

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA DE BRAGA
MESTRADO EM BIOÉTICA
DISSERTAÇÃO**

**ÉTICA EM PSIQUIATRIA:
A DESOSPITALIZAÇÃO DO DOENTE PSIQUIÁTRICO**

por

MARIA ARMINDA NOGUEIRA AZEVEDO

Orientador:

Professor Walter Osswald

Braga, Março de 2006



A todos que têm aturado a
minha ausência e os meus
erros ao longo deste último
ano e que mesmo assim não
têm deixado de estar ao meu
lado...

Em especial a minha família
mais próxima e os meus
amigos que nunca deixaram
de estar em primeiro plano.

RESUMO

Os doentes psiquiátricos merecem ver respeitada a sua dignidade humana, que passa pela defesa do seu maior bem que é a vida. Para tal, por vezes, vêm limitada a sua liberdade, necessitando de estar confinados a uma instituição de saúde. A desinstitucionalização/desospitalização destes doentes feita sem uma preparação adequada ao doente, família e meio, põe em causa a qualidade de vida, atentando contra valores éticos básicos inerentes à vida humana.

A reflexão apresentada sobre esta temática, através de pesquisa bibliográfica, análises de situações vivenciadas e observadas, reforça e fundamenta estas afirmações. Assim serão apresentados alguns casos, histórias observadas, onde se constata a necessidade e importância do apoio institucional psiquiátrico para uma vida com dignidade. Só assim a humanização dos cuidados aos doentes do foro psiquiátrico será possível.

ÍNDICE

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	6
1. <u>A PESSOA E A DIGNIDADE HUMANA</u>	9
1.1. AS CIÊNCIAS COGNITIVAS E A DEFINIÇÃO DE PESSOA.....	9
1.2. ANÁLISE FILOSÓFICA	10
1.3. ANÁLISE BIOLÓGICA	12
1.4. ANÁLISE PSICOLÓGICA.....	13
2. <u>A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL E A ÉTICA</u>	16
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	16
2.2. O ESTADO ACTUAL DA SAÚDE MENTAL.....	18
3 <u>INVESTIGAÇÃO DE CAMPO</u>	24
3.1. METODOLOGIA	24
3.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	25
3.3. PROCEDIMENTOS	25
3.4. ANÁLISE DE CONTEÚDOS.....	26
4. <u>DEFINIÇÃO DE CONCEITOS</u>	27
4.1. DESCRIÇÃO DE PATOLOGIAS PSÍQUICAS	27
4.1.1. <u>Esquizofrenia</u>	27
4.1.2. <u>Alcoolismo</u>	30
4.1.3. <u>Psicose maníaco-depressiva</u>	31
4.1.4. <u>Síndrome de Asperger</u>	33
4.2. MULTIDIMENSIONALIDADE DA DOENÇA MENTAL.....	36
4.3. REABILITAÇÃO RELATIVA.....	38
5. <u>A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL</u>	42
6. <u>PODER DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA</u>	48
6.1. A AUTONOMIA DO DOENTE PSIQUIÁTRICO	48
6.2. BENEFICÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	53
6.3. SOLIDARIEDADE DE CÔNJUGES, PAIS, FILHOS E REPRESENTANTES LEGAIS	54
7. <u>QUANDO A VIDA DE OUTREM DEPENDE DA PESSOA QUE PADECE DE PATOLOGIA PSÍQUICA</u>	57

8.	<u>CONSTRANGIMENTOS FAMILIARES</u>	61
8.1.	MEDIDAS PARA FAZER FACE AOS CONSTRANGIMENTOS FAMILIARES.....	65
9.	<u>IMPLICAÇÕES DA DESOSPITALIZAÇÃO/ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO DOENTE PSIQUIÁTRICO</u>	68
10.	<u>NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE: FUTURO POUCO RISONHO PARA A PSIQUIATRIA</u>	72
11.	<u>REABILITAR – NOVAS PROPOSTAS A NOVAS NECESSIDADES</u>	76
12.	<u>CONCLUSÃO</u>	79
	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	82
	<u>LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS</u>	84

ANEXO – HISTÓRIAS OBSERVADAS

O caso do A.....	85
O caso do Q.....	89
O caso do J.....	91
O caso do C.....	93
O caso da F.....	96
O caso da B.....	98

Os programas de investimento na área da saúde mental serão suficientes? Fecham-se instituições, unidades de apoio, devolvem-se doentes à sociedade! Será que esta está preparada para os acolher?

Serão só as instituições de caridade e as ordens religiosas as responsáveis por minimizar estes efeitos, apoiando, cuidando e reabilitando estes doentes?

Após os internamentos não há acompanhamento destes doentes, não há comunicação eficaz entre as equipas de internamento e equipas da comunidade, é necessário adoptar um protocolo entre as equipas.

A nível da psiquiatria infanto-juvenil, o que está a ser feito? Será que neste grupo etário também a desospitalização está a ser feita nos mesmos moldes que a nível dos adultos?

O que se faz a nível da prevenção primária? Há tantas entidades, oficiais e privadas, que poderiam desenvolver projectos de intervenção neste âmbito. Será que o estão a fazer?

Quais serão as perspectivas de futuro no que respeita a investimento na psiquiatria? Estarão nas políticas de saúde englobadas a psiquiatria ou será que esta não faz parte do âmbito de empenho e dedicação por quem de direito? Estarão outros valores a prevalecer à dignidade da pessoa e à defesa da vida humana?

Quando é que se reunirão esforços no sentido de considerar a saúde mental uma prioridade e a ética uma condição imprescindível para a sua concretização?

Ao longo dos textos que passo a apresentar, estas e outras questões serão analisadas e a algumas serão dadas respostas através de referências a situações reais, concretas, algumas delas vividas na primeira pessoa.

Os casos apresentados foram testemunhados quer a nível profissional, enquanto enfermeira, quer como irmã, filha e mãe. São testemunhos de uma vida em contacto constante com estas questões que sempre me inquietaram e para as quais não obtinha respostas.

Faremos uma abordagem a questões de ordem teórica sobre a pessoa, dignidade humana e suas dimensões, algumas patologias psíquicas (as que padecem os doentes das histórias apresentadas), a história da psiquiatria e a situação actual, quer a nível público, quer a nível das instituições de ordem religiosa.

Através dos casos apresentados faremos análises críticas e reflexões pessoais sobre algumas questões, nomeadamente a implicação na vida de quem depende da pessoa que padece de patologia psíquica, a falta de apoio para a reinserção social, entre outras. A reabilitação psicossocial que está a ser praticada e a que efectivamente será necessária, também é um assunto que é apresentado, bem como as perspectivas de futuro para a psiquiatria de acordo com as políticas vigentes.

Por último, serão apresentadas algumas propostas para uma efectiva humanização na desinstitucionalização e reinserção social.

1. A PESSOA E A DIGNIDADE HUMANA

Reflectir sobre a dignidade humana constitui um desafio notavelmente enriquecedor para a prestação dos cuidados em psiquiatria. Antes, porém, de procurar reflectir sobre esta temática, torna-se preponderante precisar o conceito de natureza humana e consequentemente de pessoa.

1.1. AS CIÊNCIAS COGNITIVAS E A DEFINIÇÃO DE PESSOA

As Ciências Cognitivas, nomeadamente as Neurociências, deram um grande contributo para a definição do conceito de pessoa baseando-se na auto-consciência. Francis Crick procurou estabelecer a ponte entre os progressos das Neurociências e o fenómeno da consciência, com a “hipótese espantosa”, que preconiza a associação dos neurónios ao nosso sentido de identidade.

Para Michel Renaud, e do ponto de vista científico, “pessoa é um ser humano que apresenta as manifestações de pessoa”. Estabelece assim uma associação de pessoa a actos conscientes e a capacidade de decisão autónoma.

Quando a “consciência de si” desaparece, deixa-se de se considerar pessoa, como nos diz Paul Churchland, a propósito dos doentes de Alzheimer, nas fases avançadas ou nos doentes em estado vegetativo.

A capacidade de decisão, do exercício da razão e da autonomia parecem pois, para estes autores, estar na base da definição de pessoa e, por conseguinte, de dignidade. Estas capacidades parecem-me, no entanto, demasiado redutoras para um valor que se deseja tão nobre e abrangente quanto possível como é o da dignidade humana.

As vertentes filosóficas, biológicas e psicológicas que caracterizam o próprio conceito de dignidade humana espelham a complexidade da sua dimensão. Atesta-o também J. P. Changeux quando se refere ao trabalho dos comités de ética: “(...) tentam, por uma argumentação colectiva, elaborar modelos que permitam uma melhor qualidade de vida (*un mieux vivre*), respeitando simultaneamente as liberdades individuais e a dignidade humana”³.

O conceito de dignidade humana foi-se modificando, quer com o decorrer dos tempos, quer com os locais. Os direitos humanos são o corolário da dignidade humana, mas só

³ Ricoeur e Changeux, 1998, p. 335

muito recentemente a dignidade humana se define como característica de todos os seres humanos.

A título de exemplo, a expressão “a banalidade do mal” usada por Hannah Arendt acerca do mundo nazi, traduz-se numa ausência de sentido que questiona o sentido da dignidade. Um outro exemplo: o das bombas de Hiroxima e Nagasaki, em que mais uma vez se colocou em causa a dignidade humana. Na actualidade, os atentados contra espécies animais e vegetais que ferem o ecossistema em que o ser humano se insere, revelando o quão importante é o alargamento do conceito de dignidade humana ao não humano, como refere Hans Jonas, a propósito da nossa responsabilidade pelo outro, pelo que nos rodeia, merecendo, sem dúvida, a nossa reflexão. Nesta noção de abertura, a própria dignidade humana humaniza-se.

1.2. ANÁLISE FILOSÓFICA

O conceito de dignidade humana vai beber à fonte da filosofia do mundo ocidental. Apesar deste conceito nem sempre ser respeitado, nem sempre ser merecedor de normas éticas, nem sempre ser objecto de legislação, não deixa de ter sido âmbito de reflexão por parte da filosofia ocidental.

Desde tempos imemoriais, como nos atestam os legados históricos recheados de episódios no mínimo humilhantes, o ser humano constituiu-se como o seu principal inimigo. A escravatura, as perseguições inquisitórias, as conquistas, as guerras santas, são alguns dos episódios de que a humanidade não se deve certamente orgulhar e que tiveram por detrás interesses que se sobrepuseram aos da própria dignidade humana e que em muitos casos foram aceites pelas diversas correntes filosóficas dos seus tempos.

Nos nossos dias, pode-se pensar que este problema já não se coloca. Pura ilusão. Poderão ser episódios atenuados, mas com existência efectiva e real. Constate-se que em 1948 foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, contudo só em 1997 foi aplicada à medicina, conforme consta na Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina.

Aristóteles e S. Agostinho pronunciaram-se sobre a distinção entre as coisas, animais e seres humanos. Mas foi Kant quem, através das análises e críticas sobre o conhecimento, mais contribuiu para definir dignidade humana.

“Age de tal modo que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na do outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e nunca simplesmente como um meio.”⁴

Hegel diz-nos que quando acedemos a níveis cada vez mais profundos de reconhecimento da igualdade, estamos a desenvolver um processo de cultura.

Kant evidencia o respeito e Hegel o reconhecimento.

É-se reconhecido como ser humano, na relação com o outro: “a dignidade é neste sentido o efeito deste reconhecimento e a sua fundamentação, e neste reconhecimento recíproco o ser humano torna-se capaz de liberdade.”⁵ Este conceito conduz a uma ideia deveras interessante: só se é livre quando o outro for inteiramente livre. Dignidade e liberdade interactuam e potenciam--se mutuamente. A dignidade assenta pois numa característica bem concreta.

Em suma, os pilares fundamentais da dignidade são: a capacidade de autonomia, de autenticidade e de liberdade. Além destes, surge ainda outra fundamentação para dignidade: o ser humano é capaz de se abstrair do concreto e de se questionar sobre o seu significado.

É já um lugar comum o reconhecimento de que não somos apenas condicionados pelo contexto biológico, mas também pelo sócio-cultural em que nos inserimos: somos seres em relação. Quando respeitamos a dignidade dos outros estamos a respeitá-la no outro, e assim nos realizamos.

Para a ética moderna, a dignidade humana encontra expressão na globalidade dos seres humanos, podendo-se afirmar, nesse sentido, que colocar em causa a liberdade de um ser humano ameaça a liberdade da própria humanidade.

Esta socialização não pode, no entanto, ser vista como uma “diluição do ‘eu’ no conjunto da comunidade humana”⁶. A procura de inter-relações alicerça-se na necessidade de um regresso ao passado, consubstanciada na total fusão com a mãe. A autonomia desta permite ao indivíduo aceder à condição de ser único. Neste contexto reconheço a minha responsabilidade de mãe, para com os meus dois filhos, para que estes se tornem autónomos e alcancem a sua individualidade, entendendo e aceitando as suas características

⁴ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999, p. 8

⁵ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999, p. 6

⁶ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999, p. 7

individuais. Quanto mais alargado for o número de pessoas com quem estabeleça relação, mais forte será a sua dignidade humana, segundo Martin Buber.

John Stuart Hill (1806-1873) foi um dos filósofos que se debruçou sobre o conceito de dignidade humana. Segundo ele, os seres humanos tornam-se dignos da sua condição, quando dentro de limites dos direitos e interesses de terceiros, cultivam a individualidade e não tentam reduzir esta à uniformidade. Quanto mais cada um fizer individualmente para si, mais útil será para a sociedade. Esta é uma daquelas situações em que um mais um é nitidamente superior a dois!

1.3. ANÁLISE BIOLÓGICA

É de extrema importância a individualização de cada ser, pois cada um contribui para a dignidade total da humanidade. A dignidade humana assenta também na distinção entre dignidade e respeito que existe entre o ser humano e o animal.

Não é fácil associar a biologia ao conceito de dignidade humana, pela teoria da evolução, pois torna-se difícil saber onde começa e acaba o ser humano.

Muitas questões se levantam a respeito da dignidade humana no âmbito da biologia, nomeadamente se a condição biológica será condicionante do respeito pela dignidade humana.

Será de constatar que a dignidade humana é um valor que assenta nas capacidades da pessoa e ultrapassa a estrutura biológica do ser humano.

Dependendo da posição tomada perante a relação entre a pessoa e o seu corpo, poderá falar-se de fundamentação biológica para a dignidade humana.

A nível molecular, não se determina qualquer factor determinante de superioridade entre o homem e outros animais no que respeita à dignidade. Por outro lado, se os mecanismos bioquímicos se bloquearem, a pessoa bem como a sua dignidade destroem-se. No entanto, a dignidade humana não é definida pelos mecanismos biológicos, idênticos aos dos animais.

É impossível constatar que a dignidade humana não se altera pela qualidade biológica tem a mesma dignidade o doente terminal, o doente mental ou uma pessoa em estado vegetativo.

É de salientar a importância da dimensão cultural. Pelo que é um corpo-vivido ou corpo-pessoa, não é apenas corpo-biológico. Este será como que um mediador de todos os

sentidos. Sendo assim, o biológico é assumido pela pessoa, tudo o que se fizer a uma reflecte-se na outra.

A existência tem como suporte biológico o corpo humano, sendo este que sente e exprime a dignidade humana.

O dizer que “no corpo humano isolado, não há ética”, entende-se se considerarmos que é a pessoa no seu corpo que é portadora de dimensão ética e não o corpo. Pelo que a natureza biológica do corpo humano é o suporte da pessoa, que está subjacente em toda a reflexão sobre a dignidade humana.

Para a pessoa que vive no seu corpo há uma ética e não é o corpo que possui essa ética.

A dignidade do ser humano surge pela sociabilização. O homem isolado torna-se igual aos animais, como o demonstram as crianças que nasceram na selva, sem qualquer contacto humano, sem modelos nem socialização.

1.4. ANÁLISE PSICOLÓGICA

O desenvolvimento da psicologia contribui para o conhecimento da mente humana.

Será dignidade humana “a sensação que os outros têm de nós” ou “a sensação que nós próprios temos de nós”⁷ ?

Em relação à psicologia, esta não fundamenta a dignidade humana, é sim a ética que a fundamenta.

A consciência psicológica diz respeito à consciência empírica, a forma como vejo o outro e a forma como o outro tem a consciência psicológica empírica do respeito que tenho para com ele.

Desde a concepção, vai-se formando a consciência de si próprio e a relação com o outro proporciona um dinamismo psicológico. Assim se vai construindo o conceito de dignidade humana, variando ao longo da vida, ou seja, há uma “pessoalização” constante.

Consideremos aqui a importância da mãe, no respeito e no trato da criança, que irá influir na ideia de dignidade que a criança adquire. Só mais tarde consciencializa a dignidade para com os outros, na forma como é educada para a relação com os outros.

⁷ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999, p. 11

É importante salientar a evolução da dignidade, ou seja a perda progressiva dela com a velhice, que implica no outro como que uma obrigação da restituição dessa dignidade. A tendência para a infantilização dos velhos faz com que muitas vezes sejam tratados de forma pouco digna, quando em ambientes estranhos, em situação de internamento hospitalar por exemplo, perdem o direito à privacidade, ao pudor, sendo “despidos” de tudo o que lhes pertence, chamados de “avozinhos” e tratados por “tu”; nestas condições, é a sua dignidade que está posta em causa.

Há outras situações em que a perda da dignidade, como resultante da degradação física e psíquica provocada por diversos factores, situações, doenças terminais, etc., é extremamente objectiva.

Segundo a declaração de Hawai, a “finalidade da psiquiatria é promover a saúde, autonomia e crescimento da pessoa”. Para proporcionar a autonomia moral, o crescimento espiritual e social, bem como a saúde mental e física, torna-se imperativo definir o conceito de pessoa.

Pessoa é sem dúvida “um agente no interior de uma comunidade, o núcleo aglutinador de toda a problemática ética”, como nos diz Cristina Beckert.

O respeito pela pessoa é imposto pelo princípio da autonomia; o princípio da beneficência define o direito à saúde. Devemos proporcionar o máximo bem-estar possível a todas as pessoas, independentemente da sua situação intelectual ou moral.

O princípio da beneficência que o médico corporiza perante um doente do foro psiquiátrico não deve substituir totalmente o princípio da autonomia. O doente não deixa de ser pessoa só porque tem uma diminuição da capacidade intelectual ou afectiva. O médico deve proporcionar ao doente que exerça a sua liberdade de decisão baseado na sua dignidade, ajudando-o nessa tarefa.

Há vários tipos de doença psiquiátrica e várias formas de lidar com ela, dependendo da cultura em que se está inserido. Apesar da protecção que se dá ao doente psiquiátrico deve-se estar atento aos sinais de “pessoa”; quando o doente manifesta consciência de si, mesmo que seja de forma pouco convencional.

Outra situação em que a dignidade é afectada, nos doentes psiquiátricos, resulta das experiências levadas a cabo com estes. Ao longo dos tempos temos assistido a uma mudança de atitudes, sendo dada mais atenção à pessoa; a existência de um consentimento

esclarecido do doente é prova disso, sendo este devidamente informado, dentro das suas limitações.

O internamento compulsivo pode ser abusivo quando não se trata de doentes que podem pôr em perigo as suas vidas ou as dos outros. Privá-los da sua dignidade e liberdade pode causar traumas, sendo a vergonha e humilhação perante amigos e familiares e a discriminação social responsáveis muitas vezes pelo agravamento da própria doença. No entanto, se a vida está em jogo, se o doente não for capaz de agir, de decidir em conformidade com a defesa desse bem maior, torna-se necessário uma intervenção activa, que pode levar à impossibilidade de o doente deliberar. O recurso ao internamento compulsivo contribui, conseqüentemente, para a defesa da vida e da sua dignidade.

A dignidade humana constitui o fundamento da questão da ética nos cuidados em psiquiatria. Ao longo dos tempos, estes conceitos foram variando, estando sempre de certo modo, subjacentes ao longo da evolução histórica da saúde mental e da psiquiatria.



2. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL E A ÉTICA

Na história da psiquiatria há inúmeros actos de humanização, sendo, no entanto, comum ser recordada pela resistência a essa humanização. Mas “é a superação da resistência que constitui a trajectória da psiquiatria”⁸.

Muitos foram os responsáveis por estes processos que no decorrer das suas práticas enfrentaram posições cépticas e outras resistências, defendendo a pessoa, compreendendo o doente mental.

Assim os actos médicos não o são simplesmente, mas sim actos éticos. Actos esses que preconizam a defesa dos valores morais, da vida. A consideração pelo outro, que a ética impõe, foi de facto, tida em conta no decorrer dos tempos.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Na história da medicina e já com Hipócrates, há mais de 2400 anos, verificamos uma importância atribuída à ética através do conjunto de regras no tão célebre juramento, que ainda hoje é preconizado.

Philippe Pinel foi um grande impulsionador dos cuidados aos doentes, aos desprotegidos, entre 1792 e 1794. Ficou célebre o seu acto em plena Revolução Francesa ao retirar as correntes aos doentes de Bicêtre e Salpêtrière e como resposta a um burocrata que o questionava se ele próprio não estaria louco ao libertar tais feras, disse: “Estou convencido de que essas pessoas não poderão curar-se se não tiverem liberdade”⁹. Com isto deu sem dúvida um excelente contributo para a humanização dos cuidados com o semelhante.

Em 16 de Agosto de 1893 faleceu Jean-Marie Charcot, neurologista francês, mestre e líder de neuropatologia que se notabilizou pela investigação científica, tendo-se debruçado sobre a histeria, desmistificando o sentido que até aí lhe era atribuído, “restaurando-lhe a dignidade”¹⁰. Charcot considerou a histeria um problema médico sendo este, um conceito que estaria na origem da psiquiatria. Assim as pessoas que até aí eram consideradas simuladoras de maleitas, ao apresentarem as suas crises de histerismo, foram com Charcot

⁸ Lopes, 2001, p. 31

⁹ Lopes, 2001, p. 31

¹⁰ Lopes, 2001, p. 30

entendidas como portadoras de uma doença, adquirindo deste modo um estatuto de doentes, vindo por conseguinte respeitada a sua dignidade como pessoa.

Os actos de Pinel e de Charcot não são apenas e só actos médicos, mas sim actos éticos. Estes foram responsáveis por a doença mental ser considerada no campo da medicina e não no campo da condenação. Os psicóticos e os neuróticos são assim considerados pessoas que tem uma doença, deixando de ser “feras ou simuladores indecentes”¹¹. Proporcionaram aos doentes mentais e à própria psiquiatria, uma posição mais vincada no campo moral, com a definição e atribuição destes conceitos.

O doente psiquiátrico era visto erradamente como um louco ou como um simulador, sendo a negação de doença justificada com o pretexto de humanização, o que sem dúvida não é aceitável. Deste modo, a visão do doente como uma pessoa que sofre e não como um delinquente ou transgressor moral e um simulador, foi por excelência proporcionada por Pinel e Charcot que atribuíram à psiquiatria carácter ético.

Muitos outros actos humanizantes da doença mental foram praticados ao longo dos tempos por pessoas que viam no doente um ser humano, uma pessoa, que apesar de não serem citados não são menos importantes.

No que diz respeito aos cuidados de saúde não havia organização e mesmo através dos tempos, com as grandes epidemias e guerras, não houve nenhuma organização ou entidade que estabelecesse um fio condutor nos cuidados de saúde. Foram tomadas medidas de saúde pontuais, à medida que os problemas iam surgindo.

Alguns nomes sonantes foram desenvolvendo trabalho de saúde comunitária, como Garcia de Horta, no século XVI, entre outros. Mas foi graças à Rainha D. Leonor que se deu a grande reforma da assistência na doença, sendo praticada inicialmente por El-Rei D. João II.

A construção de alguns hospitais, bem como o compromisso que a Rainha mandou celebrar com co-responsabilização da comunidade, aliada à renovação das misericórdias, foram sem dúvida marcantes nesta evolução. O envolvimento das populações, nas misericórdias, foi mantido até 1971, até à reforma instituída pelo Governo de Maria de Lurdes Pintassilgo, com a criação dos Centros de Saúde.

¹¹ Lopes, 2001, p. 31

Até então o envolvimento e empenho da comunidade, responsabilizando-se pela manutenção e continuidade das instituições de saúde, foram continuados no trabalho desenvolvido por João de Deus, que foi iniciado por volta de 1538. Ao longo da sua vida, João de Deus deparou-se com o sofrimento de pessoas, maus-tratos a doentes mentais, sendo ele próprio vítima de maus-tratos, fruto das suas convicções e ideias desviantes para a altura. Dedicou-se de alma e coração aos que sofriam, aos doentes, ajudando-os, começando a albergar doentes, com o apoio do clero, proporcionando-lhes cama, roupa lavada, alimentação, higiene, ajuda e compreensão. João de Deus não se limitou a construir hospitais, foi também impulsionador da assistência domiciliária, sendo, por conseguinte, criador da terapêutica ocupacional.

Enquanto teve o apoio da Rainha D. Leonor foi possível manter o espírito das suas obras. Quando as misericórdias foram extintas e a assistência pública surgiu, os cuidados tornaram-se frios e pouco humanizantes.

Mantiveram-se as perseguições e o vandalismo das casas de saúde, que só cessaram com a primeira guerra mundial, em que os governos republicanos solicitaram colaboração dos Irmãos para tratarem os soldados feridos.

A obra de João de Deus foi perseguida, durante tempos foram destruídas casas, despojados utentes e saqueadas instituições.

Valeu-lhe o apoio do Papa Pio IX, através do Padre Bento Menni, que dinamizou a Ordem Hospitaleira, com a fundação de várias casas no século XIX.

As obras de João de Deus foram continuadas pelos Irmãos ao longo dos tempos. Surgiram congregações como “o Sagrado Coração de Jesus”, que deram também um excelente contributo neste processo de humanização dos cuidados aos doentes de foro psiquiátrico.

Os conceitos actuais de saúde mental foram por este homem levados a cabo, com 4 séculos de antecipação. Os valores, a compaixão, a entrega total sem horários nem livro de ponto, foram a filosofia de actuação e de vida destes seguidores que fizeram da obra de João de Deus a revolução na assistência aos doentes mentais.

2.2. O ESTADO ACTUAL DA SAÚDE MENTAL

Os cuidados de saúde mental, a nível das instituições públicas de saúde, são escassos e pouco eficazes, resultado da falta de recursos humanos vocacionados para a área e de equipamentos, nomeadamente unidades de internamento e reabilitação.

Assim os doentes são entregues aos cuidados de familiares, pouco esclarecidos e motivados, e, muitas vezes, a si próprios.

As consultas médicas, recursos de suporte indispensáveis ao acompanhamento destes doentes, são efectuadas com intervalos muito longos entre si. Por vezes, aos doentes apenas lhe são proporcionadas umas ou, no máximo, duas consultas anuais. Deste modo, torna-se extremamente difícil, quer para o doente, quer para os familiares, acompanhar toda uma evolução incerta e imprevisível como é característica destas patologias. Não são proporcionados momentos de abertura, de exteriorização dos seus pensamentos, dos seus medos e angústias, pois, para tal, é necessário tempo. Como as consultas têm de ser céleres, dado o número elevado de doentes e a escassez de recursos, na maioria das vezes apenas lhes é verificada a medicação após uma avaliação sumária.

Não há técnicos de saúde que façam um acompanhamento domiciliário a estes doentes, não há uma política de intervenção junto do doente, nem junto da família. Somente quando põem em risco a vida, em situações limite em que constituem perigo de atentar contra a sua vida ou a de outrem, surge a intervenção das entidades legais para procederem a internamentos compulsivos.

Estas medidas deveriam ser as últimas e não as únicas. Uma supervisão constante da vida destas pessoas, do modo como se tratam e como são tratadas, evitaria muitas descompensações da doença, desequilíbrios, internamentos, etc.

As políticas de saúde da psiquiatria não contemplam o acompanhamento dos doentes no domicílio, os Centros de Saúde não estão vocacionados nem sensibilizados para estas necessidades, muito há ainda a fazer nesta área pois são pessoas com muita necessidade de ajuda, de acompanhamento, de adaptação à doença e à vida. São as instituições de saúde que aquando dos internamentos dos doentes tentam promover a reabilitação dos mesmos.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde Mental a reabilitação no campo da saúde mental teve um extraordinário desenvolvimento no nosso país na última década. Segundo este, deveu-se aos profissionais de saúde mental que se empenharam na construção de instituições de solidariedade social com fins de reabilitação. Está também subjacente a influência de outros países da Europa com programas comunitários como o “Horizon”¹²

¹² Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 31

bem como a nova perspectiva de cooperação entre serviços de reabilitação e o Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Estes movimentos proporcionaram aos hospitais psiquiátricos serviços de reabilitação no sentido de desinstitucionalização de doentes crónicos.

Alguns hospitais que apresentavam maior dificuldade de adaptação recorreram a protocolos com instituições privadas de solidariedade social para serem desenvolvidos estes programas.

Refere ainda este conselho que os serviços e departamentos de psiquiatria apenas tem hospital ou unidade de dia, terapia ocupacional e alguns grupos de auto-ajuda e grupos familiares. O apoio domiciliário é feito só em situações pontuais e em poucas instituições.

Os hospitais psiquiátricos já dispõem de outros serviços como sendo terapia ocupacional, hospital dia, formação profissional, empresas de inserção, unidades residenciais, grupos de auto-ajuda e grupos familiares.....

É a sua própria vida que está constantemente a ser ameaçada, a sua saúde que é tantas vezes negligenciada. Estas pessoas têm dificuldade ou muitas vezes incapacidade de agir correctamente: recusam tomar a medicação, ir às consultas, ser internados, etc. Quando o suporte familiar é escasso, torna-se difícil fazê-los chegar aos técnicos de saúde.

Seria mais vantajoso sensibilizar os técnicos de saúde para se deslocarem aos domicílios destes doentes, quer seja em situação aguda, quer seja como acompanhamento continuado. Se houvesse uma supervisão das condições e do modo como vivem, seria mais fácil entender as suas alterações, os sinais e sintomas das suas doenças, e actuar atempadamente, evitando certamente situações de descompensação e casos de internamentos compulsivos. Poder-se-ia, sem dúvida, ajudar os doentes e os seus familiares, que tantas vezes se vêm confrontados com situações extremamente delicadas que são agravadas pelo desconhecimento ou mesmo ignorância e pelas burocracias dos serviços de saúde.

Em relação ao alcoolismo foi aprovado o plano de acção na Resolução do Conselho de Ministros, mas a sua implementação não é fácil, dada a falta de uma comissão para o acompanhamento da aplicação e do desenvolvimento das medidas nele propostas, de acordo com o parecer da Comissão Nacional de Saúde Mental.

Surgem alguns exemplos de boas práticas de trabalho comunitário. O alcoolismo está a ser alvo de atenção também por outros técnicos, nos vários níveis de prevenção. Assim a Liga

de Profilaxia e Ajuda Comunitária de Famalicão tem vindo a desenvolver trabalhos junto de alcoólicos, familiares e comunidade quer seja na prevenção quer seja em fase de desintoxicação bem como na reinserção social. Têm sido realizados debates, reuniões, palestras, junto da comunidade para reflectirem sobre estas temáticas.

Os doentes são tratados e depois são acompanhados nas suas casas, no grupo de amigos, na comunidade. Têm reuniões frequentes com psicólogos e psiquiatras para acompanhamento, fazem convívios, festas reaprendem a viver em família e em sociedade.

Ainda a este grupo alvo, também no Centro de Saúde de V. N. de Famalicão, está a desenvolver um projecto designado «Entrada Livre», em que uma equipe constituída por um médico, duas enfermeiras especialistas em psiquiatria, uma assistente social e uma psicóloga acompanham os utentes alcoólicos que se queiram dirigir a essa consulta. Os que voluntariamente não aparecem e constituem algum “perigo” para si próprios ou para terceiros são convocados e são alvo de visitação domiciliária, para avaliação da situação.

Após os internamentos para desintoxicação pretende-se que sejam reinseridos na comunidade, pelo que terão que passar por instituições com técnicos devidamente preparados para fazerem a reabilitação de competências pessoais, o que não está a ser feito pois não existem esses meios.

A reabilitação e reinserção social são sem duvida aspectos básicos que deveriam fazer parte de todo o processo desde o início.

A F (vide anexo) foi alvo de intervenção deste projecto. Foi abordada por esta equipe para fazer desintoxicação e apesar de inicialmente não estar muito motivada, concordou e aceitou ser internada numa instituição psiquiátrica para o efeito. Umhas semanas depois teve alta clínica, veio para casa. O marido, a família e a equipe de saúde e serviço social uniram esforços para que não voltasse a beber. Tinha a seu cargo uma criança, o marido e a casa para cuidar. As poucas competências que anteriormente tinha para executar essas tarefas tinham-se deteriorado com o efeito do alcoolismo. Como não houve treino dessas competências nesse período, voltou a sua vida anterior. Mantêm-se os cuidados precários e negligências em relação a criança. A equipe estava consciente desta lacuna, mas pouco pode fazer dada a falta de condições técnicas e humanas e de comunicação entre os serviços, pois esta reabilitação poderia ter sido iniciada aquando do internamento para a desintoxicação.

Medidas de prevenção secundária e terciária são efectivamente necessárias no âmbito da psiquiatria para proporcionar a estes doentes uma vida com a dignidade a que tem direito.

Mais eficaz, e menos dispendioso, seria investir na prevenção primária. No entanto poucas são as intervenções que efectivamente se fazem apesar destas temáticas fazerem parte de programas nacionais, nomeadamente de Saúde Escolar. Surgem, no entanto, alguns trabalhos a este nível em algumas localidades.

Os programas de Saúde Escolar são abrangentes a todos os aspectos da saúde do indivíduo, no entanto, cada vez mais, se vai dando especial atenção à promoção da saúde mental. Há projectos de intervenção junto dos jovens e adolescentes de aquisição de hábitos de vida saudável, de ocupação e gestão do tempo livre, treino de competências, de campanhas de sensibilização sobre dependências, entre outros, como foi o caso da "maquina da energia". Este foi levado a cabo por uma equipa de saúde escolar de Famalicão em parceria com o agrupamento e uma escola do segundo, terceiro ciclo e secundário. Aqui durante 2 anos foram trabalhadas, por todos alunos, com a orientação das enfermeiras de saúde escolar, as formas de fornecer correctamente energia a maquina (corpo humano), e como a proteger correctamente dos perigos, nomeadamente, consumos nocivos.

Outro projecto de parceria em V. N. de Famalicão, entre Centro de Saúde (saúde escolar), Câmara Municipal, rede social e Universidade foi: "Um bom conselho para um Concelho saudável". Foram realizadas com a colaboração de todos os parceiros, campanhas de sensibilização e esclarecimentos sobre importância de hábitos de vida saudável, consumos nocivos e dependências, quer à comunidade educativa, quer à comunidade em geral, com reuniões, debates, sessões de esclarecimentos, etc.; treinos de competências e acompanhamento individualizado aos jovens das escolas, para além de outras actividades.

A Casa de Saúde de S. João de Deus também tem levado a cabo intervenções de educação junto das escolas nestas e noutras temáticas, em vários pontos do país.

A saúde mental efectivamente não diz respeito exclusivamente aos adultos, pelo que é necessário reflectir sobre a situação desta, tanto na idade adulta como na infância.

A reflexão sobre os cuidados com estes doentes, nomeadamente no que diz respeito ao apoio comunitário, familiar e institucional, necessita ser efectuada. O modo como está a ser levada a cabo a desinstitucionalização destes doentes pelos serviços públicos de psiquiatria,

com o intuito de humanização dos cuidados, necessita de ser avaliado. A realização de estudos, trabalhos de investigação torna-se imperativa para uma efectiva fundamentação dessa avaliação. A investigação que foi efectuada será apresentada no capítulo subsequente.

3. INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

Os doentes do foro psiquiátrico, à semelhança de todos os doentes, têm direito a cuidados de saúde. Cuidados estes que devem ser norteados por princípios éticos.

O respeito pela sua individualidade e dignidade enquanto pessoas não está a ser praticado da maneira como está a ser praticada a desinstitucionalização e devolução dos doentes à comunidade.

No sentido de fundamentar estas afirmações foi levado a cabo este trabalho de análise de situações reais e reflexões críticas com abordagem aos princípios éticos.

3.1. METODOLOGIA

Fazem parte do trabalho de estudo seis situações/histórias de vida de pessoas portadoras de patologia psiquiátrica. Duas foram acompanhadas e observadas durante cerca de 15 anos, uma durante 9 anos e os restantes durante alguns meses aquando do exercício profissional em cuidados de saúde primários na comunidade.

Os dados observados foram registados mentalmente e em diário. Outros foram registados nos processos dos respectivos doentes. Todas as situações foram observadas pelo investigador.

Neste tipo de observação o investigador pode “partilhar as suas experiências”¹³ que “podem representar tanto uma fonte de dados como uma base para a compreensão do significado das mesmas”¹⁴.

Numa observação onde o observador tem um papel activo, pode obter dados que passariam despercebidos a um observador passivo, o que me parece ser muito importante, pelo que foi tido em conta na selecção do método.

Nalguns casos ocorre um envolvimento emocional com os doentes devido a laços familiares. Porém, apesar deste aspecto procurarei que o mesmo não prejudique a colheita nem o registo da informação, antes possibilite a sua superior pormenorização.

¹³ Polit e Hungler, 1995, p. 178

¹⁴ Polit e Hungler, 1995, p. 178

3.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado um método não estruturado de observação. Este método caracteriza-se por “envolver a colheita de informação descritiva que é qualitativamente analisada...”¹⁵. Assim depois de registados, os dados serão analisados e relatados face às áreas temáticas abordadas.

O posicionamento do investigador foi um posicionamento móvel, que consistiu no seguimento de situações, histórias de vida. O posicionamento móvel caracteriza-se pelo “seguimento de determinada pessoa ao longo de uma actividade ou período...”¹⁶.

Deste modo foram acompanhadas as pessoas, algumas durante anos em contexto familiar e outras durante meses em contexto profissional (enquanto enfermeira).

As situações foram vivenciadas pessoalmente pelo que serão fielmente relatadas. Em todas as situações são analisadas as implicações éticas da vida dessas pessoas.

A questão central analisada é saber se a desinstitucionalização/desospitalização dos doentes psiquiátricos que está em prática, humaniza os cuidados a estes doentes. Desta resultam um conjunto de outras dúvidas para as quais procurarei resposta: A forma como estes doentes estão a ser acompanhados, será eticamente aceitável? O que terá a ver a praxis com os princípios éticos do respeito pela vida humana? Não estarão eles e os seus familiares a pôr vidas em sofrimento e em risco? Não terão estes o direito a serem respeitada a sua diferença, a sua individualidade, como pessoas que são, portadoras de uma doença, nestes casos de cariz mental? Antes do encerramento dos hospitais não será necessário preparar a comunidade com estruturas, departamentos, de apoio concreto e efectivo?

Todas estas questões serão reflectidas ao longo das análises efectuadas aos conteúdos das observações colhidas.

3.3. PROCEDIMENTOS

A consulta dos processos clínicos dos doentes em causa foi realizada após solicitada autorização ao Director do Centro de Saúde e ao Médico de Família. A confidencialidade dos doentes foi mantida, não revelando a respectiva identidade. Como poderiam ser

¹⁵ Polit e Hungler, 1995, p. 178

¹⁶ Polit e Hungler, 1995, p. 179

facilmente identificados, os familiares foram informados e foi-lhes solicitada autorização, para fazerem parte da investigação.

3.4. ANÁLISE DE CONTEÚDOS

A análise das situações, das histórias de vida apresentadas, será descrita ao longo do texto de acordo com a problemática a que se associa. Uma descrição mais pormenorizada das histórias observadas relativas às pessoas envolvidas encontra-se em anexo. Antes, porém, serão expostos alguns conceitos de base para uma superior compreensão e enquadramento das problemáticas consideradas.

4. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A temática desenvolvida sustenta-se nos conceitos primordiais de pessoa e dignidade humana e de multidimensionalidade da doença mental e de reabilitação relativa, carecendo estes de uma abordagem específica, embora sumária, necessária a uma superior compreensão do objecto em reflexão.

4.1. DESCRIÇÃO DE PATOLOGIAS PSÍQUICAS

Nesta secção descrevem-se sucintamente algumas patologias psíquicas de acordo com os casos apresentados, nomeadamente a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva, o alcoolismo e asperger.

4.1.1. Esquizofrenia

Grupo de psicoses caracterizadas por um transtorno fundamental da personalidade e uma distorção do pensamento, acompanhadas frequentemente por um sentimento de sentir-se controlado por forças estranhas, com ideias delirantes, alterações da percepção, por anomalias de afectividade (desligado da realidade) e autismo.

O termo provém do grego, sendo composto de esquizo (divisão) e fenos (mente)¹⁷.

A esquizofrenia constitui um quadro psiquiátrico com várias manifestações clínicas, em que predomina a “desagregação da personalidade”. Assim surgem alterações das funções intelectuais e afectivas que proporcionam uma perda da direcção do pensamento e frequente ambivalência comportamental, que geralmente evolui para situações de invalidez crónica.

Os principais factores responsáveis pelo aparecimento de uma esquizofrenia são de índole familiar ou social, segundo correntes de psicologistas e sociogenéticos. Há também influência genética no surgimento de uma esquizofrenia, no entanto a interferência do meio é preponderante. A manifestação da esquizofrenia surge como que uma dialéctica entre a constituição e o meio.

Segundo as estatísticas de vários autores, a probabilidade geral de desencadear uma esquizofrenia entre os 15 e os 50 anos (que é o período em que ela se desenvolve mais frequentemente, é de 1%. A taxa de morbilidade é de 10 a 12 vezes mais elevada nos

¹⁷ Fonseca, 1985, p. 12

parentes próximos. Ainda não foi determinada a causalidade genética específica para o desenvolvimento de uma esquizofrenia.

O facto da esquizofrenia surgir ao nível do puerpério e no climatério reforçar a ideia de haver uma causalidade humoral para o seu aparecimento.

Sempre se estabeleceu uma relação estreita entre as alterações de humor e doença psiquiátrica. Com o domínio das “monoaminas cerebrais”, ficou sedimentada a fundamentação científica deste conceito humoral. O facto dos neuroléticos controlarem a sintomatologia psicótica deste doentes, reforçou estas teorias.

Segundo os defensores da causalidade humoral com interferência na alteração metabólica foi estabelecida relação com a existência de determinadas substâncias como responsáveis por estas características.

Como defende Debray (1972) “quando se fala de anomalias genéticas temos que considerar, se está a falar em síntese de alterações bioquímicas”¹⁸.

Os factores da natureza orgânica predisponentes da esquizofrenia são sustentados por fortes argumentos, no entanto, a hereditariedade não pode ser entendida como “predisposição infalível” mas sim como um “maior risco ou probabilidade de adoecer” como dizia Luxemburger (1940).

Weitbrecht (1963), entre outros, atribuíam ao aparecimento da esquizofrenia factores endógenos e exógenos. Entendiam que certos conflitos sócio-familiares poderiam desencadear estados de esquizofrenia latentes, ou mesmo agravar alguns quadros já desencadeados, no entanto o aparecimento de tal doença grave com dissolução da personalidade não pode ser desencadeada apenas por questões psicológicas.

O conceito de demência precoce adoptado por Kraepelin apoiava-se essencialmente sobre um critério evolutivo em que se dava à precocidade do aparecimento dos sintomas e evolução rápida para a demência.

Bleuler introduziu um critério basicamente psicopatológico, baseado nos sintomas, considerando diversos tipos de prognóstico. Os sintomas apresentados indicam assim a profundidade de “dissolução da consciência”. Surgiram escalas de avaliação que defendiam

¹⁸ Fonseca, 1985, p. 25

um determinado conjunto de sintomas relacionados pela sua frequência na esquizofrenia como boa ou má evolução.

A sintomatologia bem como a personalidade, os antecedentes hereditários, a insegurança familiar, a actividade profissional, proporcionam formas de evolução diversificadas.

São indícios de mau prognóstico “personalidade prévia instável ou com características esquizomorfias, um biótipo leptossomático ou displástico, um início insidioso, a existência de antecedentes familiares da mesma natureza e uma evolução contínua de delírio”¹⁹.

No tratamento das esquizofrenias foi utilizado electrochoque que hoje em dia é menos frequente, sendo utilizados os neuroléticos, antidepressivos entre outros. A evolução farmacológica tem proporcionado uma melhoria na eficácia e efeitos secundários nos doentes, na medida em que tem sido melhorado significativamente a qualidade dos neuroléticos e outros fármacos.

Perante sintomatologia activa (estado alucinatório/delirante, comportamento social perturbado ou perigoso com tentativa para suicídio) deve recorrer-se sempre ao internamento hospitalar.

Deve iniciar-se logo desde o primeiro dia de internamento a “socialização” no sentido de evitar “hospitalismo” e “regressão”. A ergoterapia, a ludoterapia, reuniões de grupo, sessões de terapia familiar são algumas das medidas que contribuem neste processo.

Deve se promovida a alta hospitalar tão cedo quanto possível, “fazendo passar o utente, se necessário, pelo hospital de dia ou pelo ambulatório, no sentido de estimular a manter a administração da terapêutica e o interesse pela cura”²⁰.

As terapias associadas voltadas para o exterior proporcionam condições sociais adequadas permitindo o reforço e a reinserção social do doente. O acompanhamento de um certo controlo ao nível dos Centros de Saúde da área residencial do doente complementariam o processo de reabilitação e psicoterapia ambiental.

¹⁹ Fonseca, 1985, p. 58

²⁰ Fonseca, 1985, p. 72

4.1.2. Alcoolismo

O conceito de alcoolismo como doença surgiu nos meados do século XIX, após a revolução industrial, conseqüente da produção e comercialização de grandes quantidades de bebidas fermentadas.

Até aqui as implicações do consumo excessivo de álcool eram mais do ponto de vista moral do que médico.

Este “consumo excessivo de bebidas fermentadas após a sua comercialização maciça tem sido factor mais responsável pelo grande número de problemas médicos e psiquiátricos que o alcoolismo vem criando”²¹.

Tem-se agravado o conceito de alcoolismo/doença tornando-se já uma “epidemia”. Atingem não só os alcoólicos, mas também as sociedades em que vivem. Segundo Gameiro (1979), o alcoolismo deve ser considerado como manifestação sistémica em que os factores biológicos, ambientais, familiares, sociais, económicos e profissionais actuam e interagem originando doença.

Quase todos os indivíduos alcoólicos têm graves problemas médico-psicológicos.

O alcoolismo está geralmente relacionado com uma alteração clínica/social e que se caracteriza por uma dimensão psicológica, dimensão somática e comportamental.

Não há um consenso de predominância de factores sociais em relação a factores hereditários ou factores psicológicos, no consumo de álcool.

Na designação das doenças estão separadas as psicoses alcoólicas, do alcoolismo sem psicose e da síndrome de dependência alcoólica. Não é fácil esta separação na prática. Por vezes o alcoólico já era uma pessoa instável ou portadora de uma patologia psíquica, antes de consumir álcool.

Certos factores sócio-profissionais predis põem ao alcoolismo no entanto em determinados casos de baixo nível intelectual e alguns tipos neuróticos ou depressivos, podem favorecer uma dependência precoce com conseqüente agravamento da própria doença. Determinadas pessoas tornam-se dependentes do álcool física e psicologicamente.

²¹ Fonseca, 1985, p. 208 e 209

As manifestações neuropsiquiátricas em que o alcoolismo se manifesta, são várias e podem ser consideradas situações de alcoolismo agudo ou crónico.

Nas intoxicações crónicas surgem encefalopatias alcoólicas que evoluem do tipo agudo subagudo até à cronicidade com conseqüente alucinose alcoólica, esclerose, atrofia cerebral, encefelopatia porta-cava, entre outras.

Nas alucinoses alcoólicas surgem “alucinações acústico-verbais, com ideias de perseguição e de ciúme, sobrecarregados de uma grande ansiedade e originando por vezes um comportamento impulsivo”²².

Este comportamento impulsivo pode ser em alguns casos responsável por acto criminoso ou suicida.

No sentido de impedir esta evolução, o tratamento do alcoolismo passa necessariamente pela tomada de consciência desta realidade.

As medidas terapêuticas para fazer face ao alcoolismo devem incidir a nível individual, familiar e social.

Após diagnosticada a situação de alcoolismo, poderá ser necessário internamento, para sedação e reequilíbrio metabólico, ou seja para desintoxicação que deve ser sempre acompanhada de apoio psicoterapêutico adequado. Após a alta hospitalar este suporte deve continuar e deve ser inserido em grupos de apoio.

Para manter a abstinência tem de haver apoio de técnicos de saúde, quer de agentes interventores comunitários (alguns deles que já passaram pelos mesmos processos e sejam caso de sucesso) quer pertençam a equipas de trabalhos de profilaxia e recuperação de doentes alcoólicos.

4.1.3. Psicose maníaco-depressiva

A psicose maníaco-depressiva caracteriza-se por “fases de uma acentuada energia e excessiva actividade, que alternam em períodos de duração variável com atitudes de quase hibernação”²³.

Também considerada doença afectiva bipolar.

²² Fonseca, 1985, p. 217

²³ Fonseca, 1985, p. 109

As causas destas alterações humorais para alguns autores, estão relacionadas com factores endógenos, orgânicos e hereditários, e por outros relacionados com factores de natureza exógena, psicogénea, reactiva.

Kretschmer defendia uma relação entre um tipo corporal, o pícnico, e as psicoses maníaco-depressivas. Assim haveria alguma definição do conceito da doença adequada à personalidade.

São considerados significativos a influência da hereditariedade na etiologia destas perturbações, não sendo no entanto conhecido o mecanismo responsável por este facto.

No intervalo considerado por “lúcido”, os doentes com psicose maníaco-depressivas são capazes de uma readaptação quase total à sua personalidade, apresentando excelente rendimento. Por este facto, considera-se ser mais uma perturbação funcional contrariando a hipótese de se tratar de um “genótipo ou de uma estrutura verdadeiramente patológica”²⁴.

Assim entendem alguns autores que estará justificada a hipótese de um factor hereditário dominante, ser a causa da personalidade ciclotímica e perturbação afectiva ser a expressão dessa predisposição e de outros factores patológicos.

Na fase depressiva os doentes com psicose maníaco-depressiva apresentam-se com abatimento, tristeza, discurso reduzido e em voz baixa, bradipsiquismo, ideias de culpabilidade, lentificação geral, mímica parada, insónia, anorexia e diminuição da libido.

Na fase de mania apresentam-se com exaltação, euforia, loquacidade, logorreia, taquipsiquismo, ideias de grandeza, agitação, hiperactividade, insónia, anorexia e exaltação da libido.

Na fase de depressão o risco de suicídio é extremamente elevado. As ideias de suicídio que comumente surgem em alguns casos chegam a tentativas de suicídio. O doente depressivo não tolera facilmente a valorização negativa de si próprio, como tentativa de fuga recorre à auto-destruição. Assim deve ser correctamente avaliado e valorizados todos os sinais como o isolamento às ideias e fantasmas suicidas, etc.

Em relação ao tratamento, de acordo com a fase da doença institui-se a terapêutica adequada.

²⁴ Fonseca, 1985, p. 94

Perante situações de depressão grave o internamento hospitalar deve ser considerado como medida básica dado o elevado risco de suicídio. Também perante insónia acentuada, alteração do estado geral, o doente idoso, persistência da depressão (apesar de já estar medicado com antidepressivos), torna-se imperativo o internamento hospitalar.

Durante muitos anos o electrochoque foi utilizado e considerado para muitos autores como uma agente “eutimizante”. A utilização de antidepressivos, ansiolíticos, neuroléticos, entre outros fármacos para minimizar os efeitos secundários destes, é de acordo com o quadro clínico e a situação da pessoa em causa.

Após a alta o doente deve se apoiado na sua reinserção social e na readaptação à vida profissional, bem como ter atenção aos cuidados com a toma da medicação e cuidados inerentes.

Em alguns casos, é benéfico, os doentes após a alta, quando se justificar, permanecer em hospital de dia para manter uma actividade estimulante como restabelecer o equilíbrio do ritmo sono/vigília.

4.1.4. Síndrome de Asperger

É a estranha forma de vida de muitas crianças e adultos que são considerados muitas vezes malcriados, autistas ou até mesmo sobredotados.

Tem como característica uma personalidade desajustada, tem interesses obsessivos e tem dificuldade em estabelecer relações de empatia.

Estimam-se que cerca de 300 mil pessoas em Portugal (a transportar pelo número de casos da Europa) sejam afectados por este síndrome, maioritariamente do sexo masculino.

Encontram-se efectivamente registados 13 mil Asperger em Portugal.

É uma disfunção do comportamento que se encontra entre o autismo leve de alta funcionalidade e o comportamento tido normal.

Só nos anos 90 a Organização Mundial de Saúde reconheceu esta disfunção. Constitui ainda uma incógnita com dúvidas que tem preocupado pais e filhos e que nem psicólogos, psiquiatras e neurologistas conseguem esclarecer.

A dificuldade em estabelecer relação de empatia deve-se à dificuldade em “intuir estados de espírito sem que lhes sejam explicados”. O facto de não se aperceberem de pormenores

como a expressão facial e da postura, de quem fala com eles, nem sempre lhes dá a percepção da sua boa ou má disposição.

Analizam a linguagem de forma fria e demasiado concreta, olham para as pessoas como que estas fossem objectos.

Nuno Lobo Antunes é neurologista no CADIN (Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil) onde à excepção de alguns especialistas, é um dos escassos locais em que se faz o diagnóstico e o tratamento do Asperger. Este utiliza expressões dirigidas às crianças como por exemplo: “estás a nadar nessa camisola”²⁵, para eles não faz sentido, não há água, não está a nadar.

Estas crianças dizem o que pensam sem se preocuparem com as consequências sociais de determinados comportamentos, ao dizerem que, por exemplo, uma pessoa é gorda quando efectivamente o é.

Perante pessoas mais velhas, têm dificuldade em ter determinados cuidados como por exemplo em respeitar as hierarquias, chegando a ser considerados malcriados.

Uma das características mais evidentes nestas, tem a ver com interesses obsessivos sobre um tema ou objecto como marcas de carro, linhas de comboio, marcas de elevadores, dinossauros, planetas, jogos de computador, etc.

Conseguem atingir um conhecimento profundo acerca do referido tema/objecto dada a dedicação e concentração exclusiva que lhes dedicam. Assim deixam para segundo plano outros interesses bem como as actividades sociais. São capazes de interromper as conversas dos outros com os seus temas de obsessão do momento, que podem ir mudando ao longo do tempo, sem se darem conta que os outros não estão tão envolvidos como ele.

Por vezes a confusão com crianças sobredotadas, prende-se com o conhecimento que adquiriram sobre um tema pela sua constante dedicação.

Geralmente têm poucos amigos, pois têm grande dificuldade em estabelecer relações sociais.

²⁵ Valpaços, 2004, p. 35

São também desajeitados a nível motor. Segundo Lobo Antunes: “São crianças que não têm grande interesse em jogar à bola mas, quando tentam, são claramente desajeitados. Em consequência, vão para a baliza ou são árbitros.”²⁶

A necessidade de rotinas é outro aspecto característico nestas crianças. Necessitam de saber ao pormenor todas as actividades que vão desenvolver ao longo do dia. O imprevisto não é muito bem aceite, têm de ser preparados para tal. As mudanças têm de ser preparadas, nomeadamente a mudança de escola ou de professor.

Com o passar do tempo estas características vão-se atenuando, chegando mesmo a desaparecer, no entanto quanto mais cedo forem detectadas e acompanhadas por técnicos competentes, mais fácil será para as crianças e para quem as rodeia.

Há comportamentos e/ou atitudes na infância, que em idade adulta deixam de existir, porque aprenderam o comportamento correcto, eles sem ajuda, só com a intuição, não o conseguiriam. Intuir é uma actividade muito difícil para estas crianças senão mesmo impossível.

Muitas vezes não têm ajuda e vão aprendendo de forma dura, com a vida.

Aprendem decorando, por vezes aplicam erradamente os rituais sociais o que lhes causam alguns dissabores.

Há determinados comportamentos que podem manter-se na idade adulta, com a dificuldade em falar com segundo sentido, por exemplo na relação afectiva, com dificuldade na sedução o que poderá implicar alguma dificuldade de sucesso nas relações amorosas. Como diz Lobo Antunes “Algumas pessoas com Síndrome de Asperger casam com a primeira namorada do Liceu. Apesar do tempo separar as pessoas elas voltam, sabem onde a pessoa mora e um dia batem à porta a dizer: «quero casar contigo»”²⁷.

São situações relatadas pelos pais nas consultas que encontram nos filhos respostas para as próprias dúvidas, eles próprios também têm, por vezes, Asperger. Os comportamentos estranhos que viveram na infância são esclarecidos aquando da percepção nos próprios filhos. Percebem pela dificuldade que tiveram a necessidade de apoio e terapias específicas para os seus filhos.

²⁶ Valpaços, 2004, p. 36

²⁷ Valpaços, 2004, p. 38

Após feito o diagnóstico pode ser necessário a utilização de medicação para combater a hiperactividade e o deficit de atenção, terapia da fala, para melhorar a linguagem e treino de competência sociais no sentido de aprenderem comportamentos adequados.

4.2. MULTIDIMENSIONALIDADE DA DOENÇA MENTAL

Várias são as dimensões que influenciam a saúde de um indivíduo em geral e a saúde mental em particular, sendo determinantes as dimensões: pessoal, familiar, comunitária/social. Este conceito procura cristalizar as vertentes que directamente condicionam e são condicionadas pela saúde individual.

A nível pessoal os factores físicos e os psíquicos são determinantes na manutenção da saúde da pessoa. Assim as características pessoais: a personalidade, as vivências, a dedicação e o empenho; bem como as características físicas, como a capacidade de resistência às agressões do meio, são sem dúvida fundamentais para a manutenção do equilíbrio da saúde.

Não menos importante e decisivo é o alicerce familiar. Aqui o tipo de família (nuclear ou alargada), a sua constituição, os laços entre os seus elementos, etc., são factores que condicionam a saúde do indivíduo, designadamente a saúde mental. O corpo de valores de referência que se adquirem no seio familiar, especificamente: o respeito pelo outro, a solidariedade, a amizade, a compaixão e o amor, proporcionam sentimentos de referência que condicionam a evolução do indivíduo e o seu equilíbrio emocional. Os sentimentos de pertença à família, de reconhecimento de porto-de-abrigo no seio familiar, impõem a esta dimensão um valor preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença mental.

Várias são as fases da família em que esta está sujeita a problemas. As chamadas situações de crise familiar, ao longo do seu desenvolvimento, podem potenciar desequilíbrios emocionais e desencadear doenças psíquicas. As fases do ciclo vital de uma família são essencialmente as seguintes:²⁸

- união de dois elementos para constituir uma nova família;
- nascimento dos filhos;
- educação e crescimento dos filhos;
- adolescência e saída de casa dos filhos;

²⁸ Sampaio e Gameiro, 1985, p. 8

- o casal está de novo só;
- velhice e morte.

Durante estas fases surgem conflitos, desencontros. Por vezes não há capacidade suficiente para os ultrapassar, procurando refúgio muitas vezes em algo que proporcione estado de alienação da realidade, nomeadamente consumo nocivo de álcool, drogas, etc. Estes são alguns factores predisponentes ao desenvolvimento de distúrbios e doenças mentais. O resultado destas agressões poderá conduzir ao desencadeamento de algumas doenças que poderão já existir num estado latente.

O aspecto social ou comunitário é também deveras marcante na promoção da saúde de um indivíduo. Assim, a citação comum de John Donne, que afirma que nenhum Homem é uma ilha, ganha nessa vertente especial ênfase, aludindo à necessidade que o Homem, como ser social que é, tem de viver em comunidade. Aqui, e na mesma perspectiva que na dimensão familiar, o sentimento de pertença a um grupo, a uma sociedade, é muito importante para a saúde individual. A relação entre os pares, a aceitação pelos grupos, proporciona ao indivíduo realização pessoal e equilíbrio emocional. Dependendo da sociedade, do meio em que se vive, assim será o relacionamento entre as pessoas. Um exemplo concreto encontra-se na diferença fulcral de interacção entre as pessoas que habitam em meios rurais, por contraponto com as que residem em meios urbanos. No primeiro todas as pessoas se conhecem, envolvendo-se mais com a vida individual dos seus membros. Nos centros urbanos, não há um conhecimento semelhante, há a chamada solidão na multidão. Aqui, apesar de haver mais gente, não há tanto interrelacionamento. Quase não se falam, quase não se conhecem.

A perspectiva da solidão na multidão pode ter efeito positivo e/ou negativo. Assim, se há a perspectiva da implicação prejudicial na saúde das pessoas estando sozinhas, apesar de haver muita gente, também poderá ser benéfico viver no anonimato, sem a influência da sociedade. Nos meios pequenos a interferência na individualidade é uma constante, os problemas passam a ser do conhecimento de todos, o que poderá não ser favorável para a promoção da saúde mental. Os sentimentos de vergonha, de intimidação são marcantes e são comuns quando inseridos nestes contextos. A aceitação pelo grupo, pela sociedade, pelos seus membros, que proporcionam os sentimentos de pertença, são imprescindíveis à promoção do equilíbrio emocional.

O processo de socialização facilita a defesa da dignidade humana, em prejuízo do sentido de individualidade, da unicidade. A dignidade humana está a ser respeitada na relação com o outro, na vida em sociedade, na socialização.

Estas dimensões são sem dúvida interferentes na saúde mental, na vida destes doentes e no seu equilíbrio.

A capacidade de socialização possui uma relação directa com a saúde do indivíduo. Este assume o processo, melhor ou pior, conforme o seu estado. Quando privados dessas potencialidades, necessitam de recuperação que lhes impossibilita o processo de reabilitação.

4.3. REABILITAÇÃO RELATIVA

A reabilitação implica recuperação total ou parcial das potencialidades perdidas e/ou deterioradas. A recuperação de uma doença, qualquer que seja o seu foro, reveste-se sempre de um carácter de relativização e subjectividade, pois cada ser é único, com características próprias e reacções, por vezes, imprevisíveis. Reportando este conceito à reabilitação do doente mental, a natureza relativa da reabilitação ganha uma maior ênfase.

Neste processo muitos são os factores intervenientes, decorrentes do carácter multidimensional associado à doença mental, conforme tivemos ocasião de abordar na secção anterior.

Quanto mais degradado é o estado geral do doente, mais difícil será a sua reabilitação. Esta deve ser a possível para cada doente. Após uma cuidada avaliação das capacidades individuais, devem ser traçados objectivos exequíveis para cada doente. Deve ser determinado o tempo requerido que será necessariamente diferente em cada caso, pois os ritmos individuais são diferenciados, as capacidades são distintas e consequentemente a recuperação também é relativa.

Não é correcto admitir que todos os doentes irão ter uma recuperação de tal ordem que adquiram a autonomia a todos os níveis.

Consequentemente deve-se preconizar a recuperação possível.

Aqui a individualidade e a dignidade voltam a ser consideradas. Não é correcto exigir de uma pessoa algo que se sabe de antemão ser impossível de alcançar.

Muitos foram os sonhos desse homem, que tentou levar a cabo um projecto de ocupação dos doentes de foro psíquico, na área de residência do A. Idealizava a construção de um espaço de terapia ocupacional para pessoas com potencialidades de inserção na sociedade. Reuniu com as entidades responsáveis pelos organismos envolventes, nomeadamente do Centro de Saúde e Autarquia, mas o projecto não passou disso mesmo. "Não há vontade política, ninguém se preocupa com estes doentes!"..., dizia um dia com tristeza no olhar. "Mas não desanimemos, vamos fazê-lo como podermos."

O tempo foi passando, o A vivia entre a casa e o café, sem horários, sem regras, apenas obedecendo e nem sempre, as regras de sobrevivência de satisfação das necessidades humanas básicas.

Cerca de 15 anos passados, apresentava graves indícios de degradação física e psíquica, provocados pelas frequentes agudizações da doença com vários internamentos, alguns deles compulsivos. O seu estado geral deteriorava-se de uma forma alucinante, apesar do excelente trabalho efectuado aquando dos internamentos pelos profissionais das instituições, em tentativas de reabilitação do seu estado. Após cada crise dava um passo atrás na sua capacidade de raciocínio, de lucidez, de discernimento da realidade com consequentes implicações na sua vivência.

Mais do que uma forma de reabilitação, o A ansiava a sua independência económica, referindo que queria ser reformado. Ele próprio tinha a noção que não havia possibilidade de exercer uma profissão, já se tinham esgotado as hipóteses de recuperação das suas potencialidades para trabalhar. O psiquiatra queria evitar uma acomodação e consequente desistência, mas compreendeu que realmente a recuperação possível para o A tinha sido alcançada. Ele não era capaz de ir mais além, não tinha vontade para tal, apenas pretendia uns "trocós" para os cigarros e para o café.

Mais um projecto falhado a juntar possivelmente a tantos outros que culminou com a desistência de seguir a sua próprio viagem. Esse homem que só conseguiu encontrar refugio no abismo, no nada, para as suas angustias e tristezas, pondo fim ao seu próprio projecto de vida, à sua existência! A esse homem que tantas vezes soube ouvir, aconselhar, orientar, a nós e a tantos outros, que tanto nos ajudou em fases bem difíceis das nossas vidas, o nosso muito obrigado.

Ficam as boas lembranças de dedicação, de empenho, de união de esforços para lutar pela melhoria dos cuidados em psiquiatria.

Cada vez mais este interesse fica diminuído, não havendo investimento nesta área, nos vários níveis de prevenção. Mais uma vez são as Ordens Religiosas que dão resposta a esta lacuna e no que respeita a reabilitação tem desenvolvido extraordinários trabalhos junto dos doentes.

Assim tem um projecto de reabilitação onde os doentes são estimulados a reabilitar algumas das suas potencialidades, nomeadamente as actividades de vida diária. O Galo Verde é um local onde os doentes, com alguma capacidade para executar algumas actividades, são efectivamente estimulados a cuidar da unidade colaborando nas actividades do dia-a-dia. Assim o A tem sido alvo de intervenção de reabilitação de acordo com as suas potencialidades, reabilitação relativa, de acordo com as suas dificuldades, tendo apresentado progressos significativos.

Aquando das idas a casa, já tem mais cuidado com as suas coisas, no entanto, como em casa não há o suporte necessário para tal, como no Galo Verde, ao fim de dois ou três dias volta aos seus hábitos de práticas pouco assertivas, descurando os cuidados básicos.

Só em contexto de internamento é possível este trabalho. A recuperação de competências básicas é imperativa para fazer face aos requisitos do dia-a-dia, tanto na vivência pessoal como social.

A escassez de meios e de estruturas para possibilitarem a reabilitação das pessoas que padecem de patologia psíquica, dificultam a adaptação ao meio com as respectivas limitações características, com implicações de necessária supervisão constante das suas praticas e atitudes.

5. A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

Em 27 de Novembro de 1997 foi acordado em Bruxelas que “as crianças têm o direito de serem protegidas e apoiadas no seu desenvolvimento, para uma vida mentalmente sã e de bem-estar”²⁹.

É do consenso geral que para obtermos resultados positivos, menor risco de problemas e de comportamentos e melhor qualidade de vida será necessário promover a saúde mental em idade precoce. Aos três níveis de prevenção são necessárias medidas práticas e objectivas. Os investimentos, quer com medidas de promoção da saúde mental, quer com aspectos adaptados às necessidades específicas da população infantil e juvenil, irão permitir minimizar e/ou resolver problemas que poderão representar custos muito mais elevados no futuro. No entanto, muito pouco se tem feito quer a nível da detecção dos problemas, quer do seu acompanhamento pelos técnicos.

Os pedopsiquiatras são em número reduzido bem como os restantes técnicos nomeadamente psicólogos, terapeutas, enfermeiros, etc.

As estruturas de apoio são insuficientes e desadaptadas.

Há falta de investimento nesta área, sendo uma das causas a falta de motivação dos directores dos hospitais onde têm estas valências, pois como noutras áreas da psiquiatria também a pedopsiquiatria não é vista como prioritária. Esta é uma apreciação do Conselho Nacional de Saúde Mental, da qual eu partilho. Se houvesse vontade e interesse, haveria investimento. São necessários equipas de trabalho de intervenção convergentes, não pode ser o trabalho isolado de uma consulta de pedopsiquiatria, por vezes uma a duas vezes no ano. Tem de haver articulação de vários técnicos, continuidade de cuidados específicos, continuidade da existência.

Todos os técnicos têm de ter preparação específica e desenvolver entre si verdadeiros trabalhos de equipa. O trabalho com crianças com perturbações evasivas do desenvolvimento tem de ser contínuo. Se professores, enfermeiros de saúde escolar, psicólogos, terapeutas, pais, etc. não tiverem preparação adequada, nem estiverem sensibilizados para a detecção precoce de disfunções, pequenas perturbações, que poderão

²⁹ Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 20

passar despercebidas, podem ser condicionantes de sucesso escolar e, por conseguinte, desvios e disfunções na adolescência e psicoses na vida adulta.

Os pedopsiquiatras e outros técnicos são em número escasso e manifestamente insuficiente face às necessidades existentes.

Faz falta uma equipa multidisciplinar nos cuidados de saúde mental. Por exemplo, não é boa prática a toma de ansiolíticos na infância no caso de crianças com hiperactividade, segundo opinião de especialistas podem levar à utilização mais frequentemente de drogas na adolescência e vida adulta. Assim o trabalho de todos os técnicos torna-se imprescindível, não pode ser resumido apenas à intervenção clínica.

Deveria ser alargado o trabalho destas equipas a todas as sub-regiões de saúde e serem colocados nos centros de saúde técnicos que fizessem o trabalho de retaguarda, nomeadamente: detenção de problemas e encaminhamento com a articulação eficaz com os especialistas, etc.

Muitas vezes os pais são obrigados a deslocarem-se a localidades distantes para poderem usufruir de atendimento específico, com custos elevados, sendo em alguns casos apoiados apenas parcialmente pelo serviço nacional de saúde e social.

Perante situações específicas em que determinadas perturbações não são valorizadas, não entram nos parâmetros predefinidos para serem apoiados, torna-se complicado para os pais a sua sustentabilidade.

Por vezes os educadores e professores são empenhados, dedicados, atentos e detectam as alterações nomeadamente da comunicação que são muitas vezes condicionantes de insucesso escolar e encaminham-nas correctamente para os técnicos respectivos, proporcionando assim situações de sucesso escolar e pessoal.

O C (vide anexo) era uma criança sossegada, ansiosa perante situações estranhas, o que lhe proporcionava um isolamento social constante. O seu desenvolvimento foi lento, sendo as fases de crescimento mais tardias, a sua linguagem era escassa, isolava-se, desviava o olhar, fechava-se em si mesmo. O computador era o seu parceiro predilecto e tinha obsessões por determinados objectos que foram alternando com o passar dos tempos. A sua adaptação ao ensino pré-escolar foi difícil, pelo que só foi possível a sua frequência já com 5 anos.

Com 4 anos e perante grande inquietação dos pais, apesar das indicações de “paciência” e “calma” por parte do pediatra, recorreram ao apoio de psicologia e terapia da fala. Após

consultas com neuropediatra e pedopsiquiatra, foi medicado com suplementos vitamínicos (Rubifen) e neuroléticos (Rispedal), de baixas doses. A psicoterapia e terapia da fala semanal, bem como as restantes medidas mantiveram-se com os mesmos moldes até aos 7anos. A entrada na escola, não foi fácil, valeu a excelente capacidade da professora que com muita paciência e com ajuda do professor de apoio de ensino especial (que estava na sala para apoiar duas crianças com necessidades de saúde especiais).

O problema do C. não estava definido, não havia um diagnóstico. O autismo tinha sido posto de lado, era ele próprio com as suas características, com as suas “alterações de linguagem”, dizia a psicóloga. As terapias eram isoladas, não havia trabalho com a família nem com a escola. Os resultados eram escassos, mantinha-se uma situação de desconhecimento do problema e do modo de o ultrapassar.

No segundo ano, teve outra professora, que teve grande dificuldade em ter a atenção do C. Como este não conseguia transmitir os conhecimentos que tinha adquirido, não lhe respondia quando o interrogava, achava que não era capaz, tinha um nível muito baixo de auto-estima, não dava as respostas certas nos trabalhos escritos. Foi preponderante a ajuda do professor de apoio de ensino especial, que colaborou na avaliação e confirmou que o C. adquiriu os conhecimentos necessários para transitar de ano.

No ano seguinte, manteve-se a mesma professora, e como as dificuldades de comunicação se mantinham, insistiu com os pais para procurarem outro tipo de ajuda dado que o apoio que lhe estava a ser proporcionado não era eficaz.

Dadas as características do C. tudo parecia indicar estar perante um síndrome de asperger, mas as técnicas não valorizavam essa hipótese, “não interessa o nome”, diziam.

Como a inquietação se mantinha, os pais procuraram ajuda numa pedopsiquiatra com experiência nesta área e esta não teve qualquer dúvida, após avaliação do C. diagnosticou o síndrome de asperger. Suspendeu a medicação e orientou para psicoterapia semanal sugerindo que fosse efectuada por alguém com preparação sobre asperger.

Foram iniciadas as sessões num centro com as respectivas indicações, na presença dos pais e por vezes outros familiares, nomeadamente, irmão e primos deste modo era trabalhada a comunicação entre todos. Eram desenvolvidas competências para o relacionamento social, para uma correcta decodificação e transmissão da mensagem, reforço da auto-estima, entre outras.

Foi efectuada comunicação com a professora, sendo esclarecida do modo como o C. pensava e da forma mais eficaz para o abordar.

Foi ponderada a necessidade de o sinalizar para o programa de crianças com “necessidades educativas especiais”, mas a professora entendeu não ser necessário, ela própria era capaz de o ajudar. Ela sabia que o C. era capaz, acreditou nele, aprendeu a lidar com ele e com o apoio da psicóloga e o trabalho contínuo dos pais em casa, foi possível, o C. transitou de ano. Continuamente é trabalhada a construção de histórias, com recurso às vivências do dia-a-dia sendo os acontecimentos diários registados, no sentido de desenvolver o subjectivo e o imaginário, por repetição já que a intuição lhe é mais difícil.

Como tem desenvolvido grandes competências a nível de informática, dado que uma das suas obsessões é o computador, tem sido rentabilizado de forma educativa, estimulando jogos e trabalhos didácticos.

Pouco a pouco foi sendo capaz de dizer o que o que sente e o que pensa, melhorando a comunicação.

Sempre que possível os seus amigos da escola vem para sua casa para que seja promovida a socialização, uma vez que lhe é mais difícil faze-lo noutro contexto.

O desconhecido causa-lhe grande ansiedade pelo que há um cuidado constante de lhe explicar o que o rodeia. O dia é planeado, dentro do possível, sempre que a rotina é quebrada é-lhe explicada a devida alteração, com auxílio de linguagem escrita e/ou imagens pois como tem uma excelente memória visual, a mensagem é mais rapidamente decodificada.

Tudo isto só foi possível porque se definiu um diagnostico e perante as suas características, próprias, se delineararam formas de actuar, de agir proporcionando ao C. um conhecimento do que o rodeia diminuindo-lhe a ansiedade, obtendo uma melhor colaboração e aceitação do desconhecido.

O trabalho é de equipa, onde todos têm a sua função: pedopsiquiatra, psicóloga, professora da escola, professora da música (toca piano), pais, familiares e amigos; todos são envolvidos.

Tentar que adquira conhecimentos na escola para transitar de ano, promover a auto-estima, melhorar a comunicação, relacionar-se com quem o rodeia, são objectivos que implicam um trabalho contínuo e de todos.

Muitas crianças com problemas semelhantes ou outros, não tiveram a sorte de encontrar uma equipa como esta, empenhada e com capacidade de fazer face aos problemas inerentes a todo o processo. Uma professora dedicada e empenhada no seu trabalho, um corpo clínico competente, uma família com alguns conhecimentos e com sensibilidade, sem estigma da “diferença”, da doença mental.

Aceitar a diferença, procurar ajuda, proporcionar todo o apoio e colaboração com os técnicos, são sem dúvida atitudes que os pais devem ter para que seja possível evitar um futuro desequilibrado e com alterações psíquicas.

Há outros requisitos imprescindíveis que nem sempre estão presentes, o correcto encaminhamento.

O serviço nacional de saúde, para fazer o encaminhamento destes casos, apresenta burocracias que por vezes são impeditivas de sucesso.

Estes pais procuraram ajuda directamente nos médicos e técnicos particulares, porque tinham capacidade financeira para tal.

Quando as crianças apresentam alterações, deve haver articulação entre medico assistente, equipa de saúde escolar e escola. Alterações da comunicação do tipo asperger ou outras ligeiras, são erradamente identificadas como deficits cognitivos e nem sequer são valorizadas. É grande o desconhecimento neste âmbito no seio educativo e da saúde.

Quando são detectadas e encaminhadas, se os técnicos não estiverem familiarizados com estas patologias, desmistificam o problema atribuindo a causa da dificuldade de comunicação a “incompetência” dos professores e dos pais. Mas nada fazem para colaborar com estes para que possam adquirir essas competências.

A falta de informação e formação é grande e generalizada

Técnicos de saúde, professores, pais e comunidade em geral, terá de ser esclarecida sobre alterações no ser humano ao longo do seu desenvolvimento, bem como factores condicionantes que possam ser conducentes de problemas psíquicos na vida adulta.

Intervir nas escolas, através das equipas de saúde escolar com programas específicos sobre estas temáticas é sem dúvida uma excelente estratégia. Para tal torna-se imperativo investir nestas equipas e fazer da saúde escolar uma actividade prioritária e não uma actividade que se faz em função das disponibilidades, da motivação.

A colocação de técnicos nas escolas, nomeadamente psicólogos e enfermeiros, bem como terapeutas e psicólogos nos centros de saúde com preparação específica para fazer o encaminhamento e acompanhamento, proporcionando a estas crianças a capacidade de usufruírem do direito a cuidados de saúde, de saúde mental.

Mais uma vez o factor económico é decisivo. A falta de sensibilidade por parte dos governantes para o investimento financeiro necessário, também aqui se tem sentido.

As equipas de saúde e comunidade escolar vivem uma profunda insatisfação e frustração, pois não conseguem fazer face as necessidades e problemas existentes a nível da saúde mental infanto-juvenil, com que se deparam no dia-a-dia e que acarretam mais custos a médio e longo prazo.

Até do ponto de vista económico, é mais vantajoso investir nos técnicos para acompanharem estas crianças no seu local.

Do ponto de vista humano e ético, as crianças não estão a ver salvaguardadas nos seus direitos, que são tão futilmente apregoados nas campanhas políticas.

O direito a cuidados de saúde! Sim estas crianças necessitam destes cuidados de saúde.

Falta a qualidade, a continuidade, a diversidade, o acesso!.. não serão razões mais do que suficientes para despertar consciências, para despertar a necessidade de investimento?

Mais uma vez por medidas economicistas, não estão a ser salvaguardados direitos que são primordiais à vida.

A nível das estruturas de apoio a crianças com patologia psíquica, com necessidade de internamento, também são escassas e centralizadas. Não há alas infantis dentro dos departamentos e hospitais psiquiátricos distritais, os que existem são em número insuficientes. Não há investimentos nestas estruturas, mais uma vez as verbas correspondentes, deveriam ser utilizadas em estruturas de apoio referidas anteriormente.

Também aqui a tão falada desospitalização, desinstitucionalização, só tem um objectivo: económico. A qualidade dos cuidados, a humanização, a ética está efectivamente posta em causa.

6. PODER DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA

O doente tem o direito a saber e participar no decurso da sua doença. Tem direito a receber informação ou a recusá-la, bem como a dar ou não o seu consentimento para as medidas e/ou terapêuticas instituídas.

O doente psiquiátrico, por estar privado, por vezes, do seu estado de consciência, vê muitas vezes ameaçada a sua capacidade de usufruir do direito ao consentimento informado e a sua autonomia.

Os profissionais de saúde deverão proporcionar a preservação da autonomia e usar de beneficência para com estes doentes.

Os cônjuges, pais, filhos e representantes legais, também têm uma função muito importante de subsidiar estes e outros direitos dos doentes psiquiátricos.

6.1. A AUTONOMIA DO DOENTE PSIQUIÁTRICO

O doente psiquiátrico encontra-se muitas vezes privado da capacidade de decisão.

Assim como outros doentes, como crianças, doentes inconscientes, pessoas de idade avançada, etc., os doentes psiquiátricos vêm-se muitas vezes impossibilitados de apreender e compreender a informação fornecida, bem como de avaliar e por conseguinte decidir.

É um dado adquirido que o consentimento informado é um direito reconhecido, quer pela sociedade em geral, quer pela comunidade médica.

Terão, estes doentes a capacidade de compreensão suficiente para que lhes seja atribuído este direito?

É muito difícil explicar a um doente que necessita de ser internado, quando este não tem consciência da gravidade do seu problema, nem da realidade envolvente.

Aqui deve atender-se ao consentimento presumido, partindo do princípio que ele, se estivesse consciente, na posse das suas faculdades psíquicas, iria consentir no respectivo internamento.

Os momentos de lucidez devem ser aproveitados para explicar a necessidade dos internamentos, tentando, neste processo, proporcionar-lhe toda a ajuda no sentido de lhe transmitir confiança e relação de ajuda. Deste modo, os internamentos subsequentes serão

mais fáceis, podendo mesmo obter-se o seu consentimento caso as experiências anteriores não tenham sido negativas.

De facto, se agirmos com respeito pela sua autonomia, sem prejuízo da sua integridade física e psíquica, estamos a respeitar a sua dignidade.

Perante uma pessoa que padece de um patologia do foro psíquico, surge a necessidade de um olhar atento, de uma visão global. Este poderá ser incapaz de agir em conformidade com a defesa da sua vida e da vida de quem os rodeia.

Não por desprezo, não por falta de amor, mas sim por falta de noção do bem e do mal, alheios à realidade, submissos aos seus pensamentos, às suas alucinações.

As ideias surgem com mistos de ilusão e realidade, são como que comandados por pensamentos que não os seus, por vontades que não as suas.

Eles correm perigo, eles estão sujeitos aos actos mais horrendos possíveis e imagináveis, imputáveis aos próprios. Muitas vezes os desfechos são irremediáveis, nem sempre a sorte os protege.

Foi o que aconteceu ao A numa noite, em que obedecendo às alucinações, tentou várias formas para por termo à vida, valendo-lhe a perspicácia do pai que o detectou atempadamente. Foi levado para o hospital, onde lhe foram suturadas as lesões, provocadas pelos cortes que tinha feito nos pulsos e onde lhe foram efectuadas lavagens gástricas, dado ter ingerido organofosforados. Com momentos de lucidez, pedia para que não o levassem para a Casa de Saúde Mental. Os sentimentos prevaleceram à razão e voltou para casa, com compromissos assumidos de toma da medicação e supervisão dos seus actos. No entanto, logo no dia seguinte, voltou a ser controlado pelas alucinações, novamente com tentativas de suicídio, pelo que, mesmo contra a sua vontade, foi encaminhado para a Casa de Saúde Mental, onde, sob medicação e supervisão, conseguiu ultrapassar as alucinações e controlar os seus efeitos.

Vários foram os episódios de agudização da doença. Era difícil controlar uma doença que impedia a pessoa de agir em conformidade com a razão. Com a prevalência dos valores básicos de defesa da vida, esse valor fundamental que deve ser defendido, mesmo que para tal, deixe de ser exercido algum direito, nomeadamente, o direito de livre decisão, de liberdade.

Perante um estado de elevada confusão mental, numa noite, o A gritava por socorro! Como tantas vezes o tinha feito. Mas naquela noite, os gritos eram diferentes, havia algo mais que não estava bem. Foi levado ao hospital, pois repetia insistentemente que ia morrer, que não estava bem. Aí, quando foi relatada a historia, quando foi referida a sua doença, o diagnostico foi brevemente concluído e enviado para casa, com mais um calmante!

Como era um “doente mental”, não valorizaram as suas queixas! Tudo era atribuído a esse facto.

No dia seguinte, foi encaminhado novamente ao hospital tendo sido diagnosticado “ventre agudo”. Foi operado de urgência, apresentava uma peritonite em estado avançado provocada por ruptura gástrica, de úlcera oportunista.

A cirurgia foi um sucesso, mas o prognóstico era reservado. O pós-operatório foi complicado, fez síndrome de abstinência com quadro de alucinações tendo sido sedado e imobilizado, mas sem êxito. No dia seguinte arrancou sistemas de drenagem, sistemas de soro, monitorização, etc. saindo da unidade completamente descontrolado.

Apesar dos incidentes, a evolução foi favorável, sendo no entanto necessário recorrer a internamento na Casa de Saúde Mental, para recuperar da cirurgia.

Toda esta situação foi extremamente difícil de tratar, quer para os familiares, quer para os profissionais de saúde.

Mais uma vez esta pessoa esteve à mercê da sua sorte, provocada pelos cuidados de saúde precários que proporcionou a si mesmo durante estes anos todos em que era ele próprio quem decidia a sua vida, só sendo impedido de exercer o seu poder de decisão em casos limite.

Não é realmente eticamente correcto permitir que estas situações aconteçam. Ele não é capaz de zelar pela sua saúde, pela sua vida. Necessita de alguém que o supervisione, que o oriente continuamente. Isto só é possível sob internamento, num espaço onde tenha condições para uma vida digna. Fora da instituição, na sua residência junto da sua família, isto não é possível. Ele foge não permite que ninguém o supervisione, que o oriente, que lhe imponha algumas regras. Só em estado limite se torna possível intervir.

Zelar pela sua dignidade passa necessariamente, por estas razões, por mantê-lo sob internamento com visitas de familiares e amigos e com saídas regulares a casa quando compensado.



Por vezes é ele quem pede para estar na Casa de Saúde mas numa grande maioria das vezes esta não é a sua vontade, no entanto para defender esse bem maior que é a sua vida, é necessário impedir-lhe o direito de decisão.

A F viu de igual modo limitada a sua autonomia, a sua capacidade de decisão sobre os cuidados a ter com o seu filho. Para que a vida deste fosse protegida, a sua autonomia no que se refere à guarda e educação do filho foi limitada, sendo controlada e supervisionada pela equipe de trabalho. Tendo culminado com a decisão judicial de lhe retirar o direito de legalmente ser a responsável pelo menor.

Estas alterações psíquicas constituem problemas, limitações na correcta identificação das práticas mais assertivas. A noção do razoável é muitas vezes descorado pelo que a autonomia de decisão tem necessariamente que ser limitada.

O Q (vide anexo) continua a agir sem que seja possível essa limitação da autonomia. Este viu devolvida a guarda dos seus filhos pelo tribunal, sem qualquer possibilidade de intervenção por terceiros. Ele continua a ser o responsável pela vida daquelas pessoas. Será que está a ser capaz? Será que as suas vidas não estarão em perigo? A criança que nasceu já depois destes acontecimentos, não tem registos de vacinação, nem de consultas médicas no serviço nacional de saúde. Estará a ser bem cuidada?

As poucas pessoas que tiveram coragem de testemunhar a quando do julgamento, não o farão novamente. O tribunal não indicou nenhuma medida de vigilância desta família. Deste modo só quando houver novamente indícios graves de maus-tratos ou negligencia se poderá intervir.

As entidades que foram envolvidas, que interferiram, nomeadamente os técnicos do serviço de saúde, do serviço social e protecção de menores, basearam-se em dados concretos e reais que não tiveram sustentação legal por as testemunhas terem sido amedrontados, omitindo factos. Deste modo, não foi possível provar o que tinha sido evidente aquando da retirada dos menores.

Não deveria o poder judicial proceder a uma investigação mais exaustiva? A situação de saúde do Q não foi avaliada. Será que tudo o que foi dito pelos técnicos não serão dados suficientes para no mínimo serem definidos planos de vigilância e supervisão para que seja possível impedir algo mais trágico? As palavras que ouvi da companheira do Q, as

expressões que utilizou o medo que transmitia, o aspecto descuidado do bebê, mantêm-se presentes ainda hoje na minha memória e dificilmente esquecerei.

Ainda hoje me questiono sobre o sentido da justiça e o seu dever ético.

Aquando do depoimento, alertei a Delegada do Ministério Público para estas questões; a autonomia do Q e o seu poder de decisão, não podem prevalecer à liberdade nem à defesa da vida daquelas crianças; no entanto, as minhas palavras não foram valorizadas.

A decisão do tribunal foi a guarda das crianças pelos pais, sem avaliação da saúde mental dos progenitores, nem definição de planos de intervenção judicial de vigilância.

O Q transferiu-se para outra unidade de saúde, onde também não está a cumprir com os cuidados recomendados, nomeadamente a vacinação e consultas de vigilância. A sua propriedade está completamente vedada com impossibilidade de visualização do exterior e não responde quando contactado. O Q não é uma pessoa pacífica, uma vez que no decorrer do processo ameaçou a professora (que tinha contactado a protecção de menores) tendo pago serviços a terceiros para o fazer, esta no final do ano lectivo transferiu-se para outra escola por uma questão de segurança.

-Sem uma protecção judicial com intervenção domiciliária torna-se difícil supervisionar e avaliar os cuidados e saúde desta família pelos serviços que intervêm na comunidade e que intervieram no processo. Estes para além de terem visto desacreditado o seu trabalho, não têm poder legal para interferirem na vida desta família.

Entretanto estas vidas estão dependentes de uma pessoa que também ela precisa de ser ajudada mas não permite que lhe seja proporcionada essa ajuda.

O direito ao seu exercício da autonomia, não pode prevalecer ao direito de liberdade, de vida de outrem.

Quando se trata de uma pessoa que padece de uma patologia psíquica esta se não está capaz de exercer esse direito pelas limitações da sua doença, não é ético que lhe seja permitido o direito de decidir sobre a vida de alguém.

As instituições legais deveriam nortear as decisões com base nos princípios legais e éticos.

6.2. BENEFICÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em relação à beneficência do profissional de saúde esta é inerente à sua prática. De facto a “lei suprema é o bem do doente”. O bem do doente incapaz deve ser sempre defendido.

Perante um doente psiquiátrico, que necessite de determinado tratamento, este deverá ser realizado, caso vá de encontro às suas necessidades.

É o caso do electrochoque, por exemplo, que pode parecer, à partida, uma prática agressiva; no entanto, se for efectuado correctamente, sob anestesia etc, é uma técnica eficaz que vai de encontro às necessidades do doente, quando existe indicação.

Torna-se complicado fazer o melhor bem para o doente sem previamente se definir, para aquele doente, o que ele entende por melhor bem.

Para o doente, o melhor bem pode não ser entendido como tal para o médico ou enfermeiro. Cada doente deve ser particularmente analisado, ou seja será necessário um tratamento personalizado, individualizado.

Praticar o melhor bem pode significar o mal menor, nalguns casos.

O A é um fumador inveterado, será um mal menor deixá-lo fumar, apesar de ser uma prática nociva. Deve, no entanto, ser supervisionado e sempre que possível tentar incutir-lhe que reduza o consumo de tabaco, estando conscientes que a supressão total do fumo de tabaco não o ajudaria na recuperação do seu estado psíquico.

O conhecimento da situação do doente, do que consiste o bem para o doente, deve ser prioritário na boa prática médica. O doente poderá não transmitir o necessário para que se possa conhecer na íntegra, o bem que ambiciona; isto é muito vulgar nos doentes deste foro.

Voltando ao exemplo anterior, aparentemente este doente na sua fase de delírio e perante profissionais pouco experientes, com reduzido contacto com ele, poderá transmitir uma personalidade diferente da habitual. Este doente, quando internado em meio hospitalar/psiquiátrico, patenteia um comportamento que se enquadra dentro da “normalidade”, distinto do que apresenta no seu domicílio, o que dificulta a sua compreensão. Para os profissionais que o rodeiam no seu internamento, este estaria “compensado” e, por conseguinte, o melhor bem seria a alta.

No entanto, ao contrário do previsto pelos clínicos, após a alta e de imediato recusa a medicação, não cumpre as medidas mínimas necessárias para a satisfação das necessidades humanas básicas, pelo que volta a ser necessária a intervenção compulsiva, dado que se auto-intitulava “curado” e recusava o internamento.

Este melhor bem, entendido pelo médico, que consistia na permanência na sua residência, não o era efectivamente, dado que aí não agia em conformidade com a promoção desse bem.

Se por um lado o direito à liberdade deve ser defendido, deve avaliar-se se o exercício desse direito irá incorrer no prejuízo da sua integridade como pessoa. Esta integridade terá de ser vista a todos os níveis: físico, psíquico, da relação com os outros, da auto-imagem, etc.

Ao estar no pleno uso do direito de liberdade, por não ser capaz de o usar convenientemente, não o está a usar como bem, mas como mal. Neste doente, apesar de para ele o melhor bem ser o não tomar qualquer medicação, não se lavar, comer quando lhe apraz, etc., etc., há que reconhecer que o correcto não é praticar o seu melhor bem, mas sim o que é mais adequado para a promoção da sua saúde.

Provavelmente o melhor bem, para este doente, passará por permanecer mais tempo internado, sob vigilância contínua de alguém que lhe proporcione uma boa saúde, que é de facto o melhor bem.

6.3. SOLIDARIEDADE DE CÔNJUGES, PAIS, FILHOS E REPRESENTANTES LEGAIS

Ninguém é dono do doente, nem mesmo os tutores ou familiares. Devem agir na defesa do doente, atender ao seu máximo bem possível.

Em situações em que o doente esteja a ser prejudicado com atitudes autoritárias dos familiares ou tutores, pode-se recorrer à figura jurídica para proceder “à suspensão temporária” da autoridade.

A situação da tutoria é sempre complicada. Não é fácil agir pelo doente, tendo constantemente a preocupação de defender o máximo bem possível. No entanto, a tutoria torna-se necessária, quando o doente não é capaz.

Quando estão subjacentes interesses económicos ou outros, deve ser bem avaliada a posição tomada pelo tutor.

No caso do doente psiquiátrico, torna-se necessário que exista tutor, pois o doente não é capaz, muitas vezes, de se responsabilizar por si próprio.

No entanto, podem surgir situações de interesse em abreviar o tempo de vida destes doentes, por questões económicas, ou mesmo pôr fim a essa preocupação. Devem ser supervisionadas e devidamente identificadas as situações que podem estar a por em causa o bem do doente. Situações de negligência na supervisão dos doentes no domicílio, o pedido de altas precoces, omissão de dados referentes ao doente, etc., podem ser indicadores da vontade de abreviar o tempo de vida destes doentes.

No caso de haver o constante desejo de internamento, poderemos estar perante uma situação de falta de vontade de se responsabilizarem pelo doente no domicílio.

Dado o grau de dificuldade de relacionamento com estes doentes, por vezes torna-se difícil a convivência e o trato, pelo que surgem situações de elevada complexidade.

Reportando ao exemplo do A, devido ao seu constante estado alucinatório, não se encontra capaz de se responsabilizar pela promoção da sua saúde, dos seus direitos, dos seus bens, etc., pelo que necessita de um tutor. Foi definido judicialmente após os devidos tramites legais que o seu pai é o seu tutor e duas irmãs constituem o conselho de família. Após a morte do pai será a irmã mais velha a tutora. Deste modo está garantida a sua defesa por princípios morais e éticos, subjacentes às características pessoais de todos estes elementos.

Por vezes torna-se necessário estabelecer uma relação de autoridade para com ele, o que nem sempre é possível, não como donos dele, mas responsáveis por ele, pelo que por vezes temos de tomar decisões que contrariam a sua vontade. Estas vão, no entanto, de encontro à promoção da sua saúde. Quando recusa tomar a medicação e tem comportamentos de delírio (sendo algumas vezes agressivo quando contrariado), torna-se necessário o recurso ao internamento compulsivo, apenas com consentimento presumido.

O doente psiquiátrico, como qualquer outro, quando privado das suas capacidades de agir em consciência, deverá ser ajudado e/ou substituído, nas decisões sobre a sua vida, sobre a promoção do seu maior bem.

Torna-se, por conseguinte, necessário aproveitar todos os períodos de consciência, de lucidez, para que seja ele a tomar as respectivas decisões.

Não cabe só ao médico, nem ao responsável pelo doente/tutor, a decisão sobre qualquer acto, salvo situações de emergência em que a vida está em risco.

A autonomia do doente deve ser sempre preservada, não devem ser ignorados os familiares ou tutores, sendo, no entanto, o papel dos técnicos de saúde preponderante, atendendo a práticas e técnicas correctas e o mais convenientes possíveis. No entanto, nenhum desses factores deverá ser exclusivamente decisivo.

A congregação de esforços de todos os intervenientes proporciona uma defesa mais eficaz da autonomia do doente. Situação que se complicaria se deste dependesse a vida de outrem, como veremos adiante.

7. QUANDO A VIDA DE OUTREM DEPENDE DA PESSOA QUE PADECE DE PATOLOGIA PSÍQUICA

A dignidade humana passa pelo direito do exercício da liberdade. Liberdade de agir com respeito para consigo e para com o outro. Quando essa liberdade vai contra a sua própria integridade quer física quer mental, ou contra a integridade do outro, este passa a não ter direito de usufruir desse direito.

Quando a pessoa não é capaz de definir estes conceitos e de actuar em conformidade com eles, não está a defender a dignidade. Aí será mais correcto, não usufruir desse direito de liberdade. Terá de ser orientado e supervisionado nos seus actos. Isto nem sempre é possível, pelo que muitas vidas estão constantemente em perigo.

O Q (vide anexo) dava maus-tratos à família, a violência física e psicológica era mais tarde relatada pela esposa como sendo praticada sobre ela e os filhos. Aquando do nascimento do ultimo filho, pediu ajuda, relatando situações dessa violência junto da equipe de saúde e da comunidade educativa dos seus filhos.

Foram tomadas as medidas necessárias no sentido de lhe proporcionar ajuda. Quando chegou a hora de sair com os filhos e abandonar o marido, desistiu, acreditou nas suas promessas de emenda, nos seus pedidos de desculpa, consentindo que lhe fossem retiradas as crianças e recusando acompanhá-las.

Ele foi capaz de a convencer, ou intimidar, a ela e a testemunhas de vizinhos e familiares, tanto que após um ano de permanência em casas de acolhimento, o Tribunal entendeu não haver provas suficientes de maus-tratos e devolveu as crianças à guarda dos progenitores. Não houve provas, pois os testemunhos mais reais, mais vivos, foram calados por ameaças e intimidações. Os que efectivamente surgiram não evidenciavam maus-tratos graves, no entanto, alguns revelavam negligência, coacção psicológica, não havendo sensibilidade suficiente para serem considerados primordiais na decisão. Talvez seja uma falha na justiça, talvez sejam as lacunas existentes na lei, que não permitiram que fossem consideradas atitudes no mínimo perigosas para a saúde mental. O facto de haver conhecimento de que este senhor apresentava comportamentos que evidenciavam desequilíbrios psíquicos, patologia psiquiátrica que lhe implicou de resto ser reformado por psiquiatria, não foi devidamente valorizado. Apesar disto não houve interesse judicial em solicitar uma avaliação médica para confirmar o seu estado mental.

Foi alertado o Ministério Público e à Juíza foi exposto que não era ético consentir que a vida dessas crianças e da esposa dependessem da orientação de uma pessoa que apresenta tal desequilíbrio mental. Até que ponto este senhor pode ser capaz de zelar pelo bem-estar, pela saúde, pela vida destes inocentes? Não houve uma entidade responsabilizada pelo acompanhamento e supervisão desta família. Ficaram efectivamente à guarda de uma pessoa que ela própria necessita de ser ajudada, de ser acompanhada.

As consultas médicas são escassas, e o doente não permite intervenção domiciliária, não abrindo a porta às equipas de saúde. Só uma intervenção judicial permitiria uma visita domiciliária. No entanto, não são tomadas as providências necessárias para tal.

Não é possível um acompanhamento, uma vigilância dos cuidados, à semelhança do efectuado noutros utentes.

Não me parece eticamente aceitável que se permita que estas vidas sejam deste modo tratadas. Por mais que seja compreendida a Justiça, parece-me que este caso, como outros semelhantes, deveriam ter uma participação mais activa da dimensão ética no seu desenvolvimento.

Não é fácil ficar indiferente perante estas questões. Saber destes problemas e não ser capaz de colaborar na sua resolução é angustiante.

Tantos outros relatos poderiam ser referidos, tantas histórias poderiam ser contadas. Muitas são as vidas que dependem de pessoas com alterações do foro psíquico, que na grande maioria dos casos nem elas próprias têm consciência desse problema.

Quer sejam causadas por alterações biológicas, psíquicas ou sociais, várias são as patologias que impedem a pessoa de usufruir da plena capacidade mental de agir com lucidez e com consciência. Cabe à sociedade em geral avaliar e supervisionar os comportamentos dos seus membros. O que é facto é que a cidadania pertence ao grupo dos valores que na actualidade está a ser francamente descurado. Com os estilos de vida que se preconizam, a procura incessante de obtenção de formas de prazer na aquisição de bens e ostentação de luxo, promove um egoísmo social em que estes e outros problemas são ignorados.

Os mais desfavorecidos económica e socialmente, são sem dúvida os que estão mais vulneráveis. As relações de poder são mais facilmente exercidas quando estão subjacentes questões económicas, pelo que é comum encontrarmos situações com difícil abordagem e resolução. Muitas vezes é a dependência económica, que impede o conhecimento de

comportamentos “pouco razoáveis”. Quantas vezes não são relatadas situações de violência, provocadas por efeitos de substâncias nocivas, por haver dependência económica e familiar! Apesar de haver mais informação, mais formas de ajuda, o que é facto é que ainda se encontram e nos vários extractos sociais, casos graves de sofrimento humano ocultados por sentimentos de vergonha, de dependência, de exclusão social.

Será ético manter esta postura perante a vida humana? Não me parece. Estão em causa direitos sublimes como sendo o da liberdade, o respeito pelo outro, o respeito pela própria pessoa. A dependência quer seja de substâncias nocivas quer seja económica ou outra, reduz o ser humano despiando-o da sua própria dignidade.

Estes são sem dúvida aspectos que deveriam ser considerados por todos, quer a nível individual, quer colectivo.

A nível das instituições de saúde e outras, deveria haver uma maior preocupação para estas questões. A prática corrente resulta de não haver meios, materiais nem humanos, para fazer face a estes problemas. Os existentes, não estão vocacionados nem despertos para tal. A burocracia e a morosidade são factores que estão na base do insucesso de resolução de alguns casos.

É o que se passa com o J (vide anexo) e a sua família. A dependência do álcool é muita e os efeitos são graves, quer para ele quer para quem o rodeia. A esposa após vários anos de maus tratos, a ela e aos filhos, procurou nova vida deixando-o sozinho. Este foi viver para casa dos pais, sendo o pai acamado e totalmente dependente a ser cuidado pela esposa, estando os dois com a idade de 79 anos. Vale-lhe o apoio de uma filha que mora perto.

A dependência do álcool continuou, não trabalha e vive às custas dos pais, sendo as discussões familiares uma constante. Vários foram os episódios de desordem, em que tiveram de intervir os vizinhos e amigos. As portas são constantemente forçadas para entrar em casa à hora que lhe convém. Houve um dia em que atirou uma pedra ao vidro da janela, que por sorte não atingiu o pai que vegeta na sua cama.

Num dos seus estados de alienação, insistia com a mãe para irem juntos para a cama...”fugi para junto do meu marido e deitei-me ao seu lado, num cantinho entre ele e a parede, para que o meu filho não pudesse vir para o pé de mim.” contava a anciã de semblante marcado pela angústia e o medo que um dia a obrigue efectivamente a faze-lo!

Muitos foram os pedidos de ajuda desta mãe.

A Enfermeira responsável pela visitação domiciliária, após ter tomado conhecimento da situação, juntamente com a assistente social e médico assistente tentaram encaminhar a situação.

O J não admite estar doente, recusando tratamento médico alegando estar na posse de todas as suas faculdades mentais. Assim sendo a única solução, foi a sua mãe entrar com uma queixa em tribunal, de tentativas de agressões, para que seja possível pôr termo a esta situação, o que vai levar o seu tempo.

Será correcto deixar esta situação prolongar-se? Que mais é necessário acontecer para que seja possível intervir activamente?

Se esta pessoa não é capaz do exercício do pleno e correcto uso desse direito, será lícito que o mesmo lhe seja condicionado.

Não me parece eticamente aceitável que para benefício da liberdade de uma pessoa, esteja limitada a liberdade de outros.

Todos estes processos são extremamente morosos e de difícil resolução. Entretanto estas pessoas vão continuar a debater-se no dia-a-dia com esta situação problemática.

Já não foi fácil a constatação do problema para esta família, para esta pobre mãe, sobretudo por viver num meio em que tudo se sabe, predominando a vergonha que impede muitas vezes a não divulgação de alguns factos.

Apesar da solidariedade que algumas pessoas demonstram, intervindo activamente, são situações constrangedoras que condicionam muitas vezes o encaminhamento atempado destas situações.

8. CONSTRANGIMENTOS FAMILIARES

Os familiares dos doentes psiquiátricos vêm-se muitas vezes confrontados com uma série de dificuldades, quer a nível prático, no dia-a-dia quer mesmo a nível de compreensão e aceitação da doença em si. A falta de apoio tão comumente sentida provoca sentimentos de medo, de vergonha, de angústia. Os familiares escondem os seus doentes, acham que são socialmente anormais; felizmente estas situações verificavam-se mais no passado. No entanto, ainda há casos de recusa e de negação relativamente a estas patologias. Muitas vezes é a ignorância a causa desta negação. Quando surge uma doença do foro psíquico numa família, esta na maioria das vezes desestrutura-se. Dependendo do papel que esse elemento assumia na família, assim a família tem mais ou menos desequilíbrios.

O desconhecimento dos efeitos da doença no comportamento dos doentes, na forma de se relacionarem com os outros, dificulta a aceitação, a compreensão. Há outros factores que estão directamente ligados com estes constrangimentos que se prendem com as características dos familiares, ou seja, a idade, o grau de parentesco, a formação académica, etc.

Ao longo de varias gerações a família do A viveu de perto os problemas e implicações das doenças psiquiátricas.

O avô materno tinha uma doença mental que, dada a falta de conhecimentos e condições da época, não sabiam o nome. Devido à dificuldade de relacionamento e ao quadro de agitação psicomotora constante e ao estigma da doença, era fechado num quarto dia e noite. Com os precários cuidados a que estava sujeito, contraiu uma pneumonia que o levou à morte.

Alguns dos seus filhos, apresentavam pequenas alterações, no entanto estes tiveram grande sucesso empresarial e económico. Uma das filhas apresentou um quadro mais evidente. Como era solteira e não tinha grande suporte familiar para a ajudar, começou a descurar a sua saúde desde cedo, com quadros frequentes de desequilíbrio de electrólitos com consequente retenção de líquidos que provocou edema agudo do pulmão, o que lhe levou a morte.

A mãe casou por volta dos 30 anos de idade, e pouco depois, após o nascimento do primeiro filho (o A), desenvolveu um psicose pós-parto. A partir de então, os sintomas da psicose maníaco-depressiva eram uma constante. Depois nasceram três raparigas.

Nessa altura, há cerca de 40 anos atrás, os doentes do foro psiquiátrico eram ainda mais estigmatizados do que na actualidade. Como vivíamos numa aldeia toda a gente se conhecia e todos sabiam destes problemas. Apesar de haver espírito de inter – ajuda entre as pessoas, havia uma marginalização mais acentuada perante estes doentes.

O pai tinha uma vida social activa, muito respeitado, sempre foi a autoridade da freguesia, como os elementos da família que descendia.

A mãe era tida como uma “atrasada” e por consequência as filhas “nunca prestariam”. Principalmente as minhas irmãs, como eram as mais velhas, foram as mais atingidas por este estigma. Não serviam para namoradas, pois nunca dariam ninguém na vida. Era a mentalidade de então que interferiu directamente na nossa vida.

O A foi aos 9 anos estudar para o seminário, indo a casa apenas nas férias, tendo por isso uma educação própria, mais fechado e isolado, como era característico na época nessas instituições.

A sua adolescência foi um pouco conturbada. No início começou a ter alguns comportamentos estranhos, a experimentar bebidas alcoólicas e a ter saídas nocturnas. Com todas as irmãs teve alguns contactos íntimos pouco compatíveis com o parentesco que nos unia. À medida que foram crescendo, iam-se apercebendo que tais actos não eram muito próprios e evitavam a sua presença. Só mais tarde conseguiram saber que havia sucedido com as três. Na altura não havia capacidade para perceber a dimensão desses comportamentos, pois, para todos, ele era o exemplo de educação, acima de quaisquer suspeitas. Nunca houve espaço para diálogo, nem mesmo mais tarde já no desenrolar da doença, quiseram abordar o assunto, mas era um tema tabu.

Os laços de afectividade foram quebrados: durante muito tempo houve um misto de revolta e de culpabilidade.

Com o aumento da frequência e intensidade das psicoses, foi-se fechando e as conversas que por vezes havia tornaram-se escassas. Não aderiu às terapias de grupo, que inicialmente fazia no Porto. Isolou-se cada vez mais, o relacionamento que nunca foi muito estimulado na família, era cada vez mais difícil.

O pai sempre agiu de forma demasiado permissiva, nunca conseguiu estabelecer uma relação de autoridade. A mãe, apesar da situação de desequilíbrio frequente, ainda

conseguia impor algumas regras, mas insuficientes para que se evitassem agudizações da doença, por descuidar os cuidados necessários.

Foram aprendendo a lidar com estes problemas, as poucas conversas que tinham com os médicos não eram suficientemente esclarecedoras para perceberem o que se passava e como agir.

À medida que o tempo passou e com a familiarização com a doença foram aprendendo a relacionar-se com ele. Não foi fácil, modificar perspectivas de culpabilização pela situação, motivar a família para o aceitar com as suas características e em simultâneo proporcionar-lhe reabilitação e socialização.

Outro constrangimento foi referido pela filha da B aquando da sua ida à escola, dizendo que o mundo ia acabar (vide anexo). Foi para casa e uns dias depois foi internada por tentativa de suicídio, a fase depressiva tinha-se agudizado.

A sua doença agravou com o desenrolar da doença do filho, pois este nessa altura também estava internado.

Foram várias as situações difíceis, de supervisão de cuidados e de detecção de agudizações das doenças.

Esta família sempre tentou fazer face aos diversos constrangimentos com que se deparava, no entanto, houve situações em que não puderam dar resposta, também ela precisou de ajuda. Tentaram realizar-se individualmente e obter as respostas às questões que sempre os invadiram em relação a estas doenças e a forma de se relacionarem com estas pessoas.

Este constrangimento que é sentido por muitas famílias apresenta dimensões diversas com atitudes muitas vezes pouco racionais.

Muitas vezes os doentes são “fechados” em casas de Saúde para que possam viver em paz. Isto passa-se essencialmente quando o doente fica de tal modo agressivo, violento, que é difícil a convivência diária. Assim muitos familiares começam a rejeitar o doente, recusando-se muitas vezes até a visita-lo na instituição de internamento.

Outra situação é a que se verifica quando a família pretende “fazer férias” do doente. Quando já está saturada de continuamente cuidar o doente, tenta proporcionar-lhe internamento para poder recuperar energias, fazendo férias dos cuidados a esses doentes. Poderá ser eticamente aceitável, neste sentido os cuidadores buscam o equilíbrio

indispensável para que eles próprios tenham saúde mental, imprescindível no processo de cuidar. Têm que necessariamente estar bem com eles mesmos. Quando têm a coragem de assumir as suas dificuldades, as suas fraquezas, não deveriam ser incriminados como tantas vezes são. São vulgarmente considerados egoístas, mas esse egoísmo poderá ser entendido como uma preocupação pelo outro, estão a zelar pela qualidade dos cuidados que prestam aos seus familiares. Muitos não têm a coragem de o fazer, apesar de ser essa a vontade deles, no entanto são pressionados pela sociedade, pela opinião dos outros, resignando-se à sua sorte, carregando continuamente o peso que um dia lhes provoca a ruptura. Para além de o doente perder o cuidador é também este quem precisa de cuidados.

Outro constrangimento sentido pelos familiares prende-se com a alta dos doentes. Muitos, têm uma grande dificuldade em aceitar o estado em que os seus familiares saem dos serviços de internamento, recusando-se muitas vezes a leva-los para casa. Quando têm a coragem de o verbalizar, nem sempre são bem interpretados, pelo que muitas vezes não se pronunciam, mas sabem que brevemente o doente voltará a necessitar do internamento. Os familiares negam-se a levar os doentes para casa alegando que estes não estão bem. De facto não estão totalmente bem. Nem todas as dimensões são melhoradas aquando do internamento, é necessário tempo para serem trabalhadas as várias potencialidades. Mais do que a dimensão física e comportamental, a relação e a socialização exigem reabilitação; no entanto este processo é lento, necessitando por conseguinte de tempo e de empenho de todos.

Um aspecto não menos importante e que está estreitamente relacionado com os constrangimentos familiares é a fraca abertura dos psiquiatras e restantes profissionais de saúde desta área. Geralmente nas consultas não há diálogo, não há espaço para que os familiares verbalizem os seus medos, as suas angústias. Seria um espaço extremamente oportuno para se desmistificar a doença psiquiátrica e as suas dimensões. Muitas vezes os familiares, para não serem acusados de recusar colaborar com os técnicos, nem exteriorizam as suas opiniões, os seus sentimentos. Têm receio de ser mal interpretados, não contrariam opiniões dos profissionais de saúde e por conseguinte não verbalizam as suas dúvidas. Se o fizessem teriam oportunidade de ser esclarecidos, provavelmente entenderiam mais facilmente as intervenções, as prescrições, etc. e colaborariam no processo de tratamento e reabilitação dos doentes.

Como aconteceu aquando de uma das altas, após internamento na Casa de Saúde S. João de Deus, em que a irmã do A dizia ao médico que ele ia ter alta mas não parava em casa, não ia ser fácil fazê-lo cumprir a medicação e outros cuidados, ao que o médico retorquiu, num tom um tanto elevado, que a casa de saúde não era uma prisão. Ela calou-se e não disse mais nada, não fosse o médico entender que ela não o queria levar para casa.

Outra situação, não menos importante, que dificulta o relacionamento, prende-se com a falta de profissionais de saúde. Torna-se difícil perante a falta de meios, quer seja de equipamentos, instituições, quer seja de profissionais, proporcionar um atendimento personalizado e indispensável para a comunicação. Muitas são as dificuldades verbalizadas pelos profissionais de saúde e que condicionam os cuidados, quer seja aos doentes, quer seja aos seus familiares. A escassez de técnicos é sem dúvida um condicionador do sucesso.

8.1. MEDIDAS PARA FAZER FACE AOS CONSTRANGIMENTOS FAMILIARES

De um modo geral, os constrangimentos prendem-se com o desconhecimento, falta de diálogo, falta de comunicação e falta de meios. Assim sendo, urge reflectir sobre a necessidade de tomar medidas que permitam ultrapassar estes constrangimentos, que tanto têm dificultado o bom sucesso do trabalho em psiquiatria.

A comunicação entre os técnicos e os familiares deve ser facilitada e estimulada, devendo ser criados espaços de diálogo destinados a conversar sobre as angústias, sobre os medos, desmistificando-se conceitos sobre as doenças e as suas dimensões.

Destas dinâmicas é exemplo o trabalho da Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos. Nesta instituição organizaram-se sessões, reuniões entre familiares e técnicos de saúde mental, quinzenalmente ao sábado de manhã, durante o ano de 2003. Nestas, de um modo pouco formal, numa pequena sala, com grupos de cerca de 20 pessoas em círculo, explicaram-se os significados das principais doenças, as causas, os sintomas, as complicações, etc. Com linguagem acessível, dado o grupo dos familiares ser constituído por pessoas de diferentes níveis de formação, mas com sentimentos comuns, com necessidades comuns. Estas pessoas verbalizaram os seus medos, contaram as suas histórias. Ao ouvir os relatos de histórias dos seus familiares, cada um sentiu que o seu problema se atenuava, principalmente perante o de um casal de idade já avançada, que relatou ao grupo o porquê da sua presença. Tinham dois filhos, só dois filhos. Eram os

dois portadores de patologias psiquiátricas, com diferentes dimensões. Faziam internamentos alternados, pois era a única forma daqueles pais poderem dar algum apoio aos seus filhos. Estes, já adultos, de trato difícil, com episódios de agressividade, estavam constantemente a fazer internamentos, alguns deles compulsivos. Aquela mãe resignava-se à sua triste sorte, de não ter os cuidados dos seus filhos, mas antes, tinha ela que os cuidar. Ela questionava o psiquiatra da possível causa das doenças dos seus filhos ser a hereditariedade, como ela dizia “se teriam sido eles os causadores das doenças dos seus filhos”. De traços frágeis, esta mãe, com a sua linguagem simples, com humildade nas palavras e expressões, buscava a resposta que o psiquiatra soube dar, apesar de não ser fácil.

O testemunho de coragem daquele casal, relatando o medo como enfrentavam as agruras do dia-a-dia, de alguma forma serviu de conforto ao coração dos presentes.

O facto de se fazerem ouvir, de haver um espaço onde pudessem falar do seu problema, com gente predisposta a ouvir e a entender, era o essencial para aquele grupo. Mais do que ouvir as explicações dos técnicos e apesar da sua importância, encontrava-se a possibilidade de diálogo e de comunicação de experiências ricas, fazendo jus a um dos princípios básicos da psicologia: comportamento gera comportamento.

O grupo era composto por vários tipos de pessoas, familiares de doentes que a sociedade rejeita, esconde e ignora. Mas estes eram os seus filhos, os seus pais, os seus irmãos. Também eles tinham vergonha, tantas vezes dos seus familiares. Os sentimentos de culpa que, como verbalizou uma filha de um doente, se sentia culpada por o pai ter “ideias suicidas”. A postura dos psiquiatras, como dizia aquando dos internamentos, era para ela de atribuição de culpabilização pelo problema do pai. “Ele é seu pai, trate dele, já tem alta, isto não é uma prisão... Tem obrigação de tomar conta dele...”. Ao que ela retorquia: “É impossível, eu vigiá-lo 24 horas por dia e impedir o suicídio, por iniciativa ele nunca se considera doente. Temos de recorrer muitas vezes a internamentos compulsivos”. A voz da indignação e da revolta extravasava das suas palavras.

Perante estas, o psiquiatra que orientava a sessão desmistificou essa culpabilização. Não era esse o conceito que queriam fazer passar, mas sim o da necessidade de ajuda por parte dos familiares, da sua efectiva intervenção, de não se colocarem à margem. Mas muitas vezes a comunicação não é fácil e a mensagem que passa é distorcida.

Foram espaços importantíssimos para todos. Para os técnicos que se apercebiam dos receios, das dúvidas, das angústias dos familiares, bem como das falhas de comunicação e as suas implicações num processo que pretendem que seja de congregação e não de dissociação. Os familiares obtinham respostas a esses receios, dúvidas e angústias. Estabeleceram-se laços de amizade, de empatia, desmistificaram-se conceitos, de culpas, de vergonha, de negação. Foram criados sentimentos de união, de força.

Estes familiares entenderam que podiam ajudar, colaborando com as equipas de trabalho no processo de reabilitação de cada doente (a reabilitação possível mesmo sob internamento). Através de visitas frequentes, demonstrando com a presença, preocupação, transmitindo sentimentos de afectividade ao doente, de partilha, estariam a promover a auto-estima. É importante saberem que alguém se preocupa com eles, como nos dizia um enfermeiro do serviço: “eles precisam de saber que alguém gosta deles, que os laços familiares de pertença não foram cortados.”.

Mesmo que não sejam capazes de viver em sociedade, sem acompanhamento, sem controlo ou supervisão, podem viver felizes nas instituições de internamento. Para isso é necessário empenho efectivo de todos. Surge a necessidade de os familiares se unirem, se associarem. A criação de associações de familiares e amigos de doentes mentais é sem dúvida um excelente contributo para fazer face a toda esta problemática.

Todos os medos, a vergonha, de termos familiares com doença mental, deixam de ter sentido quando ouvimos histórias semelhantes à nossa, quando ouvimos sentimentos iguais aos nossos.

9. IMPLICAÇÕES DA DESOSPITALIZAÇÃO/DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO DOENTE PSIQUIÁTRICO

A pessoa que padece de uma doença mental está muitas vezes privada do poder de decisão sobre si, sobre a sua vida. Por não se encontrar capaz de o fazer, sem prejuízo da sua dignidade. Por várias implicações que esta patologia impõe, quer consigo mesmo quer com os que com ele se relacionam, necessitam de ser orientados, supervisionados e muitas vezes tutorados.

Quando não são capazes de respeitar a liberdade dos outros, nem mesmo a sua própria liberdade, de um correcto exercício no sentido de defesa da sua vida, são conduzidos a instituições, onde permanecem, temporária ou definitivamente. Os centros de apoio do Estado, quer sejam em ambulatório ou de internamento, são escassos, valendo a existência de instituições de solidariedade social, para fazer face às necessidades.

A humanização dos cuidados a doentes do foro psíquico não significa a retirada desses doentes dos hospitais e a sua devolução à comunidade. O recente encerramento de hospitais psiquiátricos, em que foi promovido o regresso a casa dos doentes aí internados, provocou em alguns casos, declínio, degradação, descompensação. É certo que alguns foram, através de protocolos com o SNS, encaminhados para instituições religiosas onde encontraram pessoas que foram capazes de lhes proporcionar as condições necessárias para viverem dignamente. Mas nem sempre isto é possível, dado que mesmo as instituições religiosas possuem lotação limite, estabelecendo, por conseguinte, critérios de admissão, como seja a residência na área abrangida, designadamente o Distrito. Valendo-se de influências, muitos familiares de utentes vêm-se forçados a forjar residências, para que lhes seja possível ultrapassar estes tipos de critérios visando o acompanhamento em meio hospitalar, possibilitando a estes doentes (pelo menos aos que necessitam de internamento) cuidados adequados e serem vistos como pessoas com necessidades próprias, em suma estarem sujeitos a cuidados humanizantes.

Como dizia o Dr. Victor Cotovia num congresso de psiquiatria em S. João de Deus – Barcelos: “*alguns doentes vivem melhor no hospital do que na comunidade*”. Não se reportava ao conforto, às condições das instalações, mas sim ao ambiente, ao apoio que estes doentes têm nesta instituição. Os doentes aí internados sentem-se no mundo deles, rodeados de pessoas que os entendem, que falam a mesma linguagem... Sentem-se bem. É frequente encontrarmos doentes que não querem ir a casa, que não querem ter alta, mesmo tendo

condições para tal, quer a nível de estabilidade da doença quer a nível de suporte e apoio familiar.

O A aquando dos internamentos permanece pouco tempo com as visitas. Estas são breves, demonstrando no entanto satisfação e agrado. Refere gostar de estar internado, querendo rapidamente regressar às instalações logo que se certifique que lhe vão fornecer os cigarros de que tanto depende.

É certo que ele poderia beneficiar com a sociabilização, trabalhar as potencialidades de relação, de partilha, de pertença. Mas para isso é necessário que o processo seja gradual e tenha início ainda no internamento.

A desinstitucionalização dos doentes, a independência das instituições deve ser promovida. No entanto, parece-me eticamente correcto fazê-lo de modo gradual e atendendo às características de cada doente, ou seja com humanização.

O encerramento das unidades hospitalares, com a conseqüente devolução dos doentes à comunidade, que tem sido preconizado pelas políticas governamentais, não é de toda uma medida aceitável nem humanizante. Visando uma medida economicista, alegam estar a colaborar no processo de desinstitucionalização.

Estes doentes nem sempre estão preparados para viver em comunidade, nem esta tem condições para os receber. Têm de facto de se manter sob internamento hospitalar para viverem bem.

É evidente que a socialização dos pacientes é chave para o seu tratamento e, por outro lado, corresponde a um avanço na ultrapassagem dos preconceitos sociais a que sempre estiveram sujeitos os doentes mentais e a doença mental. Mas os grandes hospitais psiquiátricos do passado não existiram devido a uma maquinação maquiavélica dos psiquiatras. Existiram porque, em determinada época, não havia tratamento que permitisse outra alternativa. Foi a partir da introdução da clorpromazina, primeiro antipsicótico, em 1952, por Delay e Deniker, que se tornou possível a desospitalização crescente dos doentes psiquiátricos – desospitalização que efectivamente ocorreu, e em massa, com o fim das “casas de tolos”. Portanto, foi um avanço na e da psiquiatria que criou condições para a desospitalização – e não um avanço contra ela ou apesar dela.

A campanha mediática pela desospitalização esconde, sob uma capa aparentemente humanista, o efeito do corte de verbas públicas na área de saúde mental. Uma verdadeira

desospitalização traduz-se em mais verbas para o sector e não menos – pois é necessário substituir o atendimento puramente hospitalar por atendimento em “instituições” de outro tipo: ambulatorios, hospitais-de-dia, etc.. Mas não há notícias de grandes (na verdade, nem de pequenos) investimentos, que são necessários para basear o subsistema de saúde mental nessas novas instituições.

A “desospitalização” que ocupa espaço nos média, pelo contrário, esconde o lançamento de contingentes de doentes psiquiátricos literalmente nas ruas e sem tratamento. Seria um retrocesso gigantesco o encerramento puro e simples de todos os hospitais psiquiátricos.

A situação de degradação em que muitas instituições públicas de saúde mental se encontram (mesmo naquelas em que não é viável a sua reconstrução), não constitui argumento válido para o seu encerramento. Aquelas deveriam ser reconstruídas ou proceder-se a edificação de novas valências.

É urgente investir na Saúde Mental.

O mais grave ainda, do meu ponto de vista (onde não estarei certamente isolada), é que estamos perante um grave atentado à ética, em que esta está a servir de capa, ou seja, estão a ser colocados doentes na rua sob um pretexto supostamente ético. Mas de humanista tem muito pouco, muito menos de ético, nem sequer de moderno uma vez que constitui um retrocesso no tempo, a alguns séculos de história.

O encerramento de departamentos de psiquiatria nos centros de saúde obrigou muitos doentes e suas famílias a deslocarem-se a hospitais distritais, tendo para isso em alguns casos de percorrer dezenas de quilómetros para terem uma ou no máximo duas consultas anuais. Consultas essas breves, onde apenas é contemplada a orientação médica, que fica muitas vezes pela aferição da medicação.

E os restantes técnicos? Os psicólogos, os enfermeiros especialistas em psiquiatria, as assistentes sociais, etc. Não poderão eles continuar nos centros de saúde a apoiar os doentes psiquiátricos? Estarão esses técnicos a ser correctamente rentabilizados para os fins para que se formaram? Sentir-se-ão estes motivados para desenvolver projectos específicos de intervenção junto destes doentes? Será que os responsáveis por estas unidades estarão devidamente sensibilizados para estas problemáticas? Sensibilizar a população para o estigma da psiquiatria com divulgação de panfletos alusivos, não me parece ser suficiente!

Há que incentivar os profissionais para que desenvolvam projectos específicos de intervenção em psiquiatria. Ir junto dos doentes na comunidade torna-se imperativo!

Surgem alguns exemplos de boas práticas, de projectos junto de doentes alcoólicos, como constataremos mais adiante. Para levar a cabo projectos não chega haver recursos humanos, são necessárias estruturas, as poucas que existem necessitam de ser mantidas e valorizadas.

10. NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE: FUTURO POUCO RISONHO PARA A PSIQUIATRIA

O Despacho-conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, legisla sobre a estrutura de respostas de reabilitação psicossocial em saúde mental. Entre a segurança social e a saúde foi elaborado um documento onde foram definidos os princípios e as normas gerais que orientam a implementação e o funcionamento dessas respostas.

Apoio domiciliário integrado, centro de promoção de autonomia, unidade de apoio integrado transitório, unidade de apoio integrado prolongado, unidade de apoio integrado permanente, são os cuidados continuados a prestar à população. Onde estão essas estruturas? Onde estão essas respostas?

Uma das dificuldades da sua implementação parte dos modelos de financiamento. Se fosse como o previsto, pela reafecção de recursos financeiros dispendido com os doentes internados em psiquiatria, só que efectivamente não tem sido. Fecham-se instituições de apoio e as verbas que se economizam não são utilizadas para os fins devidos.

Os doentes são transferidos para instituições religiosas com base em protocolos, medida essa que proporciona ao Estado economia de verbas substanciais. Fica mais barato ao Estado o protocolo com estas casas do que a manutenção das instituições públicas. Não seria correcto que estas verbas economizadas fossem efectivamente utilizadas nestas respostas que o próprio Estado preconiza e que legislou? Quantos mais anos serão necessários para constatarem a sua urgente necessidade?

Sobre o emprego apoiado foi elaborado um documento em Dezembro de 2001 pela Direcção Geral de Saúde, com proposta de políticas de integração dos trabalhadores com deficiência e/ou doença mental, no mercado de trabalho com suporte legal. Sobre este aspecto e como verbalizava um responsável por esta área da Casa de Saúde de S. João de Deus, tem sido um pouco difícil a integração de doentes dessa instituição nas empresas. Esta dificuldade decorre da situação em que se encontra a economia, sendo que a competitividade inviabiliza a concretização de tal intento. Estes doentes quando são contratados deixam de poder usufruir de pensão de invalidez (segundo Decreto-lei n.º 18/2002, de 29 de Janeiro), vendo assim a sua sobrevivência económica ameaçada.

Esta solução não esta a ser muito bem aceite pelo que a solução mais viável passa pela aquisição de determinados materiais que os doentes vão fazendo dentro das instituições.

Tem sido uma prática com algum sucesso e que tem sido utilizada para estimular a reabilitação dos doentes e reinserção no mercado de trabalho.

Para além desta dificuldade, também o atraso no pagamento dos financiamentos, excessiva burocracia, a falta de autonomia técnica e financeira, por parte dos serviços públicos, têm sido entraves ao desenvolvimento de programas de reabilitação.

A escassez de estruturas e serviços, face às necessidades da população alvo, tendo sido referida como dificuldade na obtenção de instalações adequadas. “A falta de pessoal qualificado para as actividades específicas de reabilitação, quer seja por falta de financiamento, falta de formação e deficit de quadro de pessoal, são outras dificuldades que têm interferido directamente com a reabilitação psicossocial dos doentes psiquiátricos em Portugal”³⁰.

A nova lei da gestão hospitalar não vai investir na psiquiatria e saúde mental. Os financiamentos do hospital prendem-se por dados objectivos de números de consultas, cirurgias, etc..

Todos sabemos que os doentes do foro psiquiátrico acarretam muitos gastos: os internamentos são prolongados, a recuperação e reabilitação são lentas e escassas. Como tal não dão lucro, logo o investimento é reduzido. Por mais que os profissionais de saúde destas áreas se pronunciem no sentido da necessidade de investimento, cabe aos gestores a decisão. Avizinha-se um quadro muito negro para a psiquiatria. Tudo será gerido de modo empresarial, assim o doente será um “electrodoméstico”, o médico o “técnico reparador” e o hospital a “oficina”.

Será o doente a dizer ao médico o que quer que este lhe faça. Em psiquiatria não se pode funcionar nestes termos, não se pode atender ao número de consultas, mas sim à qualidade de atendimento, o tempo de internamento, etc.

Os doentes psiquiátricos necessitam de apoio quer durante o internamento (no que diz respeito ao tratamento), quer na reabilitação (que deve ser trabalhada desde o início). Para tal é necessário investimento em recursos humanos e materiais. A criação de oficinas de trabalho e de ateliers são extremamente imprescindíveis em psiquiatria.

³⁰ Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002

Tal como dizia o Dr. Silva Martins acerca das novas políticas da saúde sobre a psiquiatria *“a humanização está completamente desvalorizada, a esperança será a nível das instituições que não obedecem ao sistema de empresa ou seja, as casas religiosas”*.

São estas, as casas religiosas, que efectivamente se preocupam com a humanização, com a pessoa que padece de patologia psiquiátrica. Não que os profissionais de saúde das instituições públicas não prestem cuidados humanizantes, mas com os poucos investimentos, com os cortes governamentais na política de saúde, a psiquiatria vê-se privada de verbas que possibilitem um acompanhamento efectivo destes doentes. São escassos os serviços de internamento, os doentes são considerados como porta-giratória, com altas precoces, voltando a entrar de imediato após a alta. Os internamentos são curtos para darem lugar a outros doentes, assim não são trabalhadas as dimensões essenciais para uma franca reabilitação.

Quando o poder económico permite, certos doentes têm acesso a técnicos, nomeadamente psiquiatras, psicólogos, sessões de terapia de grupo, que lhes permitem de alguma forma ultrapassar as dificuldades que são inerentes ao desenrolar das suas doenças. As clínicas particulares, onde se fazem internamentos de doentes psiquiátricos, limitam-se à instituição de terapêutica, consultas diárias de psiquiatra, a cuidados de enfermagem. São estes muitas vezes que lhes proporcionam a ajuda possível com cuidados personalizados, humanizantes. No entanto, estas clínicas não possuem as valências específicas para trabalharem as várias dimensões, nomeadamente a reinserção social. A reabilitação fica assim comprometida, pelo que após a alta os doentes voltam para a sua casa onde as relações se vão novamente deteriorar, os conflitos e os problemas vão estalar e a descompensação é fatal.

Quando os doentes não têm poder económico, que lhes permita o acesso a estes serviços, incorrem em internamentos curtos nas poucas instituições públicas existentes e voltam de igual modo para o ambiente habitual que nem sempre é o mais favorável. Contudo são estes os que mais necessitam de intervenção, de apoio a nível económico, social, etc.. Cabe ao Estado providenciar os esforços necessários para prestar os cuidados necessários aos doentes psiquiátricos.

O Dr. Cepa, na sua apresentação num congresso de psiquiatria, afirmava o seguinte: *“uma das funções do estado de providência é dar protecção aos desprotegidos, crianças, doentes, idosos, etc.; o que não tem sido capaz [...]”*; e continuava *“[...] às crianças e aos doentes, tem sido feita alguma coisa, aos doentes mais velhos e doentes mentais tem-se feito muito pouco, só a nível particular”*. Muitas vezes há

peças que reúnem estas duas condições, são velhos e doentes mentais, estando ainda mais vulneráveis e menos protegidos. É uma realidade sentida por profissionais de saúde que continuamente se deparam com problemas de difícil resolução. Este médico conhece muito bem a realidade do SNS e da instituição religiosa, no seu trabalho do dia-a-dia. Depositando também ele toda a esperança nas instituições religiosas quando afirmava a máxima da Casa de Saúde de S. João de Deus: “*fazendo o bem, fazendo-o bem*”, com profundo sentimento estampado no rosto.

11. REABILITAR – NOVAS PROPOSTAS A NOVAS NECESSIDADES

No processo de humanização dos cuidados, torna-se importante ver o doente nas suas várias vertentes. Assim, mais do que o tratamento da doença, há que formar e educar, para reabilitar. Os doentes, tão precocemente quanto possível, vão readquirindo as capacidades perdidas, prevenindo-se a perda de outras, que são essenciais para a autonomia e, por conseguinte, uma melhor adaptação à vida.

No sentido de possibilitar este processo, a Ordem de S. João de Deus, com as suas várias instituições quer no Continente quer nas Ilhas, tem desenvolvido uma série de actividades. Preconizando a rentabilização dos recursos, *in e out* Casa de Saúde, estabelecem parcerias com diversas instituições. Assim instituindo respostas educacionais e formativas, residenciais, técnicas, de lazer, etc., recorrem a protocolos com a Direcção Regional de Segurança Social, Secretaria da Habitação, Centro de Apoio ao Cidadão Repatriado, Direcção Regional da Juventude, entre outras.

Com o Centro de Emprego e Formação Profissional, elaboram cursos de formação, estabelecem programas sociais de ocupação de adolescentes, em que estes ainda sob internamento, estão a trabalhar de acordo com as suas possibilidades.

Junto do Instituto de Acção Social (com as comissões locais de acompanhamento), Comissão de Protecção a Crianças e Jovens, bem como junto de associações de pais, hospital-de-dia, etc., formam de, igual modo, parcerias.

No que respeita às respostas educativas e formativas, nomeadamente em Ponta Delgada, na Casa de Saúde de S. Miguel, estabelecem parcerias com a Direcção Regional de Educação, no sentido de proporcionar ensino recorrente com a colaboração de professores do 1.º ciclo, promovem a prevenção em meio escolar a nível do 1.º, 2.º e 3.º ciclo e secundário e dão formação a núcleos de pais.

Outra parceria existente é com a Secretaria Regional de Assuntos Sociais, estabelecendo programas de prevenção e treino de competências sócio-familiares, bem como a nível do Centro de Saúde, com formação aos chefes. Aqui também a Ordem dos Médicos e as universidades são organismos com quem definem acordos, no sentido de proporcionar campos de estágio nas suas unidades, o que propicia uma dinâmica constante, quer a nível académico, quer a nível profissional.

As competências dos profissionais são do mesmo modo objecto de actuação; neste sentido, tem evoluído a habilitação dos técnicos, com a aquisição de técnicas suplementares como a ludoterapia, entre outras.

Há que reabilitar os doentes e as equipas terapêuticas. Por conseguinte, surgem mudanças nas atitudes, começando a pensar-se que vale a pena investir nos doentes mesmo que à partida não ostentem potencial, integrando-os no mundo laboral, familiar e social.

Reabilitar também é melhorar a qualidade de vida. Nos doentes em que é impossível a integração na família, mesmo assim, pode ser possibilitada uma qualidade de vida melhor.

A reabilitação dos doentes deve ser a reabilitação possível para cada doente. Como retratava um doente em relação à sua própria reabilitação que *“era impossível introduzir um motor de um Ferrari num Mini”*.

Deve ser avaliada a pessoa que se nos depara e ajudá-la a reabilitar-se, dentro das suas capacidades. Doentes há em que não é possível mais do que recuperar as actividades da vida diária, a autonomia para as tarefas simples. A reabilitação psico-social nem sempre é viável. Não se pode dissociar a mente do corpo. As intervenções da reabilitação psico-social são importantes, mas há que ser realista, pragmático e ir para o terreno, sem nos cingirmos a obras académicas e teóricas. Muito menos, limitarmo-nos a medidas políticas e economicistas.

A melhor reabilitação não é a que se faz na comunidade, muitas vezes o meio hospitalar é mais eficaz. Há doentes que “funcionam melhor” e são mais felizes nas instituições; no entanto, a estes, deve ser proporcionada troca de afectos com o exterior. Surge assim a necessidade de recorrer a dinâmicas distintas, de estabelecer a comunicação, de melhorar as relações inter-pessoais, promover a humanização dos serviços, a auto-estima, estabelecer contactos com o exterior.

Na Casa de Saúde de S. João de Deus, está a ser desenvolvido um projecto de reabilitação dos doentes em que lhes é proporcionada a possibilidade de executarem algumas actividades possíveis num espaço próprio – Galo verde. Este consiste num local, inserido nas instalações da casa, onde os doentes aprendem a cuidar das suas coisas, das actividades de vida diária. Assim adquirem competências e capacidades para poderem agir no dia – a – dia reabilitando capacidades perdidas e adquirindo novas potencialidades. A reabilitação é

assim estimulada de forma personalizada e individualizada, sendo efectuada com o acompanhamento dos técnicos com preparação para o efeito.

Existe ainda um apartamento, fora das instalações da Casa de Saúde, onde moram alguns doentes, tendo contacto diário com os profissionais da Casa. Algumas actividades são exercidas só por eles, cuidando da manutenção e preservação do apartamento e outras nomeadamente algumas refeições são feitas na Casa de Saúde.

12. CONCLUSÃO

Vários são os problemas de saúde mental que têm aumentado significativamente nos últimos tempos³¹:

- mais de 20% da população adulta sofre de algum problema de Saúde Mental em certa altura da sua vida;
- o número de suicídios nos países da comunidade europeia é igual ou superior ao número de mortos em acidentes de viação;
- a depressão ocupa o quarto lugar na lista das doenças com mais prejuízos económicos e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na progressão actual ocupará o segundo, daqui por quinze anos;
- as doenças mentais acarretam um custo equivalente a 3-4% do produto nacional bruto na Região Europeia.

Por tudo isto há que sensibilizar a população em geral para estas problemáticas.

Apesar de haver uma preocupação das entidades governamentais, no sentido de legislarem sobre saúde mental, a sua avaliação, pelo Conselho Nacional de Saúde Mental, revela uma série de dificuldades que comprometem a sua aplicação.

Os decretos e portarias que regulam a Lei da Saúde Mental, que está incluída na Lei de Bases da Saúde, apresentam uma série de princípios orientadores na gestão, organização e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Por legislação, foram constituídos grupos de trabalho, criados Centros Regionais de Psiquiatria Forense para doentes difíceis; a nível dos cuidados continuados foi decretada a criação de: Apoio Domiciliário Integrado, Centro de Promoção de Autonomia, Unidade de Apoio Integrado Transitório, Unidade de Apoio Integrado Prolongado, Unidade de Apoio Integrado Permanente, sendo que a sua operacionalidade financeira seria garantida por reafecção de recursos actualmente atribuídos à hospitalização psiquiátrica.

O desenvolvimento de políticas de integração de trabalhadores com doença mental no mercado de trabalho é outra das medidas tomadas para a sua reinserção social.

³¹ Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002, p. 5

Muitas dificuldades surgiram nalgumas instituições advindo daí a necessidade de estabelecer protocolos e acordos com Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), nomeadamente a instituição S. João de Deus e das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Estas preconizam uma acção de promoção da saúde em doentes mentais, defendendo a sua dignidade humana, instituindo a humanização dos cuidados. São, sem dúvida, estas que têm dado uma resposta efectiva às necessidades dos doentes mentais. No entanto, nem todos os doentes são abrangidos pelos seus cuidados, dados os obstáculos de inclusão geodemográfica e as dificuldades de financiamento, entre outras, pese embora estas instituições se empenhem numa abrangência tão alargada quanto possível, com propostas efectivas de articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nos três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário, devem ser tomadas medidas para a promoção da saúde mental e qualidade de vida.

As políticas de saúde não devem assentar apenas em medidas economicistas. O investimento em saúde mental deve ser repensado, pois dele dependem vidas de pessoas que na maior parte das vezes não se podem fazer ouvir.

Estão a ser encerradas unidades de apoio e integrados os doentes nos hospitais ou devolvidos à comunidade sem que estes tenham condições para os receber.

Por constituírem um elevado custo, não têm sido objecto de investimento! Não interessam, não são lucrativas estas pessoas!

São difíceis de reabilitar, de serem peças activas e produtivas na sociedade, pelo que não há interesse económico nem político, em investir em estruturas de apoio, de profissionais de saúde, de apoio comunitário e social e outros.

Surgem pontualmente trabalhos interessantíssimos de investimento pessoal, essencialmente, mas não chega.

As instituições de solidariedade social e religiosas dão o apoio possível, no entanto não há comunicação eficaz com a comunidade. Não há um trabalho contínuo, um seguimento das equipas dos cuidados de saúde primários. Os doentes têm alta, após internamento em instituições religiosas e não há comunicação com os centros de saúde, que poderia ser feito através de um protocolo de alta.

Um seguimento que poderia ser dado em ambulatório nem começa, mesmo que haja alguns técnicos de saúde empenhados nos cuidados com estes doentes. Eles não são

informados, não há comunicação entre as equipas. Como nos refere um enfermeiro do Hospital de S. João de Deus “não podemos dar indicações a outras instituições”. É necessário legislação específica para que seja possível a articulação entre instituições públicas, IPSS's e religiosas.

Os doentes ficam entregues a si próprios e/ou aos seus familiares que nem sempre estão preparados, nem têm condições mínimas geralmente, para darem continuidade aos cuidados.

Entre os familiares, persistem os estigmas da doença mental, pelo que os escondem o mais possível. A sociedade não os procura, não tem interesse no seu convívio, na sua companhia, pelo que facilmente descompensam e entram novamente no hospital. Este vai funcionar como “porta giratória”. Internamentos sucedem-se a altas, como que um ciclo vicioso.

Há um forte desgaste familiar, estes são considerados os responsáveis pelos cuidados e muitas vezes pela doença dos seus familiares. São constantemente culpabilizados da degradação destes doentes, sem nunca ninguém se preocupar com eles. Não há quem cuide dos cuidadores, muitos nem são ouvidos. São considerados os responsáveis pelos doentes como que tivessem competências para tal!

Mais uma vez, as instituições de caridade têm feito um bom trabalho, proporcionando espaços de debate e partilha de experiências entre familiares de doentes mentais.

BIBLIOGRAFIA

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F., “Princípios de ética biomédica”, Masson S. A., Barcelona, 1999
- BERGER, Louise, “Pessoas Idosas, uma abordagem global”, Lusodidacta, 1995
- BECKERT, Cristina, “O doente psiquiátrico como pessoa moral: entre o direito à saúde e o direito à autonomia”, *Philosophica* 12, Lisboa, 1998, principal. 89-96
- CHANGEUX, Jean-Pierre, RICOEUR, Paul, “O que nos faz pensar”, Edições 70, Lisboa, 2001 (tradução de Isabel Saint-Aubyn, originalmente publicado em 1998).
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “Reflexão ética sobre a dignidade humana”, 1999
- Conselho Nacional de Saúde Mental, “Propostas e recomendações”, Lisboa, 2002
- COSTA PINTO, José Rui, “Questões actuais de Ética Médica” (4.ª Edição), Editorial A.O., Braga, 1996
- DAMÁSIO, António R., “O Erro de Descartes” (18.ª Edição), Publicações Europa-América, Mem Martins, 1998
- FONSECA, António F., “Psiquiatria e Psicopatologia, I volume”, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1985
- FONSECA, António F., “Psiquiatria e Psicopatologia, II volume”, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1985
- GANASCLIA, Jean-Gabriel, “As Ciências Cognitivas”, Instituto Piaget, 1999
- GURRÁS, Emília, “Documentación y metodología de la investigación científica”, Paraninjo, 1985
- Instituto S. João de Deus, “Hospitalidade”, *Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, n.º 258, Ano 66, Outubro-Dezembro 2002
- LOPES, Carlos B., “Desafios éticos actuais na psiquiatria”, *Simpósio de Bioética*, 9(1):29-43, 2001.
- NEVES, Maria do Céu P., “Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana”, Centro de Estudos de Bioética – Pólo Açores

OSSWALD, Walter, “Um fio de ética”, Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, Coimbra, Março 2001

PINTO, Jaime, “Factores de eficiência em investigação científica”, Edições Cosmos, 1970

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P., “Fundamentos de pesquisa em enfermagem”, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van, “Manual de investigação em ciências sociais” (2.ª Edição), Gradiva-Publicações lda., Lisboa, 1998

SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José, “Terapia familiar”, Edições Afrontamento, Porto, 1985

VALPAÇOS, Liliana, “Uma estranha forma de vida”, Revista Notícias Magazine, 4 de Abril de 2004

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CADIN	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil
IPSS	Instituições Privadas de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde

ANEXO – HISTÓRIAS OBSERVADAS

O CASO DO A

O A nasceu a 13 nasceu em 13 de Março de 1961. Como a mãe desencadeou uma psicose pós-parto, foi cuidado pela avó paterna nos primeiros dias e depois regressou ao seio familiar aos cuidados da mãe.

Entretanto, a família aumentou, nasceram mais três irmãs com diferença de três anos entre cada.

Por volta dos nove anos de idade dá entrada no seminário onde permaneceu em regime de internato, indo a casa apenas nas férias. Com um percurso escolar exemplar, foi prosseguindo os estudos no seminário, ao agrado da família.

O relacionamento com a família era escasso, no entanto, quando ia de férias era bastante acarinhado por todos.

A adolescência foi chegando e começou a evidenciar vontade de abandonar o seminário, mas sabia que tal decisão era do desagrado da família, pelo que a foi adiando.

Foi apresentando alguns comportamentos estranhos, saídas pouco convencionais, ainda no seminário, e comportamentos/atitudes desajustadas com as irmãs, com alguns contactos íntimos que só mais tarde foi possível saber que se tinha passado com todas em fases e modos diferentes. O pai era uma figura ausente, no dia-a-dia, demasiado permissivo e não lhe conseguia impor regras.

Conseguiu ganhar coragem e abandonar o seminário, retomando os estudos no liceu, tendo concluído um curso de contabilidade.

Por volta dos dezanove anos começou a trabalhar mas tinha umas ideias muito próprias e logo de seguida deixava os empregos. Começaram aí os quadros psicóticos, as ideias delirantes, as saídas de casa durante a noite e a procura de ambientes pouco propícios. Rapidamente foi possível a percepção de que algo não estava bem. Foi observado por psiquiatria, tendo sido internado na Casa de S. João de Deus de Barcelos. Após a alta, iniciou psicoterapia de grupo, pois isolava-se e não falava de si próprio, sempre foi muito

tímido e introvertido; depressa desistiu das terapias. O isolamento foi aumentando e as alucinações eram uma constante, os internamentos seguiam-se uns atrás dos outros.

Inicialmente foi fácil motivá-lo para o internamento, mas com a frequência destes, tornou-se cada vez mais difícil, não aceitava as intervenções das irmãs, o pai não se queria impor e a mãe tinha uma estrutura mental frágil, pois entretanto desenvolveu uma psicose maníaco-depressiva. Os quadros psicóticos foram cada vez mais frequentes, pelo que foi efectuado o diagnóstico de esquizofrenia.

O avô materno também tinha apresentado quadro semelhante, sendo os sintomas parecidos. No entanto, como na época a doença mental era pouco conhecida e os cuidados não eram eficazes, foi fechado num quarto, tendo falecido no decurso de uma pneumonia devido às condições precárias em que vivia.

Uma tia, irmã da mãe, também apresentou “comportamentos estranhos”. Era solteira e tinha uma vida muito autónoma. Faleceu após um edema agudo do pulmão, aos sessenta anos, como consequência dos precários cuidados de saúde que tinha consigo própria, tendo descurado, durante anos, edemas evidentes dos membros inferiores devidos a insuficiência venosa.

Provavelmente a hereditariedade seja um factor causal na situação do A.

As alucinações tomavam conta dos seus pensamentos, controlavam a sua vida. Falava constantemente sozinho, gritava e tinha zoopsias. Por vezes ficava horas no mesmo local com olhar fixo num ponto e de repente pisava como quer a matar algo que não estava lá, só ele via.

Foram muitos os momentos de angústia, pois ficava agressivo quando fosse pressionado a fazer algo, a tomar a medicação, por exemplo, chagando mesmo a agredir. Sempre que por perto havia algum objecto, uma faca, por exemplo, havia receio de “as suas vozes” o forçassem a fazer algo de incorrecto. Foi o que se veio a passar numa das fases em que as alucinações o controlavam: prendeu uma corda a uma trave de madeira para se enforcar, mas não foi eficaz, pois o nó desfez-se; de seguida bebeu pesticida que no entanto não produziu um efeito grave; deu dois cortes fundos nos pulsos que, no entanto, não atingiram as artérias; por último foi ter com o pai e pediu-lhe a caçadeira. O pai apercebeu-se da situação e levou-o ao hospital.

Após lavagem gástrica e sutura das lesões ia ser encaminhado para internamento em psiquiatria. No entanto, foi levado para casa a seu pedido e com a promessa da toma da medicação. No dia seguinte voltaram as alucinações, cortou os fios das suturas com uma faca, recusou a medicação, e ficou agressivo, pelo que foi encaminhado para o hospital psiquiátrico.

Quando melhorou voltou para casa e a sua vida era passada entre o café e o quarto, não tendo qualquer actividade. Era estimulado a ocupar-se na quinta, a colaborar nalguns trabalhos, sem qualquer êxito. Descurava a sua saúde, fumava muito e os cuidados com a roupa e higiene pessoal, tinham de ser supervisionados, o que não era, por ele, bem aceite.

Tinha consultas de psiquiatria no departamento de psiquiatria do centro de saúde, uma ou duas vezes no ano, onde era aferida a medicação e, por vezes, quando a doença agudizava, era orientado. Valia o facto de uma irmã ser enfermeira e acompanhar a sua doença desde o início.

Não havia um suporte psiquiátrico efectivo, apesar da boa vontade do psiquiatra e da sua intenção de organizar um centro de recuperação e apoio a doentes com esquizofrenia, na área de residência de A. Não houve interesse político dos responsáveis pelos organismos correspondentes, pelo que este projecto não foi concretizado. Foi mais um factor, provavelmente responsável pelo desânimo daquele psiquiatra, que tantas vezes deu o seu melhor, palavras amigas de conforto, que pôs fim à sua existência, à sua vida, suicidando-se.

Rapidamente o serviço extinguiu-se e as consultas passaram a ser no departamento de psiquiatria do Hospital de S. Marcos, apenas quando a doença agudizava, quando as alucinações controlavam a sua vida, e era obrigado a ir às consultas.

Os internamentos começaram a ser mais frequentes e mais dificilmente aceitava ser orientado pela família. Aquando das permanências em casa, não permitia que fossem outros a dar-lhe a medicação, pelo que, facilmente, descompensava.

Ao longo de vinte anos teve doze internamentos com dois meses de duração média em cada um.

Com as frequentes agudizações da doença, o seu organismo foi-se degradando e começaram a surgir doenças oportunistas. Sem nunca ter manifestado sintomas anteriormente, numa noite começou a ficar muito pálido, muito nervoso, dizendo que ia

morrer, que não estava bem. Foi levado ao hospital que por ele ter esquizofrenia foi medicado com um calmante e mandado para casa com diagnóstico de agudização da doença. No dia seguinte e como não apresentava melhorias, foi novamente levado ao hospital. Aí foi efectuada uma observação mais cuidada pela equipa de cirurgia, sendo operado de urgência, por “ventre-agudo”, ruptura do duodeno. Já se encontrava com peritonite avançada e com prognóstico reservado. O pós-operatório foi complicado, estando em vigilância, na unidade de cuidados intermédios. Após o recobro começou a ficar agitado e já na unidade retirou a sonda nasogástrica, soro, algália, tendo sido necessária a imobilização e a sedação. Quando estabilizou foi transferido para a unidade de psiquiatria do Hospital de S. Marcos, em Braga, onde permaneceu cerca de um mês.

Os internamentos sucederam-se com intervalos cada vez mais curtos. Em casa passava o dia no café da aldeia, sem qualquer interesse por desenvolver alguma actividade.

Aquando dos internamentos em Barcelos foi inserido em projectos de reabilitação psico-social. Assim tem sido estimulado a cuidar das suas coisas e de si próprio.

Na Casa de Saúde de S. João de Deus, foi construído um espaço, intitulado Galo Verde, que é uma unidade onde um grupo de pessoas com patologia psíquica, orientado por técnicos, desenvolve um projecto de reabilitação desses doentes. Assim o A é envolvido em actividades da vida diária, colabora na manutenção dos espaços e é incentivado a executar actividades lúdicas.

A família visita-o frequentemente e periodicamente vai a casa passar alguns dias. Desta forma o A tem esta calmo, alegre e satisfeito. A família relaciona-se melhor com ele, há regras bem definidas que ele respeita e cumpre, desde que tenha a orientação da casa de saúde.

O CASO DO Q

O Q pai de família, e não pequena, tem seis filhos da segunda companheira e mais da primeira, apesar de ter apenas 38 anos. Já com o primeiro casamento, algo não correu bem. O Q apresentou comportamentos estranhos, com quadros psicóticos que se repercutiram a nível familiar, culminando com a tentativa de assassinato da esposa e do filho, valendo, o aparecimento de familiares que impediram a consumação do acto, tentou atirar a esposa e filho a um poço.

Depois de ter sido expulso de casa pelos cunhados, foi viver para casa dos seus pais, onde posteriormente se uniu a uma jovem de 17 anos, com a qual foi tendo filhos num total de sete. Trabalhava nos campos e dedicava-se ao corte e venda de madeiras, recorrendo aos filhos e à esposa como mão-de-obra.

Tinha acompanhamento psiquiátrico, apesar de escasso, que lhe proporcionara a reforma por patologia psíquica.

Tinha uma pequena quinta e uma casa com precárias condições habitacionais apesar de ter uma outra, melhor mas estava alugada.

Aquando do nascimento do sexto filho, a esposa, queixou-se a enfermeira da extensão de saúde, à médica e a professora da escola dos outros filhos que o marido lhe dava maus-tratos. "Aperta-me o pescoço dizendo que me quer matar, que me leva ao monte e me deixa lá ficar. Não me deixa dar de mamar ao bebé, quer que esteja sempre a trabalhar." SIC. O bebé estava muito sujo, ela dizia que não lhe dava banho porque não tinha condições em casa!

Após contacto da assistente social e da comissão de protecção de menores, concordou em abandonar o marido levando consigo os filhos sendo protegida numa casa de acolhimento. Após ter assinado a autorização, foram accionados os mecanismos. O marido. Na hora de saída convenceu-a a não ir, no entanto os menores foram levados para uma casa de acolhimento. Aí permaneceram cerca de um ano. Entretanto o Q fez queixa em tribunal.

Os factos apresentados não puderam ser provados, pois os testemunhos mais reais, mais vivos, foram calados por ameaças e intimidações. Os que efectivamente surgiram não evidenciavam maus-tratos graves, no entanto, alguns revelavam negligência, coacção psicológica, não havendo sensibilidade suficiente para serem considerados primordiais na decisão.

Talvez seja uma falha na justiça, talvez sejam as lacunas existentes na lei, que não permitiram que fossem consideradas atitudes no mínimo perigosas para a saúde e vida daquelas crianças. O facto de haver conhecimento de que este senhor apresentava comportamentos que evidenciavam desequilíbrios psíquicos, patologia psiquiátrica que lhe implicou de resto ser reformado por psiquiatria, não foi devidamente valorizado. Apesar disto não houve interesse judicial em solicitar uma avaliação médica para confirmar o seu estado mental.

Aquando do depoimento, a Delegada do Ministério Público questionou a técnica de saúde acerca da sua opinião sobre a situação. Foi alertada para as questões éticas; a autonomia do Q e o seu poder de decisão, não deverem prevalecer à liberdade nem à defesa da vida daquelas crianças. Até que ponto estas capacidades não estariam afectadas, que deveria ser efectuada uma avaliação médica, no entanto, as suas palavras não foram valorizadas.

Em julgamento a Juíza entendeu não haver provas suficientes de maus-tratos e devolveu as crianças à guarda dos progenitores.

O Q transferiu-se para outra unidade de saúde, onde também não está a cumprir com os cuidados recomendados, nomeadamente a vacinação e consultas de vigilância, não havendo registos no serviço nacional de saúde em relação principalmente ao último filho.

A sua propriedade está completamente vedada com impossibilidade de visualização do exterior e não responde quando contactado. O Q não é uma pessoa pacífica, uma vez que no decorrer do processo ameaçou a professora (que tinha contactado a protecção de menores) tendo pago serviços a terceiros para o fazer. Esta, no final do ano lectivo, transferiu-se para outra escola, por questões de segurança.

Sem uma protecção judicial com intervenção domiciliária torna-se difícil supervisionar e avaliar os cuidados e saúde desta família pelos serviços que intervêm na comunidade e que intervieram no processo. Estes para além de terem visto desacreditado o seu trabalho, não têm poder legal para interferir na vida desta família.

Entretanto estas vidas estão dependentes de uma pessoa que também ela precisa de ser ajudada mas não permite que lhe seja proporcionada essa ajuda.

O CASO DO J

O J era um homem de 40 anos com hábitos etílicos marcados havia alguns anos. Do seu casamento nasceram dois filhos. A esposa não aguentou o ambiente familiar que o J proporcionava e separou-se dele.

O J ficou sem domicílio fixo, vivendo com os pais, das poucas vezes que ia a casa. Com a dificuldade em arranjar emprego, por se encontrar frequentemente alcoolizado, começou a ter trabalhos itinerantes e a acompanhar grupos de trabalhadores pelas aldeias, designadamente aquando das festas dos Santos populares. Socialmente era ridicularizado, pois os seus comportamentos eram condicionados pelo estado de alienação a que o conduzia o alcoolismo a que se sujeitava constantemente.

Evidenciava frequentemente pequenas lesões provocadas por quedas e traumatismos com materiais resultantes dos trabalhos que desempenhava. Por vezes o responsável pelos desequilíbrios era álcool, noutras alturas era o tipo de trabalho a que tinha de se sujeitar, onde era frequentemente explorado.

Os pais, com o tempo, foram envelhecendo e conseqüentemente adoecendo. O pai, após um acidente vascular cerebral, ficou preso a uma cama, totalmente dependente e afásico. Este era cuidado pela esposa de estrutura frágil e apoiado pela filha que morava perto.

Varias foram as ocasiões em que o J sob o efeito do álcool, ao chegar a casa, já tarde, fazia muito barulho, acordando os anciãos, partia os vidros das janelas e dava “pontapés à porta da casa”. Um dia atirou uma pedra ao vidro da janela que foi cair na cama do pai, por sorte não o magoou. Os vizinhos acudiam e chamavam a polícia, mas nada se alterava.

Um dia o J insistia com a mãe para se deitar com ele na cama, dizendo “não faz mal, na sua idade já não engravida...”. Esta, cheia de medo, deitou-se ao lado do marido, na cama articulada com grades laterais do lado da parede e ali ficou toda a noite.

A enfermeira que os visitava frequentemente para prestar cuidados ao pai, ao tomar conhecimento destes factos contactou a assistente social e em colaboração com o médico de família, tentaram ajudar esta família

O J foi convocado para consulta médica mas não compareceu. Era procurado na sua casa pela equipa sem êxito.

Como os problemas continuavam a solução que restava era a de apresentar queixa em tribunal para que fosse este a definir a medida a tomar mais assertiva e que o J acatasse.

Como o processo foi moroso, e as suas vidas continuavam a ser ameaçadas, a filha levou os pais para sua casa e o J ficou sozinho na casa dos pais.

O CASO DO C

O C, do sexo masculino, nasceu a 4 de Junho de 1996, por cesariana após trabalho de parto de 24 horas, aparentemente sem sofrimento fetal. Até ao ano de idade foi amamentado no seio materno.

Teve uma evolução lenta com desenvolvimento tardio nos diversos parâmetros. Andou ao ano e meio, aos dois anos só verbalizava algumas palavras, não sendo capaz de construir frases simples, apesar de saber de cor todo o abecedário. Ficava sentado bastante tempo a brincar com determinados objectos: os CD's do computador, volantes de carro, cartões, entre outros. Constantemente traz consigo um objecto, alternando-o periodicamente, no entanto a fronha da almofada manteve sempre, principalmente para dormir. Entrava em pânico sempre que perdesse o objecto de ocasião. Antes de dormir, mamou na chupeta até aos 4 anos, desde então mama na própria língua para dormir, ainda hoje.

Ao nível da alimentação foi muito difícil a introdução de novos alimentos. Só conseguiu tolerar e após muita insistência, a sopa, não sendo capaz de comer carne nem peixe. Apesar das diversas tentativas sem êxito, entrando em crises de histeria, com manifestação de pânico aquando das refeições, pelo que, está a ser feito um trabalho gradual e lento, com algum sucesso.

A entrada no jardim-de-infância, aos 3 anos, não foi possível pela forma como reagia em pânico a cada tentativa.

Aos 4 anos o quadro mantinha-se, tendo sido avaliado por psicóloga e terapia da fala. Iniciaram-se as sessões semanais, suspendendo-se a terapia da fala ao fim de meio ano. Paralelamente realizaram-se exames (electroencefalograma) que não revelaram alterações. Como a ansiedade e os quadros se mantinham foi observado por neuropediatria que não diagnosticou qualquer alteração e medicou com Rubifen, mantendo-se assim cerca de um ano. Após reduzida evolução foi procurada a ajuda junto de uma pedopsiquiatra que o medicou com Risperdal, de baixa dosagem.

Não havia um diagnóstico definido, seriam “alterações da linguagem”, que através de sessões de psicoterapia e terapia da fala se tentaram ultrapassar.

Foi possível frequentar o último ano do jardim-de-infância com muita insistência e muito custo.

A entrada na escola primária não foi fácil, valeu a paciência da professora e a existência na turma de 2 crianças com problemas de saúde e que para tal tinham um professor de apoio de ensino especial.

Praticava natação individual desde os 2 anos e iniciou aos 6 anos aulas semanais de música, tocava piano, o que o ajudou a desenvolver os movimentos finos.

No 2.º ano teve uma nova professora, que sentiu bastante dificuldade em comunicar com ele. O C quase não falava, com discurso escasso e pouco perceptível, em tom baixo, com dificuldade em construir frases e ler em voz alta, tendo sido difícil saber se adquiria os conhecimentos ministrados, mas foi possível a transição de ano.

No 3.º ano, como se mantinha a mesma situação e com grande empenho e insistência da professora, os pais procuraram ajuda noutra pedopsiquiatra com experiência com crianças com Síndrome de Asperger, já que era uma situação compatível que com as técnicas anteriores não havia sido valorizado.

Esta, após avaliação e com despiste dalgumas patologias, diagnosticou o Síndrome de Asperger. A dificuldade de comunicação, o não olhar as pessoas nos olhos, as obsessões, a necessidade de rotinas, o pânico perante o desconhecido, o andar rígido (que em tempos fora motivo de avaliação por ortopedia, não sendo diagnosticada qualquer alteração), entre outras características, foram evidentes para que a pedopsiquiatra definisse o diagnóstico. Por conseguinte iniciaram-se sessões de psicoterapia noutra instituição, mais experiente nestes casos, onde semanalmente é trabalhada a comunicação, a relação com os outros, já que as sessões são efectuadas na presença e com intervenção dos familiares. São trabalhadas as competências sociais, a linguagem, a auto-estima, a capacidade de arriscar e a exteriorização dos seus sentimentos, etc. São continuamente definidos planos de trabalho com a família em casa. Os reforços positivos são uma constante, sendo incentivado a atingir objectivos.

Foi feita uma articulação com a professora para que esta soubesse como lidar com o C. Este apresentou evolução satisfatória, transitou de ano sem dificuldade e tornou-se mais fácil o relacionamento com ele.

É continuamente estimulado o convívio social, já que por iniciativa própria passa o tempo todo em frente ao computador que domina desde tenra idade. Desde cedo foi uma das suas

obsessões, que inicialmente não era muito valorizada já que sendo o pai Engenheiro de Sistemas e Informática, sempre se associou a relação de complexo de Édipo.

Assim era constantemente rentabilizada essa obsessão, no sentido da utilização de jogos didáticos e educativos.

Está agora com 9 anos, mais calmo, já olha mais facilmente nos olhos das pessoas, principalmente dos seus familiares, não o fazendo ainda em relação a estranhos. Já consegue ter um discurso mais ou menos elaborado, usando frequentemente expressões de jogos de computador.

O dia-a-dia é planeado por escrito para que aceite mais facilmente as regras impostas, imprescindíveis para uma vida equilibrada. Quando se prevê que a rotina seja quebrada, é preparado para tal, visando uma colaboração mais fácil.

O CASO DA F

A F do sexo feminino, com 27 anos de idade, mora com um rapaz de 25 anos, com o qual tem um filho de 2 anos.

A sua infância foi passada com irmão e mãe, sendo esta alcoólica. O pai não morava com eles, sendo os irmãos filhos de outros homens que pouca relação tinham com eles.

Dada a vida que levava, com hábitos etílicos marcados, precárias condições económicas e alimentação desequilibrada. Quando a mãe faleceu deixou órfãos 5 filhos menores e a F com 18 anos. Os irmãos foram para uma instituição de solidariedade social onde foram acolhidos e acompanhados. A F ficou em casa sozinha. Passado algum tempo conheceu o Luís e foi morar com ele.

Toda a vida viveu num ambiente em que o alcoolismo vigorava.

Também ela aprendeu a beber e agora fá-lo com o companheiro de forma exagerada. Não cuidam da casa nem deles próprios convenientemente. O marido trabalha e ela fica em casa o dia todo. É pouco comunicativa, envergonhada, tendo referido que estava grávida já com 7 meses de gravidez. Esta não foi planeada nem correctamente acompanhada e bebeu exageradamente durante a gravidez.

O trabalho de parto deu-se em casa bem como o nascimento. Recorreu ao hospital já após a criança ter nascido.

Quando regressou a casa foi ajudada pela cunhada que morava mesmo ao lado. Passou uns dias com comportamentos “estranhos”, com síndrome de abstinência, nervosa, agitada, pois não conseguia beber como habitualmente durante a sua estadia no hospital. A criança foi acompanhada pelo serviço de saúde do centro de saúde da área, valendo-lhe as visitas domiciliárias frequentes dos enfermeiros. Estes ensinaram-lhe a cuidar do recém-nascido, a alimentá-lo, uma vez que não tinha leite, etc. Os dias foram passando e ela não cuidava correctamente da criança. Continuava a beber. Deixou de ir às consultas ao centro de saúde, sendo novamente alvo de visitação domiciliária pelos enfermeiras que a encaminharam para pediatria, pois apesar de lhe darem o leite (fornecendo-lhe as latas), a F não o fazia e a criança apresentava sinais de desequilíbrio, com percentis baixos e atraso no desenvolvimento dada a falta de estímulo a que estava sujeita.

Após exames, a suspeita de raquitismo que o médico de família tinha tornou-se mais vincada. Volta novamente a faltas às consultas.

O serviço social tinha sido notificado logo nos primeiros meses de vida. Como os sinais de negligência se mantinham, o serviço social a comissão de protecção de menores e estes em colaboração com o Centro de Saúde tentaram resolver a situação.

Assim, o centro de saúde interveio através do projecto “entrada livre” que apoiava pessoas com alcoolismo. As enfermeiras especialistas em psiquiatria juntamente com a assistente social encaminharam a F para a desintoxicação alcoólica na Casa de Saúde de Nogueiró. A criança ficou ao cuidado da cunhada e do pai durante este período. Após a alta a F voltou para a sua casa, diz não voltar a beber, mas não aprendeu a cuidar da casa, do filho e de si própria. Está a ser realizado trabalho de equipa de todos os técnicos para a ajudar e impedir que esta criança sofra mais consequências maléficas do que aquelas a que já foi submetida.

Entretanto, o filho ao brincar no exterior da casa, junto a uma fogueira feita pelos pais, sofreu queimaduras moderadas que lhe provocaram internamento hospitalar. A equipa de protecção de menores após ter sido contactada pela Assistente Social, resolveu encaminhar a criança, após a alta hospitalar, para uma casa de acolhimento, acompanhada da mãe, sendo diariamente visitada pelo pai. Nesta instituição a F foi alvo de atenção e ensino dos cuidados a ter com o filho, com a casa e com ela própria, enquanto que a casa onde morava também era alvo de melhorias uma vez que as condições eram insalubres.

Como se aproximava o Natal, e com o compromisso de continuar com as recomendações, foi permitido o regresso a casa.

A F não permitiu que o filho frequentasse a ludoteca, como tinha sido combinado pela equipe de protecção de menores, dizendo que o filho era dela e era ela quem mandava. Não restou outra alternativa a não ser remeter para tribunal.

Ouvidas as testemunhas, a Juíza decretou que o filho fosse cuidado pela tia, a cunhada que morava ao lado, para que os laços familiares não fossem cortados. A F não colaborou e mais uma vez não permitiu a ida do João para a tia. Dois dias depois, a Juíza decretou a ida do filho para outra tia ainda mais longe.

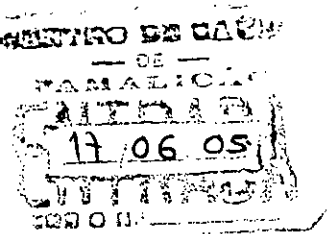
O CASO DA B

Nasceu em 29 de Janeiro de 1929, tendo desde cedo evidenciado um comportamento “diferente”. Mas foi aquando do nascimento do primeiro filho, o A, aos 29 anos, que desenvolveu uma psicose pós-parto. Não foi então devidamente acompanhada, quer pela família, quer por cuidados de saúde. A partir daí patenteou uma personalidade inconstante, com alternância de depressão e alegria extrema. Quando o A iniciou os quadros psicóticos, o seu estado agravou-se e apresentou situações extremas de mania e depressão, com tentativa de suicídio, o que implicou internamento em unidade de psiquiatria.

Um dia durante uma aula a sua filha foi chamada à portaria pois estava lá B que a vinha buscar. A filha ficou assustada, pois sabia que ela não estava bem. Lá estava ela toda despenteada, muito ansiosa, dizendo o mundo ia acabar e que ela tinha de ir para casa.

Levou-a para casa e uns dias depois foi internada por tentativa de suicídio, a fase depressiva tinha-se agudizado.

Teve mais dois internamentos nos anos subsequentes, tendo posteriormente estabilizado o seu comportamento com a medicação a que está sujeita.



Nada a opôr devido
que haja prévia autorização
dos responsáveis respectivos
2005/06/30

Vila Nova de Famalicão, 16 de Junho de 2005

Ex.^{mo} Senhor:

Director do Centro de Saúde

Maria Arminda Nogueira Azevedo, enfermeira graduada a exercer funções na Extensão de Vale S. Cosme, Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão, encontra-se a frequentar o Mestrado de Bioética, na fase de preparação de dissertação subordinada ao tema "ÉTICA EM PSIQUIATRIA: A DESOSPITALIZAÇÃO DO DOENTE PSIQUIÁTRICO", vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a que se digne autorizar a consulta de processos clínicos de pacientes com patologias do foro psiquiátrico, com o objectivo de colher dados para o referido estudo.

Os doentes não serão identificados, sendo, por conseguinte, preservada a confidencialidade e o segredo profissional. Os resultados decorrentes, estarão ao dispor de V.^a Ex.^a, caso as pretenda consultar.

Pede deferimento,

(Maria Arminda Nogueira Azevedo)