

Título em cabeçalho: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FORENSE

INTERVENÇÃO psicológica FORENSE na área da saúde mental –

INIMPUTABILIDADE

Filipa Alves Costa Botelho de Sousa (N.º 20075442)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

II Ciclo de Formação em Psicologia Forense e Exclusão Social

Seminário de Investigação

Orientador: Professor Doutor Carlos Poiares

Lisboa, Outubro de 2008

Dissertação apresentada na ULHT para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Forense e Exclusão social

ÍNDICE

	Páginas
Resumo.....	3
I. Saúde/Doença e sociedade.....	4
História da loucura.....	4
Políticas de saúde mental em Portugal.....	14
Direitos humanos.....	23
Definição de conceitos.....	29
Saúde mental.....	30
Doença mental.....	30
Doente mental.....	36
Estatuto e papel social.....	36
Estigma/exclusão social.....	37
Mitos.....	39
Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica.....	42
II. Psicopatologia.....	46
Esquizofrenia.....	46
Aspectos clínicos.....	47
Evolução.....	49
Subtipos.....	50
Agressividade.....	56
Violência.....	58
Comportamento aditivo.....	58
Criminalidade.....	59
III. Prevenção e intervenção em saúde mental.....	63
Avaliação psicológica, tratamento e reabilitação.....	63
Medida de internamento de segurança.....	67
Programa de intervenção reabilitativo do doente mental	
inimputável.....	8
0	
Conclusões.....	113
Referências.....	117
Título das figuras.....	121

RESUMO

Este trabalho é realizado com o objectivo de contribuir para uma melhor compreensão da Esquizofrenia e a sua relação com a criminalidade e a melhor forma de intervir psicológica e socialmente com o intuito de reabilitar o doente mental e reinseri-lo na sociedade, evitando fenómenos de estigma e exclusão social. Sendo este tema muito abrangente e complexo, o que se pretende, de forma descritiva, é abordar noções, segundo uma perspectiva psicológica forense, que permitam a reflexão sobre o estatuto de inimputável e a medida a aplicar a estes sujeitos (criminosos ou doentes mentais?) com características muito peculiares. Torna-se evidente a necessidade de desenvolver esforços no sentido de prevenir e reabilitar clínica e socialmente os indivíduos que sofrem de doença mental e que por razão desta cometeram um crime, nomeadamente através da criação de programas de intervenção adequados à casuística. Nesse sentido, neste trabalho é proposto um modelo de intervenção psicossocial, aqui elaborado sob a forma de programa de intervenção comunitário, tendo como principais objectivos, a reabilitação clínica e a reinserção social do utente na comunidade local, a prevenção da recidiva da doença e a reincidência no crime, a redução do estigma e exclusão social associado à doença mental e a promoção do acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades.

Palavras-chave: Doença mental; Esquizofrenia; Inimputabilidade; Reabilitação psicossocial; *Empowerment*; *Recovery*.

INTERVENÇÃO psicológica FORENSE na área da saúde mental –

INIMPUTABILIDADE

I. SAÚDE/DOENÇA E SOCIEDADE

HISTÓRIA DA LOUCURA

A loucura sempre esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos e à história (Foucault, 1987). Cada período é pautado por atitudes e comportamentos face ao desconhecido e inexplicável da doença mental, salientando o facto de independentemente das épocas históricas estudadas, os loucos foram sempre um grupo marginalizado, excluído e estigmatizado.

Ao longo da história da civilização existiram diferentes atitudes e respostas sociais à loucura, se umas culturas rejeitavam os loucos, prendendo e privando-os de uma série de direitos, outras os veneravam e idolatravam. A forma de observar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, desde a exclusão e encarceramento à abordagem na comunidade (Fazenda, 2008).

As perturbações mentais sempre existiram ao longo da história da humanidade, existiam muito tempo antes dos profissionais de saúde mental surgirem no terreno. Exemplo disso, são as descrições mitológicas e religiosas, como a do herói grego Ajax que esquartejou um rebanho de carneiros que erradamente tomou pelos seus inimigos, o rei

Nabucodonosor da Babilónia que andava em quatro patas pensando ser um lobo ou mesmo, segundo a Bíblia, o jovem David que fez de louco ao procurar refúgio dos inimigos, junto à corte de um rei Filisteu. As expressões loucura e insanidade são, por vezes, utilizadas coloquialmente para referenciar casos de psicopatologia severa. Loucura é meramente uma expressão arcaica, não designando nenhuma perturbação mental particular. Insanidade é um termo usado correntemente, mas não é uma expressão psicológica, mas sim legal (Gleitman, 2002).

A perturbação mental foi, em tempos remotos (Idade da Pedra), considerada resultado de uma possessão demoníaca (concepção mágico-religiosa), cuja cura para a doença consistia em expulsar os espíritos malignos. A loucura é justificada pelo sobrenatural, por algo que escapa à racionalidade humana e terrena. Acredita-se, pelos achados encontrados, mais precisamente crânios trepanados, que uma das formas encontradas para a expulsão era proporcionar um caminho físico de fuga, abrindo buracos nos crânios dos doentes. Posteriormente esse método foi substituído por tentativas de acalmar os demónios com música ou afugentá-los por meio de orações ou exorcismos, sendo por vezes usadas técnicas desagradáveis e dolorosas com o intuito de provocar a “fuga do diabo”, como banhos gelados ou de água a ferver, privação de comida e tortura. Estes procedimentos conduziam, muitas vezes, a estados progressivamente mais graves (Gleitman, 2002).

Na Antiguidade e mesma na Idade Média, a par desta teoria demonológica existia uma concepção alternativa que atribuía a

perturbação mental a causas naturais, considerando-a como uma doença, o que nem por isso correspondeu a um tratamento mais humano dos doentes. Os loucos, como eram designados, eram tratados com pouca simpatia e consideração, eram vistos como diferentes dos humanos saudáveis e consideravam ser pouco provável virem a ter alguma coisa em comum com estes. Constituía um incómodo e/ou uma ameaça e, por isso, era do interesse da sociedade, para sua protecção, que estes fossem segregados (Gleitman, 2002).

O Renascimento retirou à loucura o lado oculto e misterioso ao ser palco de várias obras filosóficas e literárias, como “O Elogio da Loucura” de Erasmos, “D. Quixote” de Cervantes ou até “Hamlet” de Shakespeare.

Do ponto de vista da assistência, a loucura continuou a ser excluída mas passou a ser institucionalizada. Durante o século XVIII, fundaram-se hospitais por toda a Europa, mas na verdade estes serviam de lugar de confinamento, sem função, nem especialização médica, onde eram afastados da sociedade todos os indivíduos indesejados, não só os loucos mas também os criminosos, os vadios, idosos, epilépticos, doentes incuráveis, entre outros. O seu tratamento era desumano e ao fim de algum tempo era difícil distingui-los. Estas estruturas não tendo preocupação assistencial de prestação de cuidados médicos e tratamento, são antes uma estrutura jurídica que se define nos limites da lei entre a polícia e a justiça. Cingia-se a uma medida repressiva, policial e a uma ideologia de defesa e prevenção da sociedade civil. “...preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a

necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar” (Foucault, 1987, p. 53). Em Paris ou em Londres, como um pouco por todo o lado, os loucos eram vistos e tratados como animais perigosos que deviam estar enjaulados e, por vezes, até eram exibidos como se de um jardim zoológico se tratasse (Foucault, 1965).

O exílio da loucura é visto como um acto de conquista da Razão que domestica o irracional, insano, animalesco, aparece materializado na criação destas instituições, que se fecham e separam os indivíduos da sociedade, no sentido de ocultar, ou se abrem para mostrar a loucura domesticada pela razão.

Só no século XIX a loucura começou a ser encarada como uma doença, um problema de saúde e não uma questão de manutenção da ordem pública. Durante a revolução Francesa, Tuke na Inglaterra, Riel na Alemanha e, sobretudo, Pinel em França, defendiam a concepção da loucura como doença, tornaram-se reformadores no sentido da eliminação destas práticas, conseguiram remover as correntes dos doentes mentais e fazer com que os internados deixassem de ser prisioneiros, mas sim doentes que precisavam de tratamento (Gleitman, 2002). As correntes foram substituídas por outras de carácter moral, como a vigilância e controlo constantes, inculcando sentimentos de dependência, humildade e culpa, com o objectivo de os curar (Foucault, 1987). “...O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica Pinel, não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual

só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até aos nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral.” (Foucault, 1987, p. 496).

A Psiquiatria surge como uma ciência administrativa e correctiva, com a função de vigiar e punir os loucos e o médico surge no asilo como forma de justificar a exclusão social do doente mental. Pretendia-se combater a loucura através da moral, inculcando valores morais e sociais da ordem civil.

Com a introdução da Psiquiatria como disciplina médica, cedo se percebeu que para melhor tratar era necessário melhor conhecer. Desta forma, os loucos tornaram-se doentes objecto de conhecimento (Alves, 2001).

Nesta altura, os estudos proliferam e partindo da observação de doentes internados desenvolve-se uma classificação científica, descritiva e nosográfica das doenças mentais.

Relativamente às causas das doenças mentais, acreditava-se que a causa de influência mais significativa era a corpórea, uma doença do cérebro, como demonstravam as descobertas, como a dos efeitos dos acidentes cardiovasculares cerebrais na fala. No final do século dezanove, a hipótese somatogénica, como se designam as perturbações mentais derivadas de causas orgânicas, é reforçada com a descoberta da causa orgânica da paralisia geral, uma infecção sífilítica, ou seja, casos de sífilis não tratada. A esta patologia, podem juntar-se as demências e

mesmo uma síndrome cognitivo inerente ao alcoolismo, pois estes têm causas orgânicas. Mas será que esta perspectiva explica todas as perturbações mentais? Esta questão é formulada sobretudo devido à procura da causa para a histeria, hoje designada perturbação de conversão. As teorias de Freud e casos estudados por hipnotizadores franceses serviram de ponto de partida para esta discussão. O que aparentava ser de origem orgânica parecia não ter explicação médica, ou seja, sugeria que fosse devido a causas psicológicas, designadas perturbações mentais psicogénicas. A doença já não seria apenas o resultado de malformações genéticas ou orgânicas mas também um estado de perturbações afectivas ligado à história de vida do sujeito doente. Na passagem para o século vinte, já a maioria dos autores acreditava que a perturbação mental era psicogénica (Gleitman, 2002).

Os asilos passam a ser designados de hospitais mentais e surge uma maior preocupação com o diagnóstico e tratamento (Fazenda, 2008).

A institucionalização começa a ser vista como um problema, devido ao afastamento dos doentes da sua família e comunidade, a perda da individualidade e da identidade, a degradação das condições de vida, a ruptura dos laços familiares e sociais e, por vezes, os maus-tratos físicos, a negligência e o abandono, desencadeiam o fenómeno de exclusão social e uma cronificação, ou seja, questionavam-se as condições de vida dos doentes mentais, o agravamento dos seus quadros clínicos e a responsabilidade dos médicos na manutenção dessa situação.

Como consequência, no século XIX, surge nos EUA um movimento de desinstitucionalização que pretende melhorar as condições de vida dos

doentes mentais, difundir a terapia ocupacional e a psicoterapia institucional e contesta os hospitais mentais como instituições totalitárias (Fazenda, 2008).

Também na Europa o movimento prolifera, em Inglaterra propõem-se alternativas aos asilos e hospitais, os sistemas *no-restraint* ou *sistema de coacção nula* e *open-door* ou *asilos de porta aberta*. O primeiro pretende diminuir o sofrimento do alienado e impõe uma eliminação da utilização de meios de coacção física. O segundo sistema vem alterar toda a configuração, estrutura e funcionamento do asilo, eliminar as portas fechadas, muros, grades e coacção física. Esta nova perspectiva de tratamento permite uma maior liberdade na saída de doentes mas também na entrada das famílias. Estas experiências só viriam a causar impacto no século XX (Alves, 2001).

No início deste século, assiste-se a um grande desenvolvimento de estudos, técnicas e terapêuticas na área da saúde mental, para esse efeito a Psicologia contribuiu bastante com autores como, Wundt, Watson, Pavlov, Wender, Schilder, Moreno (Gleitman, 2002).

O movimento da Antipsiquiatria veio também questionar os métodos de encarceramento e tratamento dos doentes mentais, defende que estes devem ser acompanhados num contexto diferente ao do hospital mental e propõem como alternativa estruturas terapêuticas como casas comunitárias, este espaço organiza-se sem hierarquias nem competências, nem fronteiras entre o sistema terapêutico e o sistema cliente, pretende-se uma perspectiva de parceria, a um nível de igualdade entre técnicos e doentes, em que as decisões são tomadas por ambos, promovendo-se,

assim, a autonomia, responsabilidade e participação dos doentes. Em Itália, Basaglia defende que os hospitais psiquiátricos são instituições de violência que pretendem controlar o desvio. A desinstitucionalização tem, então, início nos EUA e por toda a Europa, encerram-se hospitais e são criadas estruturas e serviços na comunidade, como centros de saúde mental e unidades de psiquiatria nos hospitais gerais. Os doentes mentais são tratados sem os afastarem das suas famílias e das redes de pertença. Os internamentos passaram a ter uma duração limitada, em que se pretende estabilizar o quadro cínico agudo, fazer o diagnóstico, estabelecer um plano terapêutico e, posteriormente, acompanhar o doente em ambulatório.

Deste movimento nasce um outro, designado Higiene Mental, que pretende a integração da psiquiatria na vida da comunidade e lança as bases da psiquiatria comunitária (Alves, 2001).

Este modelo de tratamento pressupõe várias mudanças no sistema imposto, como: Existência de uma rede de serviços que prestem cuidados diferenciados, como consulta externa, hospital de dia, internamento de curta duração, equipas de intervenção em crise, unidades de reabilitação, residências protegidas, entre outros; integração no serviço nacional de saúde, os serviços de saúde mental integrados nos hospitais gerais e centros de saúde e não à parte; continuidade de cuidados, ou seja, a mesma equipa acompanhar o doente no seu tratamento e reabilitação; articulação com os serviços da comunidade, o tratamento visa eliminar sintomas, mas também melhorar a qualidade de vida e de integração social e profissional do doente, nesse sentido torna-se necessário

reforçar e estabelecer redes de suporte social e parcerias com outros serviços que dispõem de recursos diferentes, como escolas, centros de emprego e formação profissional, segurança social, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), organizações não governamentais (ONG), centros paroquiais, juntas de freguesia, entre outros; promover a reabilitação psicossocial, a integração social e o apoio às famílias, bem como a participação dos utentes e familiares no planeamento e avaliação dos serviços (Fazenda, 2008).

Na reabilitação psicossocial considera-se que é possível ultrapassar as limitações causadas pela doença através da aprendizagem de competências e de novas capacidades, conseguida promovendo a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment*. Este é um movimento que aparece nos EUA na década de 70, é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade. Também parece importante sensibilizar a comunidade para aceitar e diminuir os entraves colocados à integração destes doentes e criar redes de suporte social que dêem apoio ao trabalho desenvolvido. A definição de reabilitação psicossocial da Organização mundial de saúde (OMS) de 2001, inclui áreas como, treino de competências pessoais e sociais, formação profissional, emprego apoiado e emprego protegido, empresas de inserção, residências comunitárias, apoio no domicílio para actividades da vida diária, actividades ocupacionais, culturais e lazer, grupos de auto-ajuda com utentes ou famílias, *empowerment*, luta contra o estigma. A participação

dos utentes e famílias na prestação de cuidados e promoção da cidadania parece ser de muita importância na detecção das necessidades e no planeamento de medidas e na avaliação dos serviços. Nesse sentido torna-se essencial que se criem oportunidades, se incentive e apoie a organização de grupos de utentes e/ou familiares. Grupos de utentes para que se possam fazer ouvir, manifestar e assumirem controlo das suas vidas, tendo em conta as capacidades e direitos dos doentes mentais e grupos de familiares para que se promova a auto-ajuda e o *empowerment* (Fazenda, 2008).

Um dos métodos desenvolvidos segundo esta nova perspectiva reabilitativa foi a comunidade terapêutica. A psiquiatria comunitária tenta aplicar os modelos da medicina social e da saúde pública à psiquiatria clínica, com o objectivo de responder às necessidades psiquiátricas comunitárias e tenta identificar quais os factores ambientais que determinam ou influenciam a doença (Alves, 2001).

O avanço sentido a partir da Segunda Guerra Mundial no que respeita ao estudo da doença mental e das medidas aplicadas aos doentes mentais, veio dar importância aos factores sociais e permitir que sejam redefinidos os papéis atribuídos aos técnicos e próprios doentes, já que estes são sujeitos da sua recuperação. A prevenção, tratamento e reabilitação destes doentes começa a ser encarada como uma responsabilidade comunitária. A psiquiatria comunitária despoleta um movimento de desactivação dos hospitais, asilos e criação de centros comunitários de saúde mental. A principal característica desta abordagem científica é o desenvolvimento de uma rede de cuidados e

serviços coordenada, em que existe acesso sem discriminações, continuidade de cuidados, controle e implicação comunitária e responsabilidade geográfica. Com este objectivo trabalham vários técnicos de diversas áreas em equipa multidisciplinar. A psiquiatria comunitária pretende evitar a segregação e o isolamento do doente, tratando-o na sua comunidade, junto dos que o rodeiam, através de instituições extra-hospitalares: hospitais de dia, ambulatório, entre outros. Os progressos verificados a nível da psicofarmacologia, nomeadamente tranquilizantes, ansiolíticos, anti-depressivos, também permitiram o desenvolvimento da psiquiatria social. Este movimento tornou-se política oficial em muitos países da Europa, incluindo Portugal (Alves, 2001).

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

A história da loucura em Portugal é muito semelhante à da Europa, se bem que existem poucos registos académicos anteriores ao século XIX. O primeiro documento encontrado data de 1539 e refere que os doentes mentais eram tratados no Hospital de Todos-os-Santos. Com D. Filipe II, em 1601, a segregação social dos loucos aumenta, bem como o número de estruturas a eles destinadas. Os doentes mentais foram-se debilitando até à transferência para Rilhafoles em 1848/50.

No século XVIII, com D. José, foram decretadas as primeiras medidas oficiais de repressão e combate à indigência através do internamento compulsivo. Em 1760, Marquês de Pombal cria a Intendência Geral de Polícia da Corte do Reino que vai decretar medidas

repressivas da ociosidade e da mendicidade. Em 1780, Pina Manique, inaugura a primeira casa de internamento, a Casa Pia de Lisboa. Os doentes mentais não eram alvo específico destas medidas, o que não quer dizer que não estivessem incluídos entre os considerados indigentes. António Maria de Sena refere que no século XIX os loucos continuavam vagabundeando nas ruas, a serem presos ou recebidos nos hospitais gerais, que não possuíam condições necessárias para o seu tratamento.

Somente no século XIX se começaram a criar asilos, tornando possível a institucionalização dos doentes mentais em locais apropriados. Este avanço foi originado pela mudança de perspectiva no que concerne à loucura, já que lhe foi conferido o estatuto de doença mental e à medicina foi atribuído o papel de a tratar. A partir deste período as políticas de saúde mental dão ênfase ao hospital ou à comunidade (Alves, 2001).

Em 1848 foi criado o hospital de Rilhafoles, cuja organização sugere que a doença mental é atribuída a causas orgânicas (lesões, hereditariedade) e morais (prostituição). Este hospital foi criado com o intuito da defesa da ordem pública, a protecção do doente mental e sua reabilitação através da força de trabalho. Em 1883, foi fundado no Porto o hospital Conde de Ferreira exclusivo para alienados. Sena defendeu a criação de mais hospitais psiquiátricos, pois permitem obter mão-de-obra barata, ao mesmo tempo que se constituem como medida terapêutica, uma vez que separa os doentes do meio que agrava a doença. O sistema asilar começa a sofrer críticas, são contestadas as correntes, os quartos fechados e as grades nas janelas. Em 1889, com a primeira lei de

assistência psiquiátrica, foi definida a criação de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias anexas às prisões, bem como a obrigatoriedade de exame médico em todas as situações de crimes cujos arguidos fossem suspeitos de doença mental, e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada aos alienados. Estes hospitais só foram criados cinquenta anos mais tarde, em 1942 foi criado o hospital Júlio de Matos, em 1945 o manicómio de Sena, em 1946 o hospital Sobral Cid, em 1953 a autorização para a construção do hospital de Magalhães Lemos (Alves, 2001).

Em 1892, Miguel Bombarda torna-se director de Rilhafoles e desenvolve um plano de acção para melhoria dos serviços, nomeadamente no que respeita às condições de higiene, alimentação, melhoria e aumento do espaço hospitalar, são também diminuídos os meios de contenção. Em 1893, foi constituída a Casa de Saúde do Telhal e em 1895 a Casa da Idanha para mulheres.

Os asilos de Sena são criticados pelo seu regime fechado e Bettencourt Rodrigues propõe a construção de colónias agrícolas como alternativa, que chegaram a ser previstas numa reforma da assistência aos alienados em 1911, tal como a criação de serviços específicos para agudos e crónicos e serviços de consultas externas.

A psiquiatria começa a ser ensinada no manicómio Bombarda, em Lisboa, no hospital Conde Ferreira, no Porto e no hospital da Universidade de Coimbra.

Em 1942, o hospital Júlio de Matos apresenta uma nova atitude perante a doença mental, aboliu as medidas repressivas e as janelas com

grades e realça a importância da comunicação, mas a primeira reforma da assistência psiquiátrica surge apenas em 1945, com a lei n.º 2006, que propõe uma abordagem profilática e higienista, em que são criados centros de assistência psiquiátrica no norte, centro e sul, dispensários de higiene mental e asilos. Exemplo disso é a criação do hospital de Magalhães Lemos na zona norte, cuja organização espacial e desenvolvimento já reflectem a abertura para a comunidade. Em 1958, o decreto-lei n.º 41759/58 cria o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), órgão coordenador dos serviços.

O aparecimento dos psicofármacos permitiu grandes desenvolvimentos no tratamento da doença psiquiátrica, permitindo que os doentes sejam tratados e controlados sem necessitar de permanecer no hospital. Nesta altura na Europa começa a existir a necessidade de evitar a segregação e marginalização do doente mental, sendo que se pretende que este seja tratado sem o afastar da comunidade e dos grupos sociais a que pertence. Em 1963, foi criada a lei de saúde mental (LSM n.º 2118), que pretende a sectorização dos serviços psiquiátricos e a criação de Centros de Saúde Mental, com o objectivo de des-hospitalizar a psiquiatria e remetê-la para as comunidades. Também as correntes psicoterapêuticas se desenvolviam, com o objectivo de reabilitar e reintegrar socialmente o doente mental.

O hospital psiquiátrico perde o protagonismo e, nos anos 50, começa a emergir a desinstitucionalização, que resulta na implementação de estruturas assistenciais de base comunitária. A desinstitucionalização torna-se realidade internacional nos anos 80, apesar das diferenças sócio-

políticas e económicas dos países. Em Portugal, bem como por todo o mundo, verificou-se um decréscimo de hospitalizações, sobretudo a partir da Psiquiatria comunitária, pois os doentes crónicos apresentam outras alternativas aos hospitais, alternativas essas de carácter comunitário. Em Portugal a implementação das políticas de saúde mental tem sofrido algumas dificuldades, sobretudo no que respeita à criação de serviços de apoio à integração na comunidade (Alves, 2001).

A lei de saúde mental de 1963 definiu os princípios da política de saúde mental e regula o tratamento e internamento compulsivo. A lei prevê a promoção de saúde mental, dando ênfase à prevenção, o tratamento e a reabilitação, nesse sentido pretende-se a criação de estruturas como o Instituto de Saúde Mental, que na prática nunca existiu, cuja função era orientar e coordenar os Centros de Saúde Mental para cada região definida (norte, centro e sul), que possuem equipas clínicas e um conjunto de instituições extra-hospitalares.

A lei define que o internamento possa ser efectuado sob duas formas, o regime aberto e o fechado. No aberto as garantias normais dos admitidos em hospital comum são reconhecidas, sobretudo o direito de saída, no regime fechado não. O n.º 3 da lei justifica este regime, pelo carácter perigoso ou anti-social do internado ou pela sua oposição injustificada a um internamento. O Dec.-Lei n.º 413 de 1971 definiu a articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços de saúde e integrou a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção-Geral de Saúde. A lei define outros princípios como a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização e os direitos dos doentes mentais,

como o consentimento do tratamento e direito à informação, entre outros. Apesar da evolução legislativa, em direcção à comunidade, a saúde mental em Portugal estava muito centrada no hospital psiquiátrico e no médico psiquiatra. Com a revolução de 1974 e com as alterações políticas, a aplicação do decreto de lei fica comprometida. Este período é marcado pela procura de respostas sociais de saúde mental, pela tentativa de democratizar o acesso aos serviços, que estavam centralizados nas três áreas do país e na clínica privada.

Nos anos 80, fez-se uma nova tentativa de legislação para integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, com o decreto-lei n.º 74 de 1984. São reorganizados os serviços de saúde e criadas as Direcções-Gerais: Direcção dos Hospitais e a Direcção dos Cuidados de Saúde Primários, estando incluída nesta última a saúde mental, mais propriamente a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, sendo o IAP extinto em 1985. Esta integração deve-se à ligação entre a saúde mental e os cuidados de saúde gerais, existindo já a preocupação de criar valências de saúde mental em alguns centros de saúde (Alves, 2001). Entre 1985 e 1990 vive-se um período de sucessivas legislações que pretendem aproximar a psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e integração dos cuidados, apesar disso é frequente a sua não implementação na prática. Estas leis prevêm a criação de uma rede de serviços comunitários, a reestruturação e expansão dos centros de saúde mentais, o desenvolvimento de programas de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos e o estabelecimento de parcerias com instituições privadas.

A integração da saúde mental nos serviços de saúde geral foi decidida em 1992 com o decreto-lei 127/92 de 3 de Julho, em que são extintos os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis e são integrados nos hospitais gerais centrais e distritais.

O debate sobre o assunto é lançado em 1994 através da nomeação de uma comissão para o estudo da saúde mental (CESM), que tinha como objectivo elaborar propostas de orientação das políticas de saúde mental e de reformulação da LSM. As conclusões foram diversas, mas interessa salientar a necessidade de reformulação da política de saúde mental, quer a nível económico, pois os custos eram elevados, quer a nível legislativo, pois existiam incongruências do sistema actual com o novo quadro dos serviços de saúde baseado na regionalização e na criação de unidades de saúde. São então propostos alguns princípios orientadores, como: “sectorização, que garanta a responsabilização pelos cuidados de saúde prestados em cada unidade geodemográfica; continuidade de cuidados; desenvolvimento de cuidados a nível da comunidade; diversificação e coordenação comum dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector; articulação funcional dos serviços especializados de saúde mental com os outros serviços de saúde; reestruturação da hospitalização psiquiátrica, no sentido da hospitalização dos doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada; envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental” (CESM, 1995, p. 151).

Esta comissão desenha um modelo organizacional de saúde mental em que propõe: a criação de dispositivos de saúde mental nas unidades de saúde para a área geodemográfica de 250.000 habitantes; criação de unidades de saúde mental infanto-juvenis nas unidades de saúde respeitando o mesmo rácio; criação de serviços regionais capazes de apoiar os serviços locais de cada unidade de saúde e os centros regionais de alcoologia, estes deverão também incluir serviços de psiquiatria forense, de psicogeriatría e de toxicoddependência.

Consideram também relevante criar uma Comissão Nacional de Saúde Mental dentro da Direcção Geral de Saúde, que elabore, implemente e avalie um Programa Nacional de Saúde Mental, a desenvolver nos três anos seguintes, com os seguintes objectivos: desenvolver um Sistema Nacional de Informação de Saúde Mental; definir padrões de qualidade para os serviços de saúde mental para se poder proceder à avaliação do desempenho desta área; conjugar esforços para a revisão da LSM; promover processos capazes de instaurar a necessária cooperação das entidades públicas, privadas e não governamentais no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental (Alves, 2001).

A CESM considerou importante definir e regulamentar o tratamento e internamento compulsivo, garantindo a articulação entre a área da saúde, justiça, educação, emprego e segurança social, autarquias e ONG. Este é aplicado quando o tratamento é necessário mas rejeitado pelo doente e nestes casos restringe-se os direitos que o justificam, como a temporária privação de liberdade, o tratamento não voluntário e a

eventual segurança e funcionamento geral da instituição. Também a actividade médico-legal é enfatizada, bem como a necessidade de dinamizar os serviços de psiquiatria forense a nível regional, assim como a cooperação entre saúde mental e justiça, com o objectivo de aplicar medidas de segurança a doentes designados inimputáveis perigosos e à actuação da psiquiatria forense na toxicodependência. Esta proposta de lei foi aprovada e publicada a 24 de Julho de 1998 (lei n.º 36/98-Lei de Saúde Mental), consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental e tem como princípios: tónica na comunidade e nos serviços comunitários (prestação de cuidados de saúde mental e reabilitação psicossocial); tratamento em meio o menos restritivo possível; internamento em hospitais gerais; comparticipação das áreas da saúde e segurança social e emprego nos casos de reabilitação e inserção social (apoio residencial e reinserção profissional); prestação de cuidados efectuada por equipas multidisciplinares, de forma a responder a todas as necessidades do doente, sejam elas médicas, sociais, psicológicas, de enfermagem ou reabilitação (Alves, 2001).

Portugal tem demonstrado alguma vitalidade em termos de defesa dos direitos do doente mental e muito se deve à participação dos próprios doentes e suas famílias no sistema de saúde, através de associações por estes criadas. Algumas destas associações foram incluídas na Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (FNERDM), criada em 1997 e que reúne IPSS e entidades públicas de reabilitação e defesa de direitos. Em 2003, foi criada a Federação de Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM), que reúne diversas associações

de famílias. Mais recentemente está a ser desenvolvida a Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental, reunindo vários grupos de utentes ligados a associações que se organizam de forma autónoma (Fazenda, 2008).

Importa salientar que no artigo 5.º da LSM, pela primeira vez, são definidos os direitos e os deveres do doente mental (Alves, 2001).

Os doentes mentais devido à sua vulnerabilidade psicológica e por se encontrar numa situação de desvantagem social, são muitas vezes vítimas de violação dos **direitos humanos** e liberdades fundamentais. Segundo Vasquez e Almeida (2004; citados por Fazenda 2008), esta situação é visível nos hospitais psiquiátricos e comunidades onde vivem, em que se violam direitos como, o de ser tratado com humanidade e respeito, o direito à admissão voluntária, o direito à privacidade, à liberdade de comunicação com o exterior quando internado, o direito de votar, o direito de receber tratamento na comunidade e dar consentimento informado ao tratamento, o direito a garantias judiciais, o direito ao trabalho, à educação, à habitação independente ou protegida, à segurança social, entre outros.

Apesar da progressiva atenção sobre os direitos humanos desde 1948, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e, sobretudo recentemente sobre os direitos culturais e ambientais, que promovem o respeito pelas diferenças e pela sobrevivência das gerações futuras, só em 1971 surgiu a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, hoje muito desactualizada. Estes princípios documentados influenciaram a elaboração de legislação em muitos países, entre os quais Portugal. O

doente mental passa então a ser sujeito de direitos como, o direito a tratamento individualizado, prestado por profissionais qualificados, adaptado às necessidades de cada doente e respeitando a escolha do mesmo; direito à reabilitação e reforço da autonomia, ou seja, todos os tratamentos devem ter por objectivo o aumento das capacidades do doente; direito à independência, integração social e participação na comunidade; direito a ser tratado em serviços localizados na sua comunidade de residência e de maneira menos restritiva possível; direito ao consentimento informado e à recusa dos tratamentos; direito à protecção da sua dignidade nos serviços onde recebe tratamento, o que inclui privacidade, higiene, comunicação com o exterior, confidencialidade, visitas, alimentação e instalações adequadas, actividades ocupacionais; direito à não discriminação em matérias legais, ou seja, a não privação dos seus direitos legais e civis, a não ser quando a sua incapacidade para os exercer seja declarada por perito, através de um processo legal; direito a ser protegido de tratamentos cruéis e degradantes, experiências médicas ou científicas realizadas sem o seu consentimento, livre de qualquer coacção (Fazenda, 2008). Este documento refere também as condições em que podem ocorrer internamentos contra a vontade do doente, designados internamentos compulsivos. Ocorrem, então, em situações excepcionais em que não haja alternativa para o doente aceitar voluntariamente o tratamento e se verifique a existência de perigo para o próprio ou terceiros. Esta declaração recomenda que a legislação de cada Estado preveja disposições legais para regulamentar estas situações.

A declaração de Viena em 1993, veio reforçar a ideia de que a legislação internacional de direitos humanos inclui e protege os doentes mentais e que os governos devem criar legislação que assegure esses direitos. Em 1996, foi criado pela OMS um guia orientador para avaliar o respeito pelos direitos humanos nas instituições psiquiátricas.

A partir de 2001, verificou-se um maior interesse internacional pela saúde mental, que resultou de estudos realizados, de novas formas de tratamento e intervenção psicossocial e da crescente participação dos doentes e famílias. Por esse motivo, a OMS decidiu dedicar o seu relatório de 2001 à saúde mental, que abrange os problemas que se colocam nesta área, incluindo os direitos humanos (OMS, 2002). Refere como primordial assegurar nas políticas e programas de saúde mental os seguintes direitos, igualdade e não discriminação; o direito à privacidade; autonomia individual; integridade física; direito à informação e participação; liberdade de religião, reunião e movimento. Refere ainda que é essencial que a legislação dos países garanta a preservação da dignidade dos doentes e proteja os seus direitos fundamentais. Esta abordagem focada nos direitos dos doentes mentais veio permitir que os abusos e violações de direitos sejam considerados uma questão de saúde pública e também uma responsabilidade que tem de ser assumida pelos Estados. Os critérios internacionais estão a ser incluídos nas políticas de saúde mental de muitos países e muito se deve ao papel das associações de utentes ou de famílias (Fazenda, 2008).

Em Portugal a institucionalização continua a ser prática corrente e o trabalho das equipas técnicas multidisciplinares é realizado com a

finalidade de reabilitar clinicamente e reinserir socialmente o doente, no entanto não existem estruturas suficientes na comunidade que suportem e apoiem a integração social. Frequentemente, os doentes mentais, nomeadamente os mais jovens, têm capacidade de autonomia, aprendizagem e aptidão para o trabalho, desde que a estes seja fornecido tratamento adequado e acompanhamento psicológico e social no sentido de desenvolver competências.

Actualmente, entre os doentes mentais crónicos encontram-se, muitas vezes e cada vez mais, um grupo de adultos jovens com características clínicas, psicológicas e sociológicas específicas e com necessidades assistenciais também elas específicas. Segundo Bachrach (1978) o aumento deste grupo deve-se à desinstitucionalização, à demografia (os jovens adultos são parte considerável da população das sociedades desenvolvidas), à grande mobilidade actual, à mudança da estrutura familiar, ao consumo de drogas, entre outros.

Pepper (1980) realizou um trabalho com uma amostra de novecentos doentes em que um terço correspondia a doentes crónicos jovens adultos com as seguintes características: 55% eram homens; 55% iniciaram tratamento psiquiátrico antes dos dezoito anos; 25% nunca tinham estado hospitalizados; 60% não tinham ocupação laboral fixa; 30% recebiam algum subsídio de invalidez; 24% tinham problemas com a justiça; 37% tinham histórico de abuso de álcool; 28% tinham histórico de outras drogas. A maioria dos doentes estava diagnosticada com esquizofrenia e apresentava dificuldades nas relações interpessoais e nas relações afectivas estáveis. Os doentes consideravam-se vítimas sociais

mais do que vítimas de uma doença, sentiam-se fracassados, culpavam e exploravam os outros.

Em Espanha a situação é semelhante, segundo Arranz (1989) num estudo realizado entre 1983 e 1987, com quinhentos e sete doentes, com idades compreendidas entre os dezoito e os trinta e cinco anos, verificou-se que 68,4% eram do género masculino e solteiros, um terço não tinha profissão, nunca trabalhou e vivia com a família de que dependia economicamente. Maioritariamente estes doentes eram esquizofrénicos (45,9%) e apresentavam histórico de consumo de drogas (34%). Nesta altura já o período de internamento é mais curto mas os doentes crónicos continuam mal integrados social e laboralmente e sem instituições de reabilitação adequadas. A população estudada coloca vários problemas não só a nível clínico, legal, mas sobretudo assistencial.

Em Portugal, vários estudos têm chegado a conclusões semelhantes, nomeadamente um (Ferreira da Silva; Alves, 1997) realizado entre 1991 e 1995 no serviço de Psiquiatria do Porto, com vinte e nove famílias e setenta e quatro doentes esquizofrénicos entre os vinte e um e os quarenta anos, sendo cinquenta do género masculino. Este estudo revela que a maioria dos utentes apresenta internamentos anteriores, são solteiros, mas poucos vivem sozinhos, vivem integrados na família de origem, maioritariamente de classe sócio-económica média e média-baixa. Mais de metade têm menos de nove anos de escolaridade e apenas uma minoria têm escolaridade equivalente a doze ou mais anos. Apenas vinte e um têm uma ocupação profissional regular, logo têm

autonomia financeira, sendo que trinta e três são pensionistas (de invalidez, reforma, velhice, ou social) e vinte não possuem qualquer rendimento. Quando questionados sobre expectativas relativas ao futuro, cerca de metade refere não ter projectos, nem desejar mudanças de vida e os que desejam e tentam, referem-se aos estudos, emprego, ter dinheiro, comprar bens, entre outros. Conclui-se neste estudo que existe uma forte dependência familiar, misto de protecção e controle devido à inadequação do doente para a vida social. A compreensão demonstrada pelos doentes e familiares em relação à doença é próxima do senso comum, os doentes e familiares parecem encontrar-se numa situação de submissão, sendo a medicação e internamento dependentes de decisão médica. Apesar da colaboração entre famílias e técnicos, existe uma atitude pouco dialogante no sentido de esclarecer e ajudar a perceber a doença e o doente.

O que acontece é que a desinstitucionalização em Portugal realizou-se sem serviços e com o “peso” nas famílias, com vantagens e desvantagens para os doentes e para elas próprias. Apesar da família ser, muitas vezes, a única resposta social para estes doentes, as instituições e as equipas técnicas não desenvolvem um trabalho sistemático e de suporte às famílias. O insucesso da inserção social desta população é atribuído à falta de estruturas comunitárias de suporte para os utentes e famílias. A família deve ser tida em conta como aliada no processo terapêutico mas também como estrutura que evita a institucionalização do doente. Na prática, em Portugal, a intervenção na doença mental efectiva-se, quase exclusivamente, centrada no hospital psiquiátrico. Se

os conceitos, organização e métodos terapêuticos seguiram a evolução da psiquiatria europeia, bem como a legislação no que respeita à integração e não institucionalização, na realidade a intervenção continua assente na institucionalização nos grandes hospitais paralelamente com cuidados ambulatoriais descentralizados (Alves, 2001).

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A saúde e a doença mental afectam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e meio envolvente. Nesse sentido, é importante explorar os conceitos e os mitos associados à doença mental, herança de muitos séculos e ainda enraizada (Fazenda, 2008).

O entendimento do conceito de doença remete para a definição de saúde, sendo esta produzida pela sociedade, varia consoante o espaço, o tempo e a cultura, é portanto subjectiva. A **saúde** pode ser definida como a ausência de doença ou de algum tipo de distúrbio biológico ou como a manutenção da capacidade de adaptação e bem-estar físico, mental e social. Esta perspectiva permite uma concepção global do sujeito segundo as diversas áreas da vida, ou seja, vê o indivíduo como um ser bio-psico-social. A saúde determina o funcionamento adequado do sujeito, permite-o realizar as suas diversas funções na sociedade, sem comprometer o “sistema social” defendido por Parsons (1951), que refere que a saúde é pré-requisito para a manutenção desse mesmo sistema, pois só com saúde os indivíduos podem desempenhar os papéis para os quais foram socializados (Alves, 2001).

O conceito de saúde mental definido pela OMS, em 2001, refere aspectos como, um estado de bem-estar subjectivo; capacidades de comunicação e relacionamento inter-pessoal; competências na vida pessoal e social; capacidades de autonomia e escolha de um projecto de vida; auto-realização intelectual e emocional; adequação à realidade (OMS, 2002).

Assim sendo, a **doença** provoca um desequilíbrio que afecta não só uma parte específica do organismo, mas o indivíduo no seu todo, estendendo-se também à família ou pessoas que o rodeiam e grupos a que pertence (Alves, 2001).

Friedson (1973) distingue doença em dois conceitos, o de “estado biofísico” e o de “estado social”, sendo que o primeiro diz respeito à existência de anomalias biológicas do corpo humano, sem que para isso o sujeito reconheça ou aceite o problema, ou seja não depende da sua vontade. O “estado social” refere-se às acções e significados ou concepções das mesmas, logo tem a ver com crenças, valores, interpretações e avaliações, sendo que estas são influenciadas por factores sociais e culturais. O tratamento da doença não pode, por isso, limitar-se à anulação da sintomatologia, nem ao sujeito doente, ao contrário deve abranger o contexto familiar e social em que o doente e a sua doença se desenvolvem (Alves, 2001).

O conceito de **doença mental** teve ao longo da história várias definições e foi avaliado segundo perspectivas diferentes, desde uma compreensão circunscrita ao seu portador até a uma mais abrangente que envolve causas orgânicas, psicológicas e sociais (Alves, 2001).

A doença mental diz respeito a um vasto número de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual do indivíduo, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiências das capacidades anteriores à doença. A Organização Mundial de Saúde, em 2001, caracteriza doença mental por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social e defende que resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais. A doença mental é, então, uma alteração com vários níveis de gravidade, que pode ser tratada ou mesmo curada, pode ser aguda (curta evolução) ou crónica (longa evolução) e pode resultar numa deterioração das capacidades (Fazenda, 2008).

Na concepção actual da doença mental privilegia-se as três abordagens, orgânica, psicológica e social. Assim sendo, a abordagem orgânica valoriza os factores biológicos como causas da doença mental, incluindo a hereditariedade e factores adquiridos que podem ser de origem traumática, tóxica ou infecciosa. A perturbação mental é explicada com base em alterações inerentes ao próprio organismo e que podem ser observáveis e quantificáveis. Aqui desencadeia-se a intervenção médica e o tratamento farmacológico. A abordagem psicológica acentua os aspectos pessoais, nomeadamente os psicológicos de cada sujeito (emoções, pensamentos, comportamento, motivações, conflitos, entre outros) integrando-os nas suas diversas dimensões de vida (pessoal, familiar, educacional, laboral, social, clínica e criminal). A abordagem social dá enfoque à relação que existe entre a doença mental e o contexto em que surge, considera os factores sociais, como as

crenças, estilos e qualidades de vida, classe social, relações, papéis sociais, entre outros, importantes na determinação da explicação do surgimento e evolução da doença, bem como os factores económicos e culturais (Gleitman, 2002). A interacção das três abordagens, conceptualizada na perspectiva psicossocial, parece ser a melhor óptica não só no que respeita ao estudo da problemática das perturbações mentais, como na intervenção com a finalidade de melhor reabilitar o doente e reinseri-lo na sociedade. De facto o surgimento e evolução da doença dependem de todos os aspectos acima mencionados e da interacção entre eles. Sabe-se que os factores biológicos predis põem, tornam vulnerável o sujeito à doença mental mas não determinam o seu aparecimento. Os aspectos sociais e suas repercussões a nível psicológico parecem ocupar maior destaque. Alguns estudos que correlacionam a doença mental com variáveis como o género e classe social parecem consolidar esta ideia. O estudo de Carmona (1996) em relação ao género, aponta para uma prevalência de doença mental superior nas mulheres do que nos homens, isto pode ser explicado através de aspectos socioculturais inerentes à construção do papel social da mulher, sendo que esta acumula várias funções, trabalha, educa, cuida da casa, entre outras, que a tornam mais vulnerável à doença mental. No que respeita à classe social estudos, como o de Dohrenwend e col. (1969), demonstram que existe uma maior probabilidade de sujeitos de classes sociais mais desfavorecidas desenvolverem uma doença mental, logo associa doença mental à pobreza e exclusão social (desempregados, sem-abrigo, etc.), (Alves, 2001).

Outro contributo importante para a compreensão do conceito de doença mental foi dado pela perspectiva da escola da antipsiquiatria, que prospera nos anos 60 e 70 na Europa e EUA, e defende que a doença mental não é uma verdadeira doença, no sentido em que não se apresenta como o contrário ou um desvio a um funcionamento saudável. Acreditam que não existe apenas um funcionamento saudável e que este conceito é determinado consoante a avaliação médica do que é normal ou não normal, logo implica um juízo social. Esta corrente surge como crítica às definições anteriormente referidas, sobretudo à orgânica que enfatiza os factores biológicos. A doença mental é então um fenómeno social, produto da sociedade e a psiquiatria tem a função de apurar e de alguma maneira seleccionar os que se encontram dentro dos parâmetros da normalidade e os que se desviam da ordem ou norma social. Em suma, se a sociedade produz e define a doença mental e se esta é o resultado das condições sociais da vida, então é a sociedade que está doente e não os indivíduos. A doença mental é então considerada como uma doença social causada pelas angústias e opressões dos sujeitos, é um mecanismo de defesa que é utilizado como alternativo, como refúgio ou fuga à sociedade patológica. Segundo os antipsiquiatras, por exemplo a esquizofrenia é vista como normal, no sentido em que resulta de condições de vida insuportáveis, que o indivíduo resolve recorrendo a estratégias que lhe permitem suportar a realidade familiar e social. Segundo Alves (2001), dentro do movimento da antipsiquiatria destacam-se três correntes teóricas. Uma em Inglaterra defendida por Laing, Cooper e Esterson, que defende uma atitude de compreensão ao contrário

da atitude de observação adoptada pelos psiquiatras, assim sendo, consideram importante que o terapeuta penetre no mundo do doente, sem preconceitos e representações sociais, para o poder compreender na sua plenitude. Entendem a observação como objectivante e categorizante, porque fragmentam o sujeito em parcelas. Defendem também que o sujeito com problemas deve ser acompanhado num contexto diferente ao do hospital psiquiátrico e propõem como alternativa estruturas terapêuticas como casas comunitárias, este espaço organiza-se sem hierarquias nem competências, nem fronteiras entre o sistema terapêutico e o sistema cliente. Criticam a psiquiatria por ser repressiva e controladora e não aceitam que se diagnostique e atribua cientificamente um rótulo e como consequência um estigma. Também Basaglia nos anos 70, defende que os hospitais psiquiátricos são instituições de violência que pretendem controlar o desvio. No hospital psiquiátrico de Gorizia em Itália, dirigido por Basaglia, foram aplicadas estas ideias, tendo sido um marco importante na luta anti-institucional, na desinstitucionalização e ainda na criação de estruturas de assistência com o objectivo de deslocar a doença do hospital para a comunidade. Nos Estados Unidos da América, Szasz demonstra que a doença mental não é uma doença no sentido que a Medicina a define, ou seja, perante situações em que não é possível por em evidência lesões físicas e orgânicas não se pode considerar que estamos perante uma doença e, nesse sentido, questiona a Psiquiatria e suas práticas, bem como as estruturas assistenciais, como hospitais psiquiátricos, que considera desnecessários e ilegítimos.

A Antipsiquiatria foi muito criticada, inclusive por Sedgwick, que contesta a natureza da diferença entre doença física e orgânica apontada por esta corrente. Defende que a Medicina possui valores e juízos que são característicos de cada sociedade e do seu período histórico. Se por um lado é verdade que a definição de doença, física ou mental, surge perante uma transgressão normativa social, também é verdade que a norma não é sempre a mesma, evolui, é dinâmica. Contrariamente à antipsiquiatria, considera que a doença física não é isenta de valores e que a doença mental pode ser equacionada em termos de disfunção biológica (Alves, 2001).

Na Psicopatologia, que se encarrega do estudo das perturbações do funcionamento psicológico, considera-se doença mental uma perturbação que implica um afastamento do funcionamento psicológico normal, em que os principais sintomas experimentados são psicológicos. A doença mental pode ser entendida como uma variação mórbida do normal, variação essa capaz de produzir prejuízo na performance global da pessoa ou das pessoas com quem convive. Para se desenvolver é necessário uma disposição pessoal para a doença e agentes ocasionais, a disposição pessoal está relacionada com os traços de personalidade do sujeito e determinadas características psíquicas adquiridas ao longo do seu desenvolvimento, que poderão favorecer ou não o desenvolvimento da doença mental. Relativo aos agentes ocasionais surgem aqui as vivências mais significativas que colocam em risco a adaptação do indivíduo ao mundo e consigo mesmo, podem ainda surgir algumas

ameaças suficientes para comprometer a relação de ponderação entre o sujeito e o seu ambiente circundante (Gleitman, 2002).

A definição de doença mental mais geralmente aceite é a da Associação Americana de Psiquiatria descrita no seu manual das perturbações mentais (DSM-IV, APA, 2002). Segundo este cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que se manifesta numa pessoa e que está associado com mal-estar actual (sintoma doloroso) ou incapacidade (impedimento de funcionar em uma ou mais áreas importantes) ou ainda com um aumento significativo do risco de se verificar morte, dor, debilitação ou uma perda importante de liberdade (APA, 2002).

Considera-se **doente mental** aquele que, em consequência de uma perturbação psicológica, fisiológica ou da estrutura anatómica ou funcional, se encontra limitado nas suas capacidades de modo a não poder desempenhar normalmente, face à sua idade, sexo, factores sociais ou culturais, o papel que lhe competiria ao nível da sua participação social e da sua realização pessoal (ONU).

O que caracteriza o doente mental crónico é a ruptura relacional permanente com o mundo que o rodeia, este refugia-se num mundo autista em que predominam estratégias de não implicação, não compromisso, desinteresse e passividade.

A sociedade estabelece direitos e deveres ao doente, por um lado este não é considerado culpado ou responsável pela doença e é libertado de certas responsabilidades sociais, como trabalhar. Em contrapartida, a

sociedade exige que se submeta às indicações médicas para melhorar e procure ajuda especializada para tal. O **estatuto** de doente resulta então da interacção entre o indivíduo, a sua situação, os grupos sociais a que pertence e a sociedade em geral que legitima o processo social em causa. Este estatuto de doente é semelhante ao do doente mental no que respeita à libertação efectiva de obrigações e actividades e à aceitação por parte do grupo social. No entanto, na doença física é aceite com mais facilidade a vulnerabilidade para a mesma e a sua contracção, na doença mental a situação é mais complexa, esta é, muitas vezes, encarada como resultante de fraquezas e defeitos de carácter e, conseqüentemente, responsabiliza-se a pessoa doente pela sua doença. No que respeita à consciência da doença, desejo de melhorar e procura de ajuda especializada, são aspectos mais complexos no doente mental, frequentemente, este não reconhece a doença e a necessidade de se tratar e, por vezes, atribui a doença a causas exteriores (Alves, 2001).

O rótulo de doente mental tem um impacto de grande importância na sociedade, se por um lado facilita a aceitação social do comportamento do sujeito doente, pois as expectativas sociais face a este passam a ser diferentes, espera-se que o indivíduo rotulado de doente mental se comporte como tal, por outro o próprio doente é temido e afastado do meio social, é portanto alvo de exclusão social. A imagem social do doente mental remete para a noção de **estigma**, esta é uma reacção social que, espacio-temporalmente situada, isola certos atributos, classificando-os como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem, é, portanto, uma avaliação social que se torna tão importante

que generaliza esses atributos à pessoa inteira e não apenas àquela parte (Alves, 2001). Segundo Goffman (1988), estigma é um atributo que torna a pessoa diferente dos outros, a imagem da pessoa fica, assim, deteriorada. O estigma é considerado a situação do sujeito que se encontra inabilitado para a aceitação social plena, é uma qualidade negativa que é atribuída a alguém na interação com os outros, em virtude de um defeito ou diferença, física ou mental. O sentimento de rejeição por causa dessa diferença pode levar à interiorização do estigma pelo indivíduo e conseqüentemente diminuir a sua auto-estima, bem como pode levar a sentimentos de vergonha e revolta. O estigma tem origem nos estereótipos (padrões sociais) e preconceitos (atitudes individuais) que existem na sociedade e que se transformam em discriminação. O estigma é, então, um papel social que é atribuído pela sociedade, tanto aos normais como aos diferentes, em determinadas circunstâncias de ruptura com as normas de identidade. Tal também acontece com o comportamento desviante, em que o desvio tem vários níveis e o sujeito na falta de cumprimento de todos os requisitos que as normas sociais impõem, encontra-se em situação de desviante (Fazenda, 2008).

O conjunto de mitos criados em volta do conceito de doença mental e sobretudo no que concerne à imagem do doente constitui um estigma, é uma marca, rótulo que atinge o indivíduo a partir do momento em que é diagnosticada a doença mental, que leva ao isolamento, exclusão e à perda de direitos (Fazenda, 2008).

A doença mental suscita nas sociedades reacções diferentes das da doença física, este facto resulta da doença mental ser uma realidade estranha e amedrontadora da identidade, o que está doente é o que nos define na nossa individualidade e integridade, a mente. A loucura, a violência e a apatia são construções de doença mental, vistas como inexplicáveis e algo de que nos queremos afastar. Desta imagem social negativa resultam um conjunto de estratégias, conscientes ou não, que limita os recursos para o tratamento da doença, como a interacção social, disponibilidade da habitação, as oportunidades de emprego. Na sociedade em geral as reacções mais comuns são a rejeição e evitamento, ao contrário da reacção das pessoas mais próximas do doente mental, que tende a ser mais compreensiva. Os familiares, amigos e vizinhos vão-se familiarizando com a doença e suas características, aceitando e acompanhando a sua evolução (Alves, 2001). Segundo Swarte (1969; citado por Miles, 1982) as características atribuídas com mais frequência pela sociedade à pessoa com doença mental são, ser facilmente identificável, potencialmente perigosa e muito imprevisível. Identificável por se acreditar que estes doentes têm “falhas de carácter” e distinguem-se das pessoas saudáveis pela expressão estranha no olhar, riem mais e dedicam menos atenção à sua aparência. Perigosa porque acreditam que existe uma tendência para associar a doença mental ao crime, sobretudo a crimes sexuais, sendo que na realidade apenas 2 a 3 % destes doentes são perigosos.

Segundo Fazenda (2008) existem vários **mitos** associados à doença mental, tais como, o mito da incurabilidade, que provém de outras

épocas em que não existia tratamento para as doenças mentais, o que hoje em dia, apesar de ainda se manter esta ideia, está mais atenuado devido ao desenvolvimento dos psicofármacos e de técnicas psicoterapêuticas e psicossociais. O mito da perigosidade, relacionado com a necessidade de controlo da agressividade dos doentes mentais, é muitas vezes reforçado pelos meios de comunicação que associam a doença mental ao crime. O mito da incapacidade é o que mais se encontra relacionado com as atitudes e comportamentos de exclusão e marginalização para com estes doentes. De uma forma geral, acredita-se que a doença mental incapacita o sujeito de trabalhar, de gerir bens ou um negócio, de assumir responsabilidades e tomar decisões, de educar os filhos, entre outros. Estas limitações podem não existir se o doente for adequadamente tratado e reabilitado. O mito da perda de direitos tem de ser tido em conta no sistema legal, pois pode ser bastante danoso para o sujeito doente do ponto de vista da discriminação e da invisibilidade. Ainda é prática em algumas sociedades negar a estes doentes os direitos civis, o direito de votar, de casar e constituir família, de perfilhar ou adoptar, de dispor dos seus bens, o que só deve ser aplicado em casos indispensáveis, em que a protecção do doente ou dos familiares que dele dependem, esteja em causa.

Segundo Giddens (1994) as razões segundo o qual a sociedade estigmatiza os doentes mentais, prendem-se com o facto de existir em todos nós uma tendência para separar determinados fenómenos como a doença, morte, loucura, criminalidade, das rotinas diárias, ou seja,

questões que levantam inquietação são excluídas, por motivos de estabelecimento e manutenção da segurança e da identidade pessoal.

O desconhecimento das doenças mentais leva a que se crie um estereótipo negativo do doente mental, do seu aspecto e comportamento, o que tem sofrido alterações nas últimas décadas devido à evolução no tratamento destas doenças, nomeadamente o farmacológico, que permitiu que as consequências e manifestações da doença mental fossem menos visíveis. A exclusão social é gerada pelos estereótipos e estigmas associados à imagem do doente mental. A exclusão social não resulta de um desvio individual mas de uma variedade de factores da sociedade, como o espaço e momento histórico, bem como factores sociais, culturais e económicos. A inclusão ou exclusão social de determinados grupos ou indivíduos depende da interacção entre estes factores (Alves, 2001).

Condições como a classe social parecem ter correlação com a doença mental, estudos apontam para a existência de uma correlação entre os índices de doença mental e as classes mais baixas, nomeadamente no que refere à evolução da doença, estes tendem a permanecer nos hospitais e, no caso de terem alta, apresentam maior probabilidade de recidiva. A doença mental apresenta também associação com a situação de desemprego e, como consequência, dificuldades financeiras, diminuição da auto-estima, isolamento social, entre outras. O trabalho pode então ser um veículo de integração e inclusão social, não só porque, através do rendimento, melhora a auto-estima, mas também porque perante os outros a imagem social recupera a dignidade e reconhecimento. Nos hospitais psiquiátricos existe a preocupação e o

objectivo de integrar os doentes, mas é feito com base numa categorização do indivíduo doente. Se, por um lado, a diferença é incluída numa instituição especializada, por outro, exclui indivíduos do seio da comunidade, o que despoleta expectativas, reacções, estereótipos negativos para lá dos muros da instituição (Alves, 2001).

Quando à doença mental se associa a criminalidade em sua consequência, o estigma é ainda maior, bem como a dificuldade de reabilitar e reinserir socialmente este que pode ser considerado inimputável. O conceito de **inimputabilidade em razão de anomalia psíquica** é definido no n.º 1 do artigo 20.º do CPP como incapacidade de avaliar a ilicitude ou de se determinar de acordo com essa avaliação, no momento da prática do facto (Almeida & Vialonga, 2006). Neste sentido, o crime ou a inclinação para o crime, aparece como resultado de uma anomalia psíquica, que interfere com o normal juízo crítico da realidade.

Este conceito levanta problemas complexos pois estará ligado a uma avaliação do estado mental que depende do contributo médico, deste modo a decisão do juiz vai depender da avaliação médica que a precederá. Haverá uma colaboração entre perito e magistrado, no sentido em que o estado mental do delinquente é objecto de perícia científica, no âmbito da psiquiatria forense, a partir da qual o juiz decidirá sobre a inimputabilidade, que é um conceito jurídico. A principal questão que se coloca é a necessidade de estabelecer e definir o conceito e extensão do conceito de doença mental ou anomalia psíquica que deve ser tido em conta para efeitos de avaliação da inimputabilidade. Desde logo é preciso referir que não existe um critério unívoco de doença mental, como já foi

explorado anteriormente neste trabalho este conceito sofreu alterações e evoluções ao longo da história. Identificar e classificar estados de mente são processos difíceis, o que contribui para que, por vezes, hajam divergências quanto a diagnósticos, até porque existem várias perspectivas abordadas, como a do modelo nosográfico, que configura um catálogo de doenças mentais a partir de um elenco de sintomas; a de Freud, que atribui a doença mental aos conflitos inconscientes que determinam as atitudes e comportamentos; a do movimento de anti-psiquiatria que refere que a doença mental é uma estratégia justificada e adequada às condições externas (familiares e sociais) impostas ao indivíduo, entre outras. Se para alguns, a doença mental diz respeito àqueles casos extremos em que existe uma ruptura entre o indivíduo e a realidade, para outros, também alguns distúrbios de personalidade são englobados, como o caso, que mais divergência coloca, a psicopatia. Unanimemente reconhecidas como doenças mentais são as psicoses orgânicas (provocadas por agentes patogénicos, como tumores ou certas doenças ou disfunções somáticas) e as psicoses endógenas, como a esquizofrenia, a paranóia e a psicose maníaco-depressiva ou ciclotímica. No entanto, existem estados psíquicos anómalos, como casos de alcoolismo, toxicodependência, debilidade mental/oligofrenia, epilepsia, neuroses, perturbações dos impulsos, aos quais também pode ser atribuído o estatuto de inimputabilidade ou imputabilidade diminuída, dependendo da capacidade de discernimento (capacidade intelectual, entender e capacidade volitiva, querer) do indivíduo no momento da prática do facto ilícito (Almeida, 2004).

São diversas as anomalias psíquicas que permitem a atribuição do estatuto de inimputabilidade, mas o essencial é estabelecer a relação causa e efeito entre a anomalia psíquica e o facto concreto praticado (Antunes, 2002). Depois de estabelecida pelo perito a presença de anomalia psíquica, para determinar a inimputabilidade do indivíduo, é preciso apurar se esta afectou a capacidade do indivíduo, no que respeita ao entendimento e/ou vontade. É ainda necessário que esta influência do estado patológico se tenha verificado no momento do acto criminoso. Assim sendo, ficam excluídos os casos em que o indivíduo, ainda que padecendo de doença mental profunda e duradoura, tenha praticado o crime ou num intervalo lúcido ou, de qualquer modo, sem que a sua doença possa ser relacionada com o acto em termos de impedir a avaliação da ilicitude ou a determinação do agente de acordo com essa avaliação (Almeida, 2004).

A inimputabilidade é um conceito que significa que em certas circunstâncias a fixar pela lei o facto não pode ser atribuído ao seu autor, ou seja, o indivíduo não é susceptível de ser responsabilizado pelo acto praticado. A inimputabilidade tem como tradução prática a não punição de quem é declarado inimputável, ao invés este é sujeito a tratamento no âmbito de medida de internamento de segurança. Sabe-se que a pena deve corresponder à culpa e que a pena se destina a punir o crime e assim realizar justiça, mas àquele que é incapaz de compreender o significado do mal praticado ou de algum modo não foi livre nas suas acções não pode caber qualquer pena (Antunes, 2002). A pena corresponde à culpa e as medidas de segurança à perigosidade. A questão

do livre-arbítrio coloca-se quando por força de patologia mental o indivíduo se converte em objecto passivo de processos funcionais (Almeida, 2004).

Segundo a mesma autora, no que respeita ao fim das penas, pode-se destacar a prevenção geral e especial. A primeira refere-se ao efeito intimidatório da punição/castigo para a população em geral, a ameaça que pretende impedir novos actos criminosos. No caso dos inimputáveis o efeito intimidatório perde-se na medida em que a população não se identifica ou reconhece no doente mental. As penas pretendem também a estabilização e pacificação da sociedade depois do crime cometido, no sentido em que se deseja a restauração da ordem e do direito ofendido, a tutela da confiança comunitária na validade das normas. A reacção penal combate a insegurança causada a nível social pelo acto ilícito e, por isso terá de ser proporcional ao choque causado pelo mesmo. Também neste sentido não se justifica aplicar penas aos doentes mentais, porque o indivíduo inimputável não tende a ser tomado como exemplo pela sociedade em geral e por isso não há nenhum abalo a compensar. A prevenção especial das penas refere-se ao efeito dissuasor da pena ou castigo no próprio indivíduo e, nesse sentido, não parece descabido aplicar penas aos doentes mentais, pois estes são sensíveis ao sistema de castigo e recompensa, que é inclusive utilizado nas instituições de internamento. O que se salienta é o facto de se considerar que estes doentes deverão ter um tratamento adequado ao invés de serem sujeitos a penas que de alguma forma se destinam a provocar um qualquer tipo de sofrimento. No caso de se utilizar um processo sancionatório no doente,

com o intuito de querer influenciar o seu comportamento ou atitudes, este deve ser adaptado aos condicionalismo que o seu estão impõe, sendo que os efeitos sobre este indivíduo podem ser diferentes dos esperados num indivíduo sem patologia ou mesmo não surtir qualquer efeito ou conduzir a consequências nocivas, agravando o seu quadro clínico. Em suma, a probabilidade de se atingir o objectivo da prevenção especial é ainda menor no doente mental, sendo que o seu resultado no sujeito sem patologia mental já é duvidoso e imprevisível. A prevenção especial também se refere à função ressocializadora da pena, este fim só pode ser atingido junto de indivíduos com capacidade para serem corrigidos dos seus defeitos de carácter, o que pressupõe que estes não tenham origem em qualquer patologia impossível de dominar.

Mesmo que imperativos de prevenção o exijam, segundo o artigo 40.º/2 do Código Penal, os inimputáveis não podem ser punidos, pois não há pena sem culpa, ou seja, tendo a pena a culpa como limite, onde esta não existe não haverá lugar a punição (Antunes, 2002).

II. PSICOPATOLOGIA

ESQUIZOFRENIA

No decorrer da realização deste trabalho parece evidente que as perturbações psíquicas são um grave problema de saúde pública, nomeadamente a esquizofrenia que calcula-se que atinja cerca de cinquenta milhões de indivíduos a nível mundial (1% da população). Segundo a OMS a incidência desta doença mental, ou seja, o número de novos casos que se verificam anualmente, oscila entre 7 e 14 em cada

cem mil habitantes, com idades compreendidas entre os quinze e os cinquenta e quatro anos. A esquizofrenia implica enormes custos económicos, visto que só esta doença absorve cerca de 10% dos encargos com a saúde destinados à psiquiatria. Pelos motivos referidos e pelo facto de se verificar que a maioria dos internados em cumprimento de medida de segurança sofrem desta psicopatologia, neste trabalho é dado mais ênfase a esta doença mental, bem como no programa reabilitativo que é dirigido a esta população.

A esquizofrenia é uma perturbação mental de tipo psicótica de evolução prolongada que se apresenta como devastadora, com capacidade de alterar a vivência do indivíduo nas suas diferentes dimensões, nomeadamente biológica, psicológica e social. De notar que pela sua complexidade, as consequências desta perturbação, para além de condicionarem a vida do próprio doente, também vão surtir influência sobre todos aqueles que o rodeiam (Ruiloba, 2005).

A esquizofrenia pode ser definida como uma psicose funcional (endógena), polimorfa, heterogénea e multifactorial, que se inicia habitualmente no fim da adolescência ou início da vida adulta, se manifesta como uma ruptura biográfica no desenvolvimento normal do indivíduo, invadindo e desagregando a sua personalidade, e desenvolve-se com a perda de contacto com a realidade e ausência de juízo crítico, sem que haja uma causa orgânica específica (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

No que refere aos **aspectos clínicos** da esquizofrenia é possível distinguir transtornos de diversos tipos, nomeadamente da consciência do

Eu, do pensamento, sensório-perceptivos, da afectividade, psicomotores (Ruiloba, 2005) e comportamentais (Kaplan & Sadock, 1981).

Pode-se dizer que existem características que tornam a esquizofrenia numa perturbação particular, tais como o simbolismo, a sensibilidade, o afastamento social, a perda dos limites do ego e a variabilidade. Relativamente ao simbolismo, estes pacientes evidenciam no segundo uma forma muito própria do seu psiquismo, revelado ao nível do comportamento, da ideação e linguagem. No que tange à sensibilidade, os pacientes esquizofrénicos caracterizam-se por uma hipersensibilidade, possivelmente genética, que os tornam vulneráveis a uma maior estimulação sensorial (interna) e emocional (externa). Quanto ao afastamento social, sabe-se que quem sofre desta psicopatologia apresenta tendência para o isolamento social, distanciamento emocional e dificuldade em estabelecer relações afectivas significativas. A perda dos limites do ego define-se pela inexistência de barreiras entre o exterior e o interior do indivíduo, nesse sentido pode, por exemplo, ser uma convicção delirante que o paciente apresenta relativamente a ser capaz de ler o pensamento dos outros ou de estar a ser controlado pelo pensamento de outra pessoa. Consequentemente, esta perda de identidade e dos limites do ego pode conduzir a sentimentos de despersonalização e experiência de desrealização. A variabilidade imprevisível e a incoerência são características da esquizofrenia, que se manifestam em momentos de incapacidade, por exemplo, em manter uma conversaõ simples, racional, alternados com outros em que, por exemplo, existe a

capacidade em assegurar um discurso lógico e coerente (Kaplan & Sadock, 1981).

Segundo estes autores, o doente esquizofrénico pode ser um candidato a entrar na rota da exclusão social já que apresenta características clínicas que o afastam da realidade, um contacto interpessoal específico e por não apresentar, muitas vezes, uma rede de suporte familiar e social adequada que possibilite a sua reabilitação e inclusão na comunidade.

Quanto à **evolução**, a esquizofrenia pode emergir de forma aguda ou insidiosa, referindo-se a primeira a um aparecimento súbito e de evolução rápida (dias ou semanas) e a segunda a uma forma mais lenta, demorando vários meses ou até anos até que seja possível efectuar o seu diagnóstico. O que distingue estas duas fases são as características clínicas que as tipificam, na medida em que os sintomas positivos ou produtivos são aqueles que surgem na fase aguda da esquizofrenia e os negativos na fase insidiosa (Afonso, 2002).

São considerados como sintomas positivos os delírios (de conteúdo persecutório, auto-referencial, místico, de prejuízo e influência), as alucinações (maioritariamente auditivas), os comportamentos bizarros (sexualidade, funcionamento social, aparência, vestuário, agitação, hostilidade, agressividade, comportamentos repetitivos e estereotipados) e as perturbações formais do pensamento (pensamento ilógico com desorganização conceptual, incoerência, distractibilidade e bloqueio, que podem chegar ao descarrilamento). Por outro lado, distinguem-se como sintomas negativos ou deficitários, o embotamento afectivo, a pobreza do

discurso e do conteúdo do pensamento, a apatia, a anedonia e o retraimento/ isolamento social. Tais sintomas podem conduzir à auto-negligência e deterioração cognitiva, nomeadamente ao nível da memória, evoluindo por vezes para quadros demenciais (Matos, Bragança & Sousa, 2003). As maneiras e aparência deterioradas são facilmente observadas ao longo da evolução do quadro patológico, influenciando o contacto social com os outros e tendo também impacto a nível laboral. Evidencia-se a falta de empenho na arrumação e higiene pessoal e, por outro lado, pouca consideração pelas normas/regras sociais o que os leva muitas vezes a condutas desadequadas ou mesmo bizarras (Matos, Bragança & Sousa, 2003). O contacto visual do esquizofrénico com as pessoas pode também encontrar-se alterado, no sentido em que este pode ser evitado ou estabelecido de forma fixa e vazia, numa atitude de ausência (Afonso, 2002). Outros transtornos comportamentais estão também associados a esta psicopatologia, por exemplo relativos à alimentação (excesso ou recusa), sexualidade (exacerbação ou redução) e agressividade, dirigida ao próprio (auto-mutilação e suicídio), e/ou aqueles que o rodeiam (Afonso, 2002).

Diferenciam-se na esquizofrenia diferentes **subtipos** ou formas desta psicopatologia, não podendo, então, esta ser vista como uma doença única, mas sim considerada no plural, já que cada um dos seus subtipos se distingue pelos seus sintomas predominantes. Nesta sequência, um doente esquizofrénico, em determinada altura da evolução da sua doença, pode apresentar aspectos clínicos que se aproximem mais

de uma forma de esquizofrenia e, noutras ocasiões, reunir critérios característicos de outra (Afonso, 2002; Maschleidt e col., 2004).

Actualmente para se proceder à classificação da esquizofrenia utilizam-se manuais de diagnóstico que visam uma classificação americana (DSM-IV-TR, 2002) ou europeia (ICD-10, 1992). No que tange à esquizofrenia, no DSM-IV-TR (figura 1) existem cinco subtipos desta psicopatologia, nomeadamente paranóide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e residual, sendo que, por outro lado, no ICD-10 (figura 2) encontram-se seis subtipos distintos da mesma perturbação, especificamente paranóide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, simples e residual.

De uma forma generalista, o subtipo de esquizofrenia mais comum é o paranóide (Afonso, 2002; Cordeiro, 2003; Kaplan & Sadock, 1981; Matos, Bragança & Sousa, 2003; Maschleidt e col., 2004), este é caracterizado pela presença de delírios, geralmente paranóides/persecutórios, de controlo ou grandeza, influência, entre outros (ciúme, místicos ou somáticos) e pela presença de alucinações, frequentemente auditivas, que surgem ao sujeito de forma ameaçadora e imperativa ou sem conteúdo verbal, mas também olfactivas ou gustativas, sensações sexuais ou outras alucinações corporais (Cordeiro, 2003; Matos, Bragança & Sousa, 2003). Os delírios, embora fragmentados e bizarros, encontram-se associados a um tema específico, sendo que, por sua vez, as alucinações se encontram relacionadas com o conteúdo das ideias delirantes. Tal pode despoletar manifestações de grande conflituosidade, raiva e agressividade associadas a uma grande

ansiedade, querelância, indiferença e cólera (Cordeiro, 2003). Estes comportamentos podem ser dirigidos ao próprio (auto-agressão e suicídio) ou predispor-lo a actos violentos dirigidos para o exterior e afectar o relacionamento interpessoal (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

Na fase aguda desta enfermidade o doente pode conseguir adaptar-se à vida diária, camuflando ideias e sentimentos absurdos, no entanto, no decorrer da sua evolução, estes sintomas tornam-se mais perturbadores, tornando o quadro clínico mais evidente, ainda que as suas funções cognitiva e afectiva se encontrem relativamente preservadas a doença evolui para uma deterioração da personalidade (Cordeiro, 2003; Kaplan & Sadock, 1981; Matos, Bragança & Sousa, 2003).

Os doentes deste subtipo são tipicamente reservados, circunspectos, tensos, cuidadosos, desconfiados, hostis e agressivos, podendo revelar comportamentos agressivos (Afonso, 2002; Kaplan & Sadock, 1981), por este motivo suspeitam que lhes querem fazer mal, auto-relacionam acontecimentos diários como dirigidos para si próprios, tentam defender-se de supostos inimigos e isolam-se progressivamente voltando-se para si próprios (Cordeiro, 2003).

O início deste quadro clínico tende a ser mais tardio (25 a 35 anos) comparativamente com os restantes subtipos (Matos, Bragança & Sousa, 2003), sendo que as evidências sugerem um melhor prognóstico, nomeadamente no que se refere ao funcionamento profissional e autonomia, apresentam uma evolução mais favorável (Cordeiro, 2003).

No que respeita à esquizofrenia desorganizada ou hebefrénica, respectivamente segundo a nomenclatura dos manuais de diagnóstico

DSM-IV-TR (2002) e ICD-10 (1992), sabe-se que esta se caracteriza por sintomas afectivos e alterações do comportamento e do pensamento e não tanto por sintomas cognitivos (Afonso, 2002; Maschleidt e col., 2004).

Este quadro clínico exprime um empobrecimento da afectividade, alternância de crises depressivas e de exaltação, humor lábil ou inapropriado, comportamento primitivo, inadaptado, extravagante e até mesmo bizarro (estereotipado) e evolui rapidamente para um estado crónico da doença, com deterioração cognitiva e negligência ao nível dos cuidados básicos (apresentação, vestuário e alimentação), (Cordeiro, 2003). Assim sendo, o doente apresenta, de modo insidioso, dificuldades de atenção e concentração, progredindo para preocupações com questões filosóficas e científicas (Matos, Bragança & Sousa, 2003). A actividade delirante e alucinatória, embora presente, não é frequente nem organizada (Afonso, 2002).

Estes doentes exibem um contacto muito pobre com a realidade e uma marcada regressão das faculdades mentais, podendo também exprimir irritabilidade associada a comportamentos agressivos e anti-sociais com eventual passagem ao acto (Afonso, 2002; Cordeiro, 2003).

As alterações do comportamento podem também ser do foro sexual, sendo que se verifica uma acentuação da libido, que conduz a sérias perturbações na esfera sexual e à promiscuidade (Cordeiro, 2003).

O subtipo hebefrénico ou desorganizado é mais frequente entre os jovens (15 a 25 anos de idade), apresentando um prognóstico mais reservado relativamente à esquizofrenia paranóide (Cordeiro, 2003).

A esquizofrenia catatónica caracteriza-se pela predominância de alterações psicomotoras que oscilam entre a completa imobilidade até à hiperactividade, passando por peculiaridades dos movimentos voluntários (Matos, Bragança & Sousa, 2003). O paciente no estado de excitação pode tornar-se destruidor e violento, podendo causar ferimentos nos outros e em si próprio ou desfalecer por exaustão (Kaplan & Sadock, 1981).

Deve ser realizado um cuidadoso diagnóstico diferencial, pois os sintomas catatónicos não são específicos da esquizofrenia, podendo ser provocados por doença cerebral, perturbações metabólicas, consumo de álcool e drogas e podem manifestar-se em perturbações do humor e em outros tipos de esquizofrenia (Matos, Bragança & Sousa, 2003; Maschleidt e col, 2004).

Este subtipo é aquele que apresenta uma incidência mais precoce, a pior forma de funcionamento social e ocupacional, bem como a evolução mais crónica (Cordeiro, 2003). Na maioria dos casos verifica-se em sujeitos com idade compreendida entre os 20 e os 30 anos, sendo que o prognóstico é o mais favorável relativamente aos restantes subtipos (Maschleidt e col, 2004).

Por sua vez, enquadram-se na esquizofrenia indiferenciada os sintomas específicos da esquizofrenia, sendo que aqui não se adequa ou satisfaz nenhum dos subtipos, por não se verificarem sintomas que os definam na sua individualidade (Kaplan & Sadock, 1981; Matos, Bragança & Sousa, 2003).

O ICD-10 (1992) considera a esquizofrenia simples, embora a sua existência seja discutível por se verificar raramente (Cordeiro, 2003). Esta desenvolve-se de forma insidiosa e progressiva, sendo caracterizada por comportamentos estranhos, empobrecimento afectivo, indiferença e apatia, incapacidade para corresponder às exigências sociais, laborais e intelectuais (Afonso, 2002; Matos, Bragança & Sousa, 2003). É visível nestes doentes a total falta de *insight*/juízo crítico, não existindo uma consciência da alteração e desagregação da personalidade, aceitando com naturalidade a ruína ao nível familiar, profissional e social (Cordeiro, 2003).

Neste subtipo raramente se observam actividade delirante ou alucinatória uma vez que os sintomas negativos/deficitários instalam-se sem serem precedidos por sintomas positivos/produzidos (Kaplan & Sadock, 1981; Matos, Bragança & Sousa, 2003).

O empobrecimento das suas capacidades torna este doente isolado, absorto, inactivo, com perda de vontade, apático e indiferente relativamente ao mundo exterior, deambulando sem destino nem objectivo, sobretudo sozinho e durante a noite (Afonso, 2002; Kaplan & Sadock, 1981; Matos, Bragança & Sousa, 2003). O contacto social mantido por este sujeito é superficial, nomeadamente com o sexo oposto (Cordeiro, 2003), podendo, no entanto, reagir com súbita cólera ao ser importunado com insistência, nomeadamente pelos membros da família (Kaplan & Sadock, 1981). Estes autores referem que o facto do doente com esquizofrenia simples deambular pelas ruas, como um vagabundo ou um vadio errante, leva a que por vezes seja acolhido por grupos

marginais e levado a cometer pequenos crimes, pode também, ocasionalmente, surgir episódios irracionais de fúria levando-o a executar crimes brutais consumados fria e isoladamente (Cordeiro, 2003).

Este subtipo surge mais frequentemente após a puberdade, evoluindo até à deterioração cognitiva definitiva (Kaplan & Sadock, 1981).

Por fim, a esquizofrenia residual caracteriza-se por ser uma forma crónica da esquizofrenia em que predominam sintomas negativos e/ou sintomas positivos atenuados, que resultam de uma progressão de um estágio inicial no qual se verificavam sintomas psicóticos produtivos para uma remissão desta sintomatologia (Cordeiro, 2003; Matos, Bragança & Sousa, 2003). Restando assim sintomas parciais e discretos que permanecem como resíduo, tais como falta de concentração e rendimento, retraimento social, falta de iniciativa própria, diminuição da afectividade e da capacidade de reacção afectiva, diminuição da capacidade de expressão verbal e não verbal que afectam a capacidade de relacionamento interpessoal do paciente afectado, bem como a sua capacidade de assegurar os cuidados pessoais (Maschleidt e col., 2004). Os mesmos autores mencionam ser frequentemente necessário garantir as necessidades básicas destes doentes, ajudá-los a estruturar a sua rotina diária, gerir/controlar o seu dinheiro, bem como organizar o seu tempo livre.

O doente esquizofrénico pode apresentar **agressividade** como consequência da sua actividade delirante, nomeadamente de prejuízo e

perseguição, e das interpretações que dela resultam, de falsos reconhecimentos do meio envolvente e em resposta a influências externas. Por outro lado, a agressividade pode ser também despoletada por alucinações auditivas, nomeadamente de carácter imperativo, insultuoso ou crítico, ou como reacção à aproximação de outras pessoas. Ambas estas causas de agressividade se verificam mais comuns no subtipo paranóide da esquizofrenia, levando o indivíduo a experimentar uma enorme angústia de destruição, medo de dissolução e de desintegração, surgindo a actividade agressiva com hiperactividade como resposta e forma de os combater (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

Um outro factor que também pode desencadear manifestações agressivas é a agitação psicomotora, caracterizada por episódios abruptos de actividade psíquica e motora, com rápida sucessão de movimentos, gestos ou impulsos, automáticos ou intencionais, que leva a que o paciente, neste estado de excitação, se possa vir a tornar destruidor e violento, potenciando assim auto ou hetero agressão.

Matos, Bragança & Sousa (2003), salientam que também uma reduzida consideração pelas normas/regras sociais demonstrada pelos esquizofrénicos pode conduzir à agressividade, reflectindo-se aqui uma faceta anti-social que conduz muitas vezes a condutas desadequadas, bizarras ou ilícitas.

O subtipo desorganizado ou hebefrénico remete para os doentes exibirem um contacto muito pobre com a realidade e uma regressão cognitiva, podendo exprimir, conseqüentemente, uma irritabilidade

associada a comportamentos agressivos e anti-sociais com eventual passagem ao acto (Afonso, 2002; Cordeiro, 2003).

Também a agressividade como um traço patológico de personalidade pode originar comportamentos violentos, sobre o próprio ou os outros, ocorrendo o período de maior risco de violência entre os primeiros 5 a 10 anos de instalação da esquizofrenia. Este tipo de comportamento verifica-se com maior frequência em doentes que não se encontram a receber tratamento e é intensificado com o abuso de drogas e álcool (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

Ainda que a maioria dos esquizofrénicos não sejam violentos e a relação entre esquizofrenia e **violência** não seja consensual, admite-se que os esquizofrénicos apresentam um risco mais elevado de enveredarem por comportamentos violentos do que as pessoas sem esta perturbação (Cordeiro, 2003).

Para além desta tendência para a violência, os esquizofrénicos apresentam ainda uma susceptibilidade para evidenciarem **comportamentos aditivos**, consumo de álcool e drogas, o que vai acentuar a agressividade vivenciada e, conseqüentemente, aumentar em quantidade e intensidade os seus actos violentos. Sabe-se que cerca de metade das pessoas com esquizofrenia apresentam co-morbilidade com abuso de substâncias, sendo esta relação maior em sujeitos de idade jovem, de género masculino, baixo nível educacional e aquando de uma fase mais precoce do episódio psicótico (Teixeira, 2002).

A adopção destes comportamentos aditivos por parte do doente surge como resultado deste pensar que os consumos lhe vão facilitar o

estabelecimento de relações interpessoais e desenvolvimento de actividades sociais, reduzir a tensão das mesmas, aumentar a sensação de felicidade, visto estar relacionado com uma busca imediata de prazer, diminuir os sintomas de depressão e ansiedade, reduzir os sintomas da doença (alucinações auditivas) e os efeitos secundários da medicação e aumentar o tempo total de sono. Outro factor associado ao abuso de substâncias é a impulsividade, verificando-se frequentemente que os esquizofrénicos apresentam dificuldade de controlo dos impulsos (Matos, Bragança & Sousa, 2003). Como possíveis consequências do consumo abusivo de álcool e drogas no doente esquizofrénico destacam-se, o aumento de sintomas positivos durante um episódio psicótico agudo, aumento do número de episódios de depressão ou, por outro lado, maior agitação e agressividade e, a longo prazo, o agravamento de outros problemas de saúde. Apesar destes consumos a curto prazo parecerem ao doente benéficos, na verdade surgem como inconvenientes e indicadores de mau prognóstico, já que potenciam evoluções desfavoráveis da doença, tais como sintomas psicóticos mais intensos, recidiva da doença, aumento do número de internamentos, pouca adesão ao tratamento, diminuição de *insight* e efeitos dos fármacos, aumento de episódios de violência, problemas legais, isolamento social, instabilidade emocional e depressão, problemas familiares, económicos, de saúde e risco de suicídio (Matos, Bragança & Sousa, 2003; Teixeira, 2002).

Por outro lado, estes autores salientam o facto do consumo, sobretudo de drogas, poder por si só precipitar ou desencadear em personalidades predispostas, um quadro psicótico, sendo que este apenas

se diferencia da etiologia não tóxica no que respeita à sua história mórbida.

Traços de personalidade agressivos e violência aliados, ou não, a consumos de substâncias, ou apenas estes, podem levar no indivíduo esquizofrénico a cometer actos ilícitos, sendo que estudos que comparam a **criminalidade** dos indivíduos esquizofrénicos com a da restante população demonstram que os primeiros apresentam um risco acrescido da prática de delitos não violentos e mesmo de crimes violentos (Hodgins, 2000). Segundo este autor, os transgressores esquizofrénicos, à semelhança da população geral transgressora, constituem um grupo heterogéneo ao nível dos transgressores criminais e aos factores a eles associados, assim sendo também os sintomas/critérios apresentados nos diferentes subtipos de esquizofrenia ditam a maior ou menor probabilidade de cometer crimes.

No que se refere ao género, observa-se que os homens esquizofrénicos cometem mais transgressões criminosas comparativamente às mulheres. Por outro lado, a idade de ocorrência das primeiras transgressões em esquizofrénicos permite identificar grupos de delinquentes com esta patologia que diferem tanto em padrões de actividade criminal como nos factores que influenciam essas transgressões. É ainda possível estabelecer uma associação entre a idade em que o doente cometeu o primeiro crime e a frequência e persistência de comportamento transgressor não violento, no sentido em que, e segundo o estudo de Hodgins e colaboradores (2000), indivíduos que iniciaram a sua actividade transgressora antes dos 18 anos e entre os 18 e

os 23 anos foram condenados por crimes não violentos, ao contrário dos que iniciaram a sua actividade transgressora em idades mais tardias (depois dos 23 anos) que apresentaram maior incidência em crimes violentos. Nesta sequência, verifica-se que é um indicador de bom prognóstico o facto da primeira transgressão ter sido cometida em idade precoce, sendo que se vem a verificar ao longo da vida destes transgressores uma diminuição da execução de crimes violentos. No entanto, esta correlação não se verifica em casos de homicídio, na medida em que este tipo de crime se encontra com maior prevalência entre indivíduos que cometeram o primeiro crime aos 30 anos (Hodgins, 2000).

Outros estudos efectuados em sistemas jurídicos mostram que os esquizofrénicos se encontram em maior risco de cometer homicídio do que a população geral, sendo que estes doentes são responsáveis por 6 a 28% dos homicídios, o que os leva a serem condenados por crimes com mais frequência (2 a 7 vezes mais) do que aqueles que não padecem de doença mental. Relativamente aos homicídios, sabe-se que o doente esquizofrénico quando os comete não efectua um aviso prévio, mostrando assim uma imprevisibilidade ao parecer tranquilo e até mesmo apático sendo que subitamente comete o crime. Como uma das possíveis causas do doente esquizofrénico cometer homicídios aponta-se o sentimento de rejeição proveniente de uma experiência traumática, em que a sensibilidade patológica do indivíduo o torna mais vulnerável aos acontecimentos stressantes de vida. Para além de tal se verificar na agressão dirigida aos outros também pode originar uma agressão dirigida

contra o próprio (suicídio), sobretudo no subtipo de esquizofrenia desorganizada (Kaplan & Sadock, 1981).

Segundo estes autores, a esquizofrenia paranóide é aquela que mais frequentemente se associa à prática de crimes violentos contra pessoas, sendo que, por este motivo, os que padecem desta patologia deverão permanecer vigiados e controlados enquanto mantêm delírios, sobretudo paranóides, de controlo ou grandeza, alucinações, sobretudo auditivas de teor ameaçador e imperativo e tensão agressiva. Outros sintomas que devem ser vigiados no sentido de prevenir actos violentos são a hostilidade e isolamento social já que podem despoletar conflitos, raiva e agressividade associados a uma grande ansiedade, querelância, indiferença e cólera. Quando estes indivíduos são internados verifica-se um abaixamento dos actos violentos a par da sintomatologia positiva (Cordeiro, 2003).

Na esquizofrenia simples o contacto social mantido é superficial, podendo o doente, no entanto, reagir com súbita cólera ao ser importunado com insistência, nomeadamente pelos membros da família. Para além disto, este doente deambula pelas ruas como um vadio (Kaplan & Sadock, 1981), o que pode levar a que cometa pequenos crimes, juntamente com grupos marginais, ou podem surgir episódios irracionais de fúria, levando-o a executar crimes violentos consumados de forma fria e isolada (Cordeiro, 2003).

Os transgressores nem sempre aparecem associadas ao consumo de substâncias, se bem que, nos indivíduos esquizofrénicos do sexo masculino, este consumo aparece muitas vezes associado à prática do

crime (Hodgins, 2000). Estudos demonstram que o consumo de drogas na infância ou adolescência aumenta muito mais o risco de criminalidade nos sujeitos com psicopatologia do que o consumo de drogas na idade adulta (Hodgins & Janson, 2002).

Outro factor que parece influenciar a criminalidade nestes indivíduos é a presença ou não de traços psicopáticos/ anti-sociais, uma vez que o melhor preditor de criminalidade entre os doentes esquizofrénicos é a pontuação global na escala de psicopatia (PCL – R – Psychopathy Checklist Revised, Hare, 1991). Esta associação acontece porque os sintomas positivos graves parecem estar associados positivamente aos traços de psicopatia, ou seja, aquando de uma aumento de sintomatologia positiva grave (fase aguda da doença) dá-se um consequente aumento de traços psicopáticos/ anti-sociais, o que, por sua vez, aumenta os comportamentos de transgressão (Hodgins, 2000).

III. PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO

A **avaliação psicológica forense**, uma das áreas de intervenção do psicólogo, nomeadamente do psicólogo forense, que é aquele que mais está habilitado para tal, surge da necessidade dos Tribunais em recorrer a conhecimentos científicos nesta área que os elucidem acerca da melhor medida a aplicar aos transgressores que padecem de anomalia psíquica, nomeadamente de esquizofrenia e que aparecem muitas vezes ligados ao sistema de Justiça.

A avaliação psicológica realizada através do exame pericial às faculdades mentais de arguidos suspeitos de sofrerem de esquizofrenia é de primordial importância na determinação do grau de imputabilidade para o crime praticado. Neste sentido, o perito psiquiatra é chamado para avaliar e se pronunciar acerca das capacidades/competências do doente, bem como acerca da sua possível inimputabilidade, efectuando um relatório pericial ao abrigo do Art. 159º do C.P.P (Perícia médico-legal e psiquiátrica), (Almeida & Vialonga, 2006). O psicólogo pode, nestes casos, intervir a pedido do psiquiatra no sentido de esclarecer o diagnóstico e se pronunciar acerca das capacidades cognitivas e traços de personalidade do sujeito.

A atribuição de perigosidade ao delincente em razão da sua anomalia psíquica leva a que seja designado inimputável, devido a ser incapaz, no momento do acto por si praticado, de avaliar a sua ilicitude ou de se determinar de acordo com essa avaliação (Art. 20º do C.P.P), (Almeida & Vialonga, 2006). Desta forma, com a atribuição do estatuto de inimputáveis, a estes doentes é retirada a responsabilidade criminal pelo acto ilícito praticado (Matos, Bragança & Sousa, 2003) e, segundo o n.º 1 do artigo 91.º, é dada a possibilidade de efectuarem tratamento psiquiátrico em estabelecimento próprio para o efeito (estabelecimento de cura, tratamento ou segurança), (Almeida & Vialonga, 2006; Antunes, 2002), sendo atribuída uma medida de internamento de segurança, alternativa à pena de prisão (Cordeiro, 2003). Por outro lado, em alguns casos, dependendo da capacidade de apreciação do carácter ilícito dos comportamentos e da liberdade de agir, pode ser atribuída ao doente a

diminuição da responsabilidade criminal, logo atenuação da imputabilidade (Cordeiro, 2003; Polónio, 1975). A este estatuto corresponde uma pena atenuada, considerando-se que o sujeito não é passível de um tão severo juízo de reprovação e que, portanto, sendo a sua culpa menor, a pena, devendo corresponder-lhe, será também menos gravosa.

Para além desta intervenção complementar do psicólogo aquando da perícia médico-legal e psiquiátrica, a sua responsabilidade como perito pode ser total, ao abrigo do Art. 160º do C.P.P , sendo com este solicitada a elaboração da perícia sobre a personalidade, na qual o psicólogo se deverá pronunciar acerca desta, da perigosidade e socialização do arguido (Almeida & Vialonga, 2006).

De notar que nem sempre o doente esquizofrénico surge no sistema de justiça no âmbito de direito penal, podendo também aparecer como sujeito de avaliação da capacidade de gerir os seus bens e a si próprio (inabilitação/ interdição – Direito Civil), como sujeito capaz de assegurar o bem-estar dos menores à sua guarda (regulação ou alteração da regulação do exercício do poder paternal – Direito de Família e Menores) e como sujeito capaz de assegurar o desempenho das suas funções laborais (Direito de trabalho ou administrativo).

Quanto à intervenção do psicólogo em medidas de **prevenção** ou de carácter profilático na esquizofrenia, sabe-se que, de forma generalista, estas devem incidir na diminuição ou supressão dos factores de risco desta patologia (Cordeiro, 2003). Estas medidas de intervenção exercem-se em três níveis distintos de actuação, nomeadamente: 1)

prevenção primária, a qual visa diminuir a incidência de determinada doença, eliminando os seus agentes causadores, reduzindo os factores de risco, aumentando as resistências da população ou interferindo com a transmissão da doença, no caso da esquizofrenia as medidas adoptadas apenas podem ser genéricas no sentido da promoção de saúde mental, sobretudo ao nível do aconselhamento genético aos indivíduos portadores da doença ou actuando através de medidas terapêuticas (farmacológicas e/ou psicoterapêuticas) ou ainda tentando diminuir os factores stressantes precipitadores das manifestações clínicas da doença; 2) prevenção secundária, tem por objectivo actuar ao nível do **tratamento** precoce, tendo em vista a redução da prevalência da doença, a prevenção para a recidiva ou agudização da doença, assim, é importante informar e educar os doentes e seus familiares acerca dos sintomas que conduzem ao agravamento do quadro clínico ou que prevejam o aparecimento do mesmo, facilitando uma intervenção precoce, no fundo o tratamento pretende limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia, normalizar o comportamento; 3) prevenção terciária, é entendida, por sua vez, como o conjunto de disposições que permitem diminuir os défices residuais e a incapacitação provocados pela doença, sendo aqui o objectivo conseguir, através de medidas reabilitativas, que o doente alcance o nível máximo de desempenho compatível com os défices provocados pela própria doença (Matos, Bragança & Sousa, 2003). A prevenção terciária corresponde, desta forma, ao tratamento reabilitativo ou **reabilitação** do doente esquizofrénico, podendo este tomar duas formas distintas,

especificamente em ambulatório ou internamento hospitalar. O primeiro é possível sempre que o doente possa ser mantido em liberdade e aceite as condições fixadas pelo psiquiatra para o tratamento, mantendo consultas/acompanhamento com uma periodicidade pré-determinada, evitando assim a estigmatização, o traumatismo do doente internado, a desinserção sócio-familiar e diminuição dos custos do tratamento (Cordeiro, 2003). Por outro lado, o internamento é indicado para os doentes que não conseguem manter uma atitude social adequada ou que coloquem em risco a sua integridade física ou de terceiros (Matos, Bragança & Sousa, 2003), sendo ainda indicado para casos em que é difícil estabelecer um diagnóstico diferencial ou que existe a dificuldade de realizar exames complementares de diagnóstico (Afonso, 2002).

Podem-se distinguir duas formas de internamento, o compulsivo e o de segurança. O primeiro é interposto por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave que crie, por força da mesma, uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheio, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico (Almeida & Vialonga, 2006). Por outro lado, o internamento de segurança interposto por decisão judicial sob a forma de **medida de segurança**, tem lugar em delinquentes considerados criminalmente perigosos, em razão da sua anomalia psíquica (Polónio, 1975), visto se presumir que estes não são capazes de avaliar o carácter permitido ou proibido do referido acto (Matos, Bragança & Sousa, 2003), e por se julgar provável a repetição de factos semelhantes no mesmo estado de doença (Cordeiro, 2003).

Tentar estabelecer para as medidas de segurança um regime de algum modo paralelo ao das penas é ignorar que, quer nos seus fundamentos quer nas suas finalidades, há entre as duas realidades profundas divergências, a requerer tratamento diferente. As medidas de segurança não constituem directamente resposta a um facto ilícito praticado, mas tão só a uma perigosidade de que esse facto pode ser indício. Portanto, como refere o artigo 40.º/3 do Código Penal, para portadores de anomalia psíquica, não se estabelece uma correspondência entre a medida de segurança e a gravidade do facto praticado mas sim com a perigosidade do agente, quando se estabelece relação com a gravidade é no sentido de a considerar na ponderação da perigosidade.

Aos inimputáveis são aplicadas medidas de segurança, nomeadamente o internamento quando a perigosidade e as exigências de defesa social o imponham (Almeida, 2004). Segundo a mesma autora, estas medidas têm como principal motivação a protecção dos direitos e dignidade do doente mental. Os objectivos são o tratamento do doente mental e a defesa social face ao perigo de lesão de interesses protegidos, mas também razões de tranquilidade social e de tutela de confiança, ou mesmo, em última análise, satisfazer o natural desejo de vingança que existe na colectividade. Por este motivo é sabido que muitos inimputáveis permanecem, para além do que seria necessário, nas unidades onde foram internados, pois mais do que tratá-los, há, por vezes, a preocupação de dar resposta aos receios da população e eliminar um suposto perigo. Além disso, é também frequente que ao fim de alguns anos de internamento em que perderam contacto com a família e toda a

realidade exterior, e por incapacidade social para reinserir esses indivíduos, a permanência nos hospitais seja a única alternativa viável. Segundo a Constituição isto não seria possível, pois o artigo 30.º/1 proíbe as medidas de segurança privativas de liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida. Estas, segundo o n.º2 do mesmo artigo e o artigo 92.º/3 do Código Penal, podem ser prorrogadas por períodos sucessivos enquanto se verificar a perigosidade baseada na anomalia psíquica. Para além do internamento, existe ainda a possibilidade de cumprir tratamento em regime aberto e mesmo a liberdade para prova, configurada no artigo 94.º/1 e 95.º/1, desde que determinado judicialmente. O internamento deve ser o último recurso, face a um tratamento impossível em meio aberto e/ou elevado risco de cometimento de actos criminosos graves. Contudo, aquando destes internamentos encontra-se vigente uma necessidade de recorrer a uma intervenção terapêutica, podendo esta tomar variadas formas, nomeadamente ao nível farmacológico, social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar ou ocupacional (Afonso, 2003).

A administração de fármacos, especificamente anti-psicóticos, pretende diminuir ou eliminar os sintomas positivos experimentados pelo doente esquizofrénico, ajudando-o a tornar-se mais organizado nos pensamentos e no seu modo de comunicar com os outros, eliminar sintomas negativos como o isolamento e a dificuldade em tomar decisões e prevenir o retorno de sintomas quando a dose adequada é mantida. Em suma, os anti-psicóticos ajudam a ter um melhor contacto com a realidade, a mostrar-se mais motivado para a vida e a estabelecer um

melhor relacionamento interpessoal, melhorando a qualidade de vida do doente. A doença mental crónica necessita de permanente tratamento farmacológico, é este que permite sua permanência na comunidade, sendo assim, é importante que a equipa técnica promova junto da doente a consciência desta necessidade e a auto-administração da medicação, isto porque, estes doentes apresentam grandes resistências às suas tomas, quer pelo que simboliza quer pelos seus efeitos. Salienta-se que as recidivas e hospitalizações se devem, muitas vezes, ao abandono da medicação. No entanto, nem sempre se verificam melhorias significativas, sendo necessário o complemento de outras abordagens terapêuticas após a estabilização do quadro clínico (redução de sintomas psicóticos positivos), (Cordeiro, 2003).

A psicoterapia pode ser utilizada como tratamento psicológico, complementar ao farmacológico, tendo o objectivo de ajudar o doente a elaborar e integrar a sua experiência psicótica, para tal envolve conversas programadas com regularidade entre o doente e o técnico. Existem várias abordagens psicoterapêuticas, individuais, familiares ou grupais, utilizadas no tratamento da esquizofrenia sendo que as psicoterapias dinâmicas revelam-se pouco eficazes ao contrário de técnicas cognitivo-comportamentais que revelam algum sucesso no tratamento dos sintomas positivos da doença, nomeadamente ideias delirantes e alucinações auditivas, reduzindo-se assim o sofrimento associado à experiência psicótica (Afonso, 2003).

Este autor refere que a intervenção individual tem por objectivo focar problemas, experiências, pensamentos ou sentimentos através da

partilha de vivências pessoais do doente com o técnico. Pretende-se que o paciente aprofunde o conhecimento de si próprio e dos seus problemas, aprenda a identificar sinais de aviso de problemas, fortaleça e promova a parte saudável da personalidade e aumente a auto-estima e a capacidade de auto-afirmação.

Por sua vez, a intervenção familiar parece também revelar-se importante na medida em que estudos demonstraram que um nível elevado de emotividade expressa das famílias conduz a um aumento do número de recaídas dos doentes, devendo esta intervenção familiar ir no sentido da redução destes factores. A emoção expressa negativa caracteriza-se pela ocorrência frequente de comentários críticos, tanto nos conteúdos como nos aspectos vocais, por uma hostilidade manifesta num criticismo generalizado e em observações de rejeição e por um superenvolvimento emocional (Aves, 2001). São então criados vários programas de intervenção familiar com abordagem psicoeducativa, abrangendo aspectos relacionados com a educação e conhecimento da própria doença e seu tratamento, envolvendo os elementos familiares e promovendo uma melhor comunicação entre estes, bem como muni-los de estratégias de *coping* mais adequadas e eficazes. A experiência tem mostrado que quando existem vínculos familiares a intervenção deve ir no sentido de os reforçar, construindo alternativas de residência junto da família que não dispensem responsabilidade desta no cuidar, mas também não a sobrecarreguem, nem deixem sem suporte.

A terapia de grupo pretende, por sua vez, encorajar os seus participantes a interagir e a partilhar os seus problemas com os outros,

podendo este ser um importante passo na aprendizagem de competências de relacionamento e aptidões sociais.

Uma das técnicas utilizadas no tratamento da esquizofrenia é o treino de aptidões sociais que tem por objectivo melhorar o comportamento do doente no seu relacionamento com outros a nível social, familiar ou profissional, nomeadamente utilizando instrumentos como filmes, material psicoeducativo e métodos comportamentais como o reforço positivo (Afonso, 2003).

Como objectivos primordiais de qualquer tratamento efectuado com um doente esquizofrénico encontram-se: a) permitir uma reinserção e integração social do doente; b) diminuir as incapacidades resultantes da própria doença; c) diminuir o número de recaídas e internamentos hospitalares; d) proporcionar uma maior autonomia socioeconómica; e) melhorar o desempenho dos papéis sociais; f) melhorar a qualidade de vida do doente e o grau de auto-satisfação (Afonso, 2003).

O autor considera que o processo de reabilitação deve ser contínuo e individualizado, devendo ser criados projectos de vida pessoais tendo em conta características particulares de cada caso clínico e dentro deste contexto terapêutico deve ser atribuído ao indivíduo um papel activo no tratamento da sua doença.

Durante este processo devem ser utilizadas técnicas que visem aprender ou reaprender competências em áreas diversas que no seu conjunto possibilitem a reabilitação psicossocial. Estas incluem a reabilitação social, familiar, vocacional, profissional e residencial (Afonso, 2003). Para este efeito existem disponíveis algumas estruturas

terapêuticas e de apoio, como serviços de reabilitação profissional, estruturas de apoio residencial, suportes comunitários de longa duração, empresas de inserção, entre outras (Fazenda, 2008).

A reabilitação psicossocial pressupõe ajudar o doente mental a ganhar um maior controlo sobre a sua vida e, nesse sentido, enfatiza os conceitos de empowerment e recovery como constituintes deste processo. O conceito de *empowerment* ou capacitação refere-se ao aumento das competências, recursos, participação e poder daqueles que são marginalizados e discriminados na sociedade e sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos, pretende-se essencialmente fortalecer a sua autonomia e responsabilidade. Os próprios indivíduos são vistos como agentes activos do seu próprio processo de mudança. Este processo de mudança pode ser definido por *recovery*, este é um conceito que corresponde a essa visão pessoal do seu próprio caminho para a recuperação em relação à doença mental e ao estigma. O *recovery* é um processo pessoal de crescimento, descoberta e mudança de atitudes, sentimentos e valores, papéis e competências, para levar uma vida satisfatória, útil e com esperança. Não implica necessariamente uma cura, pois recuperar de uma doença mental é mais do que recuperar da doença somente, é recuperar do estigma que foi interiorizado, dos efeitos secundários dos tratamentos, da falta de autodeterminação e de acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades. O *recovery* não muda a realidade que é ter uma perturbação mental mas a forma de encarar e lidar com a mesma. O *recovery* é possível através de um processo de fortalecimento pessoal, de

controlo sobre as decisões importantes para a vida de cada pessoa, na sua participação na vida da comunidade e através do desempenho de papéis educacionais, profissionais ou familiares relevantes (Ahern & Fisher, 1999; citado por Ornelas, 2007). Este é um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interacções entre os indivíduos e os contextos envolventes (Duarte, 2007). O acesso aos recursos disponíveis na comunidade é uma condição fundamental para garantir uma melhoria nas condições de vida concretas dos doentes mentais, bem como uma oportunidade para a diversificação, alargamento e fortalecimento das redes de suporte social (Chamberlin & Rogers, 1990; citado por Duarte, 2007). Por outro lado, a interacção das pessoas com experiência de doença mental nos contextos comunitários ajuda a combater os mitos relativos à doença mental e a tornar a comunidade mais receptiva e inclusiva (Kloos, 2005; citado por Duarte, 2007).

O *empowerment* sofre influência de outros movimentos, como o de reconceptualização que considera o cliente sujeito e não objecto da intervenção, ele é construtor e transformador do mundo e de si mesmo; a democracia participativa, que implica o envolvimento directo e activo na tomada de decisões que dizem respeito à comunidade, o que proporciona maior responsabilização das pessoas e grupos e aumenta o sentimento de pertença e coesão; os movimentos de auto-ajuda, que acentuam as ideias de auto-estima, confiança nas capacidades internas dos indivíduos,

valorização das redes de suporte e autonomia em relação aos técnicos (Pinto, 1998).

De acordo com esta autora, os conceitos-chave do empowerment são: 1) *advocacy*: defesa ou representação dos interesses e direitos do cliente ou grupos excluídos ou diminuídos em poder; 2) suspensão da descrença nas capacidades dos indivíduos e dos grupos, ou seja, evitar as avaliações negativas e a infantilização do cliente; 3) validação: reconhecimento das capacidades de expressão das necessidades e interesses dos indivíduos por si mesmos e partir daí para qualquer processo de ajuda, conceptualização do cliente como recurso, como agente activo de mudança; 4) comunidade: o *empowerment* individual pressupõe evolução para o *empowerment* colectivo de um grupo ou de uma comunidade; 5) sinergia: este movimento assenta em relacionamentos sinérgicos, isto é, uma parceria em que cada parceiro coloca uma contribuição para um fim comum.

Pode-se referir cinco dimensões da prática do *empowerment*: pessoal, social, educacional, económica e política e definir três tipos de poder com elas relacionado: poder pessoal (realizar as aspirações pessoais), poder interpessoal (interagir com outras pessoas) e poder político (influenciar a distribuição social do poder). Para a prática do *empowerment* é possível definir alguns princípios orientadores: 1º) estabelecer uma relação de parceria com base na igualdade; 2º) contextualizar sempre a situação individual no meio envolvente; 3º) centrar o processo na expansão das capacidades e recursos do cliente e do seu meio; 4º) respeitar o ritmo do indivíduo ou do grupo e manter a

continuidade do processo; 5º) basear as acções sempre nas preferências e necessidades expressas pelas pessoas, grupos ou comunidades; 6º) incentivar sempre a participação activa dos doentes em todas as decisões e acções. Relativamente ao processo é preciso ter em conta que exige tempo e oportunidades para exercitar capacidades e direitos e fazer uma aprendizagem de novas atitudes. Nesse sentido é desenvolvido segundo quatro fases: 1) a fase da tomada de consciência pelos indivíduos ou grupos da sua situação de exclusão e falta de poder; 2) a fase da identificação com outros indivíduos ou grupos em situação semelhante; 3) a fase do levantamento de competências e recursos necessários para maior controlo das suas vidas; 4) a fase da decisão de agir em áreas concretas (Pinto, 1998).

Na prática da saúde mental comunitária a participação dos utentes e famílias é crucial, incluir a sua visão é para os profissionais não só uma questão de direitos, mas também uma garantia de que os serviços correspondem melhor às necessidades reais dos indivíduos e, por outro lado, contribui para a diminuição da exclusão social e estigma associado à doença mental. O apoio familiar é já reconhecido como sendo uma colaboração no tratamento e reabilitação do doente mental e não como causa da perturbação (famílias patogénicas), por outro lado também se reconhece a dificuldade ou sobrecarga para a família quando tem a seu cargo um doente mental e, nesse sentido, salienta-se a importância de constituir um sistema de suporte e apoio familiar paralelamente aos cuidados aos doente. Esta abordagem deve ter em conta o respeito pelas características de cada membro da família e compreensão pela sobrecarga

em termos de cuidados prestados ao doente e emocional pelo convívio com este, deste modo torna-se essencial diminuir as emoções negativas expressas na família, como o sentimento de culpa, bem como prevenir o risco de frustração e desencorajamento; o relacionamento deve ser baseado na igualdade, na colaboração, esta aliança terapêutica com a família procura também prevenir recaídas dos doentes, consolidando a sua reabilitação e reintegração familiar e na sociedade, evitando assim situações de isolamento social; deve-se promover o *empowerment* da família através da informação (abordagem psicoeducacional), formação e actividades em parceria; o desenvolvimento de competências de comunicação, negociação, resolução de problemas e construção de consensos em situações de conflito. É preciso quebrar hábitos de protecção e controlo, encarar estratégias de autonomia, participar, com outros grupos da sociedade, numa política emancipadora na procura de uma melhor qualidade de vida. O trabalho individual com cada família pode ser alargado a um grupo de ajuda com diversas famílias, promovendo o aumento e consolidação da rede de suporte social através do estabelecimento de uma nova rede de pertença baseada em problemas comuns, experiências partilhadas e estratégias conjuntas de criação de recursos (Fazenda, 2008).

A mesma autora defende que o processo de reabilitação do doente mental implica uma vertente individual e outra social, visto que incide na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e relacionais, bem como na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes. A abordagem biopsicossocial

realça a importância dos factores psicológicos e sociais como determinantes da doença mental e como instrumentos reabilitativos para a recuperação do doente, daí a designação de reabilitação psicossocial. Pretende-se que o doente seja sujeito a tratamento e reabilitação e que se promova a reinserção na comunidade, sendo que essa transição querer formas de intervenção que sejam facilitadoras dessa passagem de um meio protegido para um ambiente aberto, estas podem consistir em unidades de dia, residências de transição que preparam o indivíduo para a vida na comunidade.

Segundo Fazenda (2008), as respostas desejáveis para a reabilitação psicossocial são: 1) residências protegidas, situadas em edifícios de habitação comum, de pequena dimensão, de forma a criar um ambiente semelhante ao meio familiar; 2) centros comunitários para socialização, treino de competências sociais e promoção da integração social; 3) serviços de orientação, formação e reabilitação profissional; 4) sistemas de emprego apoiado e apoios à contratação no mercado de trabalho; 5) cooperativas ou empresas de inserção; 6) serviços de apoio domiciliário associados a respostas habitacionais independentes e individualizadas; 7) grupos de auto-ajuda para promoção de autonomia e empowerment; 8) grupos psicoeducacionais para doentes e famílias; 9) linhas telefónicas SOS.

Nos serviços orientados para o *recovery* e baseados na teoria do *empowerment*, o conhecimento, a experiência e os interesses dos consumidores e suas famílias são valorizados, verificando-se um equilíbrio de poder na sua relação com os profissionais à medida que se

tornam participantes activos no planeamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas. O *empowerment* critica atitudes paternalistas, de protecção excessiva e de tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais, visto que o seu objectivo é a autonomia e a participação a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspectiva de parceria. Nesse sentido, parece que o modelo da comunidade terapêutica é o que mais se aproxima deste movimento. Esta nova perspectiva reabilitativa centra a sua intervenção no tratamento através das interacções normais duma vida em comunidade. Maxwell Jones considera a comunidade terapêutica como o método da “readaptação social” e explica a sua importância através do conceito de “aprendizagem social”. O termo de readaptação social foi utilizado em psiquiatria como uma forma de terapia que tem como objectivo ajudar o doente a assumir um papel social óptimo, nos limites das suas capacidades e das suas potencialidades, através da aprendizagem social (Fazenda, 2008).

Segundo Jones, a comunidade terapêutica apresenta quatro características fundamentais: 1) democratização, 2) permissividade, 3) comunidade de intenções e de fins e 4) confronto com a realidade. Apresenta também características como, a liberdade de comunicação e a análise da dinâmica interpessoal de tudo o que acontece na comunidade; a abolição das relações de autoridade e poder tradicionais; a promoção de situações de reeducação social quer espontâneas quer estruturadas; e ainda a existência de uma reunião diária entre todos os que pertencem à comunidade (doentes e técnicos).

Um contexto residencial implica em doentes mentais crónicos uma supervisão, pois estes doentes apresentam dificuldades em lidar com as tensões quotidianas inerentes à rotina diária da casa, podem comprometer a toma da medicação, a alimentação, criando as condições para a surgimento de recidivas. Na relação custo-eficácia, a experiência noutros países mostra que os dispositivos residenciais não são necessariamente mais caros que os serviços hospitalares tradicionais, podem até ser mais baratos, apresentam maior qualidade e eficácia reabilitativa (Alves, 2001).

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO REABILITATIVO DO DOENTE MENTAL INIMPUTÁVEL

Pertinência do programa

Apesar de, segundo a Constituição, não serem possíveis medidas de segurança privativas de liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida, é sabido que muitos inimputáveis permanecem, para além do que seria necessário, nas unidades onde foram internados, pois mais do que tratá-los e reinseri-los socialmente, há, por vezes, a preocupação de dar resposta aos receios da população e eliminar um suposto perigo. Além disso, é também frequente que ao fim de alguns anos de internamento em que perderam contacto com a família e toda a realidade exterior, e por incapacidade social para reinserir esses indivíduos, a permanência nos hospitais seja a única alternativa viável. Esta foi a realidade observada durante o estágio académico realizado no

Hospital Miguel Bombarda, mais propriamente na Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense que acolhe inimputáveis perigosos em cumprimento de medida de internamento de segurança. Existe uma preocupação dos técnicos em responder clínica e socialmente às necessidades dos doentes e, mais recentemente, o trabalho estendeu-se também às famílias, mas a falta de estruturas comunitárias de suporte e apoio a este processo dificulta e lentifica o percurso. Por outro lado, sendo este Hospital a única instituição em Lisboa a receber doentes em cumprimento de medida de internamento de segurança, não consegue dar resposta às necessidades dos mesmos. Considero importante traduzir na prática o que é defendido na abordagem da Psiquiatria comunitária e nos pressupostos da reabilitação psicossocial, bem como nos princípios da comunidade terapêutica, nomeadamente ajudar o doente mental a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário e garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitam, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde vivem e promover a reabilitação e a integração social, em articulação com outros serviços da comunidade. Esta perspectiva de intervenção tem sido utilizada com populações de toxicodependentes e mesmo doentes mentais, mas não com doentes mentais inimputáveis, que não são mais que vítimas de doença mental e que por força da mesma cometeram um acto considerado no Código penal como crime. Neste sentido, proponho e desenvolvo um programa de intervenção reabilitativo em comunidade terapêutica, na área da saúde mental, com inimputáveis em razão de anomalia psíquica, devido às suas

características particulares e dupla problemática (doença mental e crime). Acredito que tendo um ambiente de apoio e uma medicação apropriada, um tratamento e um incentivo, é possível que os doentes esquizofrénicos se tornem membros integrados e produtivos da comunidade.

Caracterização da comunidade terapêutica

A comunidade terapêutica é uma estrutura residencial que centra a sua intervenção no tratamento através das interações normais duma vida em comunidade, conta com apoio especializado (médico, psicológico e social) e presta serviços de acolhimento e ajuda no processo de reabilitação psicossocial de doentes mentais inimputáveis que se encontram em cumprimento de medida de segurança. Este processo é contínuo e individualizado e é atribuído ao indivíduo um papel activo no tratamento da sua doença. Durante este processo devem ser utilizadas técnicas que visem aprender ou reaprender competências em áreas diversas, como a reabilitação social, familiar, vocacional, profissional e residencial. Os serviços prestados estão orientados para o *recovery* e baseiam-se na teoria do *empowerment*, nesse sentido, o conhecimento, a experiência e os interesses dos utentes e suas famílias são valorizados, verificando-se uma participação a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspectiva de parceria, tendo como finalidade a autonomia.

Objectivos gerais

Este programa de intervenção tem como principal objectivo melhorar a qualidade de vida dos doentes mentais e o grau de auto-satisfação geral com a vida. Mais concretamente pretende fazer a transição dos doentes entre a vida no hospital e a vida na comunidade (desinstitucionalizar e promover a reabilitação clínica e reinserção e integração social do doente); diminuir o número de recaídas e internamentos (prevenção da recidiva da doença e a reincidência no crime); diminuir os custos dos cuidados de saúde; reduzir o estigma e exclusão social associado à doença mental; promover o acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades.

Objectivos específicos

A intervenção desenvolvida na comunidade terapêutica tem objectivos específicos nos quais se destaca o desenvolvimento de planos ou projectos individuais de vida. Outros objectivos guiam também o trabalho desenvolvido com os utentes, tais como, diminuir as incapacidades resultantes da própria doença, ou seja, a deterioração física, psicológica e social dos doentes; contribuir para o crescimento, fortalecimento e redescoberta pessoal (*recovery*), através da promoção de processos de *empowerment*, autonomia, responsabilidade, auto-determinação e capacidade de decisão da pessoa com doença mental; disponibilizar condições que permitam ao indivíduo continuar activo e capaz de desempenhar um papel social na família e na comunidade, nos limites das suas capacidades e das suas potencialidades, no sentido de desenvolver um acompanhamento psicológico individual e familiar;

promover a formação académica e/ou profissional; proceder à reinserção no mercado de trabalho; aumentar o acesso e a utilização dos recursos da comunidade local, promover a participação social, ou seja, desenvolver contactos e relações interpessoais, reintegrando socialmente o doente na comunidade, a nível habitacional/residencial.

Esta comunidade terapêutica tem como objectivo proporcionar ao residente condições para reestruturar a sua personalidade, permitindo que este reencontre a sua vida e crie ou recrie projectos. Pretende-se que o sujeito aprenda a resolver conflitos consigo e com os outros; se torne, tanto quanto possível, autónomo em relação à sua família; aprenda também a ser capaz de estar só, mesmo interagindo com os outros; crie relações estruturantes, sem ficar dependente; e seja capaz de se organizar no concretizar dos seus projectos. É importante que o residente encontre nesta comunidade, espaço para se descobrir, física e psiquicamente, no que diz respeito às suas capacidades e limitações; aprenda a controlar-se e aperfeiçoar-se; descubra a relação com os outros; e encontre o interesse e a satisfação pelo trabalho.

A perspectiva deste projecto é de ajuda, no sentido de reabilitar clinicamente e, de incentivo à transformação interior e por consequência uma melhor integração e adaptação social. Por conseguinte, para que estes objectivos sejam alcançados, o trabalho é realizado em equipa multidisciplinar e são utilizados os seguintes meios terapêuticos: vida comunitária (com o objectivo de alcançar o prazer de comunicar, de partilhar, de ajudar e de se sentir reconhecido); abordagem psicoterapêutica (para permitir o reencontro consigo próprio, a

descoberta do seu mundo intra-psíquico e da sua vida de relação com o outro); lazer (possibilita a diferenciação, a escolha e também o gratuito e o divertimento); formação e/ou trabalho (serve para criar ou recuperar a confiança nas próprias capacidades).

População destinatária (critérios de inclusão)

Este programa destina-se a inimputáveis em razão de anomalia psíquica, nomeadamente esquizofrenia, que estejam em cumprimento de medida de internamento de segurança na Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense do Hospital Miguel Bombarda e que tenham ainda por cumprir pelo menos cinco anos de medida. A comunidade terapêutica tem capacidade para dez indivíduos do género masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 35, cuja residência seja na área metropolitana de Lisboa. Pretende-se indivíduos que tenham potencial significativo para o funcionamento autónomo, sem patologias associadas à doença mental em causa, nomeadamente toxicod dependência.

Metodologias e procedimentos

1ª Fase - Triagem dos utentes para realização do programa.

Esta fase consiste na selecção dos futuros utentes da comunidade terapêutica, os doentes encontram-se em cumprimento de medida de internamento de segurança na Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense do Hospital Miguel Bombarda e para ingressarem no programa devem preencher os requisitos da população ao qual o programa se destina. Este processo deve ocorrer num espaço de um mês, em duas

reuniões com o candidato e outras duas reuniões com a família do doente e na sua presença, no sentido de conhecer o doente e sua família, identificar as principais necessidades, potencialidades e limitações e motivá-los para o programa de intervenção, apresentando o programa e a comunidade terapêutica (objectivos, regras de funcionamento, processos terapêuticos). Esta fase termina com o consentimento e adesão do doente e família ao processo reabilitativo.

2ª Fase - Elaboração de contrato de adesão ao programa e ingresso e adaptação dos doentes na comunidade terapêutica.

Nesta fase são relembrados todos os pressupostos do programa, regras de funcionamento da comunidade, bem como os direitos e deveres do utente e elaborado um contrato de adesão que atesta o consentimento, motivação e empenho do doente e família no programa reabilitativo. A família deve, portanto, estar presente, não só para testemunhar este acto, bem como para ser motivada a participar no processo reabilitativo e confirmar a sua cooperação. Posteriormente, é efectuada uma apresentação das instalações por parte de um outro residente, o utente é convidado a instalar-se na comunidade e de forma a promover a sua integração este é recebido e apresentado em reunião comunitária aos outros utentes e técnicos da comunidade terapêutica, nomeadamente àquele que será o seu psicólogo.

Com o objectivo de fomentar a adaptação ao funcionamento da comunidade e aos próprios técnicos e outros residentes, o utente durante esta fase começa por acompanhar os restantes residentes no desenvolver

das tarefas de funcionamento e manutenção da casa e gradualmente passa a desempenhar todas as funções que lhe forem distribuídas semanalmente em reunião comunitária.

O utente deve nos primeiros dias comparecer a uma consulta conjunta com o psiquiatra e enfermeiro para uma avaliação do estado clínico e elaboração do plano medicamentoso, tendo como obrigação a toma da respectiva medicação.

É também efectuada pelo psicólogo responsável pelo doente uma avaliação psicológica, afim de perceber e avaliar o funcionamento mental do novo utente e poder ter informação que permita o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica e apreciação da evolução clínica.

Nesta fase para além da participação do utente em todas as reuniões comunitárias e gerais, com este é realizado uma intervenção psicopedagógica sob a forma de dinâmicas de grupo, com o intuito de desenvolver conhecimento sobre a doença, seu tratamento e características, nomeadamente promover a consciência da necessidade da toma da medicação e auto-administração e orientar no que respeita aos cuidados básicos de higiene e segurança, regras e normas de convívio, entre outros assuntos.

Como principal objectivo desta fase salienta-se que se pretende que o indivíduo perceba a necessidade de integrar o projecto terapêutico e se identifique com os restantes residentes em situação e com vivências semelhantes.

Esta etapa deve ter uma duração média de dois meses e neste período de tempo não serão permitidas visitas nem saídas da comunidade, apenas contactos telefónicos ou através de correspondência.

3ª Fase - Planeamento e elaboração de projecto individual de vida.

Numa terceira etapa do programa é planeado e elaborado um projecto individual de vida. O planeamento deve ser desenvolvido em três meses, com três reuniões individuais por semana com os vários técnicos, no sentido de melhor conhecer, solidificar e tornar viáveis os interesses e aspirações do utente e reuniões quinzenais com a família, com a finalidade de obter apoio e suporte na realização do projecto. Este plano culmina com a elaboração do projecto, que deve conter informação sobre o objectivo de participação do doente neste programa, as suas expectativas acerca do mesmo e, mais concretamente, os objectivos pessoais, nomeadamente no que concerne à aquisição de competências a nível afectivo, emocional, cognitivo e comportamental, sobre objectivos sociais e familiares, no que respeita à relação com o outro de uma forma geral e com os membros da família em particular, nomeadamente a sua capacidade de comunicar e solucionar problemas, desenvolver competências parentais e, por último, sobre aspirações académicas e/ou profissionais, tendo em conta interesses, capacidades e limitações.

Cada técnico deve durante esta fase reunir-se com o utente e família com a finalidade de planear os aspectos relativos à sua área de intervenção, tentando simultaneamente criar uma relação terapêutica de confiança e cooperação.

Durante esta fase sobretudo o utente, mas também a sua família devem ser motivados para o desenvolvimento do projecto e, nesse sentido, as visitas são permitidas ao contrário das saídas da comunidade superiores a vinte e quatro horas. As saídas inferiores a este tempo são permitidas desde que realizadas na presença de um técnico e sempre que se verifiquem pertinentes, nomeadamente para compra de bens pessoais e saídas com objectivos terapêuticos, por exemplo com o intuito de promover a participação social dos utentes na comunidade local.

4ª Fase - Desenvolvimento do projecto individual de vida.

Nesta fase é posto em prática aquilo que foi planeado e elaborado no projecto de vida do utente, assim sendo, é efectuado um acompanhamento psicológico individual, com periodicidade semanal, treino de aptidões sociais quinzenalmente, bem como um acompanhamento psicoeducativo e psicossocial com a família do utente e na sua presença, também este quinzenalmente. A família de cada utente é motivada a participar no grupo de ajuda, composto por todas as famílias dos utentes, que se realiza na ausência destes e mensalmente.

No que respeita ao percurso académico é realizado em âmbito escolar ou formação profissional e quando concluída a formação procede-se à integração no mercado de trabalho do utente qualificado e sempre que possível esta integração pode ser feita de forma imediata.

No sentido de impulsionar uma melhor integração social deve-se promover a participação dos utentes a nível da comunidade local, facilitando o acesso aos recursos existentes (comércio, equipamentos

desportivos, culturais e de lazer, autarquia, serviços sociais), proporcionando oportunidades para a diversificação e aumento das redes sociais, no sentido de prevenir o seu isolamento, reduzir o estigma e exclusão social associado à doença mental e promover o acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades.

No âmbito do desenvolvimento de competências pessoais e sociais contempladas no projecto, o utente, de forma alternada e combinada previamente em reunião comunitária, realiza tarefas de funcionamento e manutenção da comunidade.

Funcionamento da comunidade terapêutica

Actividades individuais:

- Acompanhamento psicológico – ocorre semanalmente, entre o psicólogo e o utente, sendo uma intervenção de natureza cognitivo-comportamental, enfatiza a capacidade do paciente para aprender novas e adaptativas maneiras de funcionar. Assim sendo, procede-se a uma análise comportamental (focada no comportamento observável do utente perante determinado estímulo); uma mediação estímulo-resposta, que pretende reforçar ou inibir respostas consideradas adequadas ou disruptivas; uma análise dos processos cognitivos, pois, segundo esta abordagem, estes influenciam e são influenciados por acontecimentos ou situações ambientais; e tem como objectivo final, a modificação cognitivo-comportamental, ou seja, esta terapia defende que a interpretação que o indivíduo faz dos acontecimentos determina os seus

comportamentos, logo uma mudança cognitiva propicia uma mudança comportamental.

Esta intervenção baseia-se no pressuposto de que uma certa perturbação é manifestada e muda através de uma variedade de técnicas focadas nas crenças disfuncionais e sistemas de processamento de informação inadaptadas característicos de uma desordem ou perturbação.

A terapia cognitivo-comportamental inclui o papel de processos defensivos e dá ênfase à exploração da relação terapêutica e à dinâmica interpessoal do paciente, aspectos facilitadores da activação afectiva e às experiências desenvolvimentais na formação de esquemas inadaptados. Neste sentido, pretende-se estabelecer uma relação empática e de confiança, que dê espaço e facilite a transferência de informação cognitiva, afectiva e emocional e que promova e aumente a eficácia desta intervenção - mudança cognitivo-comportamental. As sessões de acompanhamento psicológico pretendem ser não directivas, é um espaço onde se focam problemas, experiências, pensamentos ou sentimentos através da partilha de vivências pessoais, com o intuito de promover e desenvolver a capacidade de reflexão e juízo crítico, proporcionar/desenvolver o auto-conhecimento, aprender a identificar sinais de aviso de problemas, fortalecer e promover a parte saudável da personalidade, bem como aumentar a auto-estima e a capacidade de auto-afirmação.

Pretende-se, também, que o sujeito adquira estratégias de “auto-controlo”, nomeadamente de controlo dos impulsos agressivos, dirigindo e controlando os seus próprios comportamentos e estratégias que

permitam uma maior tolerância à frustração e que seja capaz de melhorar a orientação de problemas e capacidades de resolução de problemas, aumentando a capacidade de *coping* situacional adaptativo, competência geral e bem-estar físico e psicológico.

A intervenção pretende desenvolver a individualidade, a autonomia, reforçar interesses individuais e sociais.

- Intervenção psicossocial - esta é uma intervenção pontual, logo ocorre sempre que o utente considere necessário e não interfira com o normal funcionamento da comunidade, pode solicitar uma consulta com o psicólogo. Esta intervenção é importante no sentido de fornecer apoio, suporte e contenção emocional, nomeadamente diminuir os níveis de ansiedade e procurar solucionar problemas imediatos. No entanto, este tipo de intervenção não deve ser reforçada, pois o que se pretende no programa de reabilitação e na comunidade terapêutica é que os problemas sejam discutidos e solucionados em grupo e tendo em consideração as necessidades e opiniões de todos os residentes.

Actividades comuns:

- Reuniões

Reunião comunitária – reunião diária com duração mínima de 30 minutos, entre residentes e técnicos, onde, de uma forma psicopedagógica, cada um pode defender as suas posições, protestando, propondo, com o intuito de resolver problemas, dificuldades ou conflitos

que possam surgir no contexto do grupo, na sua relação com os vizinhos ou noutro contexto social.

Neste espaço também se procede à aprovação ou não dos projectos de saída temporária, realiza-se a sua análise e discussão após a sua ocorrência e se planeiam e tomam decisões de âmbito administrativo, nomeadamente no que respeita à programação semanal das actividades (gestão da casa e do grupo) e gestão financeira de cada utente.

Reunião geral – Ocorre semanalmente, é dirigida pelo médico psiquiatra ou psicólogo, com a participação dos restantes técnicos e utentes. Nesta reunião é utilizada uma abordagem psicológica e psicoterapêutica, “(...) onde cada residente fala de si próprio e da comunidade; procura analisar as transformações e progressos alcançados; debate as dificuldades encontradas; apresenta as suas avaliações” (Patrício, 2002). Esta reunião funciona como uma terapia de grupo que pretende encorajar os seus participantes a interagir e a partilhar os seus problemas com os outros, podendo este ser um importante passo na aprendizagem de competências de relacionamento e aptidões sociais.

Treino de Aptidões Sociais – Ocorre quinzenalmente, é uma técnica que procura desenvolver a auto-estima e a inter-relação pessoal, melhorando o comportamento do doente no seu relacionamento com o outro, a nível social, familiar ou profissional, nomeadamente utilizando instrumentos como filmes, material psicoeducativo e métodos

comportamentais, como o reforço positivo ou metodologias de âmbito expressivo, como dança e psicodrama.

Reunião Temática – Ocorre mensalmente ou sempre que alguém a proponha, onde se debate um tema específico, como por exemplo: sexualidade, Sida e outras doenças infecto-contagiosas, nutrição/alimentação saudável, parentalidade, entre outros assuntos e sempre que possível são convidados especialistas para participarem.

Reunião clínica de equipa – Ocorre semanalmente entre técnicos, onde se realiza uma discussão e análise da evolução dos residentes, das estratégias de intervenção, das dificuldades e de todo o trabalho de equipa realizado.

- Formação

Formação académica e/ou profissional – Sempre que possível e indicado, incentiva-se a retoma à vida escolar nos variados graus de ensino ou realização de cursos de formação profissional, como informática, técnicas administrativas, canalização, electricidade, serralharia, mecânica, jardinagem, cabeleireiro/barbeiro, pastelaria/padaria, restauração/culinária. A formação e o aumento do nível de conhecimentos é parte integrante no processo de transformação, crescimento e enriquecimento pessoal (*recovery*), proporcionando um aumento de poder, capacidade de controlar melhor os acontecimentos da

sua própria vida e facilitando o acesso a novas e melhores oportunidades de emprego.

A colaboração dos técnicos é permanente desde a elaboração do projecto individual de vida em que se planeia o percurso académico e/ou profissional do utente até ao momento em que é posto em prática o idealizado. Os técnicos informam sobre oportunidade e recursos educativos, promovem o acesso às instituições e com este objectivo são elaborados contactos e parcerias com escolas, universidades e o Instituto de Emprego e Formação Profissional, motivam, apoiam e proporcionam um sistema de suporte que contribua para o sucesso dos projectos de formação. Com este objectivo a equipa técnica estabelece uma relação com a instituição educativa, nomeadamente colabora com os professores ou formadores na resolução das necessidades específicas dos estudantes. Na comunidade terapêutica apoia-se o utente na organização do tempo e métodos de estudo, disponibiliza-se recurso materiais, como salas de estudo, equipamento informático, Internet, fotocópias, proporciona-se o acesso a outros recursos da comunidade como bibliotecas, promove-se o apoio individualizado para identificação e resolução de necessidades e dificuldades específicas não só no âmbito da aprendizagem, como também no que se refere ao relacionamento com colegas e professores.

- Trabalho

Sempre que possível e indicado incentiva-se o acesso a actividades laborais remuneradas e mesmo em regime de voluntariado, de forma a proporcionar hábitos, rotinas e responsabilidades semelhantes aos da

vida em sociedade, aumentar a auto-estima e sentimento de pertença e aumentar a rede de suporte social do doente, proporcionando ainda, uma fonte de rendimento importante para a sua manutenção na comunidade e futuramente em meio exterior à comunidade terapêutica. O trabalho contribui também para aumentar a participação e inclusão social dos utentes e, assim, diminuir o estigma e a discriminação. Durante o desenvolvimento do projecto de vida (4ª fase do programa) e mesmo na fase de planeamento e elaboração do mesmo é realizado trabalho no sentido de permitir a escolha, decisão e procura de trabalho ou emprego, sendo que estas tarefas requerem participação activa do utente, contando com a colaboração dos técnicos. Os técnicos apoiam no sentido de facilitar todo o processo, fornecendo material informativo sobre oportunidades e recursos profissionais, proporcionando visitas a empresas e sessões de esclarecimento com profissionais de várias áreas, formando os utentes no que respeita à elaboração de um *curriculum vitae* e preparando para entrevistas de emprego e mais concretamente estabelecendo contactos e parcerias com o Instituto de Emprego e Formação Profissional e diversas empresas. Durante o período de desempenho de funções laborais, os técnicos também são responsáveis por apoiar e supervisionar os utentes, de forma a permitir a manutenção do emprego com auto-satisfação.

No que concerne ao trabalho realizado dentro da comunidade terapêutica, as tarefas de manutenção e funcionamento da casa são realizadas pelos residentes, de forma programada e com responsabilidade que evolui gradualmente, com o objectivo de desenvolver no indivíduo a

aquisição ou melhoramento de competências de vida diária. Todas as tarefas são distribuídas semanalmente em reunião comunitária e alternadamente para que todos os utentes possam realizar todas as tarefas, nomeadamente compras, limpezas, cozinha, roupa, jardinagem, costura, carpintaria, entre outras. Estas actividades exigem supervisão dos técnicos e colaboração e partilha entre residentes, no que respeita à resolução de necessidades existentes na residência.

No âmbito do trabalho podem também ser organizadas actividades em benefício social, no local em que está inserida a comunidade, nomeadamente campanhas de sensibilização contra o estigma de pessoas com doença mental.

- Lazer

Lazer programado – as actividades de lazer realizadas na comunidade são identificadas e planeadas pelos residentes, proporcionam a coesão do grupo, o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, uma maior participação na comunidade que os rodeia, estimula a criatividade e a responsabilidade das escolhas, recorrendo a actividades comuns, tais como: prática de actividades desportivas, jogos de grupo, passeios organizados (por exemplo, a entidades empregadoras de forma a dar a conhecer o mercado de trabalho), sessões de vídeo, Internet, actividades culturais (idas ao teatro ou exposições), entre outras.

Lazer livre – Faculta opções para inúmeras actividades, tais como: leitura, música, jogos, televisão, entre outras.

- Projectos de saída temporária

Os utentes podem ausentar-se durante um período inferior a vinte e quatro horas, mediante autorização da equipa em resposta a uma proposta escrita efectuada pelo próprio doente e apresentada em reunião clínica de equipa, com uma semana de antecedência, ou superior a vinte e quatro horas, mediante autorização da equipa em resposta a um pedido escrito efectuado pelo próprio doente e apresentado em reunião clínica de equipa, com quinze dias de antecedência. Esta licença de saída (superior a 24 horas) é informada ao Tribunal, tal como são avaliados e referidos, os prós, os contras e o risco inerente a esta saída. Pretende-se que estas saídas tenham um carácter reabilitativo, motivo pelo qual o doente deverá apresentar um plano, integrado no projecto terapêutico do utente, no qual deve mencionar as actividades que pretende desenvolver e o seu objectivo. Devem ser contactados previamente, os familiares ou acompanhantes do doente, no sentido de informar e alcançar a adesão, acompanhamento e supervisão do utente nesta saída e regresso à comunidade. Este projecto também é discutido em reunião geral, após ter ocorrido, com o objectivo de perceber e posteriormente trabalhar as dificuldades sentidas pelo doente na sua saída.

Actividades familiares:

- Acompanhamento familiar - Ocorre quinzenalmente, na presença do psicólogo, utente e sua família, numa perspectiva pedagógica e psicossocial. Numa primeira fase do acompanhamento o objectivo é

fornece à família informação, abrangendo aspectos relacionados com a educação e conhecimento da própria doença e seu tratamento, nomeadamente o papel dos familiares no *recovery* da doença mental e proporcionar a partilha de expectativas, dúvidas, receios, envolvendo os elementos familiares e promovendo uma melhor comunicação entre estes, bem como munir os de estratégias de *coping* mais adequadas e eficazes. Na segunda fase desta intervenção pretende-se dar ênfase e trabalhar as questões mais problemáticas detectadas entre a relação familiar, nomeadamente, a negociação e mediação de conflitos e, se for esse o caso, proceder à redução do nível de emotividade expressa das famílias, pois este quando elevado conduz a um aumento do número de recaídas dos doentes. A emoção expressa negativa caracteriza-se pela ocorrência frequente de comentários críticos, tanto nos conteúdos como nos aspectos vocais, por uma hostilidade manifesta num criticismo generalizado e em observações de rejeição e por um superenvolvimento emocional. Em todo este processo reabilitativo do doente mental os familiares são valorizados como agentes terapêuticos, são reconhecidas as necessidades e limitações da família mas também as suas potencialidades e estas são reforçadas numa abordagem positiva.

- Grupo de ajuda – ocorre mensalmente, é constituído e dinamizado exclusivamente por familiares dos utentes, acreditando que a troca de informação e partilha de experiências e sentimentos, funciona como suporte e colaboração na resolução de problemas comuns, ajuda a lidar melhor com a doença mental e doente, melhora as competências

emocionais e comunicacionais dos familiares, bem como combate o isolamento social e estigma que, muitas vezes, invade a vida dos familiares do doente. Promove, assim, o aumento e consolidação da rede de suporte social através do estabelecimento de uma nova rede de pertença baseada em problemas comuns, experiências partilhadas e estratégias conjuntas de criação de recursos. O grupo de auto ajuda funcionando como um grupo coeso e unido pode também desempenhar um papel fundamental na luta pelos direitos dos doentes mentais, como o direito à igualdade de oportunidades, exercício da cidadania, entre outros

O envolvimento e colaboração das famílias na estruturação e implementação dos projectos individuais de vida é muito importante para a doente e equipa técnica. Esta participação permite uma melhor compreensão do núcleo familiar sobre as etapas e processos de reabilitação, uma melhor adequação em cada uma das etapas, actuando em conjunto com os técnicos, contribuindo directamente para os resultados obtidos com cada um dos utentes.

Sempre que possível as famílias podem colaborar em campanhas de sensibilização ou outras acções promovidas pela comunidade terapêutica.

Acompanhamento médico:

Desde a entrada do utente para a comunidade até ao final da sua medida o doente é acompanhado pelo médico psiquiatra que vigia o seu estado clínico mensalmente e sempre que necessário, bem como a

medicação. A medicação é administrada na primeira, segunda e terceira fases do programa pelo enfermeiro e na quarta fase, apesar desta continuar na posse da enfermagem, passa a ser responsabilidade do doente e auto-administrada. Esta medida tem o propósito de promover no doente um sentido de responsabilidade, autonomia e controlo sobre a toma da medicação.

São também realizadas mensalmente e sempre que se justifique análises clínicas, em data incerta e sem aviso prévio, no sentido de averiguar a existência de consumos de álcool e drogas.

Sempre que for considerado pertinente os utentes são consultados no centro de saúde pelo médico de clínica geral ou médicos especialistas e se necessário sujeitos a exames médicos.

Regime de contenção:

No caso de existirem por parte do doente comportamentos que o justifiquem, este pode ser colocado num quarto de segurança com vigilância e contenção (de acordo com as normas e padrões éticos estabelecidos), ser-lhe administrado terapêutica farmacológica incisiva ou sedativa e ser-lhe restrito o direito de circular livremente no perímetro da comunidade, durante o tempo que a equipa técnica achar necessário.

Visitas e contactos telefónicos ou através de correspondência:

No que respeita aos contactos e visitas dos doentes, existem procedimentos determinados, as visitas devem ocorrer na comunidade e

desde que sejam programadas com vinte e quatro horas de antecedência com a equipa técnica e restantes residentes e discutidas em reunião comunitária, não devendo perturbar actividades individuais ou de grupo. As chamadas telefónicas devem ser efectuadas mediante autorização da equipa técnica, exceptuando os casos de doentes que têm em sua posse telemóveis, a correspondência deve ser efectuada também mediante conhecimento dos técnicos.

Gestão financeira:

Do apoio financeiro fornecido à comunidade terapêutica para o tratamento e reabilitação dos doentes mentais, deverá ser estipulado consoante as necessidades e despesas de cada utente o valor monetário a si atribuído semanalmente. Este dinheiro deverá ser gerido pelo utente, apresentando no final da semana um relatório das despesas, analisado e discutido em reunião comunitária.

O dinheiro fornecido por familiares ou amigos ao utente ou ganho por trabalho realizado deve ser entregue à equipa técnica, de forma a ser guardado e para ser utilizado, tem de ser solicitado e combinado previamente.

Estas medidas pretendem proporcionar ao doente uma experiência semelhante à vivência na sociedade, preparando-o para a sua integração social e facilitando a gestão financeira que terá de realizar no futuro.

Regras gerais da comunidade terapêutica:

- Não abandonar a comunidade terapêutica sem avisar, justificando por escrito (carta de saída) o porquê do seu desejo de abandono do programa reabilitativo, sendo que se o fizer o Tribunal de Execução de Penas será informado e tomadas as providências legais necessárias. Em caso de desistência o doente volta a ser integrado na Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense do Hospital Miguel Bombarda;
- Só pode ausentar da comunidade terapêutica quem e quando estiver autorizado;
- Viver em espírito de entre-ajuda e comunicação;
- Participar nas reuniões e nas actividades programadas;
- Aceitar a autoridade dos colaboradores do projecto;
- Discutir as questões de conflito intra-pessoal ou relacional em reunião ou com um membro da equipa técnica;
- Aceitar a limitação do dinheiro semanal para despesas pessoais;
- Só tomar bebidas alcoólicas quem estiver autorizado;
- Aceitar a proibição de posse ou consumo de drogas, sob pena de expulsão;
- Aceitar a proibição do uso de violência física ou verbal, sob pena de expulsão;
- Consultar o médico de clínica geral ou de outras especialidades, quando indicado;
- Aceitar realizar exames e análises clínicas sempre que a equipa técnica considerar necessário;

- Apenas tomar medicação, se para tal tiver prescrição médica, aceitando que todo e qualquer tipo de medicação deve estar na posse dos enfermeiros,
- Na cozinha é obrigatório o uso de luvas;
- É proibida a troca de objectos pessoais.

As regras podem servir para colocar limites, promover novas atitudes estruturantes, garantir a estabilidade e a tranquilidade do ambiente, promover cuidados de saúde, promover a possível reorganização da relação com a família. A comunidade terapêutica não é uma prisão, mas o não cumprimento destas e outras regras podem originar penalizações, tais como, advertência, repensar o programa; expulsão do programa.

5ª Fase - Reinserção social do utente (inclusão habitacional/residencial).

Esta fase resume toda a intervenção é, portanto, o grande objectivo do programa. A integração social é um dos temas abordados durante a intervenção reabilitativa e, mais concretamente, no desenvolvimento do projecto individual de vida. A sua preparação deve ter início cerca de seis meses antes do término da medida de internamento de segurança, nesse sentido os técnicos em conjunto com o utente devem adoptar medidas para a inclusão habitacional/residencial do doente na comunidade, como proceder à articulação com instituições sociais de forma a apoiar uma integração independente e autónoma relativamente à família (por exemplo, pedido de apoio financeiro para renda de

habitação) ou quando esta não for possível proporcionar condições para o acolhimento em ambiente familiar, cujos objectivos complementam os desenvolvidos pelos utentes, com a intenção de constituir uma rede de apoio e suporte social.

6ª Fase – Avaliação do programa reabilitativo.

Com a finalidade de promover uma melhoria contínua do trabalho realizado, desenvolve-se uma metodologia de avaliação colaborativa regular dos serviços prestados. Esta metodologia é praticada pelos profissionais da comunidade terapêutica que assumem um papel de avaliadores, facilitadores de todo o processo, traduzindo-se no trabalho conjunto com todos os participantes (utentes e famílias). Esta avaliação regular permite melhorar os processos e estratégias que promovem o *empowerment*, *recovery* e participação social das pessoas com doença mental, objectivos fundamentais neste programa. Assim sendo, o projecto individual de vida, pode ser reestruturado, a qualquer altura do seu desenvolvimento, consoante as necessidades e interesses de cada utente.

A avaliação global do programa reabilitativo é realizada em conjunto pela equipa técnica, utentes e seus familiares, com base nas experiências/vivências e informação recolhida durante o desenvolvimento do programa, bem como numa fase posterior (*follow up*), em que os utentes são acompanhados após a sua saída da comunidade terapêutica.

De forma a poder ser avaliada a eficácia do programa, no que concerne à evolução do estado clínico do utente, adaptação à comunidade terapêutica e bem-estar psicológico, os psicólogos realizam avaliações psicológicas aos utentes em quatro momentos distintos. A avaliação psicológica é efectuada num momento inicial, sempre que entra um novo utente na comunidade, afim de perceber e avaliar o seu funcionamento mental e poder ter informação que permita o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica e apreciação da evolução clínica. A avaliação psicológica pode acontecer periodicamente, por solicitação do Tribunal de Execução de Penas, nas quais é dado um parecer sobre o funcionamento psicológico do utente, sobre a sua adaptação à comunidade, evolução da sua situação clínica e risco de violência (perigosidade). A avaliação psicológica é também realizada no âmbito do projecto de saída temporária, esta tem como objectivo avaliar a capacidade e viabilidade de um utente estar fora da comunidade por um período superior a vinte e quatro horas.

Cerca de quinze dias antes de terminar a medida de internamento de segurança é realizada uma avaliação global do programa reabilitativo com o utente e família, nesse sentido, é efectuada uma última avaliação psicológica, a fim de perceber a evolução do utente e a forma como a intervenção psicossocial actuou e são realizadas entrevistas/reuniões conjuntas com os técnicos, utente e família onde é feito um balanço sobre o percurso de reabilitação, é confirmado se os objectivos do programa reabilitativo e do projecto individual de vida do utente foram alcançados e é analisado o grau de auto-satisfação do indivíduo com

experiência de doença mental e dos familiares que participaram na intervenção. Também em reunião geral, com a participação dos outros residentes é debatido o percurso do utente, suas dificuldades, conquistas, deixando o seu testemunho e exemplo para os outros.

Na avaliação do programa de intervenção para além dos métodos avaliativos já referidos, também podem ser utilizados instrumentos que avaliam em que medida os serviços implementam práticas orientadas para o *recovery*, como o *Recovery Oriented Systems Indicators* (Onken e col., 2002; citado por Duarte, 2007); o *Recovery Self Assessment* (O'Connell, 2003; citado por Duarte, 2007), que possibilita a avaliação das diferentes perspectivas, utilizadores, famílias e profissionais e o *Recovery Enchancing Environment* (Ridgway, 2005; citado por Duarte, 2007), que avalia o *recovery* a nível individual e a nível da orientação dos serviços.

Após a saída dos doentes da comunidade estes deverão continuar a ser acompanhados pelo médico psiquiatra e pelo psicólogo durante um período de seis meses em sessões quinzenais, de forma a poderem ser realizado um *follow up*, em que se avaliam, a evolução clínica, a reintegração e adaptação social e a eficácia do programa reabilitativo em geral.

Cronograma e calendarização

O programa reabilitativo está dividido em seis fases de intervenção, sendo que a primeira fase corresponde à triagem dos utentes para realização do programa e ingresso na comunidade terapêutica e deve

ter a duração de um mês. A segunda fase deve decorrer em dois meses e diz respeito à elaboração de contrato de adesão ao programa e estabelecimento e adaptação dos doentes na comunidade terapêutica. O planeamento e elaboração do projecto individual de vida constituem a terceira fase e deve ser realizado em três meses. A quarta fase corresponde ao desenvolvimento do projecto individual de vida, que deve ter início assim que este for delineado e durar o restante tempo de medida de internamento de segurança, até o utente poder sair em liberdade e reinserido na comunidade. A quinta fase do programa equivale à reinserção social do utente na comunidade, este é um trabalho que é elaborado e desenvolvido durante todo o tempo de estadia na comunidade terapêutica mas deve ser traduzido na prática, ou seja, deve começar a ser preparado cerca de seis meses antes do término da medida de internamento de segurança. A sexta fase pertence à avaliação do programa reabilitativo que deve ocorrer, não só durante todo o desenrolar do programa, mas mais especificamente, quinze dias antes de terminar a medida de internamento de segurança e numa fase posterior à saída do utente da comunidade terapêutica para o meio exterior, onde é acompanhado durante seis meses.

Supervisão

A supervisão das actividades desenvolvidas pelos utentes dentro ou fora da comunidade é realizada mutuamente por todos os residentes, sempre que possível, e pela equipa técnica. Um contexto residencial implica em doentes mentais crónicos uma supervisão, pois estes doentes

apresentam dificuldades em lidar com as tensões quotidianas inerentes à rotina diária da casa, podem comprometer a toma da medicação, a alimentação, criando as condições para a surgimento de recidivas.

No que concerne à supervisão do trabalho produzido pelos técnicos, considero essencial a existência de um acompanhamento psicológico no sentido de valorizar o trabalho de equipa (ligação), diminuir o isolamento, ampliar a forma de entendimento da comunicação do doente, diminuir o “*burn-out*” que afecta as profissões de prestação de cuidados nas áreas da saúde, no fundo é um trabalho de prevenção que pretende a manutenção da saúde mental dos profissionais e da eficácia dos serviços.

Recursos humanos

Constituição da equipa multidisciplinar: Psiquiatra/Director clínico, Psicólogo criminal/Coordenador, Psicólogo clínico, dois enfermeiros, assistente social e técnico psicossocial.

Parcerias

- Direcção geral dos serviços prisionais e Direcção geral de Reinserção Social, no sentido de obter autorização e apoio na realização do programa de intervenção reabilitativo.
- Tribunal de execução de penas, no sentido em que é necessária autorização para cumprimento de medida de internamento de segurança em comunidade terapêutica e posteriormente vão sendo também necessárias autorizações para realização prática dos projectos individuais

de vida, que pressupõe uma abertura progressiva para a comunidade local.

- Hospital Miguel Bombarda, com o intuito de colaborar e facilitar o processo de triagem e selecção dos doentes, bem como o acesso aos processos clínicos e judiciais dos mesmos.

- Câmara Municipal de Lisboa e autarquias, no sentido de disponibilizarem um espaço habitacional que possa ser usado como comunidade terapêutica e no âmbito deste programa reabilitativo e permitirem o livre acesso ou pelo menos facilidade de acesso a instituições ou empresas municipais, como piscinas municipais, pavilhões desportivos, entre outras.

- Instituto de Solidariedade e Segurança social, no que respeita a uma parte do financiamento do programa reabilitativo, bem como outros apoios para medicação ou outras despesas de saúde, passe social, apoio económico para pagamento de rendas para utentes após saída da comunidade, entre outros.

- Ministério da educação e/ou Ministério do Ensino superior, no sentido de desbloquear apoios como apoio social escolar, bolsas de estudo e redução/isenção de propinas.

- Centro de Emprego e Formação Profissional, com a finalidade de disponibilizar cursos de formação profissional, estágios e empregos (empresas de inserção) para os utentes da comunidade terapêutica.

- Empresas públicas e/ou privadas e Confederação Europeia de Empresas de Inserção e Cooperativas para Pessoas em Desvantagem Psicossocial

(CEFEC), com o objectivo de incluir como trabalhadores estes indivíduos qualificados.

- Escolas e universidades, com a finalidade de acolherem os utentes da comunidade como alunos.

- Centro de saúde e laboratório de análises clínicas, no sentido em que se pretende que sejam prestados cuidados de saúde que não possam ser praticados pelo médico ou enfermeiros da comunidade terapêutica, nomeadamente exames e análises clínicas e encaminhamento para especialidades médicas.

Marketing social

Com o objectivo de possibilitar e facilitar a divulgação e apresentação do Programa de intervenção reabilitativo do doente mental inimputável e mais concretamente da Comunidade terapêutica, que designamos por Mundo Novo, foi elaborado um folheto (figura 3) com as principais características deste projecto, nomeadamente a caracterização da comunidade terapêutica, definição de conceitos-chave, população destinatária (critérios de inclusão), objectivos e fases do programa de intervenção reabilitativo, constituição da equipa técnica e contactos da comunidade terapêutica Mundo Novo.

Este folheto pode ser utilizado em diversas situações, como na apresentação do programa de intervenção a entidades governamentais e não governamentais e instituições/empresas que possam vir a constituir parcerias, bem como na primeira fase do programa de intervenção, no

sentido em que informa e motiva os possíveis utentes e suas famílias para a participação no mesmo.

Constrangimentos e Sugestões

Parecem importantes e necessárias a elaboração e implementação de programas de intervenção nesta e em outras áreas da saúde mental e populações com problemáticas sociais e de âmbito forense, como reclusos, toxicodependentes, alcoólicos, entre outras. Pretende-se com este tipo de intervenção multidisciplinar, alcançar a reabilitação psicossocial, permitir que estes indivíduos desempenhem papéis sociais produtivos para a sociedade, possibilitar o pleno exercício dos seus direitos e deveres e promover a auto-satisfação. O grande obstáculo parece estar na realização prática destes objectivos, pois apesar de existir legislação que a aprova e promove, esta depende da sensibilização e informação das entidades governamentais e essencialmente do seu suporte e apoio financeiro.

Uma das dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho prende-se com o facto de existirem poucas metodologias de avaliação de programas de intervenção comunitária, nomeadamente quando a população é forense com problemáticas de saúde mental. Sugiro em trabalhos futuros o desenvolvimento deste tipo de metodologias ou a aferição e tradução de instrumentos existentes noutros países.

CONCLUSÕES

Os doentes mentais foram vistos ao longo dos tempos como passivos, sem iniciativa, nem capacidade de decisão ou, por outro lado, como agressivos e destrutivos e estes preconceitos levaram a que outras pessoas tomassem o controlo das suas vidas. O reconhecimento dos direitos do doente mental e o processo de *empowerment* permitiram traçar o caminho para a alteração desta visão e conseqüentemente da intervenção, no sentido em que estes indivíduos tomam consciência do seu valor como pessoas e do direito e da possibilidade de decidirem sobre as suas vidas, naquele que é um processo profundamente pessoal de redescoberta de um novo sentimento de identidade, transformação, crescimento, fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (*recovery*), (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999; citado por Duarte, 2007). Também os movimentos de doentes e famílias que se organizaram para participar contribuíram para estas mudanças (Fazenda, 2008).

Foi também numa perspectiva de contribuição para um futuro melhor para esta população que se desenvolveu este trabalho e este programa de intervenção reabilitativo. Consideramos relevante salientar a importância do trabalho multidisciplinar entre técnicos de várias áreas do saber que possam reunir conhecimentos e esforços no sentido do ser biopsicossocial, logo, uma soma de várias partes que nos constituem e a intervenção tem de reflectir esta abordagem. Se por um lado este programa se destina a uma população forense, que de facto cometeu uma acto ilícito e se encontra em cumprimento de medida de internamento de

segurança, também é verdade que o seu estatuto de inimputável e consequente medida se devem à presença de anomalia psíquica no momento do facto praticado. Na prática o que se verifica são indivíduos com dupla problemática, psicopatologia e crime, portanto, também com necessidades, limitações, capacidades e competências específicas. Cada técnico pertencente à comunidade terapêutica encontra-se habilitado para intervir com este tipo de população, mas a intervenção psicossocial requer a contribuição de todos para uma maior eficácia no tratamento.

Pensamos que a mais eficaz forma de reabilitar e reinserir o doente mental será em comunidade terapêutica, pois esta centra a sua intervenção no tratamento através das interacções normais duma vida em comunidade, atribui ao indivíduo um papel activo no tratamento da sua doença, conta com apoio especializado e presta serviços de acolhimento e ajuda no processo de reabilitação psicossocial. Os serviços prestados estão orientados para o *recovery* e baseiam-se na teoria do *empowerment*, nesse sentido, o conhecimento, a experiência e os interesses dos utentes e suas famílias são valorizados, verificando-se uma participação a um nível de igualdade com os técnicos, numa perspectiva de parceria. Este relacionamento sem hierarquias de estatuto entre o prestador e o receptor de cuidados, e com base no aumento do poder dos doentes é o único que evita relações de dependência, respeita os direitos de cidadania dos doentes mentais e promove a sua autodeterminação, autonomia e responsabilidade. Parece essencial possibilitar aos utentes uma reabilitação psicossocial sustentada no acompanhamento médico, nomeadamente tratamento farmacológico, acompanhamento psicológico

individual, em grupo e familiar, treino de aptidões sociais, participação social (acesso e utilização dos recursos da comunidade local), formação académica e/ou profissional, inserção no mercado de trabalho, integração na comunidade (habitação). Tendo como principais objectivos, a reabilitação clínica e a reinserção social do utente na comunidade local, a prevenção da recidiva da doença e a reincidência no crime, a redução do estigma e exclusão social associado à doença mental e a promoção do acesso aos direitos e à igualdade de oportunidades.

Salientam-se três princípios essenciais para a reabilitação: 1) ter em mente a protecção e promoção dos direitos humanos, como um princípio para todas as políticas e práticas; 2) trabalhar em parceria com os doentes e famílias, só a mudança do relacionamento, de uma relação de cuidados que é dependente para uma relação de cooperação e autonomia, permite a partilha de poder e a contribuição para a emancipação; 3) promover a cidadania, ou seja, promover a aceitação da diversidade, só assim se atinge o exercício dos direitos e a participação plena na comunidade.

Segundo Fazenda (2008), este tipo de intervenção com o intuito de alcançar a reabilitação psicossocial, depende da sensibilização e informação das entidades governamentais, do fortalecimento das organizações de doentes e famílias e da alteração da forma de relação dos técnicos com os doentes. Considero que este será o principal objectivo a atingir em trabalhos futuros, com a finalidade de implementar melhores formas de intervir com melhores resultados para

os utentes destes projectos reabilitativos, suas famílias e para toda a comunidade.

“Autonomia é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.” (Kant, 2000, p. 79).

REFERÊNCIAS

- Afonso, P (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a Doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, C. P. (2004). *Modelos de Inimputabilidade: Da teoria à prática*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, C. & Vialonga, J. (2006). *Código Penal*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, C. & Vialonga, J. (2006). *Código de Processo Penal*. Coimbra: Almedina.
- Alves, F. (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade aberta.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd. ed. rev). Washington, D.C.: Author.
- Antunes, M.J. (2002). *Medida de segurança de internamento e facto de inimputável em razão de anomalia psíquica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Arranz, T. (1989). *Assistência psiquiátrica en pisos assistidos: Teoria y Práctica*. Barcelona: Ed. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corázon de Jesus
- Bachrach, L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalisation. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 105-111.
- Carmona, F. (1996). Estudo da prevalência do risco da patologia mental em Medicina familiar. *Revista de Psiquiatria clínica*, 17 (4), 297-307.

- Comissão para o Estudo da Saúde Mental. (1995). *Conclusões e recomendações. Proposta para a mudança*. Direcção-Geral da Saúde.
- Cordeiro, J. (2003). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dohrenwend, B. (1969). *Social status and psychological disorder: A casual inquiry*. New York: John Wiley.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 127-133.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-da-Silva, L. & Alves, F. (1997). Ele não está no seu normal – A Esquizofrenia dita por doentes e seus familiares. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 239-250.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1987). *História da loucura*. São Paulo: Edições Perspectiva.
- Friedson, E. (1973). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd and Mead.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Hodgins, S. (2000). *Crime, comportamento anti-social e esquizofrenia: um tema negligenciado in Psicologia Forense* (editado por Fonseca, A.; Simões, M.; Simões, M.; Pinho, M.; 2006). Coimbra: Almedina.
- Jaspers, K. (1959). *Psicopatologia Geral*. São Paulo: Atheneu.
- Kant, I. (2000). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.
- Kaplan & Sadock (1981). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Lda.
- Machleidt, W., Alino, J., Bauer, M, Lamprecht, F., Rose, H., Rohde-Dachser, C. (2004). *Psiquiatria, transtornos psicossomáticos e psicoterapia*. Barcelona: Masson, Sa.
- Matos, M., Bragança, M., Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Miles, A. (1981). *O doente mental na sociedade contemporânea - Introdução sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (2007). *Psicologia Comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental*. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 5-11.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Patrício, L. D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

- Pepper, B. (1980). The young adult chronic patients: overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 463-469.
- Pinto, C. (1998). *Empowerment, uma prática de serviço social*. Lisboa: ISCSP.
- Polónio, P. (1975). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Coimbra Editores, Lda.
- Ruiloba, J (2005). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. Barcelona: Masson, Sa.
- Teixeira, J. (2002). *Temas Psiquiátricos – Esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- World Health Organization (1992). *ICD – 10 Classification os Mental and Behavioural Disorders*. Genebra: WHO.

TÍTULOS DAS FIGURAS

Figura 1. Critérios de diagnóstico para esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR.

Figura 2. Critérios de diagnóstico para Esquizofrenia segundo o ICD-10.

Figura 3. Folheto tríptico informativo