhos... Havia lá umas esteiras que dava porque os grupos também são reduzidos, esse também é um critério, não é? E as coisas até foram funcionando. Depois, entretanto, deixámos de ter esse espaço, que

neste momento funciona como uma arrecadação, e também em termos de espaço, uma ou outra vez fiz aí umas técnicas de relaxamento muito rudimentares, em crises de ansiedade assim urgentes, mas ali no SO, na maca, mas sem condições, não é... Era um entra e sai, era o barulho...

– *E quando foi possível, como correu?*

– As pessoas aderiam bastante e perguntavam-me quando é que ia haver de novo, e vinham... Pessoas de longe, vinham às sessões, sem terem consulta. Não vinham por vir à consulta, não. Vinham de propósito ao relaxamento. E ficava marcado. Era só uma vez por mês... Pronto, era quase, como eu dizia, e é verdade, o objetivo era capacitar as pessoas de ferramentas para aprenderem a relaxar. O meu objetivo era apenas pedagógico. Ensinar pequenas técnicas muito simples para as pessoas puderem executar no seu dia-a-dia em determinadas situações... Portanto, o objetivo era dotar as pessoas de ferramentas para lidar com a ansiedade de forma mais natural.

– *O que lhe permitiria ter mais autonomia face aos medicamentos...*

– Exatamente. Era isso mesmo. (**Profissional, Enfermeira da Equipa Y**)

9º Excerto

– E chegámos a fazer também outro tipo de sessões, como sessões de educação para a saúde com temas específicos, nomeadamente sobre a depressão... sobre estilos de vida saudáveis, formas de lidar com situações stressantes, sem ser com os fármacos... Como temos muitas pessoas com depressão... Fazíamos isso aqui nesta sala [pequena sala afeta às consultas de psicologia] ou na biblioteca. E interessante, que era aberto... O que é que nós fazíamos? As pessoas estavam na sala de espera, a aguardar a consulta e nós o que fazíamos era durante esse tempo em vez de estarem ali apenas à espera vinham à sessão, depois quando chegava a hora da consulta, saíam normalmente, não perdiam a vez. E era engraçado, porque começaram a vir... Era extremamente curioso, eram muito... muito participativos. Punham questões, falavam das suas experiências pessoais, daquilo que sentiam, das suas histórias de vida, partilhavam uns com os outros sobre como tinham aprendido a lidar com algumas situações... Estava a criar-se um grupo de apoio...

– *Um Grupo de Ajuda Mútua...?*

– Isso mesmo... de ajuda mútua... Foi muito, muito interessante.

– *Quando diz foi, o que isso significa? Já não fazem essas sessões...?*

– Não conseguimos ter tempo... A questão aqui é que temos cinco concelhos, em termos de área geográfica é muito dispersa [...] Num dia, às vezes ao nível das visitas ao domicílio, as distâncias são tão grandes que não podemos rentabilizar muito mais do que aquilo que fazemos. Depois, o tempo acaba por não dar para estas atividades que também são importantes. O tempo que gastamos nos domicílios, que é essencial para estas pessoas, acaba por consumir todo o nosso tempo... (**Profissional, Enfermeira da Equipa Y**)

10º Excerto

– *Portanto, as carências ao nível dos recursos humanos acabam por constringer bastante a vossa capacidade de intervenção, de estenderem as vossas atividades...*

– Sim. Carências ao nível dos recursos humanos e materiais, logísticos. Precisávamos de mais psicólogos... até terapeutas de... animadores sociais que pudessem fazer outro tipo de atividades, por exemplo, grupos de promoção de equilíbrio, em que as pessoas partilhassem atividades, convivessem umas com as outras, em que pudessem, por exemplo, fazer coisas simples como caminhadas na natureza e ou outro tipo de coisas sobre estilos de vida saudável, coisas fundamentais para o bem-estar das pessoas, para as fazer sair do isolamento social... [...] Neste momento, tudo isto, com apenas três enfermeiros, dois de cada vez... Nunca somos os três ao mesmo tempo... A técnica de serviço social vem apenas uma vez por semana. Portanto, acaba por estar tudo condensado em nós, enfermeiros e psiquiatra, e é claro que não conseguimos dar

resposta, não conseguimos promover essas atividades. [...] Somos muito poucos para tantas... tantas necessidades... **(Profissional, Enfermeira da Equipe Y)**

11º Excerto

Vamos a casa das pessoas não apenas com doenças mentais graves, mas também algum idoso [com patologia psiquiátrica] que tenha necessidade de acompanhamento. Quando há um idoso, nós temos também sempre a preocupação com o cuidador. Perguntamos se está tudo bem, como é que tem andado... Fazemos um planeamento de apoio ao idoso. Contactamos a Santa Casa da Misericórdia para o apoio com a higiene e alimentação, caso seja necessário... Se vimos que há uma situação de sobrecarga, até aconselhamos o cuidador: “então, porque não fala com o médico de família para um internamento nos cuidados continuados” **(Médica psiquiatra, coordenadora da Equipe Y)**

12º Excerto

- *Quantas pessoas acompanham em domicílios?*

- Mais de 50... Não são todas visitadas num mês... Podem não ser. A periodicidade das visitas tem a ver com a situação clínica da pessoa. Temos pessoas que visitamos mensalmente, outros que visitamos quinzenalmente, outros de três em três semanas... Quando não estão estabilizadas, as nossas visitas são mais frequentes, e aí podemos passar duas ou três vezes por semana. A nossa prioridade com maior incidência são as pessoas com diagnósticos de doença mental grave, com pouca adesão ao regime terapêutico. Portanto, se há uma pessoa que tem doença mental grave, mas que tem uma família e que consegue que ela adira ao regime terapêutico, e em que há estabilidade, digamos assim, nesses casos, vem à consulta ao Centro de Saúde e nós passamos lá de vez em quando para cumprimentar, mas é uma pessoa com a qual temos mais algum distanciamento, digamos assim. Temos proximidade, mas distância ao mesmo tempo. Ou seja, estamos atentos, mas não é necessário sermos tão incisivos **(Profissional, enfermeira da Equipe Y)**.

13º Excerto

Há competências partilhadas, transversais a toda a equipa, e depois há competências próprias, que dizem respeito só àquela classe profissional. Há coisas que eu não posso ultrapassar e há coisas que os outros membros da equipa também não ultrapassam... Há competências e decisões que passam, por exemplo, pela assistente social que só vai uma vez por semana, que quando ela não vai, não são tomadas. Têm de esperar. Ou às vezes, quando é possível, quando são coisas mais simples, procuramos resolver à distância, telefonando-lhe. **(Profissional, médica psiquiatra, coordenadora da Equipe Y)**

14º Excerto

Há muitas carências do foro social. Muitas... muitas... Há coisas básicas, como a capacidade de gestão do dia-a-dia. Temos muitas pessoas que estão isoladas, não têm família que as ajude. Das primeiras coisas que fazemos é ajudar a resolver essas situações. Por exemplo, se as pessoas tiverem problemas em relação à confeção das refeições, à alimentação, e questões com a higiene, a nossa assistente social contacta com as Santas Casas da Misericórdia para apoiarem com a alimentação e com a higiene da roupa, quando as pessoas vivem sozinhas. **(Enfermeira da Equipe Y)**

15º Excerto

- Em termos de rede assistencial, portanto, de apoios, em termos de organizações de cuidado, as Santas Casas da Misericórdia têm dado imenso apoio do ponto de vista social e, portanto, o estarmos próximos também nos permitiu a questão de receberem, por exemplo, pessoas que não têm família, da área da psiquiatria e da doença mental. Digamos que o facto de estarmos próximos permite um intercâmbio: “então, nós vimos cá ver os vossos idosos e vocês arranjam-nos aí uma vaga para a pessoa tal ou arranjam-

nos uma atividade para durante o dia, com a vossa supervisão. Ou dentro do vosso âmbito de intervenção de equipas domiciliárias, também deem apoio aos nossos doentes...”

- *Realmente, algo que reparei quando estava consigo no Centro de Saúde é que estava constantemente a receber chamadas telefónicas de Santas Casas da Misericórdia para prestar aconselhamentos sobre situações de idosos, sobre formas de lidar com comportamentos, sobre doses de medicamentos... É algo muito frequente, não é?*

- Exatamente, temos dado muito apoio, quer em ir aos lares ver as pessoas idosas que têm dificuldades de locomoção, quer nesse papel de consultadoria à distância. E isso tem evitado que muitas situações vão parar às urgências psiquiátricas e a internamentos hospitalares...

- *No fundo, gera-se uma articulação... que potencia as respostas sociais na comunidade. A vossa Equipa dá apoio a essas organizações e elas, por sua vez, também respondem às vossas solicitações, prestando apoio aos vossos utentes com os seus serviços...*

- Exatamente. E, como eu costumo dizer, o importante é um modelo em que pessoas cuidam de pessoas... E se na comunidade existem equipas, se há logística instalada, não vamos desperdiçá-la, mas articularmo-nos com esses recursos que já existem, vamos estabelecer parcerias. É muito isso que temos feito para conseguir dar resposta às questões sociais. **(Médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

16º Excerto

- A nossa intervenção consiste em a acompanhar e estarmos sempre disponíveis e tentar que os recursos da comunidade deem alguma resposta.

- *Há pouco estava-me a falar de um caso de uma mulher que, por falta de alternativas, foi agora internada numa Unidade de Cuidados Continuados gerais (não especializados para a saúde mental) e disse-me que se têm verificado outros casos em que têm conseguido essa integração nessas Unidades... Essa integração costuma correr bem?*

- Não, porque eles lá não têm formação para estes casos... Por exemplo, aquilo que nós nos vamos apercebendo, a realidade que conheço melhor... Por acaso nos sítios para onde costumam ir as pessoas que encaminhamos, os profissionais lá até aceitam muito bem, porque pedem muito a nossa colaboração para utentes deles, que não são enviados por nós. Eles têm muitas dificuldades... Ainda um dia destes ligaram já tarde, já eram 21 horas... Era mesmo urgente. Porquê? Era um homem que estava lá, com demência, que já não dormia há muito tempo e que cantava toda a noite... Cantava alto. Era perturbador... Depois eles têm receio... Dentro da área têm alguma dificuldade em gerir a medicação e às vezes até o comportamento... E então, sabem que nos telefonam – “ah temos aqui um doente que está assim, está assado...”, ele até está a fazer esta medicação, até tem um SOS... Precisava falar com a Doutora ou consigo...” E nós, mesmo por telefone, conseguimos ajudar...

- *Então, essa capacidade de articulação com essas unidades tem muito a ver com uma certa reciprocidade?*

- Os cuidados continuados, que é uma rede nacional, não aceitam muito bem questões que sejam da psiquiatria. Acontece que normalmente, um doente que vai para os cuidados continuados e que é um doente psiquiátrico, ele já têm outras questões, doenças... Como o exemplo daquela doente que lhe falei, tem uma insuficiência renal. Ou seja, têm sempre aquela vertente da doença física que justifica essa integração.

- *Se não tivessem, eles não aceitavam?*

- Era mais difícil.

- *Então, nesses casos não têm solução?*

A maioria das vezes não temos solução. **(Enfermeira da Equipa Y)**

17º Excerto

- [...] Eu acho que na altura em que a Equipa foi criada havia quem achasse que nós íamos para a Comunitária para acabar com o internamento e para acabar com o Hospital e fomos assim um bocadinho olhados de lado, acho eu...

- *Essa foi, então, uma resistência...*

- Uma resistência passiva, sim. Ou seja, não era muito evidente. Era subtil... E, portanto, foi preciso nós dizermos: “não, calma aí, porque nós não queremos isso, nós queremos fazer as consultas próximo das pessoas, porque queremos fazer domicílios, queremos estar lá à mão de semear, mas o internamento é sempre feito aqui [no Hospital]. [...] Eu acho que nestas coisas o problema muitas vezes é as pessoas terem medo da mudança e medo de mudar a forma de organização de cuidados, medo de que a doença mental não seja uma doença, ponto. Às vezes há abertura para estas situações, outras vezes não, não é? E portanto, as pessoas têm muito medo da mudança. Há ainda um pouco aquela dicotomia, em que a psiquiatria portuguesa ainda está entre o hospital e o comunitário. Parece que são coisas que não são complementares, mas são concorrentes.

- *É assim que acha que a massa profissional de psiquiatria olha para isto...?*

- Às vezes sinto isso. É um sentimento muito pessoal, mas acho que... Parece que o facto de andarmos na comunidade, parece que é uma concorrência à organização hospitalar dos cuidados, digo eu.

- *Isso terá que ver com um medo da perda de poder, de estatuto...?*

- Vocês sociólogos, analisam isso melhor do que eu... A visão de fora será um bocadinho essa. As pessoas atribuem-nos muito poder, mas nós não estamos despertos para esse poder.

- *Lembro-me de me contarem sobre as resistências dos vossos colegas do Hospital em relação a vós, membros da Equipa Comunitária. Alguns costumam perguntar-vos com ironia: “Mas o que andam por lá a fazer tantas horas?”*

- Esse questionamento continua. E nós continuamos a dizer: “Venham connosco e vejam”. **(Médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

18º Excerto

- Nem todos os colegas da psiquiatria têm uma visão comunitária das tarefas, isto é... os que estão no Hospital em relação à Comunitária. Por exemplo, como é que hei-de explicar? Quando precisamos que os doentes que estão nas suas crises sejam internados, eles são internados... Se houvesse um verdadeiro espírito de equipa global, um elemento da equipa comunitária, que conhece um doente fora do contexto de internamento, podia ser chamado ao Hospital e ser um parceiro das próprias decisões de intervenção e do plano para a própria pessoa quando, tecnicamente, se faz a descarga do internamento para a comunidade. Ou seja, a planificação... Há colegas que, de vez em quando, planificam connosco, nem todos são iguais... Mas, de uma maneira geral, uma planificação estratégica, um plano e um projeto é chegado à nossa equipa já depois de um processo decisório interno. Nós não participamos. O doente que a gente conhece, porque já o acompanhávamos antes, chega-nos do internamento com uma avaliação psicossocial e farmacológica e ideológica para a qual nós não contribuimos nada... E este é um dos pontos da questão: esta interface é, de facto, complexo. Agora, me perguntará: “Se nós tivéssemos autonomia, o problema subsistiria?” Subsistiria, sim.

- *Digamos que o facto de estarem dependentes do Hospital até deveria ser um motivo para essa falta de articulação não acontecer...*

- Pois, mas acontece a maior parte das vezes.

- *A que se deve esta falta de articulação ou esta resistência em trabalhar de forma articulada com a Equipa Comunitária?*

- Àquilo que já lhe disse antes... às tais resistências passivas... ao facto de nos verem como concorrentes e não como complementares. **(Médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

19º Excerto

- Há uma questão que não é favorável a que as pessoas queiram ir trabalhar para a Comunitária, que é: as pessoas estão trabalhando no Hospital e nas equipas comunitárias, certo? Cada grupo profissional tem que fazer o seu plano anual de objetivos, porque depois é anotado... No final do ano, fazem-se as avaliações. Quem é que as avalia? Quem não está a trabalhar com eles na Comunitária... Ou seja, quem avalia é quem está no Hospital... Então, a preferência será a de se realizar trabalho no Hospital... para terem excelente, para progredirem na carreira... Na comunitária ninguém está lá para avaliar e ninguém pergunta nada. As pessoas que coordenam e que avaliam nem precisavam de estar lá na comunitária para avaliar, podiam perguntar... Isto para dizer que neste momento há lógicas, funcionamentos hospitalares e dinâmicas hospitalares que fazem com que isto aconteça... Com que as pessoas não tenham interesse em ir trabalhar para a Comunitária.

- *Mais uma vez, a dependência relativa ao Hospital pode condicionar toda...*

- Toda a dinâmica e trabalho, sim. **(Médica psiquiatra, coordenadora da Equipa Y)**

20º Excerto

Cada um de nós é terapeuta de referência de uma determinada pessoa. Essa atribuição é feita de acordo com a afinidade emocional que nós procuramos perceber logo nas primeiras visitas. Logo nas primeiras visitas, conseguimos perceber se a pessoa sente uma maior afinidade com algum de nós em particular. É esse profissional, com o qual a pessoa se sente mais à vontade e com mais afinidade, que fica mais responsável pelo caso. Isto não significa que os outros não participem e não intervenham de forma ativa. Mas é de acordo com esse princípio de afinidade que se escolhe o terapeuta de referência... é fundamental que a pessoa sinta proximidade afetiva conosco... Isso aumenta as possibilidades da intervenção... Daí a importância de a pessoa ter como terapeuta de referência o profissional com quem sente mais afinidade. **(Enfermeiro da Equipa Y)**

21º Excerto

- *Tenho percebido a enorme sobrecarga que têm... Um número tão elevado de tarefas condensado num número tão reduzido de profissionais. Já percebi como não conseguem ter horários normais. Saem sempre muito tarde e ainda com uma deslocação de cerca de uma hora pela frente...?*

- Sim, sim. O sair mais tarde tem a ver com esses constrangimentos todos. Se fossemos mais pessoas a planear e a planificar as coisas e a atuar seria mais fácil, digamos assim. Se partilhássemos as tarefas por um número maior de pessoas, as tarefas seriam diferentes, não é. Esses constrangimentos existem porque... Passo a vida a dizer que chegamos tarde porque os recursos deviam ser mais extensos.

- *E isso acaba por sobrecarregar quem está no terreno...?*

- Sim, sim, sim. Eu faço a clínica, faço planeamento, faço a reavaliação... Olhe, são muitas coisas. E leva a condensar tudo numa só pessoa.

- *E os profissionais que estão nos domicílios também acabam por ter muita coisa...*

- Sim, e estamos sempre disponíveis para emergências quando somos contactados...

- *A questão é que vocês não deixam de fazer o trabalho e o trabalho não deixa de ter qualidade pela escassez de recursos... Mas isto acaba por vos colocar em risco de grande exaustão... de burn out...*

- Se fossem outras pessoas, se calhar já estariam em *burn out*... A nossa avaliação é a de que, portanto, apoiamo-nos muito uns aos outros e discutimos isso entre nós. Nós tentamos de alguma forma compensar esse cansaço apoiando-nos uns nos outros. Há uma grande união da Equipa e acho que isso é algo que nos torna muito resilientes... Mas há coisas que poderíamos fazer de outras formas se tivéssemos mais gente... Poderíamos fazer ainda muito mais do que fazemos. **(Coordenadora da Equipa Y)**

APÊNDICE M

Excertos de Entrevista – Participantes do Grupo B a respeito da Equipa Y (impactos da presença na comunidade e modos de cuidar)

Excerto 1

Gastava uns 50 euros em táxi. Uns dias antes, começava a ficar muito ansiosa a pensar no dinheiro que ia gastar... [...] Houve um mês em que ia à consulta e cheguei a ter de pedir dinheiro emprestado à minha mãe. **(Mulher, faixa etária 50-59)**

Excerto 2

O meu marido agora está com problemas em conduzir. E eu já nem sei ir para o Hospital. Com a minha doença, perdi muito a orientação e fico muito ansiosa a conduzir. Este serviço para mim foi ótimo. Não fossem estas consultas aqui [no Centro de Saúde], o meu marido teria de fazer um esforço muito grande e tomar um medicamento mais forte para as dores para conseguir conduzir. E isso fazia-me ficar muito nervosa. **(Mulher, faixa etária ≥ 60)**

Excerto 3

Estamos a falar de doentes para os quais o próprio tempo da viagem e de espera acaba por ser desestabilizador, por criar ansiedade... Via isso pelo meu primo. A distância cria um *handicap*... Os doentes mentais graves, como o meu primo, não têm carta de condução, estão dependentes de terceiros... Estar mais próximo do serviço cria no próprio doente um sentimento de maior autonomia... Sente que não está a fazer alguém gastar tanto tempo com ele... E realmente, quando ia com ele ao Hospital, era quase um dia todo que eu gastava... E a verdade é que eu noto que ele aqui vem às consultas com uma vontade muito maior. Vem sempre bem-disposto, que era uma coisa que não acontecia. **(Familiar de Homem com esquizofrenia)**

Excerto 4

Com as consultas aqui mesmo ao pé de casa, tenho sido mais seguida... Como era muito longe, às vezes acabava por evitar ir ao hospital. Cheguei mesmo a faltar a algumas consultas que estavam marcadas e andei sem ser vista da minha doença assim um bom pedaço de tempo... Não dava jeito fazer aquela viagem tão grande. O meu marido tinha de faltar ao trabalho dele... era complicado. Com as consultas aqui [no Centro de Saúde], ando mais estável. Sou vista mais vezes... Quando me sinto a piorar, venho logo aqui, consigo vaga num instante e sou muito bem consultada... E digo-lhe: sou muito melhor atendida aqui do que no Hospital. Ah, mas sem comparação! Lá era tudo a despachar... [...] Era só para saber do medicamento... pouco mais... Aqui não. É muito diferente. [...] Querem saber porque é que não me sinto bem... Conversam muito comigo... [...] não é só: “tome lá este medicamento”. [...] São mesmo afetuosos com a pessoa. [...] Só o vir aqui e falar um bocado com a médica ou com os senhores enfermeiros, faz-me bem. **(Mulher, faixa etária ≥ 60).**

Excerto 5

[Quando ia ao Hospital], às vezes falhava algumas consultas porque ficava muito ansiosa com a viagem... Era uma pilha de nervos tão grande fazer aquele caminho para o Hospital... [...] E chegava lá, a maior parte das vezes estava mais de uma hora à espera da consulta... E esse sacrifício todo para ter uma consulta que às vezes nem

chegava a durar 15 minutos. Era entrar na sala, o médico receitar o medicamento e pronto... Estava feito. Nada de grandes conversas... Depois tinha de pegar no carro, voltar para casa... Os nervos voltavam. Era um desgaste tão grande... [...] Aqui estou pertinho de casa... tenho toda a atenção [...] Tenho tempo para falar, que no Hospital não me davam... **(Mulher, faixa etária 50-59).**

Excerto 6

O que eu acho que é assim tão eficaz nesta equipa é a atenção que tem com o doente... uma atenção extrema com o doente. Tem o cuidado extremo de ir ao pormenor de saber a história da pessoa para estabelecer o próprio historial. Preocupam-se em saber o que é que a família também tem a dizer... Portanto, o que isso permite é um acompanhamento muito grande do doente, uma atenção ao historial antes e pós e que permite que se faça alguns reajustamentos na medicação... até chegar a ter um ponto certo, um ponto em que as consultas não são necessárias de três em três meses ou de dois em dois, mas de ano a ano ou se seis em seis meses, no caso. **(Mãe de homem com diagnóstico de esquizofrenia).**

Excerto 7

Aqui [no Centro de Saúde], para mim, as consultas têm um aspeto muito positivo que não existia no Hospital: é a equipa que se dedica mesmo a ouvir as pessoas. E quando a médica não tem muito tempo, porque tem muitas pessoas à espera, há quase sempre alguém da enfermagem que está ali para nos escutar e que está muito atenta às situações. E, portanto, podemos recorrer a essa equipa antes da abordagem da psiquiatra... [...] E o falar é muito importante para quem está numa situação como a minha. **(Homem, faixa etária 50-59).**

Excerto 8

A diferença que eu sinto mais aqui é a forma como lidam comigo. Eu sinto que há um interesse no geral... para melhorar o geral da minha pessoa, da minha vida, e não só focar-se na minha doença e nos medicamentos. Eu sinto esse apoio... Preocupam-se em saber como estão as coisas com o meu interior. **(Homem, faixa etária 50-59)**

Excerto 9

Isto é como ir ao médico de família. Quando a gente vai a um médico de família, o que é que é isso? É da família... A gente se tiver uma boa relação com ele, que seja uma relação saudável, acaba por ser... alguém da família, com quem temos uma relação afetiva... Porque é isso mesmo: a equipa estabelece mesmo uma relação afetiva com as pessoas. É uma espécie de médico de família. A equipa acompanha a pessoa durante muito tempo, já a conhece... conhece a sua história de vida, conhece o meio onde a pessoa vive, conhece a sua família. Interessa-se pela pessoa, de uma forma que não é apenas a olhar para aquela doença específica... Conhecem a pessoa, já se riem com ela e ela já reconhece aquela equipa como pessoas em quem pode mesmo confiar. E a verdade é que isso tem bons efeitos terapêuticos, como tem acontecido com o meu [familiar]. Nunca estive tão bem, como está desde que é acompanhado aqui. **(Familiar de homem com diagnóstico de esquizofrenia)**