

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

A LOUCURA NO OUTRO

Um Contributo para o Estudo do Impacto da Loucura
no Profissional de Saúde Mental

Ref. 16535
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Dissertação de Doutoramento em Psicologia
Área de Psicologia Clínica

Sandra Paula Santos de Oliveira

2005

A LOUCURA NO OUTRO

Um Contributo para o Estudo do Impacto da Loucura
no Profissional de Saúde Mental

Dissertação de Doutoramento
em Psicologia, Área de Psicologia Clínica,
apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,
realizada sob a orientação do Professor Doutor Carlos Amaral Dias

Com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia,
Ministério da Ciência e do Ensino Superior

Ano de 2005

Agradecimentos

Escrevemos este texto certos de que o sentimento de gratidão pelas pessoas que, sob diferentes modos, nos têm acompanhado ao longo deste trabalho, sempre será mais forte do que quaisquer palavras que aqui lhes poderemos escrever e dedicar.

A sua presença não se encerra de todo no período de tempo durante o qual realizamos e nos entregamos a esta tarefa.

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias que nos dá muito além da sua experiência, mestria e conhecimento. A sua presença cheia de alma ajuda-nos, como ninguém, a construir uma boa parte da nossa história académica e profissional.

Ao Professor Doutor Richard Page (Universidade da Geórgia, EUA) e Dr. Erik Milliner (Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, EUA) pelo especial acolhimento, disponibilidade, ensinamentos únicos e profunda amizade com que sempre nos presentearam.

Ao Dr. Orlando Fialho pelo espaço onde juntos transformamos e reaprendemos, mas sobretudo descobrimos e criamos.

Ao Mestre Luís Loureiro pela partilha dos instrumentos de avaliação, sua adaptação e esclarecimentos estatísticos.

Ao Professor Doutor Paulo Oliveira, do Departamento de Matemática da Universidade de Coimbra, pelas orientações preciosas no tratamento estatístico dos nossos dados, aos quais acresce a paciência e constante disponibilidade.

À Mimi, por sempre nos ter sabido ouvir nos momentos de maior desalento.

À Carla, eterna companheira de luta e partilha.

Rui, por tudo o que todas as palavras jamais conseguirão dizer. A tua presença, coração e alma não se dizem, sentem-se.

À minha pequenina Rita, pelo amor que nos une e suporta os momentos que às duas lhes fomos roubando.

Ao meu pai, à minha mãe – que tão cedo partiu – por tudo o que nos habita e nos faz investir e seguir em frente.

A todos os familiares e amigos que fazem parte de nós e da nossa vida, a preenchem e dão sentido.

Resumo

Propomo-nos ao longo deste trabalho reflectir sobre como a doença mental grave, a patologia psicótica, é experienciada e vivenciada pelos profissionais de saúde, sendo que para tal delineamos um traçado de investigação que, não só procura aceder descritivamente às suas atitudes e opiniões acerca desta patologia específica, como procura ainda explorar dinamicamente os complexos processos envolvidos no dizer e sentir de quem cuida de dores psíquicas tão intensas. Associado a estes objectivos, acrescemos o particular interesse na análise e compreensão da potencial variabilidade dos aspectos sócio – culturais, tão frequentemente presentes nas respostas e posturas atitudinais de sujeitos pertencentes a nacionalidades e culturas diferenciadas.

Assim sendo, partindo de duas amostras independentes de profissionais de saúde mental (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) das nacionalidades portuguesa e norte – americana, aplicamos um protocolo de instrumentos que integra, além de um breve questionário de caracterização sócio – demográfica e de percurso académico e profissional, a *Escala de Opiniões sobre a Doença Mental* de Cohen & Struening (1962) e a *Escala de Diferencial Semântico* de Osgood, Suci & Tannenbaum (1957).

Verificamos que, quer os profissionais de psicologia portugueses, como os psicólogos norte – americanos são quem expressam, face à doença mental grave, as atitudes de natureza mais autoritária e restritiva (comparativamente com os seus colegas das outras “classes” profissionais). Semelhante atitude é demonstrada pelos profissionais que possuem experiência clínica com patologias psiquiátricas graves (em ambas as nacionalidades).

Constatamos também que a doença mental grave, representada por conceitos a si associáveis (seja a nível nosográfico, como a nível das emoções e vivências potencialmente despertadas por esta doença), suscita invariavelmente, por parte dos sujeitos das nossas duas amostras, respostas de carácter fundamentalmente afectivo.

Sob uma base comparativa de ambas as amostras de profissionais concluímos que os sujeitos norte – americanos expressam níveis mais elevados de atitudes autoritárias e restritivas do que os seus homólogos portugueses. Não obstante este facto, revelam-se paralelamente mais confiantes na qualidade e tipo de intervenção/tratamentos psiquiátricos disponíveis para este tipo de pacientes.

Os resultados obtidos a partir da Escala de Diferencial Semântico indicam-nos, igualmente, que os conceitos incluídos neste estudo (relacionáveis com a doença mental grave enquanto entidade nosográfica, e relacionáveis com as emoções/ vivências por ela potencialmente despertadas), tendem a ser ponderados, pelos técnicos de nacionalidade norte – americana, de uma forma claramente mais avaliativa e cognitiva do que os profissionais portugueses (que, em termos comparativos fazem antes evidenciar respostas predominantemente afectivas).

Finalmente, é confirmada, na presente investigação, a franca e inequívoca importância exercida pela variável nacionalidade, enquanto componente determinante e predictora de parte bastante razoável dos resultados encontrados.

Abstract

Through this work we intend to reflect on how the severe mental illness, the psychotic pathology, is experienced and lived by health professionals. For that we established an investigation that, not only tries to grant a description of attitudes and opinions, on this specific pathology, but also pretends to explore, in a dynamic way, the complex processes involved in the saying and feeling of those who look after such deep mental grieves.

Associated with these purposes, we add the particular interest in the analysis and understanding of the potential variability of social / cultural aspects, so frequently present in the answers and attitudinal postures of subjects belonging to different nationalities and cultures. Thus, we started with two different independent samples of mental health professionals (psychologist, social – workers and nurses) from Portugal and U.S. A.; we used a protocol that included, besides a brief questionnaire, of social demographic characterization, and of the professional and academic background, «*The Scale of Opinions about the Mental Illness*» by Cohen & Struening (1962) and «*The Scale of Semantic Differential*» by Osgood, Suci & Tannenbaum (1957).

We saw that, both Portuguese and North – Americans psychologists express, towards the mental illness, the most authoritarians and restrictive attitudes (compared with those of their colleagues of other professional groups). A similar attitude was showed by professionals that have clinical experience with serious psychiatric pathologies (in both nationalities).

We also saw that the serious mental illness, represented by related concepts (either on a nosographic basis, or on the emotions and experiences caused by this illness) it invariably produces on the subjects of two samples, answers of a fundamentally affective character.

On a comparative basis of both professional's samples we can conclude that the North – Americans express higher levels of authoritarian and restrictive attitudes than the Portuguese. Despite that fact, they are also more confident on the quality and kind of intervention / psychiatric treatment available for this kind of patients.

The results obtained from the Semantic Differential Scale also showed us, that the concepts included in this work (related with the severe mental illness as a nosographic entity and related with the emotions / experiences caused by it) tend to be considered, by the U. S. technicians, on a clearly more cognitive and evaluative way than by the Portuguese professionals (that, comparatively emphasize emotional answers).

Finally, it is confirmed, in the present investigation, the frank and undeniable importance of the variable nationality, while determinant and predictable component of a considerable part of the results found.

Índice

I Parte

<u>Introdução</u>	11
Capítulo I – Apontamentos Históricos sobre o Homem e a Loucura	17
I.1. A loucura sob um olhar histórico.	17
I.2. A intervenção psiquiátrica na doença mental em Portugal.	39
I.3. A intervenção psiquiátrica na doença mental nos EUA.	46
Capítulo II – Representações e Atitudes sobre a Doença Mental	55
II.1. As atitudes e representações sociais como conceitos fronteira entre a psicologia clínica e a psicologia social.	55
II.1.1. As representações sociais.	55
II.1.2. As atitudes.	60
II.1.2.1. As atitudes e a relação eu – outro.	65
II.2. A representação social da doença mental.	68
II.3. Atitudes e opiniões acerca da doença mental: estudos de investigação relevantes.	78
II.3.1. As atitudes do público /comunidade geral face à doença mental.	79
II.3.2. As atitudes dos técnicos de saúde mental face à doença mental.	85
II.3.3. As atitudes dos estudantes de cursos superiores de saúde face à doença mental.	91
Capítulo III – A Existência Psicótica: Bases Conceptuais acerca da Doença Mental	99
III.1. A orientação Biomédica/ a significância da biologia.	100
III.2. A orientação Behaviorista / a evolução Cognitivista.	107
III.3. A leitura Sistémica / Intervenção Familiar na psicose.	111
III.4. A concepção Rogeriana – A teoria centrada no cliente.	120
III.5. A perspectiva Psicanalítica da psicose.	127
Capítulo IV – Considerações sobre uma psiquiatria inter – cultural	155
Capítulo V – Aspectos relacionais e vivenciais do técnico de saúde mental face ao doente psicótico	171
V.1. O campo da relação terapêutica.	174
V.2. O binómio Transferência – Contratransferência.	177
V.3. O binómio Projectão – Contra Identificação Projectiva.	186

II Parte

Capítulo VI – Delineamento da Investigação	193
VI.1. – Formulação do problema; Objectivos de estudo.	193 198
VI.2. – Desenho do Estudo.	199
VI.3. – Amostra.	200
VI.4. – Instrumentos de Avaliação Utilizados Considerações genéricas. Descrição formal dos instrumentos utilizados.	210 210 211
VI.5. – Procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos.	220
VI.6. – Pré – Teste do protocolo de instrumentos.	225
VI.7. – Estudo das Propriedades Psicométricas dos instrumentos utilizados.	226
VI.8. – Procedimentos na recolha dos dados.	248
 Capítulo VII – Apresentação dos Resultados	 251
VII.1 – Apresentação descritiva dos resultados no que respeita ao percurso académico e profissional/experiência com doença mental grave.	252
VII.2. – Análise descritiva dos resultados obtidos a partir das cinco dimensões da Escala de Opiniões sobre a Doença mental Grave: estudo correlacional e das diferenças estatísticas.	278
VII.3. – Análise descritiva dos resultados obtidos a partir da Escala de Diferencial Semântico: estudo correlacional e das diferenças estatísticas.	293
VII.4. – Estudo das correlações entre as cinco dimensões da OMI e o Factor Potência da Escala de Diferencial Semântico.	318
VII.5. – Estudo da variável nacionalidade para as três dimensões da OMI e para a Escala de Diferencial Semântico.	320
VII.6. – Estudo da influência das principais variáveis na OMI e Escala de Diferencial Semântico.	325
 Capítulo VIII – Discussão dos Resultados	 331
 Conclusões	 377
 Referências Bibliográficas	 387
Anexos I	407
Anexos II	425
Anexos III	441

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição por sexo	203
Quadro 2 – Grupo profissional de pertença	204
Quadro 2.1. – Distribuição do sexo pelo grupo profissional de pertença	205
Quadro 3 – Distribuição por idades	205
Quadro 3.1. – Distribuição das idades pelo grupo profissional	206
Quadro 4 – Estado Civil	207
Quadro 5 – Grau académico dos sujeitos	208
Quadro 5.1. – Distribuição do grupo profissional pelo grau académico	209
 Quadro VI.A. – Análise de consistência dos itens da OMI	229
Quadro VI.B. – Matrix de saturação dos itens da OMI nos factores, para solução rodada ortogonal VARIMAX forçada a cinco factores (N = 261)	230
Quadro VI.C. – Correlação entre factores OMI	231
Quadro VI.D. – Médias e desvio padrão das cinco dimensões da OMI	232
Quadro VI.E. – Médias e desvio – padrão para ambos os grupos de Amostras P e NA	234
Quadro VI.F. – Matrix de saturação dos itens da OMI nos factores, para solução rodada ortogonal VARIMAX forçada a cinco factores (N = 82)	236
Quadro VI.G. – Correlações entre factores para a Amostra P	237
Quadro VI.H. – Médias e desvio padrão das cinco dimensões (N = 82)	238
Quadro VI.I. – Matrix de saturação dos itens da OMI nos factores, para solução rodada ortogonal VARIMAX forçada a cinco factores (N = 65)	239
Quadro VI.J. – Correlações entre factores para a Amostra NA	241
Quadro VI.L. – Médias e desvio – padrão das cinco dimensões OMI (N = 65)	241
Quadro VI.M. – Médias e desvio – padrão para a Amostra P (N = 82)	244
Quadro VI.N. – Análise factorial exploratória com especificação de dois factores (solução ortogonal) = Amostra P	244
Quadro VI.O. – Médias e desvio – padrão para a Amostra NA (N = 65)	245
Quadro VI.P. – Análise factorial exploratória com especificação de dois factores (solução ortogonal) = Amostra NA	246
Quadro VII.A. – Em que ano terminou a formação (N = 146)	253
Quadro VII.B. – Local de colocação profissional actual (N = 147)	254
Quadro VII.B.1. – Distribuição dos grupos profissionais pelo local de colocação actual	255
Quadro VII.C. – Há quantos anos exerce actividade profissional	257
Quadro VII.C.1. – Distribuição dos anos de actividade pelo grupo profissional	257
Quadro VII.D. – Trabalha ou trabalhou com doentes mentais	258
Quadro VII.D.1. – Distribuição da existência (ou não) de experiência clínica com doentes mentais pelo grupo profissional	259
Quadro VII.D.2. – Distribuição da existência (ou não) de experiência clínica pelo grau académico	260

Quadro VII.E. – Há quanto tempo trabalha com doentes mentais em em que instituições	261
Quadro VII.E.1. – Distribuição do tempo de trabalho com doentes mentais pelo grupo profissional	262
Quadro VII.F. – Se tivesse oportunidade de mudança para outra área de saúde mental que não a psiquiátrica	263
Quadro VII.G. – Proposta de trabalho na área de intervenção em doença mental	264
Quadro VII.H. – Formação psiquiátrica especializada	265
Quadro VII.H.1. – Distribuição da formação psiquiátrica especializada pelo grupo profissional	266
Quadro VII.H.2. – Distribuição da formação psiquiátrica pelo grau acadêmico	267
Quadro VII.H.3. – Distribuição da formação psiquiátrica especializada pela existência (ou não) de experiência clínica com doença mental	268
Quadro VII.I. – Que tipo de formação especializada e durante quanto tempo	270
Quadro VII.I.1. – Distribuição do tempo de formação especializada pelo grupo profissional	271
Quadro VII.J. – Experiência em outras áreas da saúde mental	272
Quadro VII.J.1. – Distribuição da experiência em outras áreas da saúde mental pelo grupo profissional	273
Quadro VII.L. – Modelo de intervenção adotado instituc./ pessoal	275
Quadro VII.L.1. – Distribuição do modelo de intervenção institucional pelo grupo profissional	276
Quadro VII.L.2. – Distribuição do modelo de intervenção pessoal pelo grupo profissional	277
Quadro VII.M. – Médias e desvio padrão para as dimensões da OMI (N = 82)	278
Quadro VII.N. – Estudo das variáveis X dimensão Autoritarismo	280
Quadro VII.N.1. – Frequências da dimensão Autoritarismo nas variáveis com valores estatísticos significativos	281
Quadro VII.O. – Estudo das variáveis X dimensão Benevolência	282
Quadro VII.O.1. – Frequências da dimensão Benevolência nas variáveis com valores estatísticos significativos	282
Quadro VII.P. – Estudo das variáveis X dimensão Restrição Social	283
Quadro VII.P.1. – Frequências da dimensão Restrição Social nas variáveis com valores estatísticos significativos	284
Quadro VII.Q. – Estudo das variáveis X dimensão Ideologia da Higiene Mental	284
Quadro VII.Q.1. – Frequências da dimensão Ideologia da Higiene Mental nas variáveis com valores estatísticos significativos	285
Quadro VII.R. – Estudo das variáveis X dimensão Etiologia Interpessoal	285
Quadro VII.R.1. – Frequências da dimensão Etiologia Interpessoal nas variáveis com valores estatísticos significativos	286
Quadro VII.S. – Médias e desvio padrão para as cinco dimensões da OMI (N = 65)	287

Quadro VII.T. – Estudo das variáveis X dimensão Benevolência	289
Quadro VII.T.1. – Frequências da dimensão Benevolência nas variáveis com valores estatísticos significativos	289
Quadro VII.U. – Estudo das variáveis X dimensão Ideologia da Higiene Mental	290
Quadro VII.U.1. – Frequências da dimensão Ideologia da Higiene Mental nas variáveis com valores estatísticos significativos	290
Quadro VII.V. – Estudo das variáveis X dimensão Restrição Social	291
Quadro VII.V.1. – Frequências da dimensão Restrição Social nas variáveis com valores estatísticos significativos	291
Quadro VII.X. – Estudo da Análise Regressiva da dimensão Restrição Social da OMI, para o grupo de sujeitos norte – americanos	292
Quadro VII.3.1. – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a doença mental enquanto entidade nosográfica. T – Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 82)	294
Quadro VII.3.2. – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para as emoções/ vivências despertadas face à doença mental grave. T – Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 82)	295
Quadro VII.3.1.1. – Estudo das variáveis X conceito Alienação (para os factores Avaliativo e Potência)	297
Quadro VII.3.1.2. – Estudo das variáveis X conceito Insanidade (para os factores Avaliativo e Potência)	297
Quadro VII.3.1.3. – Estudo das variáveis X conceito Irrealidade (para os factores Avaliativo e Potência)	298
Quadro VII.3.1.4. – Estudo das variáveis X conceito Clivagem (para os factores Avaliativo e Potência)	298
Quadro VII.3.1.4.1. – Frequências do conceito Clivagem nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	299
Quadro VII.3.1.5. – Estudo das variáveis X conceito Alucinação (para os factores Avaliativo e Potência)	299
Quadro VII.3.2.1. – Estudo das variáveis X conceito Confusão (para os factores Avaliativo e Potência)	300
Quadro VII.3.2.1.1. – Frequências do conceito Confusão nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	301
Quadro VII.3.2.2. – Estudo das variáveis X conceito Irritação (para os factores Avaliativo e Potência)	301
Quadro VII.3.2.2.1. – Frequências do conceito Irritação nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	302
Quadro VII.3.2.3. – Estudo das variáveis X conceito Medo (para os factores Avaliativo e Potência)	302
Quadro VII.3.2.3.1. – Frequências do conceito Medo nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	303
Quadro VII.3.2.4. – Estudo das variáveis X conceito Esgotamento (para os factores Avaliativo e Potência)	303

Quadro VII.3.2.4.1. – Frequências do conceito Esgotamento nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	304
Quadro VII.3.2.5. – Estudo das variáveis X conceito Incapacidade (para os factores Avaliativo e Potência)	304
Quadro VII.3.3. – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a doença mental enquanto entidade nosográfica. T – Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 65)	307
Quadro VII.3.4. – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para as emoções/ vivências despertas face à doença mental grave. T – Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 65)	308
Quadro VII.3.3.1. – Estudo das variáveis X conceito Psicose (para os factores Avaliativo e Potência)	309
Quadro VII.3.3.1.1. – Frequências do conceito Psicose nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	310
Quadro VII.3.3.2. – Estudo das variáveis X conceito Alienação (para os factores Avaliativo e Potência)	310
Quadro VII.3.3.3. – Estudo das variáveis X conceito Insanidade (para os factores Avaliativo e Potência)	311
Quadro VII.3.3.3.1. – Frequências do conceito Insanidade nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	312
Quadro VII.3.3.4. – Estudo das variáveis X conceito Clivagem (para os factores Avaliativo e Potência)	312
Quadro VII.3.3.5. – Estudo das variáveis X conceito Alucinação (para os factores Avaliativo e Potência)	313
Quadro VII.3.4.1. – Estudo das variáveis X conceito Ansiedade (para os factores Avaliativo e Potência)	313
Quadro VII.3.4.2. – Estudo das variáveis X conceito Confusão (para os factores Avaliativo e Potência)	313
Quadro VII.3.4.3. – Estudo das variáveis X conceito Irritação (para os factores Avaliativo e Potência)	314
Quadro VII.3.4.3.1. – Frequências do conceito Irritação nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	314
Quadro VII.3.4.4. – Estudo das variáveis X conceito Medo (para os factores Avaliativo e Potência)	315
Quadro VII.3.4.5. – Estudo das variáveis X conceito Esgotamento (para os factores Avaliativo e Potência)	315
Quadro VII.3.4.6. – Estudo das variáveis X conceito Incapacidade (para os factores Avaliativo e Potência)	316
Quadro VII.3.4.6.1. – Frequências do conceito Incapacidade nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)	316
Quadro VII.4.1. – OMI / Semântica – Factor Potência – Amostra Portuguesa (N= 82)	319
Quadro VII.4.2. – OMI / Semântica – Factor Potência – Amostra Norte - Americana (N = 65)	320

Quadro VII.5.1. – Estudo da variável nacionalidade nos três factores OMI (N = 147)	321
Quadro VII.5.2. – Estudo da variável nacionalidade nos conceitos da Diferencial Semântico, nos Factores Av. e Pot. – grupo de conceitos que remetem para doença mental grave, enquanto entidade nosográfica (N = 147)	322
Quadro VII.5.3. – Estudo da variável nacionalidade nos conceitos da Diferencial Semântico, nos Factores Avaliativo e Potência – grupo de conceitos que remetem para as emoções/ vivências despertas face à doença mental grave (N = 147)	324
Quadro VII.6.1. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável OMI Autoritarismo (N = 147)	326
Quadro VII.6.2. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável OMI Ideologia da Higiene Mental (N = 147)	327
Quadro VII.6.3. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável OMI Etiologia Interpessoal (N = 147)	327
Quadro VII.6.4. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Medo – Factor Potência (N = 147)	328
Quadro VII.6.5. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Esgotamento – Factor Potência (N = 147)	328
Quadro VII.6.6. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Confusão – Factor Potência (N = 147)	329
Quadro VII.6.7. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Irritação – Factor Potência (N = 147)	329
Quadro VII.6.8. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Incapacidade – Factor Potência (N = 147)	330
Quadro VII.6.9. – Estudo do modelo de regressão <i>forward</i> para a variável Ansiedade – Factor Potência (N = 147)	330

Introdução

Com este trabalho propomo-nos, essencialmente, reflectir sobre a experiência que a doença mental grave¹, a psicose, suscita no outro, sendo que este outro sobre o qual nos detemos é a pessoa que se ocupa, que cuida e se propõe tratar de quem padece desta doença: os profissionais de saúde.

Ao fazê-lo – num primeiro momento sob um modo descritivo, seguido depois de um análise mais atenta que, procura não somente encontrar relações, diferenciações, mas, sobretudo procurar um entendimento e compreensão dinâmica dos processos envolvidos no dizer e no sentir de quem cuida – sabemos estar a debruçarmo-nos sobre aquilo que Hinshelwood (2004) designaria como o lado mais obscuro da experiência de quem lida e se confronta com uma dor psíquica capaz de alcançar níveis tão extremos.

O cuidar da pessoa psicótica, para além da formação especializada de base de quem trata e intervém (seja, psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra) exige incontornavelmente uma postura, uma resposta sobre o que se pensa, como se interpreta e explica, sobre o que e como se vivencia a loucura.

Tais posturas e respostas atitudinais (às quais pretendemos aceder), não somente objectivamente expressadas, mas fundamentalmente tocantes a um espaço subjectivo interno estão estreitamente associadas ao modo pessoal como cada um vive e tolera a loucura dentro de si. Por isso mesmo, revelam-se algo voláteis e dotadas de variabilidade, ainda que concomitantemente alimentadas por raízes, padrões, histórica e culturalmente “resistentes”, próprios e devidos a cada sociedade, a cada nacionalidade.

Por tal, esta potencial variabilidade e diferenciação advinda da complexa conjugação destas diferentes componentes é aqui também, neste trabalho, averiguada. Sublinhamos, assim, com particular relevo a intenção de estudo de amostras de sujeitos de nacionalidades distintas.

A presente dissertação encontra-se classicamente estruturada em torno de dois eixos centrais: um primeiro – constituído por cinco capítulos – relativo ao tronco teórico por nós considerado essencial, enquanto eixo revisor e fundamentador das questões de

¹ Aqui sublinhamos, com particularidade, que, ao longo de todo o presente trabalho, sempre que adoptamos a expressão “doença mental grave” presumimos o mesmo que psicose, ou perturbação psicótica, ou ainda, sob um modo mais específico, psicose esquizofrénica.

investigação e objectivos que a seu tempo são colocados e que, então, nos propomos alcançar; e uma segunda parte, naturalmente dedicada à exposição de todas as etapas do trabalho de investigação realizado, onde cabe ainda o indispensável exercício reflexivo e respectivas conclusões subsequentes.

Assim sendo, o Capítulo I abre o nosso trabalho com uma geral revisão histórica sobre como a loucura tem vindo a ser, real e simbolicamente, olhada e lidada pelo homem ao longo dos tempos. Este perpassar histórico revela-se, no nosso entender, importante, na medida em que genericamente nos oferece uma primeira e fundamentada impressão sobre o modo peculiar como o homem espelha as suas fantasias, receios e pavores mais íntimos, e por que não, primitivos, perante uma realidade que, embora vista e depositada no outro louco, dele mesmo não consegue abstrair ou assumir-se indiferente. Inclusos neste capítulo encontram-se, ainda, dois itens teóricos, cada um deles especificamente debruçado sobre a história da intervenção psiquiátrica na doença mental grave em Portugal (Sub capítulo I.2), e nos Estados Unidos da América (Sub capítulo I.3). A particular ênfase nestes dois países prende-se directamente com a natureza dos objectivos de trabalho propostos.

O Capítulo II procura rever bibliograficamente os conceitos de atitudes e representações, entendendo-os como constructos fronteira entre o pensamento próprio à área da psicologia social (que tão vastamente tem dedicado parte da sua atenção ao estudo das representações sociais e culturais de fenómenos diversos) e o pensamento clínico, cujo olhar, neste caso, psicodinâmico, fortemente enriquece a compreensão de tais conceitos. Subdivide-se em quatro principais pontos, sendo que os dois primeiros se referem às representações sociais (Sub capítulo II.1.1) e às atitudes (Sub capítulo II.1.2.), em termos das suas definições gerais, processo de construção e fundamentalmente, enquanto vias de acesso privilegiado à compreensão do fenómeno psicológico individual e social. Ainda dentro deste último sub capítulo apresentamos um outro item (ponto II.1.2.1), desta feita, especialmente dedicado às atitudes sob a perspectiva de um fenómeno mental que faz realçar como seus essenciais conteúdos os processos de identificação, logo, também a inter – relação entre o significado privado e a relação com o outro sujeito (individual e social).

O ponto II.2 deste Capítulo II apresenta com maior particularidade não apenas o entendimento sobre o que são as representações sociais da loucura, como, neste âmbito, acrescenta também os principais considerandos advindos de diversas investigações

realizadas nesta área. A estrutura simbólica das representações da loucura é aqui especialmente enfatizada.

A sumarização daquele que consideramos ser o conjunto de investigações mais pertinentes no contexto do estudo das atitudes face à doença mental grave encontra-se exposta no Sub capítulo II.3. Aqui é feita referência a três grandes áreas investigacionais sobre estas atitudes específicas, a saber: os estudos sobre as atitudes do público/ comunidade em geral face à doença mental (ponto II.3.1.); as atitudes dos técnicos de saúde mental face à doença mental (ponto II.3.2.) e, por fim, a revisão dos estudos sobre as atitudes dos estudantes de cursos superiores de saúde face à doença mental (ponto II.3.3.).

No Capítulo III o fenómeno psicótico é apresentado e explicitado no enquadre das principais doutrinas ou orientações conceptuais, teórico – práticas, que sobre esta patologia se têm debruçado. São cinco as que destacamos e descrevemos: a orientação biomédica; a behaviorista/ cognitivo – comportamental; a sistémica; a rogeriana e, finalmente a psicanalítica. A inclusão deste capítulo prende-se primordialmente com o considerando que, dentro da diversidade de modelos de referência a partir das quais os profissionais de saúde podem fundar a sua orientação e interpretação teóricas, bem como, o delineamento daquela que será o seu modo de intervenção, a opção de escolha por χ ou y modelo não pertence à ordem do aleatório ou do acaso.

Toda e qualquer doutrina conceptual em si encerra um carácter particular de observância da realidade, com maior ou menor preponderância deste ou daquele aspecto e com diferentes pressupostos no que respeita ao posicionamento do terapeuta em termos da sua leitura e acção face ao seu paciente. É portanto a identificação a um dado modelo que, em parte, nos pode oferecer um acesso compreensivo sobre o modo peculiar como a patologia psiquiátrica é trabalhada pelo técnico de saúde mental, posto que certamente a orientação providenciada pela doutrina por si escolhida é aquela que, com maior probabilidade, lhe oferece a assistência e suporte desejados e procurados. Isto é, aquela que com maior facilidade dentro de si integra e personaliza, que com maior facilidade produz eco no seu significado interno do que é a loucura e o que há a fazer por ela, ou por quem dela sofre.

O penúltimo capítulo – Capítulo IV – “Considerações acerca de uma psiquiatria cultural”, vai ao encontro daquele que é um dos principais objectivos do presente trabalho. Com ele propomo-nos também analisar a influência do factor nacionalidade na expressão objectiva e subjectiva das atitudes dos profissionais de saúde perante a

doença mental grave. Como tal, um especial interesse não poderia deixar de ser dado à ideia de que a variação cultural é capaz, de com grande potencialidade, exercer influência no modo de lidar e intervir nas perturbações psicóticas maiores. Reflexões sobre esta matéria poder-se-ão dizer nascentes desde há cerca de um século através dos pioneiros estudos e investigações inter culturais de Emil Kraepelin. Este mesmo capítulo segue ainda com uma abordagem razoavelmente sucinta sobre o conceito cultura, enquanto constructo incontornavelmente simbólico, significante de formas e modos específicos de comunicação, herança e desenvolvimento do conhecimento e atitudes em relação à vida.

No contexto da investigação inter cultural psiquiátrica e na sequência de considerações sobre o grau de determinância da variável cultural, encerra-se este capítulo IV com a inclusão de uma definição de distúrbio mental capaz de em si incluir a complexa idiossincrasia de todas as componentes envolvidas. São aqui acrescidos alguns apontamentos pessoais, ainda que naturalmente fundamentados bibliograficamente.

Por fim, temos o Capítulo V, particularmente debruçado nas múltiplas vicissitudes relacionais e vivenciais do técnico de saúde que se propõe cuidar e tratar do paciente psicótico. Procurando nós, com este trabalho, elaborar um exercício reflexivo sobre o espaço subjectivo “mediador” da relação terapêutica entre o paciente com patologia psiquiátrica e o profissional “prestador de cuidados”, aqui caberá indispensavelmente a inclusão de uma revisão teórica acerca do que consideramos ser algumas das mais pertinentes componentes dinâmicas dessa relação: o campo na qual esta relação se funda, enquanto espaço privilegiado de transformação, no qual ambos, terapeuta e paciente, necessariamente se inscrevem; o binómio ou dinâmica transferência – contra – transferência e, o binómio projecção – contra identificação projectiva.

A parte II desta dissertação abre a investigação propriamente dita com o Capítulo VI onde é devida a formulação do problema ou questão de investigação e objectivos subsequentes.

Após a apresentação das diferentes etapas metodológicas, as quais integram, a descrição geral das amostras, os diferentes instrumentos de avaliação utilizados e respectivos estudos das suas propriedades psicométricas, acrescido ainda do esclarecimento de todos os procedimentos concretizados para ambas as amostras, abrimos, enfim, o Capítulo VII com a exposição dos resultados. Aqui a sua

apresentação é, num primeiro momento, de carácter descritivo para ambas as amostras – sobre as questões relacionadas com a expressão de atitudes e respostas afectivas despertadas perante a doença psiquiátrica grave – seguido, logo depois dos estudos de análise das diferenças estatísticas e correlações entre todas as variáveis integrantes e os resultados alcançados pelos instrumentos de avaliação (uma vez mais, para ambas as amostras).

As etapas de averiguação da existência de correlacionalidade entre os dados obtidos a partir de cada uma das escalas constantes no protocolo de instrumentos, bem como o estudo da influência/ determinância das principais variáveis nos resultados destes mesmos instrumentos (pelo método estatístico de análise de regressão múltipla) e ainda, o estudo da variável nacionalidade, fazem todas elas parte necessariamente integrante da nossa investigação. Pela análise da variável nacionalidade é-nos permitido o estabelecimento de uma ponte comparativa entre os resultados alcançados nos dois grupos amostrais.

O Capítulo VIII reserva-se à discussão de todo o conjunto de resultados estatisticamente relevantes, sendo que na sua sequência são elaboradas diversas considerações reflexivas que não deixam naturalmente de se ver amiudadamente acompanhadas por apontamentos comparativos advindos de investigações de outros autores.

As conclusões encerram, por fim, o presente trabalho.

Capítulo I – Apontamentos Históricos sobre o Homem e a Loucura

I.1. A Loucura sob um olhar histórico

A doença mental é um campo historicamente controverso, não apenas no terreno simbólico da sociedade e das representações culturais, mas, de igual modo, enquanto área epistemológica, a propósito da natureza, objectivos e práticas deste tipo de conhecimento. É nesta instabilidade que reside grande parte do significado e dos rumos da história da loucura, das concomitantes estórias de segregação e opressão a que os doentes foram sendo sujeitos (Oliveira, 1999; Oliveira, 2002).

Neste sentido, perceber estes trilhos históricos implica necessariamente conhecer também parte daquilo que é a história das civilizações, das culturas e sociedades antepassadas, portanto, das concepções doutrinárias e ideológicas, e dos progressos terapêuticos que concomitantemente daí advieram. Tal perpassar da história inicia-se nas civilizações mais antigas, como sejam as greco – romanas, estendendo-se depois pela Idade Média, Idade Moderna (que compreende a idade do renascimento) e a época contemporânea.

Como se sabe os mais importantes e significativos avanços concepcionais e terapêuticos – seja a nível da compreensão teórica da patologia psicótica, como a nível da sua intervenção – foram concretizados durante a época contemporânea (isto é, desde os finais do século XVIII até à actualidade). Incluso a este período temporal encontra-se necessariamente presente o nascimento e história da própria psiquiatria, enquanto disciplina e especialidade médica.

Por tal, a abordagem que se segue, sobre os temas da antiguidade greco – romana e do período medieval, assume apenas uma qualidade que diríamos introdutória, de preparo para a necessária ênfase, adiante apresentada, da história cultural, médica e científica da loucura a partir do renascimento até aos dias de hoje.

A história da loucura na Grécia e Roma antigas compreende um período de tempo de 12 séculos que se inicia nos tempos de Homero (700 a.C.), e se prolonga até à idade dos físicos enciclopedistas greco – romanos (500 – 600 a.C.) (Foulcault, 1972).

Algumas das razões que suscitam o interesse na referência a esta era histórica prendem-se com dois factores principais: o primeiro que se centra no legado do saber da época antiga, e que nos providencia uma moldura básica daquilo que foi o pensamento

teórico – prático da época; o segundo, assente na oferta pela antiguidade clássica de uma compreensão primeira do senso da natureza do homem (Ducey & Bennet, in: Howells, 1975).

Assim, no contexto das culturas greco – romanas, muito embora a loucura fosse tida como uma doença mental de facto, onde se enfatizava uma distinção primária entre o que seriam distúrbios mentais acompanhados de doença física, dos distúrbios que não ocorriam na presença de qualquer mal físico aparente, prevalecia, no entanto, uma concepção de doença mental em cuja génese se achariam causas sobrenaturais (idem *ibidem*). Era pois predominante a crença de que por detrás das perturbações mentais se achariam forças e razões de natureza mística, sendo opinião comum supôr que as pessoas enfermas mentais estivessem possuídas por espíritos malignos e assim, tão frágeis perante a cólera dos deuses.

Como tal, considerava-se extraordinariamente difícil delinearem-se diretrizes seguras para a intervenção e tratamento das pessoas assoladas por estes males. Logo, num enquadramento que se acreditava sobrenatural, estas intervenções estariam sobretudo entregues a médicos sacerdotes, fundamentando-se basicamente em processos médico – religiosos.

No saber sobre a literatura grega clássica, e no que respeita ao seu interesse sobre aquilo que definiu como modelos da mente – que compreensivamente tentavam fundamentar a existência da doença mental, e assim delinear uma possível linha de acção/intervenção – registou-se a predominância de vários modelos de pensamento desde Homero e Platão até Hipócrates.

Assim, a perturbação mental foi perspectivada com Homero sob a égide da irracionalidade, no sentido em que o pensamento e sentimentos humanos eram lidos como algo que transcendem o indivíduo (assim passivo), não podendo por ele ser controlados e, portanto, descritos como algo exterior ao próprio sujeito. Mais tarde, Platão (429 – 347 a.C.), sem dúvida um filósofo da mente, ainda sob o ponto de vista da irracionalidade, interpreta a loucura como uma doença de leitura metafórica, ou a ser abordada em analogia com as doenças do corpo. A perturbação mental é equacionada sob a dominância de funções impulsivas do homem, passíveis de ilustrar a ignorância, o vício e a discórdia humanas (Ducey & Bennet, in: Howells, 1975). Não obstante, não poderemos aqui deixar de sublinhar uma tentativa de compreensão do distúrbio mental de carácter mais sensível e complexo, e em certa medida, psicologicamente orientada.

Opondo-se a estas visões predominantes, Hipócrates (460 – 377 a.C.), rompe com a irracionalidade enquanto fundamento do modelo da mente perturbada, elaborando pela primeira vez uma conceptualização médica da loucura com base em explicações racionalistas, segundo as quais as doenças mentais teriam causas naturais. Desta feita, as concepções e explicações demoníacas da loucura parecem, então, ser postas de lado.

A conceptualização deste filósofo, recorde-se, centrava-se na existência de um movimento (orgânico) interactivo, daquilo que ele designou, os quatro humores corporais – sangue, bÍlis negra, bÍlis amarela e fleuma. Estes resultariam da combinação de quatro qualidades básicas da natureza: calor, frio, humidade e aridez. Ora, segundo Hipócrates, as pessoas poderiam ser assim classificadas de acordo com os quatro temperamentos correspondentes: sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático. Seriam estes temperamentos que indicariam a orientação emocional predominante do indivíduo.

Deste modo, o “bom” funcionamento da personalidade dependia directamente da interacção perfeita e óptima das forças internas e externas. Por outro lado, esse funcionamento poder-se-ia vêr comprometido caso essas forças entrassem em conflito, levando à persistência de humores corporais excessivos e consequentemente a um “mau” funcionamento da personalidade. (Oliveira, S., 1999, p. 13 – 14). O tratamento então aconselhado por Hipócrates consistiria na tentativa de restabelecer o equilíbrio através do recurso a drogas, regimes específicos ou ambos, sendo que um dos aspectos inerentes a esta forma de tratamento, digno de particular realce, era o da intenção manifesta de afastar a ignorância do sujeito sob intervenção. A explicação e interpretação ao doente de todos os factos e realidade do seu padecimento assumiam, aqui, ineditamente, um estilo e atitude terapêuticos.

Entre a cultura romana, e segundo Ducey & Bennet (in Howells, 1975), os estados da mente considerados como não usuais, portanto perturbados, não captaram a imaginação e curiosidade romanas, tal como aconteceu de modo tão evidente com a sociedade grega. Assim, é considerado que, os romanos dependiam sobremaneira das teorias gregas, enquanto alicerces fundamentais para as suas ideias médicas e filosóficas sobre a loucura.

A tal facto não é alheio a própria história romana que, a saber pelo seu percurso e orientação políticas, passava de modo particular pela acção externa, pela conquista do outro, expressos pela expansão ininterrupta do seu poder por diferentes partes do mundo. A cultura romana assumia-se, pois, sob um sentido intensamente pragmático,

aliado ao seu desejo de poder e sentidos de dever e responsabilidade, não encontrando assim lugar para um sistema de natureza mais introspectiva, promotora de uma espécie de auto exame das suas motivações externas.

Neste sentido, não é difícil entendermos a atitude algo negativa subjacente ao distúrbio mental, tal como ele era percebido no pensamento romano. O seu conceito de loucura, de cariz essencialmente popular, encontrava-se dominado por credências e valorações supersticiosas, que assim, com certa inevitabilidade, marcavam de forma mais ou menos segura a tendência para a negligência e rejeição da pessoa doente mental.

Ora, numa cultura toda ela vocacionada para a acção, que se desejava eficaz e frutuosa, o enfermo mental, ao exprimir um distúrbio capaz de o privar da sua capacidade de controlo, não dificilmente se via condicionado na sua liberdade de agir, logo julgado pelo outro social como pessoa incompetente na gestão das suas questões pessoais e económicas.

Temos portanto que a loucura, para a cultura romana, nos surge simultaneamente interpretada como sagrada e impura. Porém, não obstante esta sensibilidade do pensamento romano a um sem número de superstições e crenças em presságios, importa realçar alguns avanços conseguidos no âmbito do estudo e assistência do doente mental. Vários autores se destacaram no interesse pela patologia mental, entre os quais Galeno (130 – 200 d.C.), tido como o maior médico dos tempos romanos, e ao qual se deveu a franca tentativa de conjugação num todo coerente de vários sistemas e teorizações acerca da doença mental, assim como o desenvolvimento da farmacopeia que hoje é ainda comumente designada por Farmacopeia Galénica (Pélacier, 1973 in: Santos, 2001).

Também aos romanos se devem importantes inovações nos métodos de tratamento dos enfermos mentais entre os quais, a prescrição de dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e formas diversas de actividades de grupo. (Cordeiro, 1987 in: Santos, 2001).

Com a Idade Média (compreendida entre o século V e o século XV), assiste-se literalmente ao retorno das concepções demonológicas e místicas da doença mental. Sabemos como a queda do império romano implicou profundas mudanças na organização social do mundo europeu e, que consequentemente tal situação levou à estruturação e desenvolvimento de um novo sistema social conhecido por Idade Média.

Essas alterações, de cariz tão profundo, não poderiam naturalmente deixar de assumir proporções marcantes no modo de olhar e interpretar o devir humano, nomeadamente a doença mental.

O louco é revivido como uma encarnação do mal, como uma figura maldita recheada de crenças supersticiosas, tão receado e enigmaticamente olhado como eram aqueles que se dedicavam às artes de feitiçaria.

É também durante o período da Idade Média que a história, nos dá a conhecer uma figura, uma maleita, que nada tendo a ver clinicamente com a loucura, em muito se vai assemelhar a esta na forma como a sociedade vai com ela lidar, mais especificamente como a vai segregar e rejeitar – e que é a “figura” do doente de lepra – o leproso. Este grande mal é durante toda a Idade Média “guardado” fora das grandes cidades em enormes casas institucionais que em si “encerravam” dois propósitos essenciais: se por um lado, foram construídas para o acolhimento dos doentes e respectivas famílias, por outro, expressavam o desejo temeroso de assim resguardar toda a restante população e comunidade em geral (Foucault, 1972).

Ao final da Idade Média (séc. XV), a lepra desaparece enfim da sociedade ocidental, deixando, todavia, como herança fundamental inúmeros e obscuros espaços vazios, simbólica e poderosamente carregados de conotações estigmatizantes, que cerca de dois séculos mais tarde iriam ser herdados e ocupados por um outro grande mal, igualmente interpretado como uma peste, igualmente segregante.

Esses espaços malditos e então vazios eram os leprosários; os seus herdeiros e novos “inquilinos” seriam aqueles que viriam a padecer de patologia mental e assolados por tudo aquilo que é tão facilmente associado à miséria humana.

Em ambas estas figuras - leproso e o louco - encontramos o estigma da exclusão, a sua inquestionável importância assumida nos grupos sociais como sujeitos insistentemente presentes, temidos, mas de algum modo sacralizados. Ambos, o leproso, e mais tarde o louco (muito embora em épocas e culturas bem diferenciadas), são tendencialmente interpretados como testemunhas sagradas do mal, acreditando o povo que oferecendo-lhes a exclusão da comunidade assim lhes é garantida a sua própria salvação: “... eles se salvam pela mão que não se estende. O pecador que abandona o leproso, está com esse gesto a abrir-lhe as portas da salvação”. (Foucault, 1972).

Com a Renascença (finais séc. XV – séc. XVI), a loucura permanece ligada de forma obstinada a praticamente tudo o que se identifica a experiências místicas, ainda

distante de toda e qualquer perspectiva de natureza mais científica e médica (Reis, 1998).

Sob uma forma, dir-se-ia, marcadamente simbólica, eis que nesta época nos surge a loucura associada a uma figura essencial da paisagem imaginária do renascimento, a figura da *nau dos loucos*, que nas palavras de Foucault é descrita como “... esse estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos ...” (Foucault, 1972, p.9). Na verdade, de entre todas as composições literárias próprias da época, ressaltam aquelas que abordavam grandes temas místicos como aqueles de heróis que embarcavam em grandes viagens simbólicas em busca, de algo que lhes oferecesse sentido aos seus destinos e às suas verdades. Todavia, existe a referência indicada por Foucault de que entre todas essas naus romanescas ou satíricas a “*Narrenschiff*” parece ter sido a única de existência real enquanto barca que transportava a sua carga insana de cidade em cidade.

Compreende-se assim, como o louco parecia viver sob uma existência errante, uma vez que, apesar de escurraçados dos muros das cidades, lhes era permitido, porém, que errassem por campos e lugares distantes. A manutenção da distância assumia, pois, um carácter de franca exigência.

Na sua compreensão simbólica a nau dos loucos aparece-nos, então, como um gesto que rejeita e escurraça, assumindo um sentido primeiro de utilidade social proporcionador de segurança às comunidades. A curiosa significação subjacente à navegação dos loucos dir-se-ia assente numa ideação desejante de que, confiando o louco aos marinheiros se asseguraria de que ele se iria converter num prisioneiro da sua própria partida, de uma viagem que potencialmente se poderia revelar última. Citando, uma vez mais Foucault, “é para o outro mundo que parte o louco na sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca” (Foucault, 1972, p.9).

No entanto, por se saber que ao longo da Idade Média e do Renascimento, existiam nas grandes cidades da Europa lugares de detenção reservados aos insanos, como sejam o caso de Chatelêt de Melun, ou a famosa Torre dos Loucos de Caen, é-nos dado a pensar que os doentes mentais não eram assim sistematicamente expulsos das cidades, supondo-se que apenas seriam mandados embora os que eram estrangeiros a essas cidades. Sabemos também que de facto essas casas de detenção eram mantidas pelos orçamentos próprios das cidades, mas cuja função primordial não se presumia de tratamento da pessoa doente. Se o louco não era tido como um doente, ninguém havia a tratar, apenas a deter e aprisionar.

Sob um olhar comparativo, se até aos finais da Idade Média, os principais temas da literatura e iconografias da época (importantes porque nos permitem o acesso a alguns dos seus fantasmas individuais e sociais) se centravam em torno da morte, sendo que o fim do homem, o fim dos tempos simbolicamente se expressava no rosto das pestes e das guerras, temos por outro lado que, com o começo da Renascença, o valor da humanidade passa a ser marcado por uma outra inquietude social, que vem tomar o lugar da morte e a seriedade que a acompanha: referimo-nos ao desatino da loucura.

Assim, se a Idade Média havia atribuído à loucura uma ordem enquadrada nas hierarquias dos vícios humanos, na Renascença esta modesta posição vê-se substituída por um lugar de destaque, onde a enfermidade mental como que herda o privilégio de domínio sobre tudo o que há de mau no homem.

A substituição ou viragem do tema da morte para o da loucura não marca porém uma ruptura, mas antes uma mudança no interior dessa mesma inquietude. Não mais o medo de um fim ou vazio da existência é encarado como algo vindo do exterior, mas visto como algo que é sentido do interior, que invade o ser humano e lhe demonstra que o mundo está perto da sua derradeira catástrofe.

O interesse e aceitação da doença mental pelas sociedades encontra-se aqui indubitavelmente presente e potenciado.

Entra-se séc. XVI adentro e mantém-se a representação da inspiração mística da loucura e da pessoa que enlouquece. O desatino da loucura lê-se como uma renúncia ao mundo; como um abandono total à vontade obscura de Deus, entendido como uma procura de um fim que não se conhece.

Chegado o século XVII, observamos uma nova transformação do pensamento social, grandemente influenciado pela concepção dualista de Descartes, segundo a qual a “loucura e a razão aparecem como duas forças opostas e que, consequentemente, se excluem” (Melo e Ferreira, 1981, in: Pereira, S. R., 1993). Deste modo, a loucura inscreve-se sob uma total rejeição pela sociedade, encontrando-nos, então, perante um século cujas gentes desejam a loucura exilada do todo social e comunitário.

O século XVII, profundamente embrenhado neste registo, passa a ser conhecido como o século dos grandes internamentos. A ordem primeira é a de reclusão policial de todos os indivíduos tidos como desadaptados sociais, com o fim último da eliminação da mendicidade e ociosidade. O seu destino é, pois, o do internamento compulsivo em estabelecimentos hospitalares.

Em França, ponto de referência importante para o mundo ocidental, ocorre que diversos estabelecimentos já existentes são reagrupados, por decreto, sob uma administração única, com a designação específica de *hospital geral*. Sob a alçada desta administração encontramos os famosíssimos *Salpêtrière* - hospício das mulheres em Paris (outrora abrigo de material militar) e *Bicêtre*, o hospício dos homens, antes destinado ao abrigo de inválidos do exército.

Sob este contexto, outras novas casas de internamento vão sendo constituídas por toda a Europa, a maioria delas dentro dos muros dos antigos leprosários. Como tal, todos estes “renovados” espaços são agora destinados aos pobres e vagabundos de ambos os sexos, de qualquer qualidade de nascimento, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis. Todos, incluindo o louco, inseridos num mesmo sistema e sob uma mesma alçada de intervenção.

Sabemos porém que, em rigor, estes hospitais gerais se apresentam não tanto como estabelecimentos verdadeiramente médicos, mas antes como estruturas semijurídicas, que paralela e conjuntamente com os tribunais e entidades policiais decidem, julgam e executam. O zelo pela subsistência, boa conduta e ordem geral destes hospitais é tarefa confiada a directores vitalícios, e que exercem os seus poderes não apenas dentro dos muros dos hospitais, como também por toda a cidade sob sua jurisdição. A estes directores caberia ainda a tarefa de nomear um médico que se presumiria responsável pela visita e “acompanhamento” de toda a população interna duas vezes por semana (Foucault, 1972).

O que aqui encontramos seguramente enfatizado assenta naquela que é uma das primordiais funções assumidas por esta qualidade de instituição: a de uma espécie de ordem moral e ética encarregada de castigar, de corrigir a falha humana que, apesar de entendida como inadequada ao normal tribunal dos homens, não se pretende também que se fique apenas sob a alçada de uma severa penitência. O internamento é, poder-se-á afirmar com Foucault, uma invenção institucional própria do século XVII. Na história do desatino, da loucura, ele protagoniza o momento decisivo em que a doença mental passa a ser percebida no contexto social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integração num grupo.

Todavia, se é certo que a prática do internamento representou “exemplarmente” um papel negativo de exclusão e segregação, também é verdadeiro o facto de que não deixou de se assumir como uma ordem claramente organizativa. Isto no sentido de que

conseguiu aproximar e reunir num mesmo campo unitário, personagens e valores que até então não haviam sido percebidas como tendo alguma semelhança entre si.

O século XVII vai pois, agrupar e banir num só gesto todo um conjunto de experiências e expressões humanas, enviando-as para o exílio onde finalmente se descobrem lado a lado com a loucura. Cria-se assim como que um mundo uniforme de tudo o que é tido como expressão do desatino.

É interessante notar que essas ditas experiências e expressões que, além da loucura, se queriam exiladas, diziam sobretudo respeito ao devir da sexualidade humana, quer sob a forma de profanação na sua ligação com a concepção sagrada da família e dos ritos religiosos, como sob a forma de “libertinagem”, na qual se incluíam a homossexualidade, a devassidão, etc. Estes doentes específicos, os doentes venéreos, olhados e tratados sob esta égide, contribuíram assim de forma significativa para o engrossar da longa lista dos internados dos hospitais gerais. Contudo, repare-se que este tipo de doentes, pecadores da carne, não eram recebidos ou simplesmente aceites sem um “cuidado” ou formalidade especial. Eles carregavam em si uma pesada dívida para com a moral pública, pelo que o castigo e a punição lhes eram apresentados como formas únicas de redenção, e portanto, garante de regresso à comunhão social.

Temos desta feita que o doente venéreo, tal como o enfermo mental, já havia sido em épocas anteriores, encarado como vítima de grandes males, que tinham sido enviados por Deus para castigo dos homens. Este castigo pressupunha um valor universal, não pretendendo sancionar nenhuma imoralidade em particular.

É igualmente nos finais da Idade do Renascimento que este tipo de doentes começa a ser interpretado sob um novo olhar, desta vez sob um olhar de acusação, pois havia revelado a sua impureza e ousadamente atacado a moral. Por tal, são ordenados toda uma série de remédios de “purificação” que visam não só o tratamento contra a doença, como também contra a saúde. Isto é, em favor do corpo, mas às custas da carne – objecto do pecado.

Assim, o espaço do internamento inventado pelo século XVII, como espaço último do desejo de preservação da moral acaba por se converter numa “pátria” e lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e às faltas contra a razão. A loucura avizinha-se como nunca do pecado.

Desde a criação dos hospitais gerais em França e da abertura das então denominadas casas de correcção na Alemanha e Inglaterra, os internamentos prosseguem até perto do final do século XVIII. Internam-se os devassos, os

blasfemadores, os “furiosos”, os “libertinos”. Existe apenas um tipo, uma qualidade singular de internamento, mas a verdade é que entre toda esta amálgama de prisioneiros ressaltam algumas caras singulares, gritos intensamente sofridos, cóleras de uma outra natureza. São estes sujeitos que vamos depois encontrar registados nos livros do internamento sob as designações de “furioso” ou acometido de “fúrias”.

No entanto, corre-se aqui algum risco de generalização pensando-se que todos os loucos eram tratados pura e simplesmente como prisioneiros ou simples encarcerados. Se se acreditasse que um dado alienado tinha hipóteses de cura ou de tratamento eficaz, então existia em Paris um hospital específico que o recebia e tratava – o *Hotel Dieu*. Ali lhe eram reservados os cuidados costumeiros tidos como adequados para estas situações: sangrias, purgações, e em certos casos vesicatórios e banhos.

Mas, sendo verdade que a alguns insanos lhes era proporcionado estes tratamentos, dir-se-iam, quase médicos, o facto é que a esmagadora maioria dos doentes mentais residia nas grandes casas de internamento, levando uma existência quase correcional. Na verdade, muito embora os regulamentos destas instituições contemplassem duas visitas médicas semanais à população internada, o médico era apenas um para centenas de doentes. E se ele existia, não era porque havia a consciência de que ali estariam internadas pessoas doentes, mas porque se temia a doença nos que já estavam internados. Temia-se a propagação da “febre das prisões”, que se dizia espalhar-se a partir das casas de internamento e ameaçar as cidades vizinhas.

E é em virtude deste medo tão intenso e exacerbado que a loucura se começa enfim a aproximar do pensamento médico. Contudo, tal aproximação esconde em si todo um mito moral, francamente animado pela fantasia de que a loucura era uma doença transmissível. No imaginário popular imperam as imagens das carroças dos condenados, desses homens que atravessam as cidades deixando atrás de si rastros do mal, ares viciados que se supõem corromper os bairros habitados.

Os aspectos estigmatizantes e pertencentes ao fantástico da lepra entram em acção mais uma vez, de tal modo que todas as formas da loucura que haviam ocupado, na geografia do mal, o lugar anteriormente ocupado pela lepra, e que igualmente se havia tentado banir para bem longe da comunidade social, revela-se agora como uma “lepra” bem visível e passível de todos contagiar. É então sob a égide do fantástico, e não sob o rigor do pensamento médico que a loucura adquire o seu estatuto de doença.

M. Foulcault (1972), ao contar-nos a história da loucura, assume, neste contexto, uma posição particular, defendendo claramente que a aquisição do estatuto médico da

loucura não se deveu a nenhum progresso e/ou aperfeiçoamento do conhecimento, mas sim à ocorrência de uma estranha regressão do pensamento humano. Por entre castigos morais e físicos, e através do simbolismo do impuro, tão familiar no séc. XVIII, fantasmas muito antigos rejuvenesceram na memória dos homens: o horror medieval da encarnação do mal.

Ainda segundo esta sua linha de pensamento, Foulcault, considera que foi na verdade, à luz destes fantasmas sociais que se impulsionou o grande movimento de reforma dos manicómios ocorrido a partir da segunda metade do século XVIII. Percebendo o homem que não seria capaz de suprimir literalmente a existência dos hospitais e casas de internamento, tenta então reduzir a possibilidade de contaminações implementando novas práticas de higiene pública, impedindo assim que o mal viciasse o ar das cidades.

Eis portanto que loucura reclamava para si um estatuto público, e sobretudo, uma definição clara de um espaço de acolhimento que garantisse a sociedade contra os seus perigos.

Uma outra versão desta história, seguramente mais filantrópica e humanista, conta-nos sob a base da corrente iluminista, que o que esteve na origem das grandes reformas dos manicómios foi a descoberta de que estas grandes instituições poderiam de facto ser transformadas em ferramentas curativas, na vez de meios únicos de confinamento.

O iluminismo do século XVIII veio pois exaltar a confiança no saber e poder do homem, realçar as suas qualidades filantrópicas e a franca possibilidade do seu aperfeiçoamento, de tal modo que o fez crer que de facto estas casas poderiam cumprir um importantíssimo papel no tratamento do doente mental, através do uso da razão. Assim sendo, a aceitação fatalista da incurabilidade do enfermo mental é finalmente revista e poder-se-ia dizer, enfim ultrapassada.

Um novo optimismo terapêutico domina todo o mundo da medicina, desenvolvendo-se rapidamente uma nova geração de físicos de manicómios, recém identificados com uma nova disciplina médica que acabava de nascer - a psiquiatria. O pensamento científico, sob a égide da influência iluminista transpôs rapidamente os continentes: os jornais eram distribuídos por toda a parte, as publicações científicas eram celeradamente traduzidas, e os físicos empreendiam diversas viagens com o objectivo de apreenderem o que se passava noutros lugares.

Várias foram as pessoas empenhadas e responsáveis pelo estratagema de novos estilos de manicómios, umas seguramente bem mais mediatizadas do que outras, mas todos eles verdadeiros empreendedores de uma tarefa que se acreditava extraordinariamente benéfica e vantajosa. Ao fazê-lo, sem dúvida, que em muito contribuíram para a transformação do significado cultural da loucura.

William Battie, terá sido um dos primeiros psiquiatras a defender os benefícios terapêuticos da institucionalização do louco (Shorter, 2001), fundando nesta sequência o St. Lukes Hospital, em Londres, um manicómio que abriu as suas portas em 1751. O que Battie fundamentalmente recomendava era um tipo de cura pelo isolamento, assente na convicção de o doente não deveria, numa fase inicial, receber visitas, devendo ser atendido e cuidado, não pelos seus serviçais, como era costumeiro na época, mas pelos enfermeiros do manicómio.

Em Itália, um físico florentino de 26 anos, de nome Vincenzo Chiarugi estabeleceu, igualmente, um dos primeiros asilos terapêuticos da Europa, propondo a renovação de um velho hospital – o Bonifazio (com abertura em 1788), especificamente destinado ao tratamento de pessoas perturbadas mentais. A este psiquiatra também é devida a publicação inédita dos regulamentos e fundamentos necessários à direcção de um manicómio terapêutico.

Noutra parte do continente europeu, em França, a revolução reformista prosseguia a passos largos.

Encontramo-nos no início do século XIX e surge-nos inevitavelmente o nome de Philippe Pinel, um psiquiatra parisiense que, fundamentado numa psicologia iluminista e numa progressista filosofia social, sobressaiu credivelmente através das suas fortes ideias reformistas de uma natureza, dir-se-ia, tanto humanitária como terapêutica. O nome de Pinel é frequentemente referenciado na história como intimamente associado ao facto de ter sido um dos principais responsáveis, em 1793, pela tão famosa libertação das correntes dos loucos de Bicêtre, logo após ter sido convidado a encarregar-se do seu funcionamento. Dois anos depois, em 1795, segue-se Salpêtrière, também na sequência de se tornar director daquela instituição.

Contudo, o principal feito de Pinel, não se terá resumido de modo absoluto a um puro acto de libertação de correntes, na medida em que tal sucedido já havia sido promovido por outros psiquiatras, como por exemplo Chiarugi. A sua grande contribuição para a história da psiquiatria, residiu essencialmente na elaboração e publicação, em 1801, de um importante manual de psiquiatria. É fundamentalmente

devido a esta sua realização que a esmagadora maioria das histórias convencionais sobre a psiquiatria moderna começa com Pinel.

Ora, os textos de Pinel baseavam-se no pressuposto de que a casa asilar era, sem dúvida, o local mais apropriado para a prática daquilo que seria uma terapia psicológica curativa, assente no uso da experiência do encarceramento. Ainda sobre Pinel, sabe-se que ele dedicava uma cuidada e extremosa atenção aos seus doentes, procurando preencher-lhes as horas desocupadas com trabalho e actividades diversas.

Jean Etienne Esquirol, discípulo próximo de Pinel e seu fiel seguidor, também em muito contribuiu para a clara explicitação dos condicionalismos terapêuticos necessários à organização da vida de um hospício, de modo a conseguir torná-lo verdadeiramente terapêutico. Tais condicionalismos pareciam sobressair pouco da obra de Pinel, quando muito de uma forma relativamente vaga.

Esquirol foi quem ainda planeou pôr em prática as reformas delineadas por Pinel. Como tal, dedicadamente empreendeu a tarefa de divulgação dos pressupostos e ensinamentos do seu “mestre”, entre conferências e palestras dirigidas a alunos de medicina.

O conceito primeiro de Comunidade Terapêutica terá sido, talvez, a ideia mais influente e bem conseguida do legado de Pinel, tal como foi pragmatizada por Esquirol. Pretendia-se definir e estruturar um contexto espacial onde doentes e médicos viviam como membros de uma mesma comunidade, mas cujo ambiente se pretendia e desejava psiquiátrico e terapêutico. Esquirol acreditava nos reais efeitos salutareis do “isolamento” e afastamento físico da instituição terapêutica relativamente ao mundo exterior, acreditando, assim, que o afastamento da família e amigos se constituía como factor essencial para distanciar os doentes das anteriores “paixões mórbidas” que haviam dominado e governado as suas vidas (Shorter, 2001).

Esta corrente psiquiátrica que, em grande verdade, encontrou a sua origem em Pinel e Esquirol terá percorrido toda a comunidade atlântica ao longo do século XIX, preconizando um verdadeiro movimento de reforma do sistema institucional referente aos manicómios e, marcando, assim, uma forte ruptura histórica com as “casas” de doentes mentais de épocas passadas.

Toda esta reforma, aparentemente tão rica de conotações positivas e expressiva de uma franca evolução do pensamento médico do homem, silenciou-se apenas quando uma pressão político – social tão simples quanto a dos números, deitou por terra

qualquer ideia de que os asilos terapêuticos se encontrassem aptos a oferecer alguma espécie de benefício.

Esses sinais de decréscimo ganharam especial significância em meados do século XIX, sobre os quais podemos aqui citar Edward Shorter quando comenta que, “... a ascensão do manicómio é uma história de boas intenções que azedaram” (Shorter, 2001, p.45).

Progressivamente, e por razões que ainda hoje são alvo de controvérsia, as condições de assistência de muitos dos hospitais reformados começou a degradar-se no sentido de uma cada vez maior precariedade de cuidados.

Logo durante a Primeira Grande Guerra, muitos dos manicómios existentes pareciam ter-se transformado em grandes armazéns, nos quais se acumulavam, sem controlo, centenas de insanos, de doentes mentais agudos e crónicos. Á luz desta constatação muitas vozes se levantaram dizendo o quanto o modelo do manicómio terapêutico se havia frustrado e fracassado

As razões que levaram a que isso acontecesse suscitam ainda intensos debates no contexto da história social da medicina. A superlotação de doentes, a falta de recursos financeiros e de pessoal suficientemente especializado, a proporção cada vez maior de doentes crónicos, foram certamente alguns dos factores que contribuíram para a deterioração desta situação.

Para além da segura prevalência de factores políticos e socio – económicos que, de modo adverso, minaram o movimento, adicionam-se outros importantes ingredientes como sejam, o peso considerável dos próprios factores intrínsecos a este modelo de intervenção entre os quais, refira-se, um progressivo desinteresse perante os resultados terapêuticos obtidos que insistentemente se revelavam restritos.

Com efeito, tal desinteresse e decepção parecem ter-se fundamentado numa crença, alegadamente pouco flexível, de que o tratamento hospitalar conduzia linearmente ao processo de cura da enfermidade mental, bem como a parca consideração pela realidade da cronicidade da psicopatologia grave, a ausência de um conhecimento firme e seguro da etiopatogenia e da própria terapêutica. A estes factos acresce ainda o acento na etiologia hereditária da doença mental que, em detrimento dos factores socio – ambientais foi ganhando cada vez mais terreno.

Perante um debate de tal complexidade, autores há como Edward Shorter (2001) que, com poucas dúvidas, afirma ter sido a pressão real dos números uma das principais razões impulsionadoras deste fracasso não desejado. O autor defende a ideia de que os

reformadores não foram derrotados pela eventual natureza defeituosa dos seus conceitos e teorizações, mas sim, e tão só, pela referida pressão dos números, directamente implicada na enorme vaga de doentes lançados aos portões das instituições, por volta do ano de 1900.

Surge-nos aqui, então, uma questão da maior pertinência: como se explica afinal este aumento, aparentemente “súbito”, de doentes?

Sob uma forma resumida, pois aqui não caberá uma descrição demasiado extensa, poder-se-ão enumerar duas principais ordens de factores.

Um primeiro, relacionado com o fenómeno da redistribuição dos doentes, que começaram a ser massivamente deslocados das suas próprias famílias, ou dos asilos, para as instituições do manicómio generosamente anunciadas como realmente terapêuticas. Ao longo do séc. XVIII, à medida que o seio familiar passou, de forma crescente, a considerar-se como uma unidade emocional, cujo clima sentimental deveria ser mantido e preservado positivamente, a pessoa assolada pela patologia mental passou a não encaixar-se neste quadro idealizado.

A sua presença tornara-se intolerável. Assim sendo, surgia a necessidade de o enviar para centros especializados onde pudesse ser cuidado, e sobretudo, pudesse resguardar a sua família de origem de tanto incómodo e exposição ao ridículo.

O segundo factor (e não necessariamente por esta ordem), refere-se ao aumento da taxa real da doença mental. É durante o séc. XIX que se observa a ascensão clínica de elementos vários que, de forma mais ou menos directa, influenciam o despoletar da loucura. Entre estes, saliente-se a neurosífilis (tantas vezes denominada como a doença do século, cuja expressividade clínica se anuncia sob a forma de sintomatologia psiquiátrica), a psicose induzida por excesso de consumo de álcool e, aparentemente, o aumento de número de casos de esquizofrenia (Shorter, 2001).

Assim, eis que em 1900 a disciplina que havia credenciado os asilos e hospícios, e que havia proposto cuidar da doença mental, chega a um beco sem saída.

Os médicos que a ela se dedicaram estavam, na sua esmagadora maioria, concentrados nos manicómios – precisamente as instituições que se tinham novamente transformado em armazéns de enfermidades mentais, onde qualquer esperança de práticas terapêuticas não passava de uma boa e ingénua ilusão.

Os próprios médicos psiquiatras haviam ganho uma reputação estritamente associada ao fracasso. A sua profissão tornara-se desprestigiante e parcamente digna de respeito entre os seus outros colegas de medicina. Cheios de doentes crónicos, dementes

e esquizofrénicos catatónicos, os manicómios tinham-se entregue à desolação e decepção.

Parte do beco sem saída onde a psiquiatria se encontrava ancorada nos anos de 1900, deveu-se também à sua forte tentativa em querer fundamentar-se sob uma base científica, mediante o auxílio das ciências biológicas. É sabido que a psiquiatria, tentou durante dois séculos estabelecer uma ligação entre as ciências neurológicas e a psicoterapia.

Todavia, o que começou com uma intenção de traçar as raízes genéticas e biológicas da doença psiquiátrica acabou por se virar, de certo modo, contra si mesma, pelas “mãos” do espectro da “degeneração”. Ou seja, pela convicção de que a enfermidade mental era, na sua maior percentagem, herdada e que, com o passar das gerações tinha tendência para piorar. (Shorter, 2001).

Deste modo, aquela fracção da psiquiatria que acreditava e explorava o poder da relação médico – doente, viu-se totalmente subjugada e dominada por uma perspectiva tida como mais científica, desta feita de natureza genética, logo objectiva e facilmente comprovável. Iniciaram-se numerosas investigações debruçadas em exames de cérebros post – mortem, segundo o guião do modelo clínico - patológico. Isto é, através de um raciocínio causalista ou causa - efeito procuravam-se as relações entre as conclusões das autópsias e os sinais e os sintomas que o doente manifestava em vida.

Griensinger, médico psiquiatra e professor de psiquiatria alemão (1865 – 1868), tornou-se, durante o sec. XIX, o mais influente representante da designada primeira era da psiquiatria biológica, tendo sido seguramente uma das personalidades que mais contribuiu para a afirmação do domínio alemão na medicina da época. Muito embora o percurso deste psiquiatra tenha sido diverso, ele nunca perdeu de vista a psiquiatria, até que em 1861 reformulou completamente um seu anterior manual e o publicou numa nova edição, cujos textos reafirmavam a postulado de que a doença psiquiátrica era efectivamente uma doença do cérebro ou “doença dos nervos” (idem, ibidem).

A nova era de uma psiquiatria de investigação científica universitária, dedicada ao estudo do cérebro e do tecido nervoso, estava inaugurada.

Nesta linha, um outro investigador, Meynert, um neuropatologista austríaco, realizou um trabalho pioneiro sobre a estrutura microscópica do cérebro e da espinal-medula, descobrindo, nesta sequência, as lesões cerebrais realmente provocadas pela doença da neurosífilis. A sua exclusiva concentração na anatomia cerebral permitiu,

então, uma preciosa compreensão das verdades anatómicas subjacentes à doença psiquiátrica.

Contudo, porque estes investigadores assumiam a convicção de que o seu papel na psiquiatria era o de fazer investigação e não o de curar doentes, tal posição acabou por se revelar a sua principal fraqueza. Fechados que estavam nos seus gabinetes de laboratório, o interesse destes investigadores no tratamento e intervenção dos doentes era praticamente nulo, na medida em que acreditavam veementemente que a sua grande maioria não tinha cura possível.

O fim da primeira psiquiatria biológica foi irremediavelmente alcançado quando Emil Kraepelin, o famoso psiquiatra sistematizador da psiquiatria, proclamou que, ao contrário do que muitos acreditavam, era o curso da doença mental que oferecia a melhor pista quanto à sua natureza, e não tanto o tipo de sintomas que o doente manifestava num dado momento.

Esta nova abordagem olhava a doença mental sob uma perspectiva que se propunha compreender os problemas sentidos e vividos pelos doentes, num dado momento, e no contexto adequado da sua história de vida.

Com Kraepelin atingiu-se o apogeu da sistematização dos estados mentais do homem, oferecendo à compreensão das principais doenças psiquiátricas o seu insight mais significativo. De uma maneira genial, este investigador sistematizou toda a psiquiatria da época segundo um modelo dicotómico: pessoas doentes mentais e pessoas sãs; no primeiro caso incluiu, os neuróticos e os psicóticos; entre estes, distinguiu as psicoses endógenas (hereditárias) das psicoses não endógenas; finalmente, entre as psicoses endógenas, discriminou as psicoses maníacas – depressivas e as demências precoces. (Silva, 1981).

A classificação de Kraepelin era, na altura, de carácter muito convencional, a maior parte dela com conceitos aproveitados dos seus predecessores, mas revelou-se, sem dúvida, um importantíssimo documento histórico sob a forma de um manual publicado em 1893.

Nesta obra, encontrava-se ainda incluída uma descrição cuidada de uma doença que ele considerava ser devida a processos químicos de degeneração => a demência precoce. Ao fazê-lo, e ao tomar esta patologia como uma doença claramente diferenciada, Kraepelin, ofereceu à psiquiatria o seu mais poderoso conceito do século XX – a esquizofrenia.

Eugen Bleuler, um fiel estudioso de Kraepelin, professor de psiquiatria em Zurique, iria pouco depois, em 1908, propôr formalmente este termo “esquizofrenia” para o que Kraepelin designava como demência precoce. Isto porque já se havia reconhecido que os doentes acometidos por esta doença não se tornavam dementes com o evoluir da patologia, e que os primeiros sintomas manifestados não eram necessariamente precoces (Shorter, 2001).

O toque final, mas não menos extraordinário, da conceptualização de Emil Kraepelin, centrou-se, por fim, no conceito de prognóstico da doença mental, tornando, pois, possível a previsão da evolução da doença.

As doutrinas de Kraepelin não foram, contudo, acolhidas com total e incondicional aprovação. No início do século XX começaram a surgir reacções a estes esquemas de classificação, tidos como demasiado rígidos e simplistas.

Esta conceptualização, apesar de ter permitido inegáveis progressos, tendo seguramente contribuído para a distinção entre a paralisia e a doença mental, começou a ser acusada de se tornar um fim em si mesma, na vez de permitir uma maior e facilitada compreensão da doença mental, e ainda de contribuir para o ponto de vista estrito e limitado de que os factores biológicos seriam os únicos determinantes da patologia mental (Pereira, 1993).

Estas expressões de contestação levaram ao aparecimento de uma visão dinâmica da doença mental, desta feita não kraepeliniana, que cresceu em paralelo ao movimento de Kraepelin ainda em voga.

Associado a esta nova abordagem do sujeito doente mental encontramos Adolf Meyer, um proeminente professor de psiquiatria norte – americano. Muito embora, inicialmente, este psiquiatra, se tenha assumido como um ferrenho defensor da doutrina de Kraepelin, importando para os EUA as conceptualizações de demência precoce e doença maníaco – depressiva, foi, porém, através da sua posterior e séria rejeição a esse investigador que Meyer abriu as portas dos EUA à aventura psicanalítica (Shorter, 2001).

Aliás, será curioso referir que, historicamente, Meyer será sempre mais facilmente recordado como um franco opositor de Kraepelin, do que como um seu seguidor de outros tempos.

Meyer, aparentemente cansado das características demasiado rígidas das nosologias até então existentes, não resistiu à tentação de desenvolver o seu próprio sistema de classificação da perturbação psiquiátrica. Assim sendo, na sua estrutura de

diagnóstico e tratamento da pessoa doente mental, ele atribuiu particular importância à observação do comportamento do paciente, atitudes, história de vida, relações familiares e interpessoais e contextos sociais. O ambiente e contexto social aos quais a doença “pertencia” e onde se desenvolvia, ocupavam, sem dúvida, uma posição de particular destaque na concepção teórica de Meyer (Pereira, 1993).

A psicanálise, legado indiscutível de Sigmund Freud, surge-nos nos anos finais do século XIX. As descobertas de Freud em relação ao inconsciente e ao funcionamento mental, evidenciando a consideração de um contínuum entre o normal e o patológico, assumiram repercussões fulcrais, quer ao nível da disciplina psiquiátrica, como da assistência ao paciente insano.

A teoria psicanalítica de Freud passa a ser adoptada, por inúmeros médicos psiquiátricos como modelo de referência essencial, oferecendo-lhes em acréscimo a oportunidade já há muito ansiada da sua saída para fora dos muros dos manicómios. Ora esta prática da “psicologia das profundidades”, que exigia uma preparação especial, permitiu pois, à classe psiquiátrica a conquista de um espaço de identidade fora das grandes instituições, isto é, a criação dos seus gabinetes de consulta e o ganho do monopólio das terapias da mente.

Admite-se que o advento da Primeira Grande Guerra Mundial tenha, em parte, contribuído para uma tão grande aceitação pública da psicanálise. Não deixa de fazer sentido a consideração eventual de que as concepções freudianas sobre o instinto de morte e agressão possam ter, paralelamente, ajudado a alcançar uma compreensão e explicação para a irracionalidade e violência extremas, próprias das grandes guerras, e da natureza humana. (Shorter, 2001).

Importante será realçar que depois dos anos 30, o epicentro da psiquiatria mundial se transfere para os EUA, de tal modo que foi aqui que a psicanálise cresceu e deu frutos muito para além dos sonhos mais ambiciosos dos seus fundadores. Aqui, a psicanálise apropriou-se de forma indiscutível da intervenção e teorização psiquiátricas, conhecendo, apenas, um certo arrefecimento durante os anos setenta.

Conta-se que um dos aspectos centrais da “tomada de poder” da psiquiatria pela abordagem psicanalítica, foi a ambição dos analistas em querer estender as suas teorias ao diagnóstico e tratamento da doença psicótica. E muito embora se conste que Freud terá desencorajado publicamente os seus seguidores a tratarem de doentes psicóticos, parece certo, de acordo com Shorter, que em privado ele seria um pouco mais permissivo.

Com a psicanálise e mediante a sua aplicação prática enquanto técnica de intervenção, é o par médico – doente e a relação daí advinda que é particularmente enfatizada.

Freud, ao explorar e ampliar esta especial estrutura que é o envolvimento ou relação entre um médico analista e o seu doente, alcançou o mérito de desmistificação de toda uma série de outras estruturas tão bem conhecidas, mas de ordem tão diversa – as estruturas asilares. A este propósito Foucault diria: “ ele aboliu o silêncio e o olhar, apagou o reconhecimento da loucura (...) no espelho do seu próprio espectáculo, fez com que se calassem as instâncias da condenação” (Foucault, 1972, p.502).

Em compensação da desmistificação do asilo, foi a personagem do médico que Freud exaltou, como presença única, oculta atrás do doente, numa ausência que é também presença total. Ainda segundo Foucault, todos os poderes que se encontravam divididos na existência coletiva dos manicómios, foram feitas “deslizar”, por Freud, na direcção do médico psicanalista. Isto é, aquilo que Pinel conseguiu estruturar sob a forma organizada do internamento, Freud estruturou, quase na totalidade, nas mãos do médico (Idem, ibidem).

Não obstante, durante a era psicanalítica, considerada por alguns como aconselhada apenas a pessoas com poder económico suficiente para dela poder usufruir, uma outra vertente da psiquiatria não deixou de procurar alternativas viáveis de tratamento destinado aos doentes mentais graves.

Entre estas, se algumas delas se revelaram becos sem saída, outras conseguiram converter-se nas bases de novas visões de psicoterapia, e outras ainda, prepararam os alicerces da revolução da terapia medicamentosa que aconteceria na sequência da Segunda Guerra Mundial (Shorter, 2001).

Uma incansável experimentação foi levada a cabo no âmbito da psiquiatria, para se encontrar a cura das tão famigeradas patologias mentais graves que teimavam em não ceder facilmente aos intentos dos médicos. Estas longas e pacientes buscas conheceram um importante impulso com a descoberta, em 1917, do tratamento da neurosífilis, componente fundamental na etiologia de algumas formas de psicose.

Foi um momento notável, tanto para a história particular da psiquiatria, como para toda a história da medicina. Com esta descoberta, foi possível devolver aos pacientes que sofriam de psicoses neurosifilíticas uma vida quase normal, que de outro modo teria inevitavelmente evoluído para a demência e morte.

Pouco tempo depois surge uma outra descoberta ainda mais surpreendente que finalmente pôs cobro à doença sífilítica – a descoberta da penicilina. Esta doença, que outrora enchera os manicómios, deixara enfim de ser uma das incontáveis causas da insanidade.

A procura obstinada de terapêuticas alternativas prosseguiu, uma vez que a penicilina apenas resolvera as doenças psiquiátricas causadas por vírus e bactérias.

Algumas destas vias passaram pela indução de sonos profundos, ou pelo uso de barbitúricos, de tal modo se acreditava que esta qualidade de sono, ao impedir uma invasão de estímulos, poderia ajudar os doentes mentais graves a sair das suas denominadas atitudes negativistas.

Outros tipos de terapias físicas passaram pela indução de choques e comas insulínicos, tão segura era também a consideração de que submetendo os doentes a estes tratamentos assim se poderia promover a cura ou remissão completa da doença psicótica. Uma forma bem mais apurada deste tipo de técnica terapêutica, insurgiu-se sob a forma de eletrochoques que, produzindo as desejadas convulsões “terapêuticas” evitavam os estados de coma.

Finalmente, se até cerca da década de 70 o paradigma psicanalítico conseguiu manter o domínio sobre a realidade e abordagem psiquiátricas, convivendo lado a lado com todas estas novas descobertas no âmbito das terapias físicas, não se entrecruzando todavia com elas, foi igualmente a partir destes anos 70 que uma segunda era da psiquiatria biológica reentrou em cena. Desta feita, numa “versão” mais elaborada e sofisticada.

O triunfo do biológico, ou do pressuposto de que as principais doenças mentais se fundavam num substrato de química cerebral perturbado, representava, sem dúvida, o regresso de temas que haviam sido dominantes no séc. XIX, durante a primeira psiquiatria biológica (Shorter, 2001).

No entanto, este retorno fez-se acompanhar, num primeiro momento, por uma condição específica de exclusividade – a da rejeição da abordagem psicanalítica, enquanto modelo eficaz de intervenção. Neste renovado paradigma biológico havia de facto um lugar assegurado para a técnica da psicoterapia, mas apenas para aquela de tipo informal, inerente à relação médico – doente, e não para o elaborado e complexo trabalho psicanalítico.

Os percursos da segunda psiquiatria biológica perceberam que se quisessem ser realmente convincentes quanto à origem neural e química da doença mental, teriam

de se munir de verdadeiros recursos científicos. Estes passaram por áreas tão especializadas como os estudos genéticos da esquizofrenia e doença maníaco – depressiva; pelos estudos laboratoriais químicos responsáveis pelo desenvolvimento das terapias medicamentosas; pelo recurso à neurociência, facilitando esta a compreensão das perturbações mentais mais graves, e por fim, neste campo, socorrendo-se também da especializadíssima neuropatologia.

Os resultados de tanta investigação revelaram-se frutuoso, sendo que por meio dos anos 90 as provas da neuropatologia apontavam esmagadoramente para a constatação da esquizofrenia como uma doença orgânica.

A psiquiatria biológica tornou-se assim capaz de investigar as causas e os tratamentos da doença mental pelo método científico, método esse que muitos consideraram não ter sido tão rigorosamente praticado por outras perspectivas da insanidade mental. De facto, esta sua tarefa só se revelou possível porque foi feita uma inteligente aliança entre geneticistas, farmacologistas, radiologistas, bioquímicos e patologistas.

Por último, e porque estas histórias sobre o percurso da loucura, e das suas diferentes formas de com ela lidar, nomeadamente as terapêuticas, são tantas vezes indissociáveis daquilo que é a história da principal disciplina que a ela se dedicou, à que fazer notar que, independentemente de todos os reveses e controvérsias, existe um ponto assente, bem conhecido, e parece que convergente para todos.

Quando se trata de lidar com as perturbações graves do cérebro e da mente, a abordagem mais eficaz entre todas, é seguramente aquela que resulta da combinação complementar entre o uso da psicoterapia e a prescrição de medicação.

Assim, finalizamos uma vez mais com Edward Shorter quando este nos diz que a neuroquímica e a “neuroconversa” são componentes que indubitavelmente se reforçam mutuamente numa forma ideal de cuidados (2001, p. 323).

I.2. A intervenção psiquiátrica em Portugal – alguns apontamentos

Em Portugal a evolução da assistência e tratamento à pessoa afectada por patologias mentais decorreu grandemente dependente de toda uma conjuntura de ordem cultural, social e político – económica. Tal facto não é obviamente caso inédito ou exclusivo do nosso país, não obstante a verdade de que a nossa especificidade histórica em muito terá contribuído para a demora de quase meio século na introdução em Portugal do conhecimento e avanços pertencentes à disciplina psiquiátrica que por lá fora já havia encontrado espaço próprio.

A esse propósito Barahona Fernandes (1984, in Pereira, 1993) diria que somente após o triunfo e estabilização do liberalismo em meados do século XIX (1848), numa importante parte devido ao Marechal Saldanha, então chefe do governo de Dona Maria II e reconhecido herói da guerra civil, foi possível a criação daquela que seria a primeira instituição oficial exclusivamente dedicada à intervenção e tratamento dos pacientes alienados: o Hospital de Rilhafoles de Lisboa, hoje de nome Miguel Bombarda.

Até então a história dá-nos a conhecer intervenções de outra ordem, menos sistematizadas, parcamente assentes num conhecimento médico – científico actual, ainda que muitas delas ocorrentes em contextos clínicos (enfermarias de hospitais), porém, com genuína intenção subjacente de proporcionar alívio e tratamento à dor mental.

É sabido que desde 1539 o padre Pedro Fernando Gouveia oferecia assistência aos pacientes de foro psiquiátrico no Hospital de Todos os Santos, assistência essa, tida na época como experiente e com obtenção de resultados consideravelmente razoáveis.

Durante o século XVI também um outro cidadão português, J. Cidade, santificado com o nome de São João de Deus, dedicou grande parte da sua vida ao cuidado das pessoas doentes mentais, segundo uma linha de princípios de conduta fundamentalmente assentes no respeito e caridade. A continuidade da sua filosofia de cuidados seria depois eternizada pela criação da Ordem de São João de Deus.

Barahona Fernandes refere, no entanto, dificuldades diversas, das quais as mais relevantes se prendiam com a escassez de profissionais especializados e pobríssimos recursos financeiros que, numa espécie de acção conjunta com outros factores igualmente importantes, em muito potenciaram a degradação dos cuidados assistenciais da época. Só após a fundação do Hospital de Rilhafoles, atrás referido, os doentes finalmente encontram um espaço para o cuidar de si e da sua doença. Com cerca de 300

camas teve como seu primeiro director clínico Francisco Martins Pulido que em consonância com as preciosas orientações e ensinamentos de Pinel pela primeira vez regulamentou em Portugal a implementação de terapias ocupacionais.

Não obstante a veracidade de francos progressos e casos bem sucedidos não foi conseguido porém, com o passar do tempo, o evitamento de um processo de degradação crescente, expresso em níveis significativos de mortalidade e morbilidade dos doentes mentais. Processo degenerativo esse que se viu prolongado durante longos anos até finalmente parecer conter-se com a nomeação de Miguel Bombarda para seu director na data de 1892 (Howells, 1975).

São então introduzidas alterações maiores a níveis vários, atravessando tanto os departamentos da organização e gestão das terapêuticas, como a um nível mais depurado, como seja o refinamento científico do conhecimento psiquiátrico. Tais transformações elevam Rilhafoles a um estabelecimento de saúde exemplar/ modelar pelo seu funcionamento e instalação (Pereira, 1993).

Entretanto já havia sido construído e fundado no Porto pelos anos de 1883 o Hospital de Conde de Ferreira, cuja direcção entregue a António Maria de Sena enveredaria este hospital por linhas de acção sofisticadas no sentido do aperfeiçoamento da assistência clínica, da divulgação e sensibilização entre os médicos do conhecimento da medicina mental e sequentemente na formação de pessoal técnico especializado.

A Sena é igualmente atribuído o protagonismo da promoção da primeira lei orgânica de protecção legal dos então chamados alienados, alcançando em 1889 a promulgação e sequente constituição do seu projecto-lei, ao qual lhe foi oferecido o seu nome – a lei Sena. Entre as suas premissas encontrava-se a obrigatoriedade de um exame médico-legal a todas as pessoas sob as quais recaía a suspeita de poderem padecer de doença mental (Howells, 1975).

Com a proclamação da república verificou-se um franco movimento de expansão de psiquiatras, entre os quais algumas das personalidades que viriam a tornar-se sobejamente conhecidas entre nós: Magalhães de Lemos, iluminista, investigador e seguidor da orientação neuropatologista em psiquiatria, sucessor de António Sena na direcção do Hospital Conde de Ferreira; e outro ainda, Júlio de Matos, nomeado director do Hospital de Rilhafoles que mais tarde viria a tomar o nome de Miguel Bombarda, desafortunadamente assassinado por um paciente psiquiátrico em Outubro de 1910.

Júlio de Matos, professor de psiquiatria da faculdade de Medicina de Lisboa, sob a sua doutrina positivista e naturalista foi um dos grandes inspiradores de profundas

reformas psiquiátricas e responsável, também, pela campanha pela ininputabilidade dos doentes mentais, defendendo em concomitância que a decisão sobre esta condição deveria pertencer ao campo de acção dos médicos alienistas.

Em 1911 é aprovada uma lei de sua autoria, promotora da criação de mais hospitais psiquiátricos, abrindo assim espaço para os planos de construção de um novo manicómio, sito no Campo Grande em Lisboa – aquele que viria a adoptar o seu nome – Hospital Júlio de Matos (Pereira, 1993).

Assim eis que, tal como Milheiro (2003) nos aponta, as aquisições científicas e modelos assistenciais foram progressivamente entrando em Portugal: o ensino da disciplina da psiquiatria nas faculdades de medicina é iniciado na primeira república, o sistema assistencial organizado acontece nos anos 40, as novas terapêuticas, mais complexas e sofisticadas do que os frequentíssimos electrochoques e comas insulínicos chegam nos anos 50 e 60, a revolucionária psicofarmacologia também aqui é inaugurada na mesma época.

Todo este conjunto renovado de condições de assistência e intervenção em doença mental, ainda que lento e demorado na sua introdução e implementação, aconteceu apenas porque devido ao extraordinário esforço e empenho de um grupo de profissionais exemplares, dos quais aqui apenas a alguns fizemos referência: António Sena, Miguel Bombarda, Magalhães de Lemos, Júlio de Matos. A estes acrescem-se ainda muitos outros nomes, como sejam, por exemplo, Elysio de Moura, figura de presença ímpar, professor de neurologia e psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que assumia a sua orientação como particularmente marcada pelas conhecidas observações e estudos de Charcot sobre a histeria, bem como pelos trabalhos da escola de Nancy sobre a hipnose.

Nesta linha, terá alcançado feitos psicoterapêuticos surpreendentes e deveras eficazes sobre as estruturas neuróticas e psicossomáticas. Não obstante a sua brilhante e invulgar capacidade para o discurso escrito pouco se dedicou à publicação ou mero registo da sua ordem de pensamento, com excepção, porém, de alguns trabalhos, com principal destaque para a sua preciosa obra sobre a anorexia mental.

Também Sobral Cid, iniciado segundo as linhas de Júlio de Matos e sucessor deste aquando da sua morte em 1922, criou obra considerável, enquanto homem da ciência e cultura. Cid investigou, ensinou e fez escola sob um contexto político – social e científico seguramente complexo, ao qual se adicionava ainda as condições de um hospital (que dirigia – o Miguel Bombarda) cada vez mais sobre – lotado, onde cada

canto, cada corredor transbordava ostensivamente números incontáveis de camas. Envolve a psiquiatria portuguesa em rumos renovados recusando o atomismo nosografista francês, a sua semiologia descritivista e positivista, investindo, então, na conquista do conhecimento do saber psiquiátrico vindo das escolas psiquiátricas germânicas. A classificação nosológica usada por Júlio de Matos e constante na obra deste, *Elementos de Psiquiatria*, é abandonada por Cid, adoptando e ensinando em alternativa o edifício nosográfico por Emil Kraepelin criado.

Paralelamente, não mais é advogada a teoria da degenerescência moreliana, sendo que a observação dos seus doentes passa a ser feita segundo outros critérios – os critérios biotipológicos e temperamentais da escola de Tubingen.

A Sobral Cid chegou igualmente ao conhecimento de Bleuler e naturalmente da sua obra sobre a esquizofrenia, a qual reflectia os achados de Freud e Jung sobre a psico-ontogenia das estruturas complexuais. Por todo este conjunto de circunstâncias – seguramente muitas mais do que aqui este espaço nos permite expor – não é de surpreender o valor dado por Cid às medidas terapêuticas assentes no saber sobre o poder da relação empática médico – doente.

Barahona Fernandes, assistente de Sobral Cid, sucedeu-lhe no ensino e cátedra da disciplina psiquiátrica. Um ano após a morte do seu mestre, teve a oportunidade de inaugurar as clínicas do hospital que Júlio de Matos “desenhara” e ao qual lhe havia sido dado o seu nome. Por tal, Barahona Fernandes, evitando o degradado Hospital de Rilhafoles, transfere para o hospital recém inaugurado o seu ensino e método, e aí consegue expandir a sua fecunda actividade de investigação.

Como higienista da mente que era, Barahona lutou, como Sobral Cid e antecessores outros o fizeram, contra o estereótipo e estigma socio – culturais associados à prática psiquiátrica e aos próprios profissionais de psiquiatria.

Investigador internacionalmente reconhecido faz publicação frequente dos seus trabalhos, entre os quais refiram-se os seus estudos psicopatológicos e clínico – evolutivos dos doentes leucotomizados, e outros ainda sobre os síndromes acinéticos nas psicoses orgânicas, os delírios agudos, a paralisia geral infanto – juvenil, etc. (in *Anais Portugueses de Saúde Mental*, 1985).

Com a queda de Hitler e fim da segunda grande guerra gerou-se uma profunda crise na psiquiatria de todos os países da Europa e América, repercutindo-se, naturalmente, em Portugal. Sob contestação e sério questionamento viram-se conceitos, clínicas, formas de tratamento, factores de saúde e doença, filosofias de intervenção,

etc. Os hospitais psiquiátricos foram copiosamente colocados em causa (Milheiro, 2003).

Sabia-se da super – acumulação de doentes internados e em ambulatório; sabia-se do abandono dos doentes junto às portas dos hospitais sempre que, por falta de vagas, não eram internados; sabia-se sobre os orçamentos tradicional e insistentemente reduzidos. O movimento de desinstitucionalização e desalienação foi ganhando corpo, convicções, alento para a acção, fundado que estava na defesa da humanização do doente mental.

Salazar, em parte influenciado pela mudança de ventos da história político – social externa, e acreditemos também interna, permite a criação da ideia dos Institutos Médico – Sociais. Assim a anterior lei de Sena, da assistência aos doentes mentais viu-se substituída pela lei nº 2006 de 1945, a partir da qual o país é dividido, em termos assistenciais, em 3 grandes zonas (centro, norte e sul), cada uma das quais provida de um centro de assistência psiquiátrica, representados pelos seus respectivos hospitais de zona: Miguel Bombarda e Júlio de Matos na zona sul; Sobral Cid na zona centro; Conde de Ferreira (futuro Magalhães de Lemos) na zona norte. Paralelamente foi também decidida a criação de 3 escolas de enfermagem psiquiátrica em cada um destes 3 centros e zonas.

No que aos modelos de orientação teórico – prática diz respeito, especialmente aqueles que procuravam oferecer uma compreensão profunda sobre as patologias mentais, nomeadamente a psicanálise, esta apenas encontrou lugar e espaço em Portugal a partir dos anos 50 do século XX. Não sem antes se ter seriamente debatido contra enormíssimas reservas e impedimentos provindos de alguns sectores psiquiátricos oficiais do estado novo. Decerto só depois do 25 de Abril se encontraram realmente facilitados os contactos e formações internacionais, garantes do desenvolvimento da psicanálise no nosso país.

Eminentes psiquiatras ocuparam um importante lugar naquela que poderá ser considerada como a pré – história da psicanálise em Portugal, como por exemplo o já aqui tão referenciado Sobral Cid, dotado de notáveis capacidades de intuição e observação psicológica, mas também Egas Moniz, célebre prémio Nobel da medicina e fisiologia, cujo seu primeiro trabalho sobre a psicanálise data de 1915 (Perron, d. desc.).

João dos Santos, psiquiatra decididamente orientado para a psicanálise logo desde a sua primeira estada em Paris nos anos 40 – 50, onde mais tarde cursou a psicanálise do Instituto de Psicanálise de Paris, será quem, conjuntamente com

Francisco Alvim e Pedro Luzes, irão fundar, em 1973, a Sociedade Portuguesa de Psicanálise (Luzes, 2002).

Uma vez colega e amigo pessoal de Barahona Fernandes dele se distancia, porém, de forma contundente, não somente a nível científico – prático, como essencialmente em termos epistemológicos e metodológicos. Retomando a preocupação onto – psicogenética por Sobral Cid defendida, “personaliza-a” segundo o aparelho conceptual e técnico do freudismo. Barahona exibia opinião e conceptualização psiquiátricas bem diversas, sendo conhecida a sua firme posição contra a psicanálise e psicanalistas, tendo-os como perigosos terapeutas para a desejável e hipotética tranquilidade dos espíritos.

Ultrapassados por fim todos os trâmites burocráticos é finalmente autorizada em 1973, pelo então ministro da educação (Professor José Hermano Saraiva), a constituição da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, a qual viria a ser presidida por Francisco Alvim.

Como Pedro Luzes o refere, apesar deste moroso reconhecimento, tal não se mostrou suficientemente impeditivo para o treino e formação analíticos, que entretanto já se haviam iniciado em Portugal, mediante a realização de conferências e seminários com convidados vindos do estrangeiro.

No âmbito e contextos legais diversas alterações e decretos-lei foram introduzidos no panorama da intervenção psiquiátrica em Portugal, mas sobre os quais não faremos, no entanto, referência explícita, pois tornaria a presente leitura demasiado extensa e densa.

Frisemos, contudo, como tendencialmente as políticas de saúde foram sendo evolutivamente elaboradas no sentido da contestação de ideias obsoletas como as dos asilos de alienados subjacentes à teoria da clausura, aliados a uma prática e filosofia de intervenção em que o isolamento tantas vezes foi usado como meta essencial.

Assim, a intervenção psiquiátrica investiu-se como cada vez mais orientada para um processo terapêutico preferencialmente concretizado fora dos hospitais da especialidade. Os meios de acção implementaram-se como progressivamente dirigidos para um campo extra – hospitalar e concomitantemente para uma dignificação do doente, estivesse este em tratamento no seu próprio meio social e residencial, ou sob internamento numa instituição (Milheiro, 2003).

Daqui sobressai uma cultura dos direitos do homem, também passível de nesta área produzir mudança e efeitos essenciais. O caminhar para uma Europa unificada,

com o devido respeito pela identidade nacional, tem sido seguramente factor de extrema importância.

1.3. A intervenção psiquiátrica nos Estados Unidos da América - apontamentos

Nos anos do colonialismo americano as práticas e crenças relativas à doença mental poder-se-iam dizer bastante permeáveis às influências europeias, sobretudo as provenientes de França, Alemanha e Inglaterra.

O controlo dos designados *furiosos* era, à data, preferencialmente atribuível à responsabilidade das próprias famílias coloniais, sendo sequentemente conhecido o facto de que ocasionalmente os anciãos da cidade mandavam construir pequenas celas para restrição desta ou daquela pessoa acometida de fúrias injustificadas.

Existem referências históricas em documentos escritos que descrevem estes exíguos lugares de detenção, como por exemplo uma cela na cidade de Baintree, Massachusetts, erigida em 1688 para aprisionamento de uma mulher louca, e que teria apenas um espaço de 1,5 por 2 metros (Howells, 1975; Shorter, 2001). Aos loucos sem família pouco mais lhes restava do que uma vida errante e sem abrigo. Quando este lhes era proporcionado, diríamos imposto, tal abrigo revelava-se sinónimo de encarceramento em jaulas ou celas, enquanto meio de detenção e rejeição de um meio que não o queria presente.

A forma das comunidades e público em geral lidarem com os seus loucos não expressava pois uma ordem diversa daquela passível de ser observada no continente europeu. Do mesmo modo, tal como na Europa, também nos Estados Unidos a necessidade de criação de instituições asilares especializadas para o acolhimento das pessoas enfermas não obedeceu ao princípio primeiro da compreensão de que a loucura seria uma doença e, que como tal carecia de tratamento adequado. Os motivos primordiais inerentes ao nascimento dos asilos foi, uma vez mais, o desejo de repressão, de afastamento de quem tanto medo, receio e desconcertamento conseguia provocar.

Não obstante os motivos iniciais, as unidades e instituições psiquiátricas foram sendo, então, progressivamente criadas.

Assim, no que respeita a departamentos de saúde propriamente ditos, criados com o especial intento de acolhimento de indivíduos com doença mental, sabe-se da fundação de uma primeira enfermaria psiquiátrica, no Hospital de Boston, nos anos de 1729, onde os doentes insanos passariam a ser claramente separados dos restantes pacientes internados, estes com sofrimentos tidos como de outra ordem e natureza. De acordo com Shorter (2001), antes de 1800 só haveriam dois hospitais gerais nos Estados Unidos, sendo eles o Hospital de Pennsylvania, fundado em 1752, sob a tutela da

Religious Society of Friends e o Hospital de Nova Iorque, inaugurado em 1791. Ambas as instituições iniciaram a admissão de pacientes com doença mental, pouco depois das suas aberturas, tendo inclusivamente o Hospital de Nova Iorque decidido criar um edifício psiquiátrico independente do seu corpo central na data de 1808, baptizado com o nome de *Lunatic Asylum* = o asilo dos loucos.

Nas colónias o primeiro hospital psiquiátrico a ser fundado como providência para «...o sustento e manutenção dos idiotas, doidos e outras pessoas com morbidez da mente» (Reil, in Shorter, 2001, p. 21) ocorreu nos anos de 1773 na localidade de Williamsburg, Virgínia.

Até esta época, dizem os historiadores que eram os modelos europeus os que fundamentavam, em grande medida a intervenção psiquiátrica nos Estados Unidos. Poucas tradições psiquiátricas, tipicamente americanas, poderiam ser encontradas. Abundavam, assim, as terapêuticas assentes em toda uma medicina, dir-se-ia, ortodoxa com as suas sangrias, purgas e administração de eméticos, todos eles com o fim último da cura.

Benjamim Rush, médico assistente no Hospital de Pennsylvania, surge-nos como uma importante figura no panorama psiquiátrico americano, no sentido de que é geralmente recordado como o pai da psiquiatria americana, assim tendo sido reconhecido em 1965 pela American Psychiatric Association. A sua vida e actividade profissional conta-se ter atravessado os dias últimos do período colonial, a guerra revolucionária e os primeiros tempos dos recém criados Estados Unidos da América. Firmou-se como o físico mais famoso e conceituado dos seus tempos, a tal não sendo alheio o facto de ter sido um dos assinantes da declaração de independência e o detentor, ainda, dos mais altos cargos médicos nas forças militares de George Washington durante o período da guerra da independência (Howells, 1975)

Em termos conceptuais, Rush expressava o seu acordo com os seus contemporâneos europeus, considerando o cérebro como elemento etiológico de base para o despoletar da doença mental. Em 1812 fez publicar um manual no qual consta a sua convicção de que a causa da loucura localizar-se-ia principalmente nos vasos sanguíneos do cérebro, encontrando-se igualmente dependente do mesmo tipo de acções mórbidas e anormais verificáveis noutras doenças arteriais. A vertente organicista da doença mental era pois particularmente valorizada e enfatizada, sendo que ainda assim, muitos foram os partidários de Rush que argumentaram que as ocasionais meditações do seu mestre sobre a persuasão moral poderiam ser entendidas como uma antecipação

sua das terapias psicológicas que mais tarde se viriam a desenvolver. Tais considerações não são porém lineares, uma vez a descoberta de alguns relatos feitos por um visitante do Hospital de Pennsylvania onde teve a oportunidade de acompanhar as rondas de Rush. As descrições destas – claramente pouco abonatórias – não foram de todo consonantes com as palavras entretanto escritas por Rush acerca das supostas terapias morais e regimes de ocupação instituídas por este hospital.

O século XIX foi para a psiquiatria, disciplina igualmente recém chegada aos Estados Unidos, uma época consideravelmente devotada à descrição, classificação e estudos diversos. Não obstante, segundo Shorter (2001) era à data um país cujos serviços se assumiam extraordinariamente descentralizados e particularmente pautados por uma vasta tradição de voluntariado na prestação dos cuidados públicos. Uma regulamentação nacional específica para a intervenção psiquiátrica só se veria organizada e estruturada no pós segunda grande guerra mundial.

Deste modo, temos que a geografia e estruturação dos primeiros manicómios americanos não se revelou fruto de planos ou programas para o efeito elaborados, mas antes, devidos a toda uma série de iniciativas locais, algumas delas, dir-se-iam, quase acidentais.

Autores outros, como Howells (1975) apontam o século XIX nos Estados Unidos como a expressão franca de um movimento marcadamente humanitário, sob o qual vários hospitais privados foram criados e desenvolvidos, e outros ainda transformados em instituições de tratamento e intervenção, na vez de simples locais de armazenamento e recolha de pacientes.

Tal mudança em si continha uma vasta preocupação na implementação de tipos vários de terapias ocupacionais, maioritariamente fundamentadas nos ensinamentos e experiências de Pinel, defensor, como sabemos de medidas de intervenção não restritivas.

Deste interesse humanitário emergiu o designado tratamento moral e a ele aliado todo um conjunto de influências de natureza social, económica, psicológica e intelectual, que assim conseguiram como que impregnar algumas das mais importantes actividades clínicas dos hospitais psiquiátricos.

Um dado extraordinariamente interessante na história psiquiátrica americana é o facto de que se inicialmente o tratamento moral revelou níveis significativos de eficácia até sensivelmente aos anos de 1850, tal taxa viria a conhecer grande decréscimo nos

anos posteriores, precisamente a partir da época em que cada vez mais um maior número de instituições hospitalares apresentava taxas superiores de pacientes internados pertencentes a diferenciados grupos étnicos, religiosos ou económicos. O tratamento moral, basicamente fundado na premissa da promoção de uma relação de proximidade entre terapeuta e paciente, seguramente facilitada nas situações em que existem francas similitudes étnicas, religiosas e outras entre os intervenientes, parece, então, ter revelado certa fragilidade para a qual os profissionais não estavam preparados. Isto é, a dificuldade do psiquiatra em compreender e contextualizar certa expressividade sintomática de sujeitos provenientes de meios socio – culturais diferentes dos seus.

Perante esta incompreensibilidade, decerto tantas vezes associada ao desconhecimento de determinadas culturas e vivências, a relação terapeuta – paciente, enquanto ferramenta clínica, aqui esmoreceu momentaneamente parte do seu “vigor” e garantes entusiasmados de sucesso.

Os psiquiatras reclamaram, então, pela deficiência dos fundos orçamentais, chamando a atenção para o facto de nem todos os perfis de personalidade serem adequados ao exercício da medicina psiquiátrica, sensibilizaram-se para as necessidades de uma população doente cada vez mais urbana, industrial e crescentemente heterogénea. Perceberam o quanto não estavam ainda preparados para lidar com várias situações e aceitaram que nem todas as doenças mentais conseguem alcançar a cura.

Este saber e sensibilização em muito contribuiu para a promoção da profissionalização e especialização de todo o pessoal psiquiátrico, levando a que progressivamente fossem sendo excluídos do cenário de intervenção técnica aqueles que durante décadas e décadas fizeram parte dos prestadores de cuidados dos enfermos mentais: pessoas puramente leigas que por solidariedade, compaixão, religiosidade ou outro motivo se voluntariavam para o cuidado dos menos afortunados e sofredores.

Pela década de 1840 assistiu-se à construção e inauguração de um crescente número de manicómios terapêuticos em todo os Estados Unidos. Porém, tal como na Europa eis que toda uma esperança idealizada, que durante tanto tempo acreditou que podia domar, em absoluto a doença mental, também aqui se confronta com o efeito esmagador das estatísticas, expresso em autênticas inundações de doentes institucionalizados. Nos Estados Unidos o primeiro sinal de que algo não ia bem soou em cerca de 1869, na sequência da fundação no estado de Nova Iorque de um manicómio exclusivamente dedicado ao tratamento de doentes crónicos. Falamos de

Williard State Hospital que, de acordo com Shorter, terá sido uma das primeiras instituições americanas a abandonar qualquer pretensão de cura e alta. Sob a pressão do descontentamento alimentado por números que teimosamente engrossavam as estatísticas, muitos hospitais se lhe seguiram. A título de exemplo, vejamos o caso de um manicómio em Milledgeville, Geórgia, que apesar das suas melhores intenções terapêuticas iniciais e tentativa de controlo do número total de pacientes internados, acabou mais tarde por se transformar num autêntico depósito de 8000 camas. A média de internamentos anuais de uma típica instituição manicomial americana passou de 31 doentes em 1820 para 182 em 1870. Os anos seguintes a 1880 observariam o abandono de qualquer esforço de terapia por parte da maioria dos manicómios públicos (Howels, 1975).

A psiquiatria, chegada que estava a 1900 encontrava-se portanto numa situação de impasse. A desolação a que os manicómios tinham chegado era tal que muitos são os relatos surpreendidos dos profissionais da área, atónitos e desmoralizados com o cenário vigente.

William White, superintendente dos Hospital St. Elisabeth de Washington, veementemente observou que os próprios psiquiatras pareciam ter perdido o contacto com o resto da medicina, como que chegados ao fim de uma estrada sem aparente continuidade.

A luz ao fundo do “túnel” surgiu, também nos EUA, sob a forma do desejo de desvendar a relação existente entre a mente e o cérebro, sendo que desta motivação nasceu o movimento da denominada primeira psiquiatria biológica.

Sob um novo alento seguem-se os passos, as fases, de maior ou menor sucesso, ditadas pelos investigadores da velha Europa. A dominância do conhecimento e iniciativa foi, porém, detida durante quase um século pelos contemporâneos alemães. A historiadora Rosemary Stevens (in Shorter, 2001) conta-nos como na primeira década de 1900 a psiquiatria americana se encontrava numa condição consideravelmente inferior, comparativamente com a dos principais países europeus. De acordo com a autora, se menos de 10% dos médicos psiquiatras activos nos Estados Unidos eram formados por verdadeiras escolas de medicina (estas escassas) e outros 20% nunca haviam sequer frequentado aulas de medicina, não é portanto de surpreender o facto da investigação e ensino da psiquiatria terem tido neste país um começo tão frágil e tardio.

Sequiosos que estavam de investigadores capazes de dar novo ânimo à psiquiatria, eis que a história se volta, a dado momento, para um psiquiatra, diplomado

em Zurique, emigrado para os Estados Unidos em 1892 com o intuito, segundo o próprio de estudar neurologia – Adolf Meyer.

Meyer começou, então, por ficar integrado como patologista num hospital psiquiátrico, o Illinois Eastern Hospital for Insane, em Kankakee, onde confrontado com um autêntico deserto científico e investigacional aí promoveu um primeiro curso de neurologia para todo o seu pessoal médico. Poucos anos depois terá trocado Kankakee pelo hospital manicomial de Worcester, Massachusetts, fundado em 1833 no âmbito do anterior movimento de reformas psiquiátricas, mas entretanto reconvertido num grande armazém de alienados. Para aí terá ido a convite do director desta instituição que, ciente do crescente prestígio de Meyer, lhe ofereceu total liberdade de investigação e formação, área bastante cara a este último, uma vez a sua segura convicção na concepção biológica como princípio essencial para a compreensão dos quadros psiquiátricos – aliás, concepção rigorosamente alinhada com a dos seus mestres europeus.

A Meyer os EUA deverão estar profundamente gratos pois dos poucos laboratórios de investigação neurológica que se aproximavam das normas europeias, dois deles foram precisamente criados e desenvolvidos por ele: os de Kankakee e de Worcester.

Durante as primeiríssimas décadas do século XX, o desenvolvimento da psiquiatria neste país caracterizava-se pela separação entre o ensino e a investigação científica, sendo que dificilmente se conseguia encontrar uma universidade americana investida no estudo sistemático da disciplina psiquiátrica. Tal situação revelava-se totalmente oposta à ostentada pelo modelo europeu. Uma vez mais, a Meyer foi devido o seu grande contributo para a união entre a ciência e a clínica, em parte por sequência à sua direcção no John Hopkins Medical School, onde entretanto já leccionava a especialidade médica da psiquiatria.

Seria este mesmo médico que alguns anos mais tarde, uma vez abandonadas as suas convicções nos modelos biológicos, se aventuraria com grande entusiasmo nos meandros das concepções psicossociais da doença mental, com especial ênfase para a psicanálise.

Shorter (2001) diria mesmo que terá sido a enorme reputação de Meyer, e as suas fervorosas recomendações para a prática da psicoterapia que acabaram por conduzir, nos EUA, ao absoluto esmorecimento e apagamento da primeira fase da psiquiatria biológica.

A psicanálise assumiu, então, particular significância no panorama americano, ganhando aqui repercussões muito mais profundas do que em qualquer outro lugar.

Foram várias as frentes de “ação”, sendo que entre algumas delas estão: a criação no estado de Nova Iorque de uma associação responsável pela implementação do primeiro programa de acompanhamento psicoterapêutico de doentes com alta psiquiátrica; criação em vários hospitais psiquiátricos de serviços de consulta externa, dos quais o primeiro a fazê-lo terá sido o Henry Phipps Psychiatric Clinic em Baltimore, sob a direcção de Meyer; fundação em 1909 do National Committee for Mental Hygiene, etc.

Desta feita é sabido que a construção do movimento psicanalítico aqui se concretizou em duas fases: uma primeira, caracterizada pela fundação de diversas sociedades locais de psicanálise e organizações profissionais de analistas. Uma segunda fase, pautada pela criação de institutos de formação psicanalítica, sob o intuito de formação de futuras gerações de analistas (Howells, 1975; Shorter, 2001).

A crescente influência da psicanálise era, em parte, expressada e comprovada por números, sendo que a American Psychoanalytic Association passou de 32 membros nos anos de 1932 para aproximadamente 1330 sócios à data de 1968. Era a época, por Lewis Coser (in Sarason, 1988) baptizada da idade do ouro da psicanálise americana. Existiam já 20 institutos de formação e 29 sociedades locais, senso opinião geral a ideia da técnica psicanalítica como a terapia e tratamento de eleição. Menninger igualmente notou em 1953 como gradualmente os conceitos dinâmicos/psicanalíticos haviam conquistado completa supremacia na psiquiatria daqueles tempos (Menninger, 1953).

Nos EUA foi ainda onde os psicanalistas concretizaram algumas das mais sólidas tentativas para o tratamento da psicose. Neste contexto, surge-nos novamente Meyer, enquanto figura impulsionadora da aplicação prática da análise em doentes psicóticos, não apenas por ter sido um dos membros fundadores da American Psychoanalytic Association, mas pelo facto de ele próprio enviar com bastante frequência pacientes psicóticos para psiquiatras psicanalistas.

Na área de Washington – Baltimore duas das suas clínicas privadas, especialmente vocacionadas para as ditas doenças nervosas – Chestnut Lodge em Rockville, e Sheppard and Enoch Pratt Hospital em Tuwson – pioneiramente introduziram a técnica psicanalítica no quadro de intervenção e tratamento de doentes com patologias graves.

Figuras de extraordinário relevo, hoje ainda referências sonantes da psicanálise contemporânea, emergiram no campo psicanalítico americano. Falamos, por exemplo, de Harry Stack Sullivan, provavelmente uma das personalidades mais famosas da época no tratamento psicanalítico das psicoses, sabendo-se que em Dezembro de 1922 terá chegado ao hospital de Sheppard, onde sob a sua responsabilidade foi criada uma enfermaria com seis camas. Os resultantes daqui obtidos revelaram-se muito favoráveis em doentes com diagnóstico de esquizofrenia.

A Chesnut Lodge chegou alguns anos mais tarde (em 1935) Frieda Fromm Reichmann, analista alemã refugiada, com um respeitável currículo de clínica privada, e cujas ideias e ensinamentos sob as causas e tratamento da psicose, longe de serem marginalizadas, forma antes amplamente assimiladas pela psiquiatria. Á semelhança do que acontecera já com as concepções de Sullivan.

Paralelamente buscavam-se, como se sabe, toda uma série de terapias alternativas, fundamentadas, na sua vez, em investigações laboratoriais e biológicas, precisamente aquelas que preparariam terreno para a descoberta de uma verdadeira terapia química (medicamentosa) eficaz, promissora de uma revolução psiquiátrica que efectivamente veio a ter lugar.

Aqui os Estados Unidos desempenharam naturalmente um importante papel, porquanto visionárias firmas de produtos farmacêuticos fizeram importar medicação anti – psicótica (a clorpromazina), entretanto desenvolvida na Europa, ainda que não estivessem inicialmente cientes das potencialidades excepcionais destes químicos (Shorter, 2001).

No campo das neurociências os americanos prestaram também um contributo relevante, emprestando à comunidade científica técnicas e recursos avançados de investigação, que desde meados do século XX foram sendo progressivamente investidas e extraordinariamente desenvolvidas.

Finalmente, a medicina psiquiátrica americana alcança estatuto francamente sofisticado (não isento, porém de discussões inflamadas), com a introdução da denominada psicofarmacologia cosmética, sob a forma de drogas psicoactivas pós modernas. A aceitação destas novas soluções de alívio do sofrimento mental revelou-se estrondosa, facto habilmente explorado por uma economia tão poderosa como a americana. Novos medicamentos como o conhecidíssimo antidepressivo Prozac é talvez uma das melhores expressões desta renovada intervenção psiquiátrica. A estrada da fama da psicofarmacologia já, concerteza, se havia iniciado desde os anos 50, sob a

atenta “arquitectura” de Berger, um judeu fugido de Hitler, formado em Praga e emigrado para os EUA em 1947. Não era portanto facto nascente de uma ciência recente ou imatura, não obstante, talvez durante algum tempo ofuscada pelo brilho de outra ordem de intervenções. De valor indiscutível, a farmacoterapia veio pois oferecer benefícios vários, entre os quais certo contributo para a “desestigmatização” da doença mental. Se esta nos finais do século XX passou a parecer um pouco menos horrenda, tal terá sido, em parte, devido ao refinamento farmacológico.

E neste âmbito, entre os países mais desenvolvidos e activamente empenhados na investigação científica de ponta, encontram-se naturalmente os Estados Unidos da América. Por último e como referência final, não poderíamos naturalmente deixar de referenciar um franco e importante legado norte – americano, grandemente personificado por Gerald Caplan: a denominada psiquiatria comunitária.

Nas fundações de tal movimento encontra-se, de acordo com o próprio Caplan (1964), a proposta do falecido presidente Kennedy que, em Fevereiro de 1963, anunciou a implementação de um programa nacional de saúde mental que, primordial e ineditamente sublinhou a necessidade de prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais. A égide na consideração de uma convicta responsabilização comunitária sobre esta problemática é assim inaugurada, sendo que sequentemente daqui emergiram metas de intervenção psiquiátrica seguramente renovadas e renovadoras.

Os ensinamentos e experiência daqui advindos, tão largamente divulgados e integrados, não só espelham a abrangência e poder de alcance da comunidade científica norte - americana, como concomitantemente reforçam e reafirmam a sua extraordinária capacidade organizativa e pró – activa.

Capítulo II – Representações e Atitudes sobre a Doença Mental

II.1. As atitudes e representações sociais como conceitos fronteira entre a psicologia clínica e a psicologia social.

II.1.1 As representações sociais

Partindo-se da ideia de que a sociedade e a ciência se inter cruzam e relacionam numa intimidade crescente desde os finais do século XIX, de tal modo que desta união se potencializou um espaço criativo para novas reflexões teórico – práticas, não é de todo difícil aceder que a ciência se constitui como um dos principais instrumentos na elaboração de valores, símbolos do poder na sociedade.

Como tal, o pensamento científico surge indissociável da responsabilidade da construção das representações da sociedade face a todo um grande leque de conceitos e conceptualizações, nomeadamente o da doença mental (De Rosa, A., in: Belleli, 1994).

Interessa saber que, no contexto compreensivo do que se entende por representação social, conceito nascente da psicologia social, mas inequivocamente presente no discurso da psicologia clínica, Moscovici, ofereceu um contributo essencial. Em *Psychanalyse, son image et son public*, 1961, Serge Moscovici propõe pela primeira vez o conceito de representação social, pretendendo com ele explicitar “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1961, p. 26).

Pouco depois, o autor apura esta definição compreendendo as representações sociais como “um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual, sendo o equivalente, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Podem inclusivamente ser vistas como a versão contemporânea do senso comum” (Moscovici, in Vala, 2000).

Nesta linha, um outro autor, Jodelet (1989), acresce que as representações sociais são “formas de conhecimento construídas e partilhadas socialmente com um propósito prático, e que contribuem para a construção de uma realidade comum de um grupo social (Jodelet, in Esnard, 1998, p.15).

Assim sendo, embora possamos designar esta forma de conhecimento (construído) como um saber próximo do senso comum, que se destriça com maior ou menor clareza do conhecimento de natureza científica, não deixa de ser ainda assim, grandemente inspirado nesse mesmo pensamento científico – na nossa área específica é a psicologia académica e o conhecimento psiquiátrico que, claramente, pré – estruturam e organizam a “construção” do pensamento social e das sociedades face à saúde e doença mentais (Hewstone, 1984).

É ainda Moscovici (1984), quem sublinha este aspecto, descrevendo como o conhecimento científico facilmente intercede no domínio do pensamento quotidiano das sociedades actuais. Este autor, ao reclamar a existência de uma diferença de ordem qualitativa entre as representações sociais modernas e o “velho” senso comum, realça o efeito potencial que a ciência exerce sobre a consciência quotidiana, acrescentando que o senso comum “moderno” resulta assim derivado da divulgação e popularização das noções científicas. Nesta instância afirma “now common sense is science made common” (Moscovici, 1983, in: Billig, 1991, p. 62).

Dentro deste contexto, são conhecidos alguns estudos de investigação (Jovchelovitch, 1997; Morant, 1998; Foster, 2001), que foram realizados no sentido de procurarem respostas mais ou menos concretas para algumas interrogações, entre as quais: se a diferenciação das representações da doença mental, por parte dos profissionais psiquiátricos, influenciam de facto as representações públicas (sociais) em geral; se de facto assim for, então como se processa essa transformação da representação do profissional (do científico) para a representação do público (do popular)?

Ou seja, a forma como se formam e operam as representações sociais surge como uma questão essencial e determinante. Continuamos com Moscovici que, no âmbito da sua conceptualização teórica sobre esta temática, discute largamente os processos pelos quais as representações sociais são geradas. E é nessa sequência que ele dedica particular atenção a dois processos psicológicos sociais: a *ancoragem* e a *objectivação*.

O primeiro processo, de carácter universal, é descrito como um mecanismo através do qual ideias não familiares, estranhas, são transformadas em categorias e imagens ordinárias, familiares. Tudo aquilo que não se encontra classificado, nomeado, é tido como estranho, não existente, logo potencialmente ameaçador – a *ancoragem* será então o mecanismo que permite a redução desta ameaça pela imposição de uma

classificação familiar. Assim, este processo facilita sobremaneira a integração cognitiva do objecto representado no sistema de pensamento pré – existente (Jodelet, 1984, in Billig, 1991).

Façamos aqui, no entremeio, uma ponte para o pensamento psicanalítico, com o qual não podemos deixar de associar o que é dito por Moscovici. Bion (1974), comungando com Kant, postula a existência de algo que não tem existência – a “coisa em si” – como se tratando de objectos que são desconhecidos da humanidade, como algo que nunca poderá ser conhecido (é a coisa em si própria). Nesta linha, Bion, designando esta “coisa em si” por O, o mesmo que verdade absoluta ou realidade psíquica incognoscível, entende que tal realidade só é possível de ser conhecida através das suas transformações.

Assim, na medida em que a natureza dos objectos em si permanece inteiramente desconhecida, não conhecemos senão o nosso modo particular de os perceber (Kant, 1988, in Amaral Dias et al, 1998).

É a esse modo peculiar como a “coisa” aparece ao homem, tal como ela existe na mente do sujeito, que Bion dá o nome de fenómeno. Os fenómenos não podem então existir em si próprios, mas apenas em nós – pela forma como são pensados pelo nosso pensamento.

Com Kant novamente se sublinha que, conhecer é construir esquemas que se inserem na realidade com o intuito de a compreender ou modificar, isto é, fazer esboços, espécies de silhuetas que encerram sempre mais o objecto a conhecer. Assim, é-nos oferecido o entendimento de que o conhecimento humano dispõe de duas fontes primordiais “... das quais a primeira consiste em receber as representações (...), e a segunda é a capacidade de conhecer um objecto mediante essas representações (...). Pela primeira é-nos dado um objecto; pela segunda é pensado em relação com aquela representação” (Amaral Dias et al, 1998, p. 154).

Reencontrando Moscovici (1981), temos que o segundo processo através do qual são produzidas as representações sociais é, o por ele designado de *objectivação*. À semelhança do mecanismo de ancoragem, da *objectivação* se presume que transforme o desconhecido em conhecido. A especificidade deste processo prende-se antes à forma como se dá a transformação de conceitos abstractos, não conhecidos e “invisíveis” em experiências concretas, perceptíveis, sendo que tal ocorrido, em contraste com a *ancoragem*, assume aqui a característica de particularidade. Isto no sentido de que,

independentemente da natureza e conteúdo do objecto, apenas determinadas partes desse objecto serão objectivadas. A objectivação pode então ser vista como um processo que produz um tipo particular da experiência comum na qual o abstracto é transposto para o mundo dos objectos (material consciente).

Com Bion podemos reflectir este material sob uma outra linguagem. Bion dizia que “... aquilo que o homem sente, o que está no seu interior são as « coisas em si », que são assim pré – concebidas. (...) Quando estas passam a ser pensadas é porque entrou em acção uma função primordial à mente humana – a função alfa, sem a qual as «coisas em si» são destituídas do pensamento” (Amaral Dias, 1989). O resultado da operação da função alfa, função pensante, são então os elementos pensáveis (elementos alfa), sendo que esta operação constitui-se como uma espécie de espaço transitivo entre aquelas que são as vivências emocionais, as impressões sensoriais e o pensamento conceitual.

A função alfa, como algo que inequivocamente confere profundidade ao psiquismo de todo o humano, é também uma operação particular, personalizada e personalizante, porque intrinsecamente vinculada à vivência e relação de objecto de cada sujeito.

Com isto estabelecemos uma analogia com o que Moscovici entende por *objectivação*.

Sob a perspectiva da psicologia social, a pertinência de muitas das suas questões, nomeadamente a que interroga se a diferenciação das representações por parte dos grupos de profissionais influencia as representações do público em geral, passam seguramente pelo seu conhecimento de que o indivíduo e o grupo não integram e espelham passivamente as representações sustentadas por outros grupos (Jovchelovitch, 1997).

Esta estrutura e forma de pensar, de criar e moldar a realidade social (a realidade do grupo) não assenta, claro está, em formas meramente lineares de aquisição e reprodução de um dado conhecimento. Constitui-se por elementos de carácter simbólico e dinâmico, elementos esses que, proporcionam a capacidade de dotar de sentido uma determinada realidade social. Este princípio, a que Moscovici (1981) designou de *motivacional* compreende como finalidade essencial a transformação do desconhecido em algo familiar – transformação esta que acabámos, linhas atrás, de considerar sob o olhar psicanalítico.

Este “algo familiar”, que se encontra também muito vinculado ao conceito de representação social, não tem que obedecer, de modo estrito, às leis da lógica, na medida em que a representação social pode existir em desacordo com a realidade, por razões que se prendem com contradições internas do(s) sujeito(s) (Moscovici, 1984, in Smedslund, 1998).

A esta observação acresce o argumento de Moscovici de que tal é devido ao facto da representação social ser constituída, em parte, por elementos icónicos. Elementos icónicos, neste contexto, referem-se a elementos “construídos” e estruturados à imagem e semelhança de um dado modelo, tido e pensado como ideal.

Ora, no processo de construção de uma representação social encontram-se igualmente envolvidas, no sujeito, todo um conjunto de actividades cognitivas e processos intrapsíquicos, como sejam os mecanismos de projecção, os mecanismos de identificação e as emoções (Sampaio et al, 2000). Estes pertencem, de forma indissociável, ao sujeito psicológico, e portanto, aos seus contextos de vida externa e interna, à forma como o sujeito se relaciona com o outro, ao seu lugar no grupo social, acedendo-se assim, à expressão da sua leitura e integração do real. É isto que extrapolado (do individual) confere sentido à vida dos grupos e os organiza socialmente em torno de interesses comuns, determinando pois, comportamentos específicos.

Inevitavelmente que este processo de construção – individual, mas também social – é fortemente atravessado por factores de natureza afectiva. A isto não podemos deixar de associar o saber de que, onde há construção há identificação com o objecto. E com Freud sabemos que o processo de identificação é a expressão mais precoce de um laço afectivo com outra pessoa, ou grupo de pessoas - e suas representações (Grinberg, 1998).

Assim, pelo e com o afecto, a identificação ao sujeito individual e ao sujeito social é, desde o seu início, ambivalente, sendo que, por tal, pode comportar-se tanto através de uma exteriorização carinhosa, como através de um desejo de supressão (idem *ibidem*).

Tal conhecimento, porque naturalmente tem implicação na elaboração e construção de uma representação social de algo, encontra-se com facilidade na expressão e valor assumidos por essa representação, que, ora assume uma conotação mais positiva, ora uma conotação mais negativa, presa que está aos afectos e emoções que ela suscita.

Deste modo, compreendemos como o individual e o social, não mais vistos como antinômicos, se inter cruzam e influenciam.

Freud, apoiando-se no estudo das identificações, desde logo concedeu particular importância ao poder do meio sobre a vivência do indivíduo, isto é, à forma como a sociedade actua sobre o sujeito individual. Não deixou pois, de realçar que a “psicanálise é antes de tudo uma psicologia social, na medida em que se interessa sempre pela relação do indivíduo com o outro, o seu semelhante” (Grinberg, 1998).

Ao estudar a interação entre um mundo de objectos externos e um mundo de objectos imaginários internos, salientou como a sociedade – e toda a sua complexidade de instituições e representações – acaba por se converter numa entidade interna assimilada à estrutura íntima do indivíduo.

Assim sendo, com Grinberg sublinhamos a dificuldade em se falar do individual e do social de modo isolado, uma vez que ambos se encontram igualmente representados na natureza íntima do Eu.

Naturalmente que a representação social, enquanto conceito teórico, mas também enquanto uma das muitas vias de acesso à compreensão do fenómeno psicológico individual e social, não é de todo alheia a este entendimento.

Se o é social, é porque faz sentido ao individual, e porque com este estabelece uma relação pactual íntima.

II.1.2. As atitudes

O conceito de representação social, tratado no ponto anterior, e a noção de atitude encontram-se intimamente relacionados. Porém, não deixa também de ser verdade que, à medida que o paradigma das representações sociais foi emergindo na campo da psicologia social, assistiu-se a uma bipolarização de tendências quanto à aceitação ou questionamento da proximidade entre estes dois conceitos. Isto é, se por um lado se delineavam tomadas de posição que defendiam a assimilação dos dois conceitos, por outro, várias correntes tendiam a sublinhar as características divergentes e convergentes entre ambas as noções de atitude e de representação social. Uma maior abrangência de significado era, contudo, atribuída a esta última (De Rosa, in Belleli, 1994).

Acresce-se ainda que, a operacionalização e interpretação do conceito de atitude foi-se moldando consoante a orientação teórica dos autores que por ele se interessaram, a sua maioria do tipo comportamental, do tipo cognitivo, ou do tipo psicanalítico. Os focos de estudos realizados têm sido igualmente diversos, variando entre o estudo sobre atitudes, investigações baseadas na medição das atitudes, avaliação sobre a mudança de atitudes e ainda, análise da formação, estrutura e funções das atitudes ou sistemas de atitudes (Dias, 2000).

Ora, a explicitação e clarificação do conceito de atitude levanta-nos algumas interrogações. Se em parte se trata indubitavelmente de um conceito pertencente à linguagem do quotidiano e, portanto, associado a um vasto conjunto de significados, por outro lado, trata-se também de um conceito tantas vezes já estudado e conceptualizado em psicologia, com o qual se pretende representar, delimitar e operacionalizar determinadas características da pessoa (Candeias, 1996).

Compreendendo etimologicamente o termo atitude (de origem latina) acedemos que a sua raiz advém da união entre dois outros termos: *actus*, cujo significado é acto ou acção e, *aptitudo*, que se refere a aptidão. Permanecemos ainda na ambiguidade na medida em que nos é oferecido, em simultâneo, um significado centrado nas aptidões ou características intrínsecas do sujeito, e um outro significado, por sua vez, assente na acção e no comportamento, isto é, nas características manifestas da atitude.

O Dicionário da Língua Portuguesa (7ª Ed) de Costa & Melo (1994), diz-nos que atitude, s. f. posição do corpo; postura; jeito; (fig) maneira de significar um propósito; modo de proceder. Quer dizer, então, de acordo com Paixão (2002 b) que, “em termos de uso corrente, o conceito ou o seu significado é suficientemente lato para abarcar todo o universo psicológico. O modo de proceder, o significar de um propósito, são em si objectos do discurso psicológico, genéricos e sem qualquer especificidade. A vertente motora subjacente ao conceito - «posição do corpo, postura, jeito» - é, também aqui, tomada no sentido mais subjectivo da percepção do outro, enquanto elemento significativo, não tanto de uma acção que visa alcançar um objecto, mas mais como elemento comunicativo.” (Paixão, 2002 b, p.1).

Sob uma perspectiva mais científica, a complexidade e diversidade na tentativa de definição do conceito de atitude são ainda uma presença constante. Deste modo, as dificuldades persistem, sendo que ainda não foi obtida uma definição consensual e universal, não obstante ser um dos conceitos mais utilizados e estudados em psicologia social.

Dado o leque abrangente de definições às quais podemos aceder, apresentamos apenas as que consideramos mais pertinentes.

Loubet del Bayle (1978) referenciado por Paixão (2002 b), define atitude como uma predisposição relativamente estável que leva o sujeito a assumir determinado comportamento em relação a este ou aquele fenómeno, a este ou aquele problema e, em consequência disso exprimir uma determinada opinião. Assim sendo, o autor reporta-se a uma realidade mental e relacional, realidade essa possível de ser inferida pelo estudo e análise das opiniões.

Outros autores, como Mead, Allport e Newcomb, apontados por McGuire (1971, in Paixão, *ibidem*, p.2), sublinham que as atitudes são, na sua essência, uma realidade psicossocial e, portanto, relativas a uma compreensão relacional. Neste âmbito, Allport (1935), não concorda que a atitude seja definida linearmente enquanto resposta, mas antes enquanto preparação para a resposta. Ainda segundo este mesmo autor, a atitude, sendo um estado mental e neuronal, é organizada, manifesta-se pela experiência e tem o poder de exercer uma influência directiva e/ou dinâmica no comportamento.

Refira-se a este propósito que, muito embora esta conceptualização tenha sido bastante criticada por se constituir demasiado geral, foi, ainda assim, uma das mais populares, tendo sido uma das mais aplicadas no estudo de uma grande variedade de factos.

Outras definições são encontradas em Greenwald (1968) como sejam as delineadas por Krech, Crutchfield, Ballachey (1962) que, consideram as atitudes como sistemas consistentes e duráveis de avaliação positiva ou negativa, emoções sentidas e vividas em relação a, e tendências activas, pró ou contra, em relação aos objectos sociais. E ainda a definição sustentada por Thurstone (1931), que diz a atitude como o afecto a favor ou contra um objecto psicológico.

Quanto à utilização do conceito, enquanto objecto de estudo central em psicologia social, autores como McGuire (1969) e Doise (1989) identificaram três períodos de investigação principais: um primeiro (compreendido entre 1920 e 1930) centrado nos estudos de medição de atitudes; um segundo (compreendido entre 1950 e 1960) particularmente investido no estudo dos processos de mudança das atitudes; e, finalmente um terceiro (entre 1980 e 1990) especialmente delineado em torno do desenvolvimento da abordagem estrutural e sistémica das atitudes (Dias, 2000).

Se no primeiro período o foco das investigações realizadas se centrava na medição estática das atitudes, no sentido de as identificar e individualizar para assim se desenvolverem escalas para a sua medição (que permitiam então, quantificar a posição do sujeito face a um determinado objecto social), no segundo período desenvolvem-se estudos com contornos consideravelmente mais dinâmicos. O foco de interesse centra-se agora nas mudanças de atitudes, sendo que para tal terão contribuído grandemente os trabalhos de Kurt Lewin sobre a dinâmica de grupos.

Candeias (1996), na sua revisão teórica acerca desta matéria refere a destrição entre duas fases particulares compreendidas neste período das décadas de 50 e 60. A primeira, representada por Hovland e cols. (1949 – 1959) que se centra primordialmente no estudo da mudança de atitudes e da comunicação persuasiva, postula que, para que uma mensagem persuasiva mude uma atitude e o comportamento, tem que mudar, previamente, os pensamentos ou crenças do receptor da mensagem (in Candeias, 1996, p. 67). É uma segunda fase, desta feita representada por autores como Festinger, cuja sua publicação, em 1957, sobre a *Dissonância Cognitiva* notoriamente influenciou muitos dos trabalhos nesta área. A concepção de Festinger que, grande interesse gerou pelo entendimento dos processos individuais, cognitivos e motivacionais como factores subjacentes ao comportamento social, defende que o sujeito tem uma franca necessidade de manter uma consistência psicológica entre as suas cognições (crenças, opiniões, juízos).

Paralelamente surge também um dos modelos mais coerentes e divulgados em psicologia social, o modelo de Rosenberg e Hovland (1960), que sustenta que a atitude “constitui a predisposição para responder a um determinado tipo de estímulos com um determinado tipo de respostas “ (Lima, 1993, p.173). O que este modelo nos sublinha é, então, a sua intenção em procurar relacionar as atitudes com o comportamento sob uma perspectiva tridimensional (que integra três tipos de respostas observáveis: afectivas, cognitivas e comportamentais).

Assiste-se assim, a uma preocupação crescente por uma leitura claramente mais compreensiva, sobretudo porque integrativa de variáveis mais complexas que, favorece pois uma abordagem da atitude mais funcional, centrada nas bases motivacionais das atitudes e na análise das suas diferentes funções para o indivíduo (Katz, 1971, in Paixão, 2002 b).

Finalmente, o desenvolvimento das investigações em torno do conceito de atitude conhece uma terceira fase, tal como assinalada por McGuire e Doise, aqui já

referenciados, fase essa que terá sido francamente antecipada e preparada por dois importantes movimentos em Psicologia Social. Referimo-nos ao conhecido movimento das *representações sociais*, desencadeado por Serge Moscovici (1961) e, ao movimento que, nos Estados Unidos da América, liderou o desenvolvimento dos estudos no âmbito da *cognição social* (Candeias, 1996).

Com Moscovici, apresenta-se uma renovação metodológica que inclui, entre muitos conceitos, um re-pensar do próprio conceito de atitude. Este passa a ser perspectivado como exercendo uma *função reguladora*, portanto de orientação do comportamento que ocorre através da estimulação do mundo exterior. Ainda, a atitude exerce igualmente uma *função dinamizante*, função essa que constitui aquele que é o aspecto mais afectivo das representações, ligado à história do grupo e do indivíduo. Deste modo, esta renovada visão da atitude associa a si, tanto a acção do sujeito que percebe e constroi significados (sobre os objectos que o rodeia), como a possibilidade dessas informações se aglutinarem num todo mais amplo e assim serem socialmente partilhadas. Encontra-se, então, em jogo a recuperação do significado psicossocial da atitude, enquanto significado relacional do sujeito interno e externo.

Paralelamente, as investigações desenvolvidas nos Estados Unidos, durante a década de 70 sobre a cognição social, trazem a si o mérito de realçar a questão da irracionalidade e da eventual inadequação da percepção social que, decisivamente, contribuiu para a emergência da terceira era conceptual das atitudes – designada por *abordagem estrutural e sistémica das atitudes* (Candeias, 1996).

Este terceiro período que, toma lugar a partir da década de 80, oferece uma visão mais complexa e dinâmica sobre a estrutura interna das atitudes, integrando a perspectiva até então dominante (que se debruçava no estudo das atitudes a nível individual), com o estudo da sua inserção nos sistemas de carácter social. Ora, considerar as atitudes sob a abordagem sistémica implica dar um salto significativo em termos da compreensão de como os conjuntos de atitudes operam enquanto sistemas coerentes e inter – conectados, portanto complexos e multi - relacionados. Logo, um objecto de estudo bem mais rico e abrangente do que inicialmente se previa.

II.1.2.1. As atitudes e a relação eu – outro

As atitudes são entendidas, em termos psicossociais, como elementos indubitavelmente subjacentes aos sistemas de relação do indivíduo no grupo. Ou seja, as atitudes são lidas como sendo a expressão mais intensa da relação de dependência mútua entre o sujeito e o grupo.

Assim sendo, tal como sublinha Paixão (2002 b), para o sujeito “estar no grupo”, estar numa relação com o social, é necessário que ele mantenha uma posição comum com o outro e, portanto, encontrar-se directamente envolvido nas acções do outro. É deste modo que compreendemos, então, como o conteúdo particular, a persistência ou a mudança de uma dada atitude por parte de um sujeito facilmente se relaciona com aquela que é a expressão da sua necessidade de se manter num dado grupo (sob um modo para si satisfatório). Logo, também assim se entende o facto de que as atitudes variam/transformam-se, com maior ou menor regularidade, consoante a participação do indivíduo neste ou naquele grupo social.

Ainda, referenciado por Paixão, as atitudes, como fenómeno mental, encontram-se intimamente ligadas e dependentes da identidade, portanto dos processos de identificação (Paixão, 2002 b, p.6). Como sabemos, uma relação semelhante é também inevitavelmente tida em conta relativamente ao conceito das representações sociais, faladas no início do presente capítulo, e que com as atitudes se encontram estreitamente correlacionadas.

Ora, no âmbito dos estudos psicanalíticos sobre a identidade, Kluckholm e Murray (1949, in Grinberg; 1998), referem-na como sendo a combinação específica de papéis de cada indivíduo, sendo que nesta medida a individualidade será o modo como esse sujeito vai desempenhar esses papéis.

Deste modo, o papel permite vincular o sujeito em relação à sua sociedade. E ainda, o “papel” é tido como a função pela qual o indivíduo se revela capaz de regular o seu comportamento à razão de certas e determinadas normas de grupo, normas essas que se relacionam intimamente com o comportamento esperado desse sujeito, de acordo com a sua idade, sexo, profissão, estado civil, etc. (Grinberg, 1998).

Debruçando-nos um pouco mais nesta questão do papel, logo dos processos de identificação e, portanto, para uma compreensão mais apurada da atitude, sabemos que a especificidade dos “papéis” que vão sendo “oferecidos” ao indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, são rapidamente introjectados e, conseqüentemente transformados em

normas de comportamento inconsciente. Assim, na medida em que o indivíduo preconiza o seu papel de uma forma que lhe é própria, tal é compreendido porque ele, durante a sua evolução, pode acabar por formar um ideal de si mesmo (em função do seu papel diferencial), em conjunção/ e em função do sistema de normas e valores da sociedade na qual está inserido. Assume, deste modo, características mais ou menos claras passíveis de o distinguir do outro – no qual será também capaz de percepcionar outras posições ou papeis (idem *ibidem*).

É com Piaget que recebemos o conhecimento de como, desde tenra idade, o sujeito vai internalizando as regras que lhe servem de referência para ser capaz de se perceber a si próprio (perceber a sua atitude em relação a si mesmo e ao outro), e em concomitância, perceber os outros (perceber a atitude do outro em relação a si mesmo). Assim se vai entrosando e integrando na complexa trama das relações sociais e, logo, experienciando e ensaiando a identificação com o papel do(s) outro(s), mas também com o seu próprio papel.

Laing (1969), a este propósito, afirmaria que «a identidade própria de uma pessoa nunca pode ser completamente abstraída da “identidade dos outros”. A sua identidade, em certa medida, depende da identidade que os outros lhe atribuem, mas também das identidades que ele supõe que os outros lhe atribuem a ele» (Laing, 1969, in Grinberg, 1998, p. 74 – 75).

Estamos portanto sob um campo de natureza intersubjectiva que estabelece, no que aqui diz respeito, uma ponte entre a psicologia individual e a psicologia social.

Importa, pois, sobre a atitude, compreender a relação existente entre o mundo interno do sujeito (de significado privado) e o mundo externo, relacional, interacional.

Interessa aqui relembrar Freud que, na base da sua teoria estrutural, estabeleceu que aquilo que estava internalizado como estrutura psíquica representava uma relação entre pessoas (Modell, 2001). Ou seja, de acordo com Modell (idem *ibidem*), a teoria estrutural tradicional de Freud (in *An Outline of Psychoanalysis*, 1940), pode ser interpretada no seio de um contexto social como uma teoria dos objectos interiorizados, onde o Eu contém em si muitas vozes.

Aliás, o elemento social adquire um lugar claramente determinado no pensamento de Freud quando este introduz o conceito de superego (1923). É nesta instância do psiquismo que reside o social, uma vez que consiste nas normas culturais, nos valores sociais e proibições que terão sido internalizados ou introjectados pelo indivíduo (Freud, 1923, in Munné, 1989). Mais tarde, Freud, novamente em *An Outline*

of Psychoanalysis (1940), viria uma vez mais descrever a função do superego relativamente ao ego como uma prossecução das funções desempenhadas por pessoas no mundo exterior (in Shapiro, 2001).

Muito embora, Freud, tenha tardiamente elaborado a sua teoria social, é bem verdade que as suas bases tinham já sido basicamente formuladas nos seus trabalhos de 1913. Recordamos que em *Totem e Tabu* (1913) encontramos a explicação da génese da cultura, bem como as origens do Édipo – complexo nuclear do homem – todo o qual é relacionado com o surgimento da autoridade na colectividade e a sua interiorização no indivíduo.

Fairbairn (1952), por muitos considerado como o fundador da teoria relacional contemporânea, veio então alargar a linha de pensamento iniciada por Freud. A conceptualização de Fairbairn pode ser lida como uma teoria de relações sociais memorializadas, revolucionando de certo modo algumas linhas do pensamento psicanalítico, porquanto a sua teoria da personalidade, em contraste com a de Freud, fundava-se sobre as experiências sociais e não sobre as vicissitudes do desenvolvimento instintual individual.

Neste sentido, Fairbairn, foi o primeiro teórico psicanalítico a dizer que o que é internalizado não é simplesmente o objecto, mas a relação de objecto, ou melhor ainda, toda uma série de relações de objecto (Pereira & Scharff, 2002).

Modell faz-nos notar que o Eu, enquanto sistema intersubjectivo, não deixa de buscar coerência interna através da afirmação social. Neste contexto, Hegel observou que “... a nossa consciência de nós próprios está dependente da consciência que temos do outro” (in Modell, 2001, p. 55).

Assim, como nos diz, novamente Modell (*idem ibidem*), o Eu é, simultaneamente privado e social, sendo que se é de dentro que o Eu obtém o seu sentido de coerência e continuidade, está todavia também dependente da apreciação do outro – que, ora pode apoiar, ora romper a continuidade deste Eu. O Eu é sempre e, mais uma vez, inter subjectivo, porque social, mas paralelamente privado e autónomo.

Esta dialéctica, intrínseca ao funcionamento mental do(s) sujeito(s) encontra-se naturalmente reflectida naquelas que são as teorias que conceptualizam a inter – relação entre o significado privado e a interacção com o outro. Logo, na inter – influência e partilha de valores e normas enquanto conteúdos essenciais das atitudes.

II.2. A Representação social da doença mental

Num estudo dedicado à sociologia da loucura, Roger Bastide (1965) sublinhou que, mais do que o entendimento das causas sociais directa e indirectamente implicadas, a loucura é por si só um fenómeno social dotado de um simbolismo preciso e característico. Tal facto foi grandemente realçado pela etnopsiquiatria estrutural que, conjuntamente com a antropologia cultural, largamente contribuíram com material documental importante sobre os mitos colectivos e fenomenológicos sociais ligados à representação da loucura.

Neste contexto, com Bastide (idem ibidem) «(...) a etnologia revela-nos que existe um certo modo de ser louco, prescrito pelos mitos e pelos costumes dos vários povos. Deveraux insistiu sobre estas ideias pré – concebidas que a sociedade forma sobre aquilo que é a loucura, impondo-as então ao doente; a loucura é “coisa social” no sentido Durkheimiano do termo, enquanto o doente, para se fazer reconhecer como tal é obrigado a conformar o seu comportamento com o comportamento tradicional que esperamos do louco (...). Em quase todas as mitologias do mundo, de facto, aparece a figura de um Deus louco, de quem os mortais copiam os comportamentos aberrantes para assinalar a quem de dever, o mago ou o médico, a família ou o tribunal, a própria posição marginal na sociedade global (...). A dinâmica da desordem mental inscreve-se num sistema em que colaboram quer quem sofre, quer a sociedade.» (Bastide, 1965, in De Rosa, 1994, p. 53)

O cruzar das disciplinas da psiquiatria, da etnologia e da antropologia fez pois realçar a relatividade das manifestações associadas à loucura e, bem entendido, à saúde mental. De acordo com este perspectivar, esta relatividade expressa-se sempre que um determinado comportamento considerado anormal/ aberrante num dado contexto cultural, não é interpretado como tal numa outra determinada sociedade cultural.

Assim como diz Jaime Milheiro (2000) será indispensável não esquecer que as loucuras têm data e local próprios. “Ser bizarro, ser incómodo, ser diverso, mesmo ser esquizofrénico, não é igual em Portugal ou em África, da mesma maneira que ser louco hoje na Europa é muito diferente do que foi na Idade Média. O tempo, o local e as pessoas apreciam numa conformidade conjunta” (Milheiro, 2000, p. 29).

Ora, não podemos também deixar de aqui sublinhar que a abordagem da representação social da doença mental se cruza estreitamente com aquela que é a

própria história da evolução dos conceitos associados à perturbação mental grave, digamos a própria história sobre a loucura, dos discursos e acções que ela e dela se gerou.

Uma breve revisão de toda esta(s) história(s) rapidamente nos oferece a compreensão de como o próprio conceito de doença mental se envolve no grau de aceitação da sociedade de determinados valores e, como esta evolução se entrosa com as mudanças da sociedade no que respeita ao tratamento destes indivíduos.

O interesse pelo estudo das diferentes imagens da loucura em contextos culturais diferenciados terá sido francamente impulsionado, em inícios do século XX, pelo sobejamente conhecido Emil Kraepelin, através, num primeiro tempo, da exposição de diversas narrativas de viagens levadas a cabo por colegas seus, como sejam P. C. Von Brero e Eugen Bleuler às populações de Java e Índia, respectivamente (Kraepelin, 1904, in Jilek, 2001).

O próprio Kraepelin terá igualmente encetado uma destas viagens “exploratórias” a Singapura e à Indonésia com o intuito de averiguar se determinados distúrbios mentais assumiam a mesma configuração e interpretação médicas independentemente do contexto socio – cultural onde se inseriam.

Muito embora as suas elações se tenham francamente encerrado dentro dos parâmetros da cultura ocidental, seja porque os seus estudos se centravam especificamente nos sujeitos ocidentais hospitalizados, seja porque o seu discurso se limitava à interpretação da diversidade sob os termos da hereditariedade e da raça, a verdade é que a sua investigação impulsionou, de modo marcante, o interesse transcultural em psiquiatria.

Confirmando a evolução deste interesse registam-se então o multiplicar de estudos comparativos no pós segunda grande guerra mundial, a par dos desenvolvimentos diversificados das teorias psicanalíticas por horizontes assentes em interpretações culturais. Em Itália, a tradução dos trabalhos de George Devereux (1970, 1972) e, num passado mais recente de Tobie Nathan (1986) em muito contribuíram para a fomentação de uma leitura etnopsiquiátrica da desordem psíquica.

No contexto destes trabalhos, Devereux desmistifica que uma eventual boa adaptação social do sujeito não significa linearmente que este tem uma boa saúde mental, não podendo, além do mais, ser levianamente invocada como um critério capaz de definir saúde mental.

Este autor, estabelecendo um compromisso entre as perspectivas psicanalítica e antropológica terá formulado uma hipótese relacionada com a existência de um inconsciente de natureza étnica, além da já conhecida estrutura inconsciente idiossincrática, isto é, formada pela história pessoal de cada um. Este *inconsciente étnico* consistiria então naquilo que o autor considera ser uma parte partilhada pelos membros de uma mesma sociedade e que compreendia os elementos retirados ou rejeitados por definições normativas da cultura de pertença (De Rosa, 1994).

Bastide (1965) já antes de Devereux, havia sublinhado que o modo de ler e interpretar as diversas conotações que, na cultura ocidental são definidas como doença mental, é algo consideravelmente complexo. Tal complexidade ultrapassa o âmbito da teoria do relativismo cultural que, tal como referido linhas atrás, tende a centrar-se no nível de adaptação social como critério diferenciador de saúde mental.

Todavia, Bastide não subestima de todo este contributo teórico, realçando assim três das suas principais alegações: a *primeira* que se refere à grande probabilidade da distribuição irregular dos vários tipos de doença mental consoante as raças e civilizações; a *segunda* que aponta a diversidade das formas culturais que um mesmo tipo de doença pode assumir e, finalmente, a *terceira* que se prende com a ideia de que uma cultura pode tolerar e aceitar indivíduos que uma outra não tolera, criando condições institucionais que permitam, mais tarde, integrá-los na sociedade (idem *ibidem*).

Ainda com este último autor, partindo de uma conceptualização sociológica das doenças mentais, a ele se deveu o traçado de um itinerário de investigação que se prolongou por alguns anos que, ora assentava numa abordagem de natureza mais ecológica (com a finalidade de traçar mapas de diferenciação da distribuição do fenómeno, doença mental entre a cidade e o campo, entre os diversos bairros de uma mesma cidade, entre áreas de imigração recente e áreas de imigração antigas), ora numa abordagem de comunidade, desta feita mais interessada na concorrência dos factores sociais intervenientes e, portanto, fundada em critérios de análise distributiva do fenómeno de acordo com o rendimento, estado civil, mobilidade social, crenças religiosas, etc.

Das conclusões mais relevantes, Bastide sublinha que qualquer que seja o factor ou variável em estudo, se este for analisado e interpretado fora de uma perspectiva psico-social, corre-se o sério risco de se cristalizarem acriticamente as variáveis tomadas como factores etiogénicos das doenças mentais.

De Rosa (1994) faz sobressair que, no que respeita às representações e estereótipos face à doença mental, era igualmente recorrente nas décadas de 60 e 70 a hipótese de que variáveis como as características da personalidade (que compreendiam as dimensões cognitiva e emocional) detinham um peso significativo na forma como o social respondia à problemática da doença mental.

Na verdade, vários foram os estudos efectuados por investigadores como Beretta, Ravasini e Ruteli, em 1979 (in De Rosa, 1994) que confirmaram que a representação social da doença mental se encontra fortemente condicionada por uma visão estereotipada, recheada de preconceitos sobre o sujeito doente mental, porque tantas vezes correlacionada por equações como normalidade = saúde = eficiência = produtividade. Como aponta De Rosa, apesar da vigência de uma realidade social em visível transformação, estes autores encontraram ainda a persistência clara de um estereótipo social do louco como uma pessoa francamente doente, logo socialmente improdutivo e ineficiente.

Neste sentido, Rabkin (1979) salientou, nesta época, a coexistência de dois modelos de resposta/ reacção ao problema da doença mental, bem como à sua etiologia e terapia. Um deles com marcada tendência para a classificação e exclusão do doente mental através do recurso à hospitalização, voluntária ou não; um outro, com tendência para manifestações de confiança nos pacientes doentes mentais, em contraste porém com sentimentos de desconfiança face às instituições de acolhimento e tratamento.

À medida que todos estes estudos foram sendo aprofundados e apurados alargou-se o interesse e foco de investigação para outras variáveis potencialmente influentes na construção dos sistemas e representações sociais da doença mental, para além das já aqui referenciadas.

Neste ponto, surgem-nos estudos sobre o papel da variável idade. Ora a este facto aliou-se o reconhecimento, pela psicologia desenvolvimental, do papel activo da criança na organização do seu próprio desenvolvimento, suscitando, pois, a interrogação sobre a natureza do saber social infantil e adolescente e sobre os modos como este saber se constroi (Mc Gurk, 1978). A inspiração teórica que encontramos na base destas correntes de estudo passaram inevitavelmente pelo paradigma piagetiano que, deslocou o foco de atenção sobre as estruturas lógico – formais do pensamento para a compreensão de situações e fenómenos sociais e, ainda pelas linhas de investigação que

se debruçavam sobre o desenvolvimento das competências sociais da criança, entre as quais a capacidade de perceber e compreender o outro (Glick & Clark Stewart, 1978; Rogers C., 1978; Barenboin, C., 1981; Miller & Aloise, 1989, in De Rosa, 1994).

Assim, no âmbito de um dos primeiros estudos realizados com crianças (hoje em dia clássico) Novak (1974) salientou os resultados que davam conta da existência de uma destrição clara entre um comportamento percepcionado como normal, de um tido como perturbado, sendo que as crianças não só julgavam as pessoas mentalmente perturbadas como socialmente não atractivas, como mostravam ainda um razoável nível de relutância em aproximarem-se delas.

Estudos posteriores (Kalter & Marsden, 1977) contribuíram para a confirmação destes resultados.

De Rosa (1994), fundamentada pelas conclusões das várias investigações aos quais teve acesso, faz então saber que, no que se refere à construção da representação social do doente mental, as crianças tendem a precocemente elaborar um conjunto conceptual sobre o desvio e especificamente sobre a doença mental que vai evoluindo de acordo com o seu próprio processo de desenvolvimento cognitivo e emocional.

Assim, cedo adquirem a capacidade de distinguir aquele que é um comportamento desviante de um não desviante. Evolutivamente adquirem depois competências que lhes permitem diferenciar a gravidade das perturbações psicológicas, sendo ainda capazes de destriçar, com grande razoabilidade, entre os vários sujeitos que sofrem de desvio e que, carregam em si estigmas diversos como sejam, os deficientes mentais, os toxicodependentes, os doentes mentais e, entre estes, os que exibem comportamentos fóbicos, paranoides, autistas, etc.

A autora acresce ainda que o processo através do qual são diferenciados os vários estereótipos, processo esse que parece orientar as representações sociais das crianças relativamente ao doente mental, se organiza em dois sentidos: por um lado evolui, no que respeita à dimensão do comportamento verbal, para a tolerância e compreensão face ao sujeito doente mental. Por outro lado, não deixa de permanecer negativamente concentrado em torno do valor simbólico e figurativo da representação do doente mental, em particular no que se refere à representação dos seus comportamentos não verbais, isto é, sobre o que é “fantasiado” que o doente mental possa fazer.

Em suma, porque se revela importante entender o processo de representação e estereotipação da doença mental, acedendo antes de mais à compreensão de como tal é

apreendido e construído desde fases mais precoces do desenvolvimento do sujeito (relembrando-nos que a importância das representações sobre objectos e categorias sociais é elemento central no processo de socialização), Damon (1981) e De Rosa (1985, in: Paez, 1987) evidenciaram de modo concreto que:

a) a nível do conteúdo, as crianças evoluem de uma representação “criminológica” do doente mental para uma representação “psicossocial”, passando intermediariamente por uma fase “médica”, isto é, percebendo o sujeito louco como alguém que está de facto doente. Nos jovens adolescentes, a representação do louco assenta antes numa perspectiva de compreensão psicológica, a partir da qual emergem explicações psicodinâmicas e socioambientais. O doente mental é muitas vezes percebido como uma vítima da sociedade, cuja origem é identificada como relacionada com o isolamento e afastamento sociais.

b) a nível de esquemas relacionais ou de intenção de conduta, as crianças evoluem a partir de uma primeira atitude de afastamento, para uma postura de maior tolerância. Assim sendo, as respostas a escalas que medem a distância social fazem notar que, nas crianças mais pequenas predominam respostas de maior distância social, enquanto que nos jovens adolescentes as suas respostas revelam uma intenção de aproximação.

Adicionalmente é de salientar que as atitudes relacionais dos adolescentes tendem a convergir com as dos seus pais e, portanto, a demonstrarem-se mais estáveis.

c) não obstante estes resultados, é de assinalar que a nível da avaliação afectiva do doente mental persiste, independentemente da idade dos sujeitos, uma disposição negativa. Neste sentido, as respostas ao diferencial semântico mostram que o louco se encontrava polarizado negativamente comparativamente à imagem do “normal” e de si mesmo (as quais se encontravam polarizadas positivamente). De modo generalizado, o normal surge polarizado positivamente na dimensão da capacidade, sendo que por sua vez, o louco se encontra no polo negativo quanto à dimensão de incapacidade (improdutividade) (Paez, 1987).

No que respeita a estudos realizados com sujeitos de idade adulta acresce um trabalho realizado por Paez, Pinilla & Itza (1983), cuja hipótese de investigação averiguava se familiares de pacientes doentes mentais e os próprios doentes mentais sustentavam representações comuns sobre os diferentes aspectos da representação da doença mental, mais especificamente sobre as características definitórias dos conceitos de: doença; doença dos nervos; loucura; causas das doenças dos nervos e da loucura, e por fim, sobre a percepção do comportamento das pessoas face ao doente mental, ao louco.

Neste sentido, os autores atestam que para além da existência de uma representação social global estereotipada, muito próxima ao que Doise (1984) qualificaria como representação colectiva, existiria ainda uma representação comum relativa à problemática concreta do doente em tratamento. Esta situação última realça contornos particulares na medida em que se vincula estreitamente com questões como a “liberdade” interacional e relacional do sujeito, assim como com a sua capacidade para participar activa e produtivamente na sociedade. Os resultados obtidos fizeram constatar a não relevância de diferenças importantes entre pacientes e familiares, pelo que foi deduzida a existência de uma representação compartilhada sobre a doença mental.

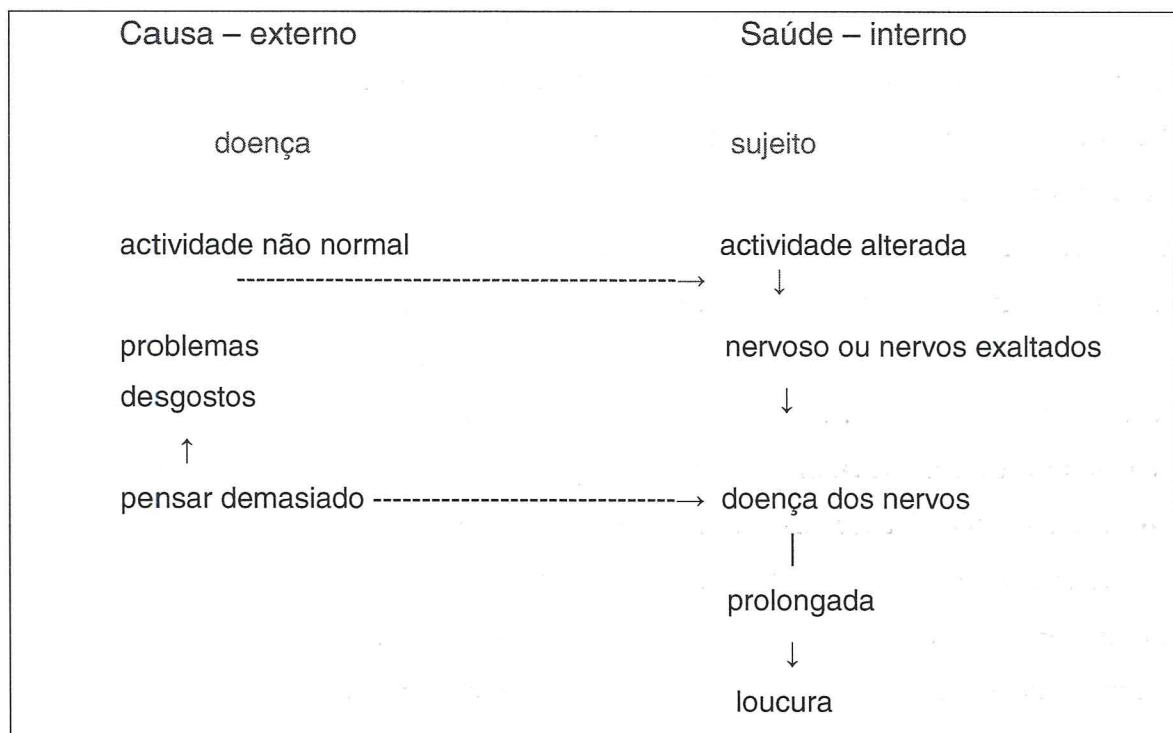
No contexto deste estudo, uma outra hipótese sob investigação era a de que a doença mental se definiria mediante critérios externos e critérios de conduta. Ora, segundo as respostas obtidas e, tendo em conta o conhecimento de que as definições de “doença dos nervos” e loucura são distintas, verificaram os autores que a grande maioria dos critérios que definem a “doença dos nervos” são, na sua essência, de carácter externo. Estes critérios, sob o ponto de vista do conteúdo e significado, situavam-se sob a expressão de manifestações de mal-estar e irritabilidade aberta.

Sobre a definição de loucura, esta era na sua maior percentagem definida por critérios de natureza interaccionista, isto é, pela conjugação/ interacção entre aspectos internos e externos, sendo assim associada a um comportamento descontrolado e à incapacidade de pensar a realidade.

Foram igualmente indagadas as causas associadas à “doença dos nervos” e à loucura, tendo sido formulada a hipótese de estudo, depois confirmada, de que existem representações sociais colectivas estereotipadas do que estaria na origem da dita “doença dos nervos” e da loucura. As causas em questão seriam de natureza externa e sociogénica.

Sob investigação esteve também a questão de como se comportavam as pessoas perante um paciente “doente dos nervos” ou de um doente mental. Dos principais resultados encontrados estão aqueles que indicam que, ao doente mental são associadas atitudes de compaixão e ajuda, mas também de medo e marginalização. Estes últimos estão tão mais presentes quanto maior for a percepção da gravidade da doença.

Ora, partindo de todo este conjunto de dados, os autores permitiram-se inferir que a representação social da doença mental (estereotipada ou colectiva), uma vez inspirada nos discursos médicos dominantes, estrutura-se num esquema figurativo articulado que orbita em torno de uma dimensão *interna* – *saúde*, oposta à dimensão *externa* – *causa* da doença (figura 1).



(Esquema figurativo das representações sociais estereotipadas ou colectivas sobre a doença mental, in: Paez, D., 1987, p. 336).

Deste modo, é salientado que a representação social da doença se encontra ancorada na actividade do sujeito: isto é, será a sua incapacidade de actuar e o seu comportamento inadequado que definem o doente. Mais especificamente, a “doença dos nervos” e a loucura são percebidas como doenças que se manifestam pelas alterações do comportamento e da actividade, sendo que uma perturbação dos órgãos fisiológicos especializados na actividade mental (“os nervos”) é entendida como a base

interna da doença mental. Uma perturbação ou alteração prolongada dos “nervos” é vista como conducente à loucura.

No campo representacional dos sujeitos, a categoria de louco assume uma dimensão avaliativa negativa deveras estigmatizante e, marcadamente associada à marginalização, dimensão esta que, sublinhe-se, afecta em menor medida a dita “doença dos nervos”.

Em termos gerais, Paez, Pinilla e Itza (1983) fazem sublinhar então uma representação social da doença mental predominantemente externa, facto que interpretam como uma “reacção” desculpabilizante face ao sujeito doente mental e à própria família, que, no entanto, faz também com que esse sujeito facilmente se conceba como impotente para enfrentar e lidar com o problema.

Neste sentido, os autores relembram outra investigação similar, como seja o caso de Herzlich (1980), onde foi confirmada a atribuição de causalidade da doença mental como sendo social.

Pratt (et al, 1980) defenderia, a este propósito, que “... esta estrutura simbólica não apenas cumpria a função essencial de defesa de uma dada identidade grupal, como serviria também para a reprodução de uma estrutura ideológica geral que dá conta dos desvios sociais” (Paez, 1987, p. 344).

Relembre-se a história mitológica de Adão e Eva, que pensamos retratar bem esta estrutura simbólica, na qual um agente exterior (por exemplo, os problemas sociais) tem o poder de afectar ou contaminar o sujeito. Melhor ainda, esse mesmo sujeito afectado poderia, por sua vez, contaminar todos os restantes.

Assim, leia-se como Eva, por ter ingerido um fruto proibido, provoca não apenas a sua própria desgraça, como também, consequentemente, a de toda a humanidade.

Nas ideologias explicativas do desvio e da doença encontramos, pois, este raciocínio em que um agente causal externo possui a qualidade de contaminação e perturbação do sujeito, o qual uma vez atingido se transforma ele próprio no agente contaminador.

Na verdade, sublinha Paez (idem ibidem), não obstante as representações sociais da doença mental serem tantas vezes uma reprodução das estruturas de ideologias mágico – religiosas, o que é realmente evidente é que estas representações assumem-se igualmente como um guia de orientação da acção social perante a doença mental.

De facto, a experiência social, a história e as representações sociais, mais uma vez, confirmam o seu estreito relacionamento.

II.3. Atitudes e Opiniões sobre a doença mental: estudos de investigação relevantes

A psiquiatria social, enquanto área de conhecimento e investigação, conheceu particular crescimento no pós segunda grande guerra mundial, em grande medida pela especial emergência pela compreensão das características e condições, directa e indirectamente inerentes ao contexto social do sujeito doente mental.

Este movimento no campo da saúde mental, também largamente conhecido sob as designações de psiquiatria comunitária e/ou saúde mental comunitária, que de forma célere foi aceite como a primordial base de fundamentação ideológica e estratégica de vastos campos de acção, fez-se saber então associada ao desenvolver de um crescente interesse nas atitudes e opiniões acerca da doença mental, especialmente entre aqueles que estariam envolvidos na descrição/sistematização, cuidados e tratamento deste tipo de patologia. Segundo Rabkin (1972), autora de uma das primeiras revisões literárias feita sobre esta temática, tal interesse revelava-se de particular importância uma vez que seria razoavelmente claro o facto de que diferenciadas formas de como são lidas e interpretadas as classificações e descrições sobre a doença mental grave, pelos diversos subgrupos de especialistas em saúde mental, poderiam ser relacionadas à sua distinta e independente orientação psiquiátrica de base. Isto é, ao modelo conceptual de saúde e doença mental – suas etiologias e estratégias de tratamento – sobre o qual os técnicos de saúde assentavam a sua intervenção.

Neste contexto, a autora faz notar que as definições do comportamento desviante e a elaboração de sistemas de classificação de tais comportamentos, amiudadas vezes associados à expressão da patologia mental grave, assumem frequentemente uma posição de vincada influência sobre as atitudes que tais “desvios” suscitam.

Acresce assim a ideia, ainda com esta autora, de que a(s) classificação(ões) construída(s) em torno destes itens parecem então activar crenças e sistemas de valor pré – existentes que, não raras vezes, resultam pouco favoráveis para os sujeitos alvos dessas ordens descritivas e classificatórias.

Algo que vai ao encontro destas formulações seria mais tarde defendido por Eisenberg (1988, in Quartilho, 2001) que, no âmbito das suas teorizações sobre o processo de construção social das doenças mentais, salientaria três interessantes argumentações:

- As ciências humanas são reguladas por um paradoxo, na medida em que aquilo que acreditam ser verdade em relação ao comportamento humano influencia os comportamentos que pretendem explicar;
- A trajectória das doenças é influenciada pelas crenças não só dos doentes, mas dos médicos face à sua evolução e prognóstico;
- Os médicos, tal como os doentes são influenciados por papéis que são também socialmente construídos (Einsenberg, 1988, in Quartilho, 2001, p. 122).

Ora, foi a partir dos finais da década de 50 do século XX, período a partir do qual foram construídos e testados importantes instrumentos de medição e avaliação de atitudes [Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) de Gilbert and Levinson's (1957); The Stars Abstract de Nunnally (1961); Opinion about Mental Illness Scale (OMI) de Cohen & Struening's (1962); Attitude Toward Mental Illness (ATMI) de Froemel and Zolik's (1967); Community Attitudes to the Mental Illness Inventory (CAMI) de Taylor & Dean (1981), entre outros] (in Rabkin, 1972), que se verificou uma larga profusão de investigações nesta área, estudos estes que pretendiam delinear as atitudes sustentadas, não somente pelas equipas de saúde mental, mas também pelo público e comunidade em geral, pelos próprios pacientes com doença mental e ainda pelos seus familiares. Foram igualmente estipulados como objectivo de estudo a susceptibilidade de tais atitudes serem influenciadas pela experiência clínica e/ou académica bem como, a relação entre atitudes e comportamento.

Sumarizemos então aquele que consideramos ser o conjunto mais relevante da investigação empírica, realizado nesta área, desde os estudos clássicos até aos mais recentes, diferenciando-os entre si de acordo com a especificidade das amostras seleccionadas.

II.3.1: As atitudes do público/ comunidade em geral face à doença mental

De Rosa (1994), revendo historicamente as investigações realizadas neste âmbito, aponta para uma série de estudos realizados nos anos 40, entre a população norte – americana, como sejam os de Allen em 1943 e Ramsey & Seipp em 1948, cujas principais conclusões sublinhavam a existência de atitudes negativas e estigmatizantes para com os sujeitos doentes mentais.

Não obstante esta constatação não deixou de ser referido, pelos dois últimos investigadores, uma razoável tendência para a consideração do doente mental sob um olhar mais “humanizado”, em particular entre as pessoas com um nível de instrução mais elevado. Ramsey & Seipp (1948, in De Rosa, 1994) seleccionaram uma amostra de adultos do estado de New Jersey (EUA), aos quais colocaram seis questões que pretendiam avaliar a sua noção acerca da etiologia e tratamento da doença mental. Foi então na sequência da análise dos seus resultados que os autores reportaram que os sujeitos com maior nível de habilitações literárias apresentavam menor tendência para ler a doença mental como resultado de uma castigo moral (por pecados cometidos) ou, como consequência de fracas condições de vida. Nesta sequência, consideravam-se também mais optimistas quanto à possibilidade de uma boa recuperação do doente mental, quando sujeito a tratamento.

Num outro estudo clássico, realizado por Cumming & Cumming (1957), desta feita de natureza experimental (note-se que a maioria das investigações sobre as atitudes acerca da doença mental são de carácter descritivo) foi planeada uma metodologia de trabalho que se centrou na população de uma pequena cidade canadiana, a qual foi avaliada antes e depois da promoção de uma campanha educacional com duração de 6 meses. Esta campanha foi desenhada no sentido de promover/ favorecer atitudes de maior aceitação face à doença mental, pretendendo-se também avaliar em concomitância a eventual existência de diferenças entre os resultados obtidos no primeiro momento (antes da campanha) e no segundo momento (depois de concretizada a campanha).

As principais conclusões gerais apontaram no sentido da existência de atitudes negativas iniciais (momento I) por parte da comunidade de classe média, apontando também para a constatação da relação entre estas atitudes e um sistema de valores mais extenso, acrescido da fraca probabilidade de se conseguir produzir uma mudança de atitudes sem levar em linha de conta esse mesmo sistema de valores. Resultados mais específicos fizeram sublinhar atitudes de receio e medo pela doença mental, acompanhados de uma tendência para ignorar o mais possível as suas manifestações mais visíveis. O internamento hospitalar dos sujeitos com expressão e sintomas de doença mental demasiado evidentes era algo francamente desejado por esta amostra populacional.

Apesar da conotação negativa presente nos resultados destes autores os seus estudos revelaram-se de grande valor ao providenciarem um bom nível de insight e compreensão sobre as atitudes e suas fontes.

Na linha deste traçado de investigação surge-nos Nunnally (1961, in Johannsen, 1969; Rabkin, 1972) que, sob uma forma ainda mais sofisticada e extensa, conduziu um estudo longitudinal durante um período de tempo de 6 anos. Entre as suas numerosas conclusões encontram-se as que sublinhavam que o estigma associado à doença mental se encontrava assumidamente generalizado entre os diversos grupos sociais e, além disso apresentava fraca relação com variáveis demográficas tais como a idade e o nível de educação. Assim, leia-se de acordo com Nunnally « *old people and young people, highly educated people and people with little formal training – all tend to regard the mentally ill as relatively dangerous, dirty, unpredictable and worthless*» (Nunnally, 1961, p. 51).

O público em geral encarava, então, o sujeito doente mental com medo, desconfiança e antipatia. Usando a técnica do Diferencial Semântico, o autor salientou ainda como o doente mental é percebido como uma pessoa perigosa, “fria”, com má aparência, imprevisível e pouco sincera, quando comparada com pessoas ditas “normais”.

Uma investigação apurada pouco antes, Freeman & Kassebaum (1960), assente numa amostra representativa de 400 sujeitos adultos do Estado de Washington, já havia sublinhado resultados similares.

Em contraste com os resultados de Nunnally e de Freeman & Kassebaum são referenciados na literatura (Johannsen, 1969; Rabkin, 1972; De Rosa, 1994) autores cujos estudos contradizem as conclusões dos primeiros investigadores.

Hollingshead e Redlich (1958) encontraram consideráveis diferenças nas atitudes e conhecimento acerca da doença mental e sobre as pessoas doentes mentais, em função da classe social e nível de educação. No âmbito destes estudos, em que as atitudes foram inferidas a partir da observação de comportamentos de sujeitos em tratamento psiquiátrico, foi concluído que as pessoas pertencentes a classes sociais mais elevadas expressavam atitudes mais favoráveis relativamente aos médicos psiquiatras, compreendendo claramente no que consiste o seu papel e funções; encontravam-se melhor informados acerca da doença mental e mostravam-se, também, mais receptivos à

possibilidade de contacto com doentes mentais, comparativamente às pessoas pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas (De Rosa, 1994).

Rabkin (1972), à luz das reflexões retiradas a partir destas investigações, considera que o público em geral tende de facto a rejeitar as pessoas que socialmente exibam comportamentos perturbados, ainda que não sejam comportamentos que na realidade impliquem uma incapacidade severa para o próprio paciente. Ou seja, parece assumir-se como menos socialmente aceite a expressão de um dado comportamento disruptivo, bizarro ou desestabilizador da ordem, do que um outro comportamento de carácter mais retraído, inibido ou deprimido (mesmo que em termos da realidade da saúde mental do sujeito isso signifique um maior nível de perturbação da personalidade).

Neste sentido, Mannis, Hunt, Brawern & Kercher (1965) defenderam, contrariamente àquelas que eram as suas expectativas iniciais, que tanto os médicos psiquiatras, como a comunidade geral eram mais fortemente influenciados pela visibilidade social de um certo comportamento do que pela gravidade da sintomatologia, sempre que era chegado o momento de se classificar/decidir se este ou aquele paciente sofria de doença mental.

Os autores desta investigação (baseada na passagem de um set constituído por 20 parágrafos descritivos relativos a diferentes níveis de conformidade social), sugeriram, assim, que teriam sido os conteúdos culturais latentes dessas descrições o factor primário determinante para o tipo de respostas obtidas.

Resultados divergentes a estes últimos foram, contudo, alcançados por Dohrenwend e Chin – Shong (1967, in De Rosa, 1994) que, pouco tempo depois, reuniram todo um conjunto de dados que lhes permitiram concluir que os técnicos especialistas em saúde mental se revelavam mais sensíveis do que o público em geral face à eventual severidade, quer de comportamentos de retração social, quer de comportamentos de carácter anti – social. Estes últimos eram o tipo de comportamento percebido como mais patológico entre as pessoas pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas.

Mais recentemente, Brockington et al (1993) conduziram um vasto estudo exploratório numa amostra total de 2000 sujeitos norte – americanos residentes em duas cidades distintas: uma servida por um hospital psiquiátrico tradicional; outra que dispunha antes de um prestigiado serviço psiquiátrico comunitário e que, tinha a

particularidade de ter assistido, na última década, ao encerramento dos seus dois hospitais psiquiátricos vizinhos.

Os principais objectivos de estudo visavam avaliar o nível de tolerância das comunidades em geral face ao sujeito doente mental e, concomitantemente, proceder à comparação das respostas e reacções obtidas nas duas comunidades. As entrevistas realizadas consistiam em todo um vasto conjunto de questões sociodemográficas, associadas à aplicação de um set de vinhetas (Star Vignettes, Star, 1996, in: Brockington, 1993) que deveriam ser mostradas aos sujeitos da amostra, as quais eram, por sua vez, acompanhadas por três questões (qual a causa mais provável do comportamento da pessoa representada pelas imagens das vinhetas; que acção pensavam que essa pessoa iria tomar; e, que tipo de instituição julgavam poder ajudar essa pessoa representada). Dos resultados obtidos, saliente-se os que apontam para o facto dos residentes da comunidade servida por um hospital psiquiátrico tradicional (designada adiante por comunidade A) se demonstrarem ligeiramente mais tolerantes para o doente mental do que aqueles que viviam na comunidade que assistiu ao encerramento dos hospitais psiquiátricos vizinhos (designada adiante por comunidade B). Por outro lado, verificou-se que os habitantes da comunidade A expressaram uma visão da doença mental algo restrita ou limitada, na medida em que não identificaram como doente mental a grande maioria das vinhetas que representavam “verdadeiros” doentes mentais. Já a comunidade B demonstrou maior capacidade de diferenciação da pessoa doente mental *versus* não doente mental, assim como evidenciou possuir um maior conhecimento e mais positivo dos recursos possíveis e disponíveis para a intervenção em doença mental.

Os autores apuraram ainda, como principais determinantes demográficos as variáveis idade, nível de educação, ocupação profissional e o nível de conhecimento acerca do que é doença mental.

Aubry, Tefft & Currie (1995), da Universidade de Manitoba, Canadá, realizaram um estudo algo similar ao anterior no sentido de avaliar, numa amostra representativa de 345 donas de casa, as suas atitudes e intenções de acção face a residentes de casas comunitárias de saúde mental vizinhas.

As questões constantes na metodologia de estudo aplicada foram elaboradas de forma a possibilitarem respostas que destrinçavam as situações seguintes: se o doente mental vizinho vivia numa residência de saúde mental ou numa residência comum; se se

tratava de um doente mental do sexo feminino ou do sexo masculino; se o doente mental apresentava uma perturbação percebida como ligeira/mediana ou severa.

Assim sendo, foram expressas pelos sujeitos do estudo atitudes e intenções de acção/comportamento mais favoráveis e positivas face ao doente mental vizinho que apresentava uma perturbação ligeira ou mediana, em contraste com um doente vizinho que expressasse antes uma perturbação percebida como mais severa. Não se verificaram diferenças significativas entre as atitudes e intenção de comportamento face ao doente mental consoante este vivesse numa residência comum, ou numa residência de cuidados especiais. Deste modo, não é confirmada a ideia de que, pelo facto de serem residentes de casas de saúde mental, tenham que ser estigmatizados pelas comunidades circundantes. Salienta-se, antes, que este tipo de doentes, residentes em casas especiais, são razoavelmente aceites e acolhidos pelos seus vizinhos mais próximos e comunidade em geral, sem elevado grau discriminatório, desde que apresentem apenas um ligeiro desvio à norma, portanto, uma perturbação percebida como ligeira.

Finalmente, Wolff, Pathare et al (1996 a; 1996 b) levaram a cabo uma investigação cuja metodologia se centrou na realização de um censo de atitudes em duas áreas residenciais britânicas, para as quais estavam planeadas a abertura de duas casas de suporte de longa estadia, especialmente vocacionadas para pessoas com doença mental.

Neste âmbito foram estabelecidos como objectivos, não só, apurar as atitudes face à doença mental por parte desta população, como também testar a hipótese de que as atitudes negativas face ao sujeito doente mental podem estar relacionadas com a falta de conhecimentos. Em paralelo, os autores realizaram a análise factorial de um inventário de atitudes que em seguida identificaremos, e a sua correlação com as características sociodemográficas específicas da população alvo. A amostra consistiu em 305 sujeitos que viviam na vizinhança mais próxima à futura localização das residências de apoio, aos quais foi administrado (por uma equipa de dois psiquiatras e um psicólogo) o instrumento “Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory” (CAMI) elaborado em 1991 pelos autores Taylor & Dean.

Relativamente ao primeiro objectivo, os autores fizeram saber que os grupos sócios – económicos mais desfavorecidos, os grupos com menor nível de educação, as pessoas com filhos e as pessoas pertencentes a grupos étnicos minoritários são aqueles quem apresentam as atitudes mais negativas face ao sujeito doente mental. Refira-se que a análise factorial feita ao inventário utilizado (CAMI) revelou a existência de três

componentes, sendo eles *medo/exclusão*; *controle social* e *boa vontade*, sobre os quais faz-se sublinhar que: o determinante único da componente *medo/exclusão* foi o facto de existirem filhos; os determinantes principais da componente *controle social* revelaram ser a classe social, a origem étnica, a idade, o terem sofrido, em algum momento, de algum tipo de perturbação mental e a existência de filhos; finalmente, o determinante fundamental da componente *boa vontade* foi a variável educação.

Por último, e quanto ao teste da hipótese atrás mencionada, esta foi confirmada, concluindo-se assim que as atitudes negativas são de facto alimentadas pela falta de conhecimentos, em particular entre as pessoas mais idosas. Não foi, porém, encontrada uma relação significativa entre as atitudes negativas por parte das pessoas que tinham filhos e a sua falta de conhecimentos acerca do que é a doença mental.

II.3.2. As atitudes dos técnicos de saúde mental face à doença mental

Se o estudo das atitudes do público e comunidades em geral, perante a patologia mental grave, se reveste de particular importância para todos aqueles que se interessam pelas origens e factores de manutenção do comportamento de raiz psicopatológica, logo para os investigadores e profissionais de saúde envolvidos em programas de prevenção primária, já a “medição” destas atitudes, explícitas e implícitas, são especial objecto de interesse por parte dos profissionais implicados nos programas de prevenção secundária, portanto, responsáveis pelo tratamento dos pacientes doentes mentais.

A preocupação central sobre como os profissionais de saúde – psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros – lidam com a doença mental e com as pessoas que dela padecem é tão mais pertinente quanto é a evidência e reconhecimento de que estas atitudes assumem um impacto considerável nas experiências, vivências e evolução do doente mental que a elas é “exposto”. A este factor interliga-se naturalmente um outro, não menos verdadeiro e importante, que se prende com a forma como, mais uma vez, estas suas atitudes são passíveis de, directa e indirectamente, influenciar o seu próprio “estilo” e “qualidade” de interacção e intervenção durante o tratamento do sujeito doente mental.

Assim sendo, de um modo geral, muitos têm sido os investigadores que tipicamente têm reportado ser os profissionais de saúde menos graduados e de menor estatuto, aqueles que demonstram atitudes mais restritivas e mais autoritárias face à pessoa doente. Em contraste, os profissionais mais diferenciados e de maior estatuto

(como sejam, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) são os que expressam maior entendimento sobre as boas qualidades potenciais do doente mental, manifestando-se também mais liberais e tolerantes e, ainda, mais optimistas quanto às possibilidades de recuperação deste tipo de pacientes (Rabkin, 1975).

Ainda antes de iniciarmos a cronologia dos estudos de investigação realizados nesta área, não podemos deixar de referir, em termos genéricos, dados contrastantes advindos de estudos recentes que apontam para importantes factos como o de muitos profissionais de saúde não perspectivarem os doentes mentais severos como uma população de doentes que preferencialmente desejariam tratar; também a percepção desses profissionais de que a maioria dos recursos disponíveis para o tratamentos destes pacientes não se encontram razoavelmente adequados às suas especiais necessidades e ainda, o facto do treino profissional especializado ser entendido, nesta área como insuficiente e inadequado (Mirabi, Weinman, Magnetti & Keppler, 1985; Werrbach & DePoy, 1993, in: Wes Shera & Delva Taniliili, 1996).

Acresce-se também Minkoff (1987) que sublinha, neste âmbito, o quanto a resistência profissional associada à intervenção nos doentes mentais graves se encontra francamente relacionada, não só com o evitamento que a sociedade em geral expressa perante o sujeito doente mental, como com o evitamento generalizado dos doentes mentais por parte dos profissionais médicos e, ainda, com a constatação de treinos profissionais pouco eficazes e escassez de meios de suporte emocional destinados aos profissionais, que em conjunto possam fazer superar as eventuais dificuldades sentidas no trabalho com esta população específica. Minkoff salienta assim, o quanto os diferentes grupos de profissionais de saúde mental, frequentemente partilham entre si muitas das suas básicas atitudes negativas face à patologia mental grave e crónica.

Cohen & Struening (1962, 1963) conduziram aquele que terá sido o mais extenso estudo da época sobre esta temática. O propósito que moveu a investigação destes dois autores centrou-se em dois objectivos primordiais: um primeiro que visava identificar e desenvolver medidas das essenciais dimensões subjacentes às opiniões acerca da doença mental grave: o segundo, que pretendeu explorar a validade de constructo destas medidas, relacionando-as com as características demográficas dos sujeitos da amostra usada (ocupação; educação; idade e sexo).

Nesta sequência, trabalhando com uma amostra consideravelmente extensa de técnicos de saúde mental pertencentes a um sistema hospitalar psiquiátrico, foram estudados sujeitos de 19 categorias profissionais e que, à luz dos resultados obtidos,

foram empiricamente agrupados em 4 grupos tipo, consoante as atitudes manifestadas e apuradas através da aplicação do instrumento “*Opinion’s about Mental Illness Questionnaire* (OMI)” (que compreende cinco dimensões ou sub escalas de avaliação: *Authoritarianism; Benevolence; Mental Hygiene Ideology; Social Restrictiveness; Interpersonal Etiology*).

Assim, entre o grupo dos “white – collar workers”, que incluía enfermeiros, médicos dentistas, médicos não psiquiatras e técnicos de meios diagnósticos, apuraram-se pontuações baixas na dimensão *Authoritarianism*. O grupo dos “blue – collar workers”, o qual compreendia profissionais como auxiliares de acção médica, pessoal da manutenção e cozinha, expressou níveis elevados nas dimensões “*Auhoritarianism*” e “*Social Restrictiveness*”. As atitudes demonstradas por este grupo de profissionais não se caracterizam pois pela benevolência, nem tão pouco advogaram uma ideologia da higiene mental ou, uma compreensão relacionada com a etiologia interpessoal.

Um terceiro grupo, constituído por psicólogos e assistentes sociais, transpareceu atitudes claramente oponentes às expressas pelo grupo dos “blue – collar”, ou seja, baixas pontuações nas dimensões da *Mental Hygiene Ideology* e *Interpersonal Etiology*.

Finalmente, o quarto grupo, no qual se incluíam os padres católicos e seus assistentes, fez sublinhar padrões de resposta similares, apesar de não tão extremos, aos do grupo anterior (grupo 3 = psicólogos e assistentes sociais). Os médicos psiquiatras foram propositadamente não incluídos em qualquer um destes quatro grupos, sendo que, no entanto, o seu padrão de respostas se assemelhou mais ao tipo de respostas dadas pelo grupo dos religiosos (Rabkin, 1972; Cohen & Struening, 1962, 1963).

Neste sentido, os autores Cohen & Struening (1965) num trabalho em tudo similar a este, porém realizado cerca de dois anos mais tarde, fizeram notar que a “atmosfera”/ ambiência geral de um dado hospital é comumente influenciada pela expressão das atitudes manifestadas pelo pessoal enfermeiro e auxiliares de acção médica, sendo que deste modo não resulta difícil encontrarem-se significativas correlações negativas entre um ambiente autoritário e restritivo e as estatísticas referentes ao número de altas dadas aos pacientes com patologia mental.

Rabkin (1972), a este propósito, reúne-nos toda uma série de investigações cujos resultados se revelaram consonantes com os alcançados pelos dois autores atrás mencionados, a saber, estudos de Appleby, Ellis, Rogers e Zimmerman (1961), Williams e Williams (1961), Reznikoff (1963), Reznikoff et al (1964), Wright & Klein (1963), Vernaltis & St. Pierre (1964) (in Rabkin, 1972, p.160).

A convicção de que a expressão de sentimentos de medo e aversão face ao sujeito doente mental (traduzidos em atitudes de autoritarismo) não é algo de exclusivo ou confinado às pessoas da comunidade em geral, encontrou-se na base de um estudo de investigação conduzido por Canter (1963). O autor quis assim testar a hipótese de que tais sentimentos se encontram também frequentemente presentes nos profissionais especializados em saúde mental, portanto nas pessoas que presumivelmente detêm conhecimentos mais apurados e aprofundados sobre a patologia mental.

O investigador sugere ainda, neste âmbito, que estas atitudes de evitamento e aversão poder-se-iam relacionar com determinados traços de personalidade que envolveriam, por sua vez, o receio pela situação desconhecida, ou a excessiva estimulação das suas próprias emoções e impulsos internos não tolerados ou aceites. Assim sendo, era hipotetizado por Canter que, os técnicos de saúde mental que demonstrassem estas características e traços de personalidade particulares seriam aqueles que reuniriam condições para expressarem atitudes mais negativas face ao doente mental, revelando-se então menos eficazes na forma como interviam e tratavam estes pacientes.

Com base numa amostra de 122 estudantes de enfermagem que cumpriam um treino de 3 meses no departamento psiquiátrico de um hospital estatal, Canter (1963) obteve resultados que indicaram uma relação moderada e positiva entre autoritarismo e atitudes negativas em relação à pessoa do doente mental, bem como uma relação moderada e negativa entre o autoritarismo e a eficácia do tratamento nestes doentes. Nesta medida, o autoritarismo foi entendido pelo autor como uma importante variável de personalidade que pode de facto afectar as atitudes e eficácia dos técnicos de saúde que directamente trabalham com o doente.

Um outro estudo elaborado por Wright & Klein (1966), de carácter francamente comparativo, pretendeu cumprir três objectivos centrais: um primeiro, que visou determinar a magnitude da eventual influência cultural, quanto ao nível de aceitação do paciente doente mental por parte de duas populações alvo distintas – pessoal hospitalar vs. pessoas da comunidade envolvente; em segundo, investigou a existência de diferenças nas crenças acerca da doença mental entre estas duas populações alvo; e um terceiro objectivo, foi o de comparar as respostas dadas pelas diferentes categorias profissionais pertencentes a esse hospital (Gulford VA Hospital, Mississippi).

Indo ao encontro das expectativas dos investigadores foram encontrados maiores níveis de aceitação favorável por parte do pessoal hospitalar, em contraste com as

peessoas da comunidade envolvente. Este facto foi interpretado pelos autores como sendo devido ao treino profissional formal detido pelos técnicos de saúde.

Entre o pessoal hospitalar, aqueles que detinham categorias profissionais de menor estatuto e de menor especialização eram os que expressavam, contudo, um nível de aceitação ligeiramente inferior às pessoas da comunidade envolvente. Curiosamente, quando indagados sobre quem julgavam requerer maior número de internamentos, se homens ou mulheres, verificou-se a existência de uma diferença considerável entre as respostas de ambas as populações alvo: o pessoal hospitalar considerou serem os pacientes do sexo masculino os que necessitavam de mais internamentos, ao contrário do público em geral que considerou serem os pacientes do sexo feminino quem mais usufruíam dos internamentos psiquiátricos.

Finalmente, no que se refere à enumeração daquelas que entendiam ser as principais causas da doença mental, ambas as amostras se mostraram concordantes quanto às primeiras cinco causas indicadas, muito embora não as tivessem colocado segundo a mesma ordem de importância. As causas então percebidas como directamente relacionados com o despoletamento da patologia mental foram o modo como os pais tratavam e educavam os seus filhos; a deformidade ou lesão cerebral; hábitos alcoólicos; a vivência de experiências de vida penosas e “traumatizantes”; factores hereditários.

Em 1979, Judith Rabkin, delineou um estudo genericamente semelhante a este anterior, com amostras cujas características gerais eram também semelhantes às da investigação anterior, mas razoavelmente distinto quanto aos resultados dali obtidos. Assim sendo, foi encontrado por Rabkin uma concordância bastante considerável entre as respostas dadas pelos dois grupos avaliados (comunidade em geral vs. técnicos de saúde mental), sendo que nesta continuidade, ambos os grupos expressaram níveis significativos de estigmatização face à doença mental, deixando transparecer, portanto, atitudes bem mais restritas do que aquelas obtidas e antecipadas por estudos precedentes.

Reportando-se aos padrões de resposta recolhidas, a autora fez saber a emergência de dois padrões diferenciados. Por um lado, revelou-se a existência de crenças da doença mental como uma entidade clínica real, bem delimitada, associando-a a um leque alargado de comportamentos desviantes e, assim, considerando a hospitalização como a melhor opção de intervenção. Em paralelo, ainda incluso neste padrão, foi expressa a necessidade de restrição das opções ocupacionais dos pacientes formalmente internados em unidades psiquiátricas. Por outro lado, no extremo oposto,

encontraram-se respostas que entendem a hospitalização com razoável objecção enquanto medida de acção; não foram delimitados critérios claros de definição do que é doença mental e, portanto, não se observou a tendência em tomar posições de restrição quanto ao direito dos pacientes doentes mentais poderem optar por uma dada ocupação profissional.

Na linha de todo este conjunto de investigações, a quantidade de estudos mais recentes que tenham pretendido explorar as atitudes sustentadas por técnicos de saúde mental face à patologia mental grave e crónica, não se pode assegurar ser muito abundante. Tal situação contrasta com a proliferação que estes estudos tiveram durante as décadas de 60 e 70, de tal modo que por vezes dificulta a tarefa de uma sua eventual selecção.

Neste âmbito, com o intuito de, em parte, colmatar esta escassez de dados empíricos, Murray e Steffen (1999) apresentaram-nos um estudo por si planeado e concretizado. Os autores, no sentido de averiguarem em que medida a expressão de atitudes negativas perante a pessoa doente mental grave poderá afectar/ameaçar a eficácia do tratamento e reabilitação psiquiátricos, elaboraram uma investigação centrada nas atitudes expressadas por designados “case managers” de serviços públicos de intervenção na doença mental. Neste contexto, e de forma específica, propuseram-se analisar as possíveis diferenças existentes entre “case managers” de suporte e “case managers de acção intensiva, comparando-os, em concomitância, com um grupo de controlo constituído por pessoa pertencentes à comunidade. Para tal, utilizaram o instrumento “Opinion’s About Mental Illness Scale (OMI) de Cohen & Struening (1962).

A opção de medição das atitudes por parte dos designados case managers foi fundamentada por três razões primordiais: 1) estes profissionais são tidos como os técnicos responsáveis pelo asseguramento de que pacientes com doença mental severa possam usufruir de todos os serviços que necessitam dentro dos prazos adequados e, relativamente aos quais não conseguiriam aceder sozinhos; 2) o papel que os “case managers” desempenham no contexto de um tratamento de base comunitária revela-se de particular interesse, na medida em que as suas atitudes poderão potencialmente reflectir quer, as exigências inerentes ao serviço de saúde mental, quer o tipo de pacientes que se encontram a receber e a usufruir destes serviços e, por último, 3) pela

diversidade de abordagens possíveis de ser adoptadas pelos “case managers” que poderão estar a operar em simultâneo num mesmo sistema de saúde mental.

Refira-se, pois, que as distintas abordagens de intervenção diferem, naturalmente, entre si quanto ao seu modelo de orientação teórico – prático, logo eventuais diferenças na capacidade funcional dos pacientes por eles servido poderão ser observadas, o que em sequência, permite comparações entre diferenciados grupos de “managers”.

Neste estudo, a distinção entre case managers de suporte e case managers de acção intensiva é feita de acordo com o grau académico e anos de experiência profissional e, ainda, consoante a especificidade do serviço prestado. Deste modo, os “case managers” de suporte serão aqueles que oferecem um serviço de natureza individual, face a face, e que possuem o grau académico de bacharel. Por seu lado, os “case managers” de acção intensiva designam-se como aqueles que trabalham sempre em equipa (implicando assim, que um dado paciente contacte com mais do que um elemento da mesma equipa) e que detêm o grau de mestre, ou eventualmente grau de bacharel desde que associado a uma vasta experiência profissional.

Os resultados obtidos revelaram uma intervenção complexa entre o nível de funcionalidade do paciente, o tipo de abordagem sustentada pelo “case manager”, a filosofia de acção/intervenção associada a essa abordagem e o tipo de atitudes manifestadas.

De modo mais específico, Murray e Steffen (1999) concluíram, então, que diferentes tipos de “case managers” implicavam a expressão de diferentes atitudes relacionadas com a natureza do tratamento adequado a pacientes severamente perturbados, bem como com a importância que a hospitalização e internamento assumia no plano de acção desses mesmos “case managers”.

II.3.3. As atitudes de estudantes de cursos superiores de saúde face à doença mental

Em acréscimo a todos estes estudos, não foi descurada pelos investigadores desta área, a importância do impacto que os cursos de saúde, nomeadamente de psicologia, exercem sobre os estudantes ainda não graduados, no que respeita, mais uma vez, às suas atitudes perante a doença e doentes mentais graves.

A este propósito, Rabkin (1972) refere que, não obstante, a constatação da existência de resultados positivos, a maioria das investigações realizadas apontavam, à data, que a haverem mudanças de atitudes perante a doença mental por parte dos estudantes de psicologia, após o término da sua licenciatura, essas seriam não devidas aos conteúdos académicos destes cursos, mas antes relacionadas com factores como as atitudes dos professores que leccionavam as disciplinas, a natureza das capacidades e habilidades dos estudantes e, ainda, os sistemas de crenças desses mesmos estudantes. Em suma, de acordo com a autora, serão as variáveis inerentes ao professor, ou as variáveis inerentes à pessoa do estudante, na vez da qualidade e conteúdo do material curricular, os factores que fundamentalmente contribuirão para as mudanças de atitudes registadas nos estudantes de psicologia.

Assim, são escassos os estudos que concluem pela franca influência dos ditos conteúdos programáticos na expressão das atitudes dos estudantes. Nesta linha, surge-nos, ainda assim, a referência a um estudo clássico realizado por Costin & Kerr (1962), no qual foi utilizada a OMI (Opinions About Mental Illness Scale) de Cohen e Struening (1962) em dois tempos distintos (antes e depois de um curso em “Abnormal Psychology”). Dos resultados obtidos os autores sugeriram, então, que os estudantes adquiriram de facto um certo nível de sofisticação ao frequentarem este curso de especialização, sendo que de forma mais específica, verificaram que os alunos das classes mais adiantadas expressavam níveis menores de autoritarismo² e de restrição social³, mostrando-se concomitantemente mais crentes na etiologia interpessoal⁴ como factor causal da doença mental.

Já Graham (1968), utilizando a mesma metodologia de estudo e o mesmo instrumento (OMI) não alcançaria resultados idênticos no que respeita, portanto, ao peso que a variável “conteúdo curricular” assumiria no registo de eventuais mudanças de atitudes face à doença mental.

Tal como Rabkin havia afirmado, também Calvert Dixon (1967, in Rabkin, 1975) confirmaria esta ordem de ideias. Dixon encontrou mudanças favoráveis nas atitudes dos estudantes de psicologia. Porém, todo o conjunto de entrevistas subsequentemente realizadas com os professores regentes das disciplinas do curso

² Factor A = Autoritarismo: representa opiniões acerca do doente mental como pertencente a uma classe de pessoas inferiores aos indivíduos ditos normais.

³ Factor D = Restrição Social: perspectiva do sujeito doente mental como alguém perigoso para a sociedade e que assim deverá ter a sua liberdade condicionada durante e após a sua hospitalização.

⁴ Factor E = Etiologia Interpessoal: representa a crença de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, tais como a falta de atenção e amor parentais.

levaram-no claramente a concluir que, serão as atitudes que estes professores expressam de modo latente ou manifesto um dos factores que, na verdade, exerce grande protagonismo na forma como os estudantes poderão “modelar” ou alterar as suas atitudes e opiniões acerca da patologia mental.

Minkoff (1987), certo que está de que as atitudes positivas face à doença mental e pessoas que dela sofrem são elementos essenciais ao processo de intervenção e tratamento do doente com perturbação mental observa que, mais importante do que tentar fazer com que profissionais já estabelecidos “desaprendam” hipotéticas atitudes negativas, dever-se-ia antes reunir esforços (porventura mais facilitados) no sentido do desenvolvimento e promoção de atitudes positivas/ favoráveis nos indivíduos ainda em treino de especialização, portanto estudantes, que se pressupõem mais abertos e disponíveis à aprendizagem de novos conceitos, novos modelos de compreensão e intervenção.

Neste contexto, surge-nos um importante estudo de Wes Shera & Delva – Tauiliili (1996) cujas conclusões reforçam a posição de Minkoff. Na sequência de outros investigadores, como sejam Gerhart (1985), Atwood (1982), Werrbach & Depoy (1993) (in Wes Shera & Delva – Tauiliili, 1996), que fizeram sublinhar o facto de profissionais como os assistentes sociais não raras vezes expressarem um reduzido interesse em trabalhar com pessoas que sofrem de doença mental grave, preferindo na sua vez pacientes que os “recompensem” intelectual e emocionalmente, Wes Shera & Delva – Tauiliili (ibidem) propuseram-se, então, avaliar o efeito de acções especiais de formação em psicopatologia nas atitudes de estudantes de serviço social.

Assim sendo, constituíram como sua amostra de sujeitos dois grupos de estudantes do segundo ano do curso de serviço social, ambos participantes num programa de intervenção especializado em doença mental (elaborado com o objectivo primeiro de promover a mudança de atitudes), e um outro grupo de controlo, também constituído por estudantes do segundo do mesmo curso, mas não integrados em qualquer programa de formação complementar especial.

Da análise dos resultados obtidos, os autores relataram uma eficácia significativa dos programas de formação quanto à promoção de atitudes mais favoráveis face à doença mental, de tal modo que denotaram mudanças em atitudes específicas como sejam, a expectativa dos profissionais quanto ao sucesso das medidas de intervenção e tratamento que se revelou mais positiva e, as crenças relativas à imprevisibilidade e

perigosidade associados ao doente mental que também se tornaram menos intensas, portanto menos estigmatizantes.

Assim sendo, os autores consideraram de extrema importância a oportunidade proporcionada aos estudantes (desde que bem estruturada e organizada) em conhecerem e compreenderem a pessoa que está por detrás da doença, promovendo-lhes assim o acesso ao lado humano/emocional do doente, ou seja, noutras palavras, à “escuta” da dialéctica relacional, do discurso afectivo que está além do sintoma, na vez da prevalência de uma relação técnica e tecnicizada, logo escudada, do profissional de saúde e doente.

A este respeito lembraram-nos Mirim e Namerow (1991), no âmbito da sua investigação, que “... too often professionals narrowly focus on the completion of standardized assessment tolls and do not listen to the stories of those who are struggling to cope with and survive their illness. “ (in: Wes Shera & Delva – Tauiliili, 1996, p. 167).

Diana Cuomo e Alex Ronacher (1998) realizaram recentemente um estudo comparativo no sentido de averiguarem a existência de diferenças de atitudes entre estudantes seniores de terapia ocupacional, estudantes finalistas de psicologia e estudantes seniores de contabilidade. Mais uma vez encontramos presente a intenção de fundamentação da ideia de que a natureza da formação curricular, bem como o contacto clínico estruturado com pacientes doentes mentais resulta potencialmente benéfico na promoção e manutenção de atitudes positivas sobre a patologia mental.

De acordo com os autores, a investigação revelou-se bem sucedida ao revelar uma diferença significativa de atitudes entre os estudantes de contabilidade e os estudantes de terapia ocupacional, sendo que estes últimos, expressaram, no seu geral, atitudes e opiniões mais favoráveis.

Todavia, contra todas as expectativas, não foram encontradas neste estudo diferenças significativas entre as atitudes dos estudantes de psicologia e os estudantes de contabilidade. Cuomo e Ronacher (ibidem) muito embora surpresos com este resultado fazem-nos lembrar, porém, que apesar de se encontrar usualmente aceite o pressuposto de que os estudantes da área da saúde mental são os que manifestam atitudes mais favoráveis face ao doente mental, já outros autores haviam sublinhado a não linearidade deste pressuposto. Nesta medida, surge-nos Eker (1988) que chamou a atenção para facto de não ter constatado a existência de diferenças distinguíveis entre

estudantes de psicologia e estudantes de outros grupos de especialização quanto à expressão das suas atitudes perante a doença mental grave.

Assim sendo, adiantam Cuomo e Ronacher (ibidem) duas razões possíveis: uma primeira que se poderá prender com o facto da educação formal especializada em saúde mental não mais ser suficiente na “produção” de atitudes positivas do doente mental e, ainda, pelo eventual facto dos estudantes menos treinados em patologias mentais puderem desenvolver um maior nível de aceitação pessoal equiparando-se, assim, aos sujeitos de maior grau de especialização nesta área.

Na linha dos estudos comparativos sobre atitudes de estudantes, foram também inevitavelmente realizadas investigações que pretendiam analisar a influência de variáveis culturais diversas, nomeadamente entre populações de diferentes países (com raízes culturais e sociais claramente diferenciados) e entre populações ou comunidades étnicas distintas, ainda que pertencentes a um mesmo país.

Deste modo, o objectivo de estudar a relação entre a exposição ao curso de psicologia (de natureza predominantemente euro americana) e a concepção da doença mental por parte de grupos de estudantes que possuam concepções culturais distintas da perturbação mental, esteve na base da elaboração de uma investigação levada a cabo por Bhana & Bhana (1985). Foram sujeitos da amostra cerca de 100 estudantes universitários de origem índia sul-africana, dos quais 50 encontravam-se a frequentar o curso há apenas 8 semanas e os restantes 50 com uma frequência de já 40 semanas.

Verificaram os autores, ao compararem ambos os grupos, que a orientação cultural de base (sul africana) era aceite de modo mais favorável do que a concepção cultural ocidental, sendo que a discrepância de valores se assumia, no entanto, menor quando o que estava em causa era o tratamento que consideravam ser o mais adequado, em contraste com uma discrepância superior no que respeita às respostas sobre a etiologia da doença mental. Os estudantes seniores eram, ainda assim, aqueles que apresentavam em termos gerais as atitudes mais favoráveis face ao modelo e concepção da doença mental defendida pela orientação e cultura euro americana.

Ainda no âmbito dos estudos inter culturais, Fan (1999) da Universidade de Vitória, Austrália, apresenta-nos uma investigação que pretendeu averiguar a existência de diferenças étnicas nas atitudes face à doença mental entre estudantes universitários anglo – australianos e estudantes emigrantes asiáticos. A formulação do problema deste estudo prendeu-se, particularmente, com a constatação de que na Austrália a comunidade asiática praticamente não recorria ou utilizava qualquer serviço

especializado de saúde mental, ainda que esses serviços se encontrassem ao seu dispor. Tal situação foi igualmente notificada por investigadores norte – americanos no que respeita ao recurso dos seus serviços por parte das suas comunidades asiáticas.

A este propósito, autores como Gon – Guy, Cravens & Patterson, (1991, in Fan, 1999, p. 48), referem que situações como estas poderão encontrar-se relacionadas, entre outros factores, com as atitudes dos asiáticos sobre o doente e doença mental. Não é assim alheio o conhecimento de que estudos levados a cabo em Pequim e Hong Kong (Cheung, 1988; 1990; Yang, 1989, in: Fan, 1999, p. 48) revelaram resultados que apontaram o quanto o doente mental é encarado de modo supersticioso e desconfiado, sendo que neste sentido, as causas da doença mental são atribuídas a razões místicas, como sejam, a influência de maus espíritos, punições divinas por pecados cometidos, mau comportamento dos seus ancestrais e pensamentos pecaminosos/ impuros. Associados ao doente mental encontraram-se sentimentos de medo, evitamento, risco para a comunidade e desejo do seu confinamento a instituições psiquiátricas fechadas.

Ora, tendo estes dados como base de fundamentação, Fan (1999) propôs-se então testar as hipóteses de que não só existem diferenças étnicas nas atitudes perante estes doentes específicos, como também existem diferenças étnicas no conhecimento dos serviços de saúde mental disponíveis ao utente.

Partindo de uma amostra de 140 participantes, dos quais 63 anglo australianos, 47 asiáticos e 30 de outra nacionalidade ou naturalidade que não a australiana ou asiática, a autora concluiu pela confirmação de ambas as hipóteses por si delineadas.

De realçar foram as diferenças encontradas, de franca razoabilidade, entre os asiáticos emigrantes de longo termo e os asiáticos emigrados à relativamente pouco tempo, sendo que tal facto, segundo a autora, poderá ser explicado pelo possível efeito de aculturação “sofrido” pelos asiáticos que já se encontravam a viver na Austrália há anos consideráveis. Resultados semelhantes tinham já sido encontrados, numa investigação similar, por Shokoohi – Yekta e Retish (1991, in Fan, 1999).

Em suma, é evidente a grande variedade de estudos elaborados quer no sentido da explanação de todo o conjunto de atitudes associadas à doença mental grave, quer no que respeita ao objectivo de analisar a sua eventual maleabilidade para a mudança, seja ainda na compreensão da sua inter – relação com o comportamento.

Neste âmbito, muitos foram os investigadores que assim descreveram aquelas que são as atitudes manifestadas pelos profissionais da área da saúde mental, bem como

as atitudes expressas pelas pessoas da comunidade em geral. Porém, muito embora se possa afirmar que a mudança atitudinal tenha sido documentada de forma bastante razoável, a mesma riqueza já não é linear quanto à compreensão da relação entre atitude e comportamento. Tal não impede, ainda assim, que se afirme com segurança a complexidade da relação atitude e eficácia terapêutica, adiantando-se portanto o pressuposto de que determinadas atitudes poderão resultar benéficas e “eficazes” em determinados tipos de intervenção/ tratamento dirigidos a determinados pacientes. Sem dúvida, estamos perante uma área de investigação ávida de maior aprofundamento e clarificação.

Capítulo III – A Existência Psicótica: Bases Conceptuais acerca da Doença Mental

A abordagem e revisão teóricas sobre as principais teses conceptuais que visam a descrição e compreensão da patologia psicótica resulta aqui particularmente relevante na medida em que pressupomos que, diferentes modelos de referência sob os quais assentam a orientação e interpretação teóricas do profissional de saúde mental implicam, potencialmente, uma intervenção/ tratamento e expectativa de evolução tantas vezes significativamente diferenciada.

A diversidade de perspectivas interessadas na compreensão e tratamento dos distúrbios psiquiátricos graves é seguramente extensa, muito embora alguns modelos conceptuais tenham assumido ao longo do tempo maior relevância e aplicabilidade.

Todos eles, porém, se revestem de valores e crenças particulares que, associados ao conhecimento científico e exercendo indubitavelmente uma função de suporte teórico – prático, facilitam-nos por isso mesmo um acesso importante às atitudes e “sentires” latentes dos profissionais que a eles recorram para “moldagem” e auxílio da sua acção terapêutica.

A linha base de orientação deste capítulo assenta na convicção de que o cérebro, a mente e as emoções humanas dificilmente serão entendidas se isoladas do seu contexto psico - social.

Assim, com Bentall (2003) reforçamos uma tópica fundamental em psicologia: a inter relação entre mente, comportamento e experiência, sendo que tal é particularmente pertinente no sentido em que se presume que uma compreensão coerente do que é a psicose terá, inevitavelmente, que acomodar em si o conhecimento da neurobiologia e os resultados apurados da investigação em psicologia.

Contudo, esta tópica, apesar de aparente trivialidade, nem sempre foi assumida no tempo de forma linear e conciliadora, sendo verdade que muitas das doutrinas teóricas que se debruçaram no estudo das desordens psiquiátricas graves tendencialmente reflectiram apenas sobre uma das vertentes interpretativas dos problemas da mente humana.

Não obstante o percurso histórico diferenciado de toda a diversidade de conceptualizações teóricas, poder-se-á considerar, tal como Georgieff (1998) que a

patologia psicótica poderá, contemporaneamente desempenhar um essencial papel na compreensão do funcionamento psíquico, pela conjugação de diferentes abordagens, portanto pela confrontação das suas diferentes leituras sobre o psíquico.

Assim, a problemática central da psiquiatria contemporânea na compreensão científica da psicose dever-se-á situar antes na necessidade de cooperação entre as principais correntes de investigação que sobre esta patologia se dedicam.

Na apresentação deste capítulo percorreremos, então, o vasto campo dos constructos e abordagens teóricas sobre a psicose, ainda que necessariamente sob uma ordem selectiva, não deixando, contudo, de sublinhar a distinção dos seus diferentes níveis explicativos, cuja especificidade e legitimidade deverão ser claramente reconhecidos.

III. 1. A Orientação Biomédica/ a Significância da Biologia

No seu geral, poderemos considerar à luz deste modelo, e de acordo com Paixão (2002 a) que as doenças psíquicas são interpretadas etiologicamente como devidas, fundamentalmente, a alterações lesionais do sistema nervoso, a variações do tipo metabólico ou bioenergético, a factores de carácter hereditário ou, ainda, a desvios de natureza biológica (Paixão, 2002 a), p.13). Na sua expressão mais simplista, o psicopatológico presume-se sempre orgânico e sintomático, portanto sintoma de lesão orgânica.

Esta linha de entendimento, que claramente sobrepõe a explicação biológica da doença mental sobre qualquer perspectiva de cariz psicológico - social, e que assumiu grande predominância até finais do século XIX, é exemplarmente espelhada nas palavras de Wilhelm Griesinger em “Archives for Psychiatry and Nervous Disease” de 1867, onde se lê que, a psiquiatria havia sofrido uma transformação importante na sua relação com a parte restante da medicina. Esta transformação assentaria, em particular, na compreensão de que os doentes que padeciam das chamadas “doenças mentais” eram, na verdade, pessoas com doenças dos nervos e do cérebro (in Bentall, 2003, p. 150).

Cerca de um século mais tarde, estas palavras não deixariam de encontrar eco na obra «Three hundred years of Psychiatry» de 1963, onde psiquiatras como Richard Hunter e Ida McAlpine argumentavam que a lição essencial da história da psiquiatria

era a de que o progresso, no sentido da psicologia para a neurologia, da mente para o cérebro era algo de inevitável e irrevogável, não sendo possível, em absoluto, ocorrer na ordem inversa.

Actualmente, o modelo de compreensão biológica dos distúrbios graves da mente faz fundamentar, pois, a multidimensionalidade e complexidade dos factores envolvidos na patogénese da psicose.

As últimas décadas do século XX caracterizaram-se pela extensividade e versatilidade da investigação biológica nesta área, sendo que por tal razão decidimos concentrarmo-nos na sumária descrição dos achados que, etiologicamente, se revelaram de maior significância. Assim, com Alanen (1997) abordaremos dois principais grupos de factores biológicos que se crêem predispor, ou vulnerabilizar o devir da perturbação psicótica: a existência de micro anormalidades estruturais do cérebro e o efeito dos factores de natureza hereditária.

Ora, a existência de anormalidades estruturais menores do cérebro foi grandemente evidenciada e, portanto, fundamentada através do recurso a tecnologias pós modernas de imagens de cérebro humano (tomografia axial computadorizada – TAC; ressonância magnética – RM; tomografia por emissão de positrões – PET) que, assim sendo, reportaram a facticidade de várias irregularidades na estrutura anatómica cerebral de pacientes psicóticos, entre as quais, um aumento do ratio ventrículo/cérebro, lesões focais em diferentes áreas corticais e assimetrias atípicas dos hemisférios cerebrais (Alanen, 1997, p. 47; Bentall, 2003, p. 157).

A saber, a prevalência destas irregularidades verificou-se situarem-se entre os 6 e os 40% de pacientes com psicose esquizofrénica (Cleghorn, Zipurski & List, 1991; Syvalahti, 1994, in: Alanen, 1997), sendo que, no entanto, nem sempre se revelaram claras as origens destas anormalidades, pressupondo-se, então, heterogéneas quanto à sua natureza.

Ainda assim, têm sido adiantadas diversas possibilidades etiológicas como sejam as enumeradas por Weinberger (1987): a existência de encefalopatia hereditária, ou predisposição para a ocorrência de lesão ambiental, estados infecciosos ou pós infecciosos, desordens imunológicas, desordens metabólicas ou tóxicas, trauma perinatal, ou eventuais factores de natureza precoce que poderão afectar o normal desenvolvimento do sistema nervoso. Contudo, este autor não deixa de considerar,

ainda que com bastantes reservas quanto à sua real influência, a possibilidade de factores associados ao contexto psicossocial e interacional precoces do sujeito poderem produzir alguma espécie de lesão estrutural cerebral, ou ainda, o facto da psicose esquizofrénica poder assumir-se como a expressão final de um “spectrum” desenvolvimental que, por razões de ordem genética entre outras, se verifique em 0.5% da população (Alanen, 1997).

Estas últimas considerações, frisemos, são, porém, à luz desta orientação, extraordinariamente minimizadas ou desvalorizadas. As suas principais argumentações, fundamentadas que estão nas provas da neuropatologia, apontam esmagadoramente para a esquizofrenia como uma doença objectivamente orgânica.

Na verdade, o avanço da tecnologia científica na obtenção das imagens do cérebro humano, em concomitância com outras técnicas neuropatológicas, foi fazendo demonstrar com franca segurança o substrato orgânico de outras doenças psiquiátricas para além da esquizofrenia.

Refira-se o caso da doença maníaco – depressiva, cujos estudos indicam a existência de ventrículos cerebrais aumentados (tal como na esquizofrenia), assim como as alterações anatómicas e fisiológicas encontradas na perturbação obsessivo compulsiva.

Todavia, se a neuropatologia nos possibilitou o alcance de respostas cientificamente comprovadas ao enigma da doença psiquiátrica, outras vertentes ou direcções da mesma doutrina biológica de igual modo contribuem para o leque de leituras possíveis da patologia mental.

O papel predisponente dos factores hereditários na etiologia da doença psicótica tem sido, desde o irromper da chamada segunda psiquiatria biológica na década de setenta, claramente fundamentada pela investigação científica em genética, não obstante a prova da sua influência nem sempre ser linear, sombreando-se, por vezes, de certa relatividade.

Sob a convicção de que na genética residiriam provas seguramente convincentes quanto à origem neural das principais doenças psiquiátricas, os seus defensores compreenderam a necessidade de se munirem de dados estatísticos relevantes, procurando, então, metodologicamente comparar grupos de doentes esquizofrénicos, grupos de doentes deprimidos com grupos de controlo. Associado a esses dados, e

porque teriam em concomitância de provar a exclusão da influência do meio familiar, recorreram-se de estudos de morbilidade entre gémeos e entre sujeitos adoptados.

O raciocínio intrínseco a este tipo de investigação centra-se no pressuposto de que, se os gémeos idênticos ou monozigóticos se desenvolvem a partir de um único óvulo fertilizado e, portanto, apresentam um mapa genético comum, então se ocorrerem diferenças entre os dois elementos de um par de gémeos “verdadeiros”, o meio será o principal factor responsável. Caso contrário, a haver elevado nível de concordância, verificando-se uma tendência comum para os dois irmãos adoecerem, a probabilidade da implicação de influência genética é bastante significativa (Shorter, 2001).

De facto, esta linha de pesquisa tem assumido um papel altamente reforçador na prova da natureza biológica da perturbação esquizofrénica, na medida em que estudos contemporâneos nos têm mostrado, por exemplo, que a concordância entre gémeos monozigóticos para a esquizofrenia é de cerca de 50% e que, entre gémeos dizigóticos é de 15% - isto é, gémeos biovulares cujas pareências genéticas entre si não são necessariamente maiores do que entre irmãos e irmãs (idem ibidem, p.243).

Questões legítimas, associadas aos dados e valores obtidos, como a que se interroga sobre o poder influenciador da família, uma vez que se a genética explica cerca de 50% dos distúrbios psicóticos, a família poderia eventualmente responder aos restantes 50%, não ficaram isentos de resposta.

De acordo com a doutrina biológica orientadora destes grupos de investigação, toda uma série de estudos realizados com pares de crianças não aparentadas entre si, mas criadas no seio de um mesmo núcleo familiar de adopção, indicaram correlações próximas de zero. Resultados estes que sequentemente fizeram estes estudiosos pressupor que, como nos refere Shorter (2001, p. 247), «o que quer que tenha feito adoecer uma criança adoptada não teve efeito na outra, pelo que assim, a influência do meio não pode ter sido a advinda da própria família».

Munida das extraordinárias capacidades da biologia molecular na identificação objectiva dos genes implicados na doença psicótica, a psiquiatria genética assume-se, desde a década de 70, cada vez mais ousada na procura etiológica da perturbação grave da mente.

Tal desenvolvimento reveste-se de tamanha dimensão que já não é novidade a proposta de antecipação genética defendida pelos geneticistas psiquiátricos, que postula a tendência que alguns genes, causadores de doença, têm para aumentar de tamanho sempre que passam de geração em geração. Posto isto, e mais uma vez de acordo com

Shorter, com a doutrina biológica se encontra o equivalente ao dizer que o conceito da mãe esquizofrenizante se encontra aqui verdadeiramente morto.

O modelo de intervenção sistematizada à luz deste corpo teórico, cujos importantes contributos para a área da saúde mental e psiquiatria não devem ser subvalorizados, pressupõe a figura do médico como elemento central do processo terapêutico. Os restantes técnicos de saúde, os doentes e outros intervenientes funcionam, ou presume-se que devem funcionar, na dependência das determinações do médico, enquanto líder técnico do sistema. O processo de intervenção rege-se invariavelmente por uma série bem ordenada e organizada de fases de acção, a saber: a elaboração da história clínica da patologia; o estabelecimento de um diagnóstico o mais objectivo e preciso possíveis; o delineamento do processo de tratamento e intervenção; hipotetização do prognóstico e planeamento do processo de reabilitação. O tratamento em si socorre-se dos avançados conhecimentos e técnicas científicas, nomeadamente as amplamente conhecidas do público em geral – a medicação neuroléptica e fármacos outros de acção psicoactiva, como sejam, a título de exemplo, as benzodiazepinas e seus derivados.

A eficácia do tratamento neuroléptico no alívio da sintomatologia psicótica tem-se reafirmado e verificado francamente conclusiva. Tal foi desde cedo demonstrado por autores como Cole e Davis (1969) que procederam à revisão de largas dezenas de estudos de investigação que se haviam proposto testar o nível de eficácia da acção neuroléptica em pacientes com psicose esquizofrénica, em comparação com grupos placebo.

Os resultados obtidos revelaram-se francamente positivos: a condição sintomática de 70% dos pacientes avaliados melhorou consideravelmente num espaço de tempo de seis semanas, em contraste com um melhoramento correspondente em somente 25% dos pacientes incluídos no grupo placebo.

Ora, não obstante o efeito provocado pela medicação neuroléptica não ser específico na psicose esquizofrénica, esta patologia não deixa de se assumir como o principal indicador para a sua utilização. A bem da verdade estes fármacos não curam a doença psicótica, mas oferecem, sem dúvida, um alívio bastante favorável da sua sintomatologia, sendo sabido que o seu efeito anti-psicótico abrange cerca de dois terços dos pacientes que desta patologia sofrem (Cole & Davis, 1969; Wiesel, 1994). Neste sentido, muito embora o seu efeito sobre os designados sintomas negativos (como sejam

o isolamento, passividade, embotamento afectivo) se expresse de modo modesto e menos óbvio, a sua acção revela-se francamente eficaz sobre a sintomatologia positiva (desordens do pensamento, alucinações, delusões, etc.).

A atitude dos médicos psiquiatras face à medicação neuroléptica e sua utilização enquanto medida de intervenção terapêutica encontra-se, de acordo com Alanen (1997), indubitavelmente relacionada com aquela que é a teoria da psicose sobre a qual fundamentam o seu modelo teórico – prático. Assim sendo, alguns considerarão a prescrição de neurolépticos como medida de tratamento básica imprescindível, a ser administrados de forma regular e contínua, enquanto outros perspectivam antes o uso deste fármacos como agentes de intervenção, seguramente importantes, mas a serem prescritos de modo moderado e, como factor de suporte de um tratamento orientado para uma acção psicoterapêutica e psicossocial.

O consenso não se revela linear. Entre os já muitos estudos de pesquisa realizados, no sentido de se apurar a imprescindibilidade ou não da medicação anti psicótica, não é difícil encontrarem-se resultados que apontam para a dominância ora de uma ou outra direcção. Como referências meramente indicativas refiramos algumas investigações diversas nas suas conclusões.

Carpenter, McGlashan & Strauss (1977) levaram a cabo uma triagem terapêutica, durante a década de setenta, no National Institutes of Health Research Center (NIH), onde se propuseram avaliar 49 pacientes com psicose esquizofrénica aguda sob tratamento psicoterapêutico intensivo (sessões de terapia individual duas a três vezes por semana, terapia de grupo uma vez por semana e, ainda, sessões suplementares de terapia familiar). Processo de tratamento esse que não presumia o recurso a terapia medicamentosa de suporte. Após um período de quatro meses, foi feita uma avaliação do processo evolutivo a partir da qual se verificou que mais de metade dos pacientes evoluíram muito razoavelmente sem o uso de medicação anti psicótica, enquanto que outros 22 pacientes haviam iniciado um regime neuroléptico após três semanas de tratamento. De referir, porém, que este último grupo de pacientes no momento da alta médica saíram já não medicados. Um ano depois foi feita uma comparação prognóstica entre o grupo de pacientes do NIH com um outro grupo de doentes de uma outra instituição, sendo que os resultados deste follow up indicaram clara favorabilidade para os pacientes pertencentes ao projecto terapêutico do NIH. Todavia, não foram expressas diferenças significativas entre os pacientes do NIH, tenham eles recebido terapia medicamentosa de suporte ou não.

Em contraste, Rapaport et al. (1978), a partir de um estudo com 80 jovens pacientes californianos com diagnóstico de psicose, metade dos quais tratados com clorpromazina, e outra metade com um placebo, expressaram resultados que fizeram realçar a eficácia terapêutica dos fármacos psiquiátricos. Ainda assim, “follow up(s)” posteriores deste mesmo estudo, não deixaram de revelar que um grupo de pacientes que não havia usufruído de terapia neuroléptica em momento algum do seu tratamento apresentava depois um prognóstico mais favorável do que qualquer um dos restantes grupos. Neste contexto, foi considerado pelos autores que tal seria justificado pelo facto destes pacientes (sem medicação) se integrarem numa categoria clínica com um bom prognóstico pré – mórbido, portanto “impermeáveis” à forma/modelo de tratamento adoptado.

Por fim, um projecto-piloto desenvolvido no Kupittaa Hospital em Turku, Finlândia, sob a supervisão de Rakkolainen (1994, in Alanen, 1997) com “follow up(s)” de dois e cinco anos pós tratamento conduziu por seu turno a um estudo alargado entre diversos centros sobre a necessidade de tratamentos neurolépticos vs tratamentos não neurolépticos para pacientes esquizofrénicos internados pela primeira vez. As principais reflexões daqui retiradas, sublinhadas por Alanen (ibidem) advogam uma importância moderada dos fármacos psiquiátricos neste tipo de pacientes, sobre os quais consideram possível uma primeira abordagem sem o recurso a drogas, caso a condição clínica do paciente o permita. Neste contexto, acrescem finalmente que serão os doentes crónicos aqueles que poderão retirar maiores benefícios com a manutenção da medicação anti psicótica, uma vez que a sua interrupção poderá exacerbar a sua sintomatologia e daí advir a necessidade de hospitalizações recorrentes.

III.2. A Orientação Behaviorista / a Evolução Cognitivista

O corpo conceptual teórico – prático do behaviorismo exhibe já uma história de cerca de um século, sendo a sua inspiração de base encontrada no desejo de alcance de um estatuto epistemológico próximo ao das ciências ditas exactas ou naturais. Neste sentido, Gonçalves (1990) salienta nesta perspectiva conceptual o seu franco empreendimento na procura de uma autonomia distante o mais possível daquilo que os seus defensores consideram ser a “acientificidade” e subjectivismo das ciências filosóficas, ou de outras vertentes das ciências humanas.

O carácter fundamentalmente pragmático e objectivo da abordagem comportamental enraizou-se nos estudos primeiros de Fechner (1860), Pavlov (1906, 1927) e J. Watson (1924, in Gonçalves, 1990), assentes que estavam na sua recusa do internalismo, subjectivismo e introspecção, e, motivando assim a realização de toda uma série de trabalhos experimentais e laboratoriais como forma base para a elaboração de programas clínicos e educacionais de modificação de comportamentos.

As primeiras interpretações clínicas fundamentadas nas teses teóricas sobre os estímulos limiares da consciência, reflexos condicionados e processos de aprendizagem alcançaram com relativa celeridade um êxito surpreendente, sendo que então o movimento comportamental conheceu progressivamente uma franca evolução metodológica, cujo desenvolvimento originou as modernas teorias de aprendizagem e os conhecidos modelos de compreensão cognitivista (Paixão, 2002 a).

Entre os diversos pressupostos que inspiraram tal evolução, Gonçalves destaca três, a saber:

(1) Operacionalização e objectivismo – a necessidade de tradução do comportamento – dito normal e patológico - em unidades discretas, objectivas e observáveis;

(2) Regulação da aprendizagem, segundo a qual todo o comportamento funcional ou disfuncional (psicopatológico) é possível de ser explicado com base nos princípios e leis da aprendizagem que, uma vez identificados, podem ser operacionalizados para vários indivíduos, contextos e situações;

(3) Determinismo externo, de acordo com o qual se postula que toda a ordem de comportamento (funcional ou não) se entende pouco dependente das características inatas ou internas do organismo. Em oposição, crê que grande parte daquilo que o

indivíduo é e faz é seguramente determinada pelas circunstâncias da sua interacção com o meio. Assim, as contingências e condições ambientais, mediante os princípios da aprendizagem, constituem aquele que é o elemento fundamental de qualquer programa de modificação do comportamento (Gonçalves, 1990, pp. 3-4).

Ora, terá sido a partir destes pressupostos essenciais que cedo o behaviorismo se desmultiplicou e diferenciou em vários paradigmas, como sejam o paradigma do condicionamento clássico, o paradigma do condicionamento operante e o paradigma da aprendizagem social, sabendo-se porém que não se esgotou neles. Tal encontra-se expresso no saber de que na sequência da revolução cognitiva⁵, datada de finais dos anos sessenta do século XX, igualmente diversas foram as evoluções paradigmáticas daí resultantes, com particular destaque para o seu fruto mais recente e, porventura mais elaborado que os anteriores: a doutrina construtivista.

Com esta perspectiva, cujo embrião proveio do comportamentalismo ou behaviorismo, mas que se desenvolveu para um conhecimento claramente mais refinado, o indivíduo é entendido como sujeito activo na construção do seu mundo interno e externo.

Nesta linha, o construtivismo, enquanto teoria sobre a mente e pensamento, não só enfatiza a natureza activa e proactiva de todo o jogo de percepções, aprendizagens e conhecimento, como reconhece a primazia estrutural e funcional do abstracto (tácito) sobre os processos concretos (explícitos) em todos os sentidos e experiência sapiente. Interpreta, ainda, o processo de aprendizagem, conhecimento e memória como formas complexas de organização e reorganização intermináveis das experiências corporais e cerebrais do sujeito (Mahoney, 1991).

Uma das vertentes particulares da concepção teórica de base que aqui encontramos e que, como sabemos, na sua essência se situa no campo das ciências cognitivas, é o de mostrar de que modo os sintomas psicóticos podem ser explorados sob o ponto de vista dos mecanismos cognitivos. Mais especificamente, através da noção de um distúrbio de representação pelo sujeito daquelas que são as suas acções ou as suas actividades mentais (Georgieff, 1998).

⁵ A revolução cognitiva ter-se-á caracterizado, na sua essência, por um retomar da atenção à compreensão dos processos internos e das representações simbólicas, como base da explicação e modificação do comportamento humano (Mahoney, 1974, in Gonçalves, 1990, p.4). Com base no modelo das ciências físicas propõe-se compreender a mente e as suas capacidades: pensamento, representação mental e linguagem, percepção, dados provenientes da linguística, da psicologia e das neurociências (Georgieff, 1998, pp. 93 – 94).

Ora, neste âmbito, a abordagem cognitiva designando-nos a representação da acção sob o termo “meta – representação” pretende explicitá-la como um meta conhecimento da actividade mental relacionada com o facto do sujeito ser capaz de se representar a pensar ou a agir.

Deste modo, o sujeito vê-se a si próprio como objecto do seu pensamento, da sua actividade de representação, sendo que se poderá aqui encontrar uma relação eventual entre o devir psicótico e uma representação de si, uma certa forma de identificação consigo próprio perturbadas (idem ibidem).

Ainda sobre este conceito de meta – representação Georgieff (1998) faz-nos salientar como esta difere de um outro modo de representação de si, como por exemplo a actividade onírica – o sonho – onde, de acordo com a perspectiva cognitivista, falta a meta representação do próprio facto que o sujeito pensa, age ou sonha. Assim é adiantada a hipótese de que a perturbação psicótica se caracterizaria analogamente a esta última forma de “apresentação” alucinatória de si e das suas acções.

Compreendendo a perturbação da consciência intencional, acedemos à compreensão do distúrbio da relação com a realidade externa, de tal modo que, é então sabido, que na “apresentação” alucinatória da acção os acontecimentos internos são colocados no mesmo plano que os acontecimentos externos.

A alucinação é portanto considerada pelos autores cognitivistas como uma acção sem meta representação, um acto mental isento da reflexividade do «saber-se a agir».

Similarmente, a crença delirante comum à perturbação psicótica é também entendida como resultante de um distúrbio da representação de um estado mental, à luz do qual um dado acontecimento interno ou acto mental, como por exemplo o medo de ser seguido, é tratado pelo sujeito como se de um facto ou situação externa se tratasse (o ser seguido). A distância entre a representação de um facto e o próprio facto encontra-se assim anulada.

Não obstante a legitimidade e a evolução do constructo cognitivo, Georgieff (ibidem) aponta o cariz mais descritivo do que explicativo das propostas desta abordagem. Particularizando, o autor atenta que a compreensão de que o distúrbio de representação da acção, ou da intenção de agir que define a alteração do pensamento do sujeito psicótico, expresso através da confusão entre o acontecimento interno e externo se deverá pressupor, porém, bem mais complexa.

Na verdade, o psicótico não “trabalha” os conteúdos do seu delírio, ou as suas alucinações como factos externos, como percepções banais, na medida em que ele “medeia” estes fenómenos com uma convicção muito particular e específica que se revela imune a qualquer argumento da realidade, sendo consideravelmente mais forte do que qualquer outra crença associada a uma percepção “verdadeira”.

Portanto, surge-nos antes a necessidade de questionar a natureza da representação alucinatória e da crença delirante, não sendo suficiente a sua mera explicitação ou descrição.

Se a convicção delirante ou a alucinação detêm em si a característica de “ausência de objecto” real, assumindo-se como insensíveis ao confronto com a realidade, não deixando contudo de serem, em certa medida, formas de representação (seguramente de actos mentais), de determinados acontecimentos “reais” indiscutíveis para além do “verdadeiro” e “falso”.

Isto é, segundo Widlocher (1994), uma tal forma de representação aproximar-se-á da representação que o sujeito tem, não da realidade externa, portanto dos objectos, mas dos seus próprios estados mentais. Assim sendo, não estamos perante uma dada percepção ou juízo, ou até mesmo de uma crença, mas sim perante uma evidência interna, por isso indiscutível.

Parafraseando Georgieff (1998), «a crença delirante, a alucinação têm o carácter “real” da evidência subjectiva (dos estados internos) sendo que ela é então considerada pelo indivíduo como um juízo sobre o mundo e, tratada “como se” dissesse respeito à realidade externa e não à realidade interna» (Georgieff, 1998, p.114).

Tudo se passa, então, como se a experiência subjectiva do sujeito dominasse de modo preponderante, podendo mesmo substituir o outro “reverso da moeda” que é a experiência objectiva. Ambas estas dimensões funcionais que, normalmente se encontram conjugadas no pensamento, surgem no paciente psicótico aparentemente confundidas.

Deste modo, uma questão central no entendimento do distúrbio psicótico não se refere tanto ao modo como o sujeito pensa e “funciona” na realidade ou no objecto, mas sim à forma como ele pensa a realidade e o objecto, e nos quais se representa.

Repita-se mais uma vez a referência a Georgieff (ibidem) quando ele nos diz que, a interrogação na psicose deve ser preferencialmente colocada na actividade de pensamento do sujeito e nos seus mecanismos intrínsecos e, não tanto na realidade com a relação externa ou num “si mesmo” que organiza o pensamento.

III.3. A Leitura Sistémica / Intervenção Familiar na Psicose

A premissa base deste corpo conceptual poder-se-á dizer que assenta, na sua essência, na ideia de que o estudo do comportamento humano, devendo ser feito sob um olhar relacional/ interacional, não se pode de todo limitar a um sistema de relações restrito como aquelas que dizem respeito a um indivíduo. Ora, se um sujeito se sabe integrado num sistema socio – cultural seguramente vasto que vai por isso além do seu grupo familiar, do seu grupo de amigos, do grupo profissional de pertença, o seu entendimento deverá também alargar-se a todo este conjunto complexo de sistemas.

É sabido que o pensamento tradicional sobre o devir humano, e sobre a doença em particular assumia como objectivo central do seu estudo o sujeito enquanto individualidade, procurando descrevê-lo fenomenologica e exhaustivamente, dando-lhe atributos, caracterizando-o, decompondo-o em outros objectos mais simples, cujas leis de composição e decomposição não poderiam ser alheias ao investigador (Gameiro, 1992).

O que o método sistémico se propôs então fazer foi integrar, unificar disciplinas várias do conhecimento, como sejam a teoria geral dos sistemas⁶ de V. Bertalanffy, a cibernética de Werner e a teoria da informação, com vista a uma inovadora perspectiva de entendimento da inter – relacionalidade humana. Assim, estipulando que os problemas do indivíduo não se compreendem como tendo apenas um só sentido, exercendo com toda a certeza uma função no contexto alargado onde se inscreve e, que esse sujeito não pode deixar de ser considerado como um elemento de um grupo – a família –, dentro do qual se encontra em interacção emocionalmente intensa, então o indivíduo doente, enquanto entidade isolada portadora de sintomatologia, perde toda a sua importância conceptual. Ele passa, antes, a ser perspectivado como um entre vários elos de um sistema disfuncionante, ele próprio gerador de sofrimento e doença (Gameiro, 1992).

No que respeita à especificidade da perturbação psicótica, temática aqui preferencial, os estudos sobre a família, enquanto meio micro social fundamental ao desenvolvimento humano, tornaram-se, como sabemos, desde os anos 50 do século XX um dos objectos de estudo mais relevantes para a compreensão desta doença.

⁶ Donde se retira uma das suas noções fundamentais – a de sistema – definido enquanto conjunto de elementos em interacção dinâmica organizados em torno de um objectivo (Rosnay, 1977, p. 85).

Com Schefflen (1981, in Gameiro, 1992; Santos, 1993) encontramos três principais grupos de trabalho que relacionam família com psicose esquizofrénica, como sejam os trabalhos que se debruçam na análise da interdependência familiar como processo patológico, os estudos baseados nos conceitos de homeostase e transformação aplicados ao grupo familiar e ainda, as investigações sobre os padrões de comunicação familiar, cuja referência central ficou conhecida como *double bind*, às quais se acrescentam ainda trabalhos recentes sobre os desvios de comunicação.

Assim sendo, sob um modo necessariamente sumário e sobre o primeiro grupo de trabalhos atrás referenciado, Lidz (1973), tendo como base as relações interpessoais sob a perspectiva das teorias psicodinâmicas, descreve aquilo que considera ser a irracionalidade familiar e as perturbações do pensamento parental. Neste âmbito, o autor entende que a inexistência clara de fronteiras nos subsistemas familiares, a presença de comportamentos desadequados em relação à idade e presumíveis papéis sexuais dos pais, contribuem grandemente para a dita transmissão da irracionalidade para as suas crianças, sendo que estas adquirem assim uma aprendizagem desajustada do mundo externo, porque assente em funcionamentos atípicos da mãe, pai e família.

Bowen (1978) deslocando o objecto de investigação do indivíduo para a interacção familiar tenta alcançar, através da caracterização das relações significativas do futuro sujeito esquizofrénico, um modelo etiológico da doença psicótica compreensivo e credível.

Para o autor, a esquizofrenia poder-se-á inscrever como uma resposta do indivíduo a interacções tidas como patológicas. Deste modo, a doença psicótica, enquanto expressão máxima de um processo emocional familiar de cariz disfuncionante, seria resultado de sucessivas repetições deste processo interacional patológico transmitido geracionalmente, sem interferência genética, até à “criação” de um indivíduo esquizofrénico. Em suma, este indivíduo seria não mais do que a expressão de uma família altamente disfuncionante, perturbada e perturbadora (Gameiro, 1992).

Bowen (1978) desvalorizaria assim, o orgânico ou o intrapsíquico como factores etiológicamente relevantes, sublinhando em contraste o importante papel assumido pela família, ainda que intrínseca a um processo razoavelmente moroso.

Não se poderá aqui então deixar de referir uma concepção algo causalista de Bowen que parece não assentar na procura de circularidade inerente à usual perspectiva sistémica, quando esta elege a família como objecto central de investigação.

Não obstante, tal referência crítica não lhe retira o mérito de chamada de atenção para os estudos familiares que, no contexto investigacional da psicose esquizofrênica, tem assumido real importância.

Um outro grupo de trabalho, por aplicação e inferência da teoria geral dos sistemas e da cibernética fez aplicar os conceitos de homeostasia e transformação ao estudo das famílias com pacientes psicóticos. Destes salientam-se autores como Selvini Pallazoli que, influenciada pelas investigações de Palo Alto, se propôs fundamentar uma ruptura com o pensamento causal trazendo, assim, para a compreensão da patologia psicótica o contributo da epistemologia sistémica. Pallazoli (1978), demarcando-se de outros estudos então realizados sobre a esquizofrenia, permite-se ultrapassar o dualismo cartesiano, cuja persistência é tida como um obstáculo. Considerando que num circuito sistémico cada sujeito, cada elo aí integrado interage com a sua totalidade, não pretende assumir uma posição de responsabilização da família sobre a doença, mas antes descrever o circuito interactivo que expresse alguma relação significativa com a esquizofrenia. Encontramos aqui aplicado o tal conceito de homeostase importado para esta nova leitura.

Um importantíssimo marco na área da investigação sobre esta patologia surge com a publicação de um artigo científico por um grupo de autores, Bateson, Jackson, Halen e Weakland em 1956, os quais, partindo da teoria dos tipos lógicos de Russel, elaboram um estudo sobre os padrões comunicacionais nas famílias com doentes esquizofrénicos, descrevendo em sequência um modo comunicacional intrafamiliar designado como *double bind*.

Com base nestes estudos, Bateson et al (in Gameiro, 1992, p.143; Santos, 1993, p. 43) pressupõem que a esquizofrenia residirá numa exposição frequente e repetida a *double bind(s)*, sendo que esta situação particular de comunicação engloba seis premissas essenciais: (a) a existência de duas ou mais pessoas; (b) experiências repetidas de tal forma que o *double bind* se torne numa expectativa habitual; (c) uma injunção primária negativa; (d) uma injunção secundária, conflituosa com a primeira a um nível mais abstracto e tal como a primeira, reforçada por sinais ou punições que ameaçam a sobrevivência; (e) uma injunção negativa terciária proibindo a “vítima” de se retirar, e por fim (f) uma vez que a “vítima” tenha aprendido a perceber o seu universo em termos de padrão de *double bind*, nada mais é necessário para a ocorrência de experiências de pânico e confusão.

Com este trabalho Bateson (1962) esclarece a intenção de elaboração de uma abordagem comunicacional, mais do que a pretensão de estudar a rede do comportamento humano, sendo que neste sentido foi alcançada uma viragem importante ao se centrarem na análise da díade interacional mãe – filho.

Todavia, a não inclusão de outros elementos significativos da família, nomeadamente o pai, no cerne das questões sob investigação, elemento esse emocionalmente importantíssimo, não foi passada despercebida.

Na sequência da teoria do *double bind* têm sido desenvolvidos vastos trabalhos de análise da interacção familiar, a partir dos quais nasceram, tal como nos aponta Gameiro (1992), novos conceitos pretensamente descritivos dos padrões relacionais entre família e sujeito esquizofrénico. Muito embora a maioria deles tenha sido posteriormente abandonados fica aqui a sua referência, como sejam os conceitos de “famílias pseudo – mutuais” de Wynne e Singer (1963), “famílias cindidas e skewed” de Lidz (1973) e “famílias consensuais – sensitivas” de Reiss (1971).

No âmbito deste campo específico de trabalhos, outras hipóteses de estudo têm sido elaboradas com vista a perceber de que modo os desvios de comunicação familiar podem potencialmente afectar o curso da doença, se são ou não factor preponderante no número de recaídas registadas e, ainda se têm ou não um papel etiológico significativo no despoletar da doença.

Destas investigações sobressaem aquelas que incidiram a sua atenção na análise e mensuração de três variáveis da comunicação familiar, a saber: o desvio de comunicação, o estilo afectivo e a emoção expressa.

Ora, no que respeita à variável «desvio de comunicação», que propõe medir a capacidade para estabelecer e manter um foco de atenção partilhado durante a interacção com outro sujeito, Goldstein (1985) sublinha como um padrão alto de desvio comunicacional parental se encontra fortemente correlacionado com o subsequente aparecimento de doenças do foro psicótico nalguns descendentes das famílias estudadas. Quanto às duas outras variáveis «estilo afectivo» e «expressão emocional», também são passíveis de se encontrarem directamente relacionadas entre si, sendo que potencialmente exprimem a existência de atitudes críticas e negativas dos pais face ao seu descendente. Neste contexto, foram encontradas fortes níveis de associação entre valores elevados de «emoção expressa» com a ocorrência de recaídas a curto prazo pós

alta. Tal sucede-se, de acordo com Brown et al (1972), independentemente de outros factores como o tempo de duração, tipo de sintomatologia ou severidade das alterações comportamentais prévias.

Sobre a relação do «estilo afectivo» parental com a evolução e tratamento da doença esquizofrénica, Goldstein (1985) formulou a hipótese de estudo de que não somente o «estilo afectivo» familiar estaria relacionado com a evolução do paciente, como ainda poderia influenciar o modo pelo qual as famílias seriam capazes de absorver e usar os “ensinamentos” da intervenção terapêutica. Partindo então do conceito de que o «estilo afectivo» se assumiria como um índice da qualidade do clima emocional familiar, reflectindo portanto o conjunto de comportamentos actuais face ao paciente, o autor concluiu que esta variável revelava de facto ser um bom elemento preditivo das recidivas. A tal acresceu ainda que os pacientes submetidos a uma terapia centrada na família apresentavam melhores níveis de prognóstico, não obstante a existência de um estilo afectivo negativo das suas famílias.

A inserção e a aplicabilidade da concepção sistémica enquanto intervenção terapêutica – sob a designação de terapia familiar – no terreno da clínica psiquiátrica não resultou isenta de dificuldades. Deste modo, se inicialmente toda uma série de trabalhos de investigação sobre a família dos pacientes psicóticos parecia contribuir seriamente para um encontro teórico – prático com a psiquiatria, que se desejava frutuoso e bem sucedido, a verdade é que o desânimo criado em torno da teoria do *double bind* (incapaz de explicar a esquizofrenia) com a sua subsequente leitura algo reducionista, levantaram fortes dúvidas quanto à aplicação directa da terapia familiar no contexto da intervenção terapêutica nos quadros da perturbação psicótica.

A diferenciação epistemológica entre ambas espelhava-se fundamentalmente no pensar e interpretar da doença mental. Sendo certo que a terapia familiar, reclamando a si a teoria geral dos sistemas, compreendendo a família como sistema e, neste sentido, entendendo os sintomas sob a sua eventual relação com a interacção familiar, escamoteava, assim, níveis outros de análise igualmente importantes. O sujeito, como entidade autónoma e individual, era então frequentemente desvalorizado em contraste com um olhar sobre um sistema capaz de por si só gerir todos os seus membros (Gameiro, 1992).

Não obstante esta realidade de afastamento conceptual epistemológico, não se pode deixar de referir o contributo relevante do movimento da terapia familiar para a inserção na psiquiatria das noções de contexto e de interacção, que apuraram e afinaram

a compreensão das questões inter – relacionais na génese e desenvolvimento de sistemas alargados de etiologia das doenças mentais.

Sob um ponto de vista actual, sendo certa a qualidade e influência insubstituíveis da família enquanto meio profícuo no desenvolvimento da personalidade, Lansky (1981) e Sampaio (1985) vêem sugerir uma perspectiva de multiabordagem terapêutica assente no reconhecimento da complexidade da doença mental. Novas modalidades de interacção entre terapia familiar e psiquiatria são desejadas, propondo então a utilização das técnicas familiares como partes integrantes da intervenção terapêutica em casos psiquiátricos, como a psicose maníaco – depressiva, o suicídio, adolescentes borderline, casais em que um dos elementos sofre de alcoolismo, síndromes orgânicos, etc.

Importa assim sublinhar que, sob a perspectiva desta renovada abordagem, o objectivo terapêutico não se constitui pela intenção de mudar o sistema familiar no sentido de uma intervenção directa nas regras de funcionamento da família do denominado paciente identificado, mas antes pela adopção de uma atitude, dir-se-ia pedagógica, “explicando” à família que as expressões emocionais negativas podem levar ao desencadear de novos surtos esquizofrénicos. Ou seja, incrementar e promover mecanismos que possam evitar novas crises.

Os trabalhos de Fallon et al (1985), debruçados que estão sobre a capacidade de manejo da família na prevenção da morbilidade da psicose esquizofrénica, propõem-se demonstrar a eficácia de intervenções psicossociais bem sistematizadas sobre o impacto dos designados stresses ambientais, sejam eles familiares, sociais, profissionais ou “life events”. Nesta medida, o modelo desenvolvido por estes autores, fundamentado em grande parte na abordagem da terapia familiar comportamental, combina as variáveis seguintes: *educação da família* acerca da natureza e modos de lidar com a esquizofrenia; *treino de comunicação* implicando o ensino de comunicações verbais e não verbais, e facilitando assim expressões tidas como adequadas de preocupação e insatisfação, redução da crítica e hostilidade; *treino de resolução de problemas* que visa a aquisição de capacidades de identificação e resolução das situações stressantes; *estratégias de manejo de comportamentos* que envolvem o uso de determinadas técnicas para ajudar a lidar com problemas específicos da família, em particular quando o paciente apresenta sintomas persistentes ou recorrentes.

Também Goldstein em 1981 (in Alanen, 1997) descreve um modelo de intervenção familiar denominado *terapia familiar focada na crise*, definindo como seus primordiais objectivos a aceitação do episódio psicótico pelo paciente e sua respectiva

família, pretendendo levá-los a alcançar um consenso sobre os factores precipitantes no desencadeamento de uma crise; desenvolvimento de estratégias de prevenção da ocorrência de factores stressantes identificados; avaliação do progresso das estratégias de prevenção e adaptação; e elaboração de um plano de prevenção de stresses futuros e em como lidar com esses acontecimentos. De acordo com este autor este modelo é associável à terapia farmacológica, desempenhando ambas estas medidas de acção um papel crucial na diminuição das recidivas e, também na redução da sintomatologia residual – designadamente isolamento social e embotamento afectivo.

Os resultados obtidos a partir da implementação dos projectos e modelos destes dois últimos autores – Fallon e Goldstein – não deixam de ser promissores. Eventuais rehospitalizações, recaídas ou agravamento dos sintomas foram verificados em apenas 0 – 9% dos casos avaliados, contra 44 – 50% dos casos medidos nos grupos de controlo. O prognóstico dos pacientes psicóticos melhorava consideravelmente.

No que se refere a estudos de investigação realizados no âmbito das estratégias familiares de leitura psicodinâmica, estes têm-se verificado em menor número comparativamente aos anteriormente referenciados, do mesmo modo que os seus resultados têm sido avaliados de forma diferenciada.

Ainda assim, encontramos referência a um estudo piloto concretizado pela equipa canadiana de Levene (Levene, Newman & Jefferies, 1989) que se havia proposto avaliar duas formas distintas de intervenção por terapia familiar entre dois grupos de 10 pacientes psicóticos, cujas respostas ao tratamento neuroléptico se revelavam fracas. Ambas as “modalidades” – terapia familiar psicodinâmica com uma orientação focal do problema e terapia de suporte com abordagem assente em princípios psicoeducacionais – foram continuamente aplicadas durante o tratamento e nos seis meses pós alta e, por último, verificadas num follow up pós um ano de tratamento. Feita a comparação, e muito embora ambas as abordagens tenham claramente melhorado as capacidades e habilidades sociais dos pacientes, verificou-se que no grupo sujeito à terapia familiar psicodinâmica a sua sintomatologia encontrava-se mais atenuada e com expressão de menor severidade.

Resultados igualmente favoráveis no tratamento de adolescentes esquizofrénicos sob terapia familiar psicodinâmica foram evidenciados por Malkiewicz – Borkowska e Namyslowska (1991), por Pietruszewski (1991), e ainda Timo Tuori (1987), desta feita no que se refere a estudos com pacientes adultos (in Alanen, 1997).

Na sequência das discussões várias sobre os resultados obtidos nesta área investigacional não raras vezes têm sido ouvidas no sentido do questionamento dos aspectos metodológicos e conceptuais aqui envolvidos (por ex. Hirsch & Leff, 1975; Jacob, 1975; Riskin & Faunce, 1972, in Alanen, 1997). A principal questão, então reclamada, prende-se à teoria da ciência que interroga o valor a ser atribuído à investigação hermenêutica assente fundamentalmente na observação compreensiva e clínica dos fenómenos. No entanto, não se poderá deixar de se ressaltar, e por isso não caindo na tentação fácil da desvalorização ou subestima do aparentemente subjectivável, a importância e valor reais dos estudos de caso individuais, ou como neste caso, familiares, enquanto metodologia clínica de relevo científico.

Alanen (1997) lembra-nos, neste contexto, que muitas das atitudes face aos estudos psicodinâmicos das famílias com pacientes esquizofrénicos, sofrem da influência, porventura negativa, da interpretação que é dada aos resultados daí obtidos. Ou seja, algumas das considerações compreensivas e interpretativas da realidade familiar destes sujeitos são tidas como expressivas de um tom acusatório, especialmente dirigido ao casal parental, desta feita, percebidos como causadores da doença psiquiátrica dos filhos.

No entender de Alanen, tal interpretação, tal leitura assim retirada assume-se frequentemente como um mal entendido. Estes estudos não pretendem imprimir no casal parental, que eventualmente manifeste uma atitude e comportamento perturbados face aos seus filhos, a intenção consciente de causar nas suas crianças algum distúrbio ou perturbação. Na vez disso, pretende-se frisar a perspectiva dos pais como vítimas dos seus próprios problemas relativamente aos quais se revelam incapazes de resolver.

A abordagem sistémica tem, neste sentido, salientado um efeito equilibrador, sendo que assim amplamente se compreende que todas as interações ocorrentes entre os diferentes elementos da família se processam em direcções não unívocas. Os pais naturalmente influenciam as suas crianças, mas as crianças obviamente também influenciam os seus pais. Acrescido a isto, também é sabido que as questões sobre as causas da doença psicótica, nomeadamente do subtipo esquizofrenia, são francamente complexas e como tal, não restritas aos factores relacionais pais – criança.

Se sob um ponto de vista psicológico a psicose esquizofrénica pode ser lida na sua essência como uma desordem das funções egoicas, a verdade é que também a investigação da dinâmica interacional familiar dos esquizofrénicos contribuiu para o conhecimento daquelas que são as pré condições para o desenvolvimento do ego e suas

perturbações. Não obstante, poder-se-á referir que ainda assim não foi alcançada uma segura integração deste contributo no campo das teorias psicanalíticas da psicose.

Neste âmbito, Alanen propõe-nos em 1994 uma formulação integrativa destas duas vertentes sob a forma de cinco proposições, que simultaneamente nos encerra este subcapítulo:

- a) Os factores psicodinâmicos associados com a vulnerabilidade à esquizofrenia não se restringem, de todo, à relação precoce mãe – filho; a investigação familiar enfatiza a continuidade dos distúrbios intrafamiliares.
- b) As personalidades das figuras parentais e seus potenciais efeitos no relacionamento pais – filhos revestem-se de uma importância crítica.
- c) Os mecanismos psicológicos de defesa primitivos – em especial a identificação projectiva – ocorrem comumente nas redes psicodinâmicas destas famílias, e tendem a afectar o desenvolvimento individual.
- d) A persistência de necessidades simbióticas é típica na vulnerabilidade esquizofrénica. Estas necessidades são igualmente características e perceptíveis na relação transferencial.
- e) O padrão geral das relações intrafamiliares – incluindo a influência das crianças sobre os seus pais – é extraordinariamente importante (in Alanen, 1997, p. 75).

III.4. A Concepção Rogeriana – A Teoria Centrada no Cliente

A teoria centrada no cliente é produto indissociável do vasto trabalho de Carl Rogers e seus colaboradores (como sejam a título de exemplo Porter, Snyder, Curren, Patterson e Axline, tal como referenciados por Scheeffter em 1983), na base do qual várias foram as influências que para o seu desenvolvimento contribuíram. Parcialmente assente no pensamento psicanalítico de Freud e seus seguidores, evidenciado no seguro reconhecimento dos aspectos inconscientes e da emocional complexidade do ser humano, Rogers não deixa também de fazer transparecer uma estreita ligação entre os princípios fundantes das suas ideias e toda uma filosofia democrática vigente no contexto norte-americano da época. Tal evidencia-se no sublinhar da liberdade pessoal, do reconhecimento da individualidade, na vincada ênfase à promoção da independência, à autonomia, e à confiança na capacidade de realização do ser humano, valores francamente caracterizadores da sociedade americana.

Numa perspectiva ainda histórica Hart, apontado por Scheeffter (1983) sublinha três distintas etapas reveladoras do traço evolutivo e maturativo da teoria centrada no cliente, etapas essas, cada uma delas associável à publicação de algumas das mais relevantes obras de Rogers. Neste sentido, com a publicação de “Counseling and Psychotherapy”, em 1942, diferencia-se a fase do aconselhamento não directivo compreendida sensivelmente entre 1940 e 1950; entre 1950 e 1957 situa-se a etapa do aconselhamento reflexivo, em grande medida espelho da obra “Client Centered Therapy” de 1951; e, finalmente uma terceira fase evolutiva denominada de aconselhamento existencial, dominante entre 1957 e 1970, relacionável à publicação do mesmo autor: “On Becoming a Person”, de 1961.

Partindo do seu analisar evolutivo, Scheeffter (ibidem) considera que esta teoria, mais do que o fundamento conceptual de um modelo de intervenção em aconselhamento e psicoterapêutico, é representante de uma leitura e convicção de cariz filosófico daquilo que são as relações e natureza humanas, assumindo-se, então, em sequência como uma teoria da personalidade e da conduta, capaz de penetrar em áreas diversas como a educação, aprendizagem, dinâmicas de grupo e liderança.

Deste modo, Rogers encara o homem sob uma visão, na sua essência, holística, a partir da qual procura valorizar o relacionamento estreito, equilibrado e recíproco do indivíduo com o mundo natural, bem como as suas relações interpessoais no contexto

familiar, profissional e social, interpretando assim um sujeito imbuído que está na sua história, nas suas expectativas de vida. Assim sendo, pressupondo Rogers que todo o indivíduo existe num mundo de experiências em permanente mudança e, do qual ele é o centro, é dele próprio que provém a motivação para o seu crescimento e desenvolvimento plenos (Santos, 2001).

A ideia da positividade do ser humano integra todo o pensamento do autor, sendo que é a partir deste pressuposto básico que todas as outras conceituações sobre a natureza do homem se desenvolvem e apuram.

Tal encontra-se expresso na posição rogeriana de que o sujeito possui a capacidade de se compreender a si mesmo, de resolver os seus problemas, no sentido de assim alcançar toda a satisfação e eficácia necessárias ao seu funcionamento adequado.

Mais acrescenta, referindo que esta sua capacidade é, não o produto de uma educação ou aprendizagem especial, mas antes algo que lhe é natural, que lhe é inato, não obstante o grau em que essa capacidade se realiza, se encontrar na dependência das condições proporcionadas pelo contexto ambiental (Rogers & Kinget, 1967, in Scheeffter, 1983).

Assim sendo, temos com esta concepção teórica a consideração de que a natureza humana é basicamente boa, confiável, pelo que então as manifestações destrutivas, anti – sociais e de desajustamento representam não mais do que mecanismos defensivos sobre os quais o sujeito se socorre quando o ambiente é percebido como desintegrante e ameaçador. Logo, tais manifestações e comportamentos – espelho da sua patologia – não se figuram inerentes à natureza do humano; são antes expressivas do afastamento e distorção daquelas que são as qualidades básicas do homem.

A este propósito, Rogers observaria em 1961 que «...quando somos capazes de libertar o indivíduo da situação de defesa, e assim disponibilizá-lo para uma mais ampla flexibilização das suas próprias necessidades, e para uma maior abertura às solicitações ambientais e sociais, podemos confiar que as suas reacções se revelarão mais positivas, construtivas e direccionadas para a sua real evolução e maturação. Então, pressupondo que no leque das suas necessidades mais profundas se encontra a afiliação e desejo de comunicação com o outro, esperamos que à medida que ele se revele progressivamente mais autêntico, assim se tornará também mais realisticamente socializado. Quanto ao controlo dos seus impulsos agressivos acreditamos igualmente que, tornando-se o indivíduo mais aberto a todos os seus impulsos, então a sua necessidade de partilhar

o afecto (desejo de o dar e desejo de o receber) contrabalançará a força dos seus impulsos de ataque...» (Rogers, 1961, p. 194).

Sob uma forma sistematizada e organizada, Rogers dá-nos a conhecer toda uma série de proposições que, no seu todo representam uma teoria da conduta e que visam essencialmente explicar os fenómenos relativos à personalidade e comportamento humanos. Explanações essas desenvolvidas, em grande medida, a partir da integração das observações e evidências oriundas do próprio processo de aconselhamento, em termos do seu efeito dinâmico na personalidade. Temos pois, tal como já aqui referenciado, que as teorias de base do processo de intervenção terapêutica e as teorias da personalidade resultam, portanto, sob o ponto de vista rogeriano, intimamente associadas (Scheeffler, 1983)

Do vasto conjunto das proposições elaboradas – no seu total, dezanove – salientaremos e explicitaremos somente aquelas que consideramos pertinentes à compreensão do modelo de Rogers, aliadas ao propósito do nosso tema de interesse (Rogers, 1951):

A primeira proposição central na concepção de Rogers não será agora tão enfaticamente descrita uma vez que já aqui a referenciamos na sua generalidade, linhas atrás. Referimo-nos ao postulado de que *todo o indivíduo existe num mundo de experiências, do qual é o centro e que está em permanente mudança*. A experiência aqui denominada abrange toda aquela passível de ser consciencializada, muito embora seja considerado que somente uma reduzida parcela de experiência seja verdadeiramente consciencializada ou simbolizada. O mundo da experiência é para cada sujeito um mundo privado, cujo seu conhecimento a si pertence, inscrevendo-se, no entanto, na ordem do potencial, não se referindo, assim, ao funcionamento integral do indivíduo. Porém, ninguém poderá conhecê-lo tão completa e autenticamente quanto ele próprio.

O sujeito reage ao contexto ambiental e perceptivo tal como este é por si experienciado ou percebido, sendo que esse contexto percebido é o que constitui a sua realidade. Isto é, o homem reage não a uma realidade absoluta, mas sim à percepção dessa realidade. Cada um reage personalizadamente à realidade que captou, que percebeu e apreendeu. Nesta medida, um sujeito com perturbação psicótica que crê que a sua comida se encontra envenenada, ou que um grupo mafioso o persegue, reagirá a essa realidade percebida da mesma maneira que um outro sujeito não psicótico reagiria se, de um modo absoluto e realístico, percebesse que a sua comida continha veneno e soubesse que os seus inimigos conspiravam contra si.

Em psicologia, o conceito de “verdadeira” realidade não assume particular importância, sendo o seu central objectivo de compreensão a percepção, o estilo de percepção, a verdade tal como ela é exposta pelo indivíduo. Consoante a percepção se modifica, também a resposta personalizada se modifica.

Nesta sequência, para se compreender este ou aquele comportamento é impreterível adoptar o quadro de referência interna do indivíduo em causa, concentrar-se naquela que é a sua realidade subjectiva.

Rogers atribui, também, especial importância ao *conceito de “self” (ou auto conceito)* que para ele consiste num conjunto conceitual, que engloba não só as percepções que o sujeito tem de si como pessoa individual, como as percepções da sua pessoa em relação com os outros sujeitos e com os outros componentes do seu ambiente. A este conjunto acresce e associa-se, ainda, os valores atribuídos a essas várias percepções.

O conceito de “self” é portanto uma espécie de retrato que o indivíduo faz de si mesmo, acrescido da valoração e avaliação desse retrato. Ora, não se trata pois do “eu” tal como ele existe na realidade, mas do “eu” tal como ele é percebido pelo sujeito. Trata-se de uma noção fundamental, em Rogers, enquanto elemento regulador do comportamento. Isto no sentido em que *o sujeito procura adoptar, de forma preponderante, modos e estilos de comportamento que se expressem congruentes com o seu conceito de self ou auto conceito.*

Ocorrendo situações particulares em que fortes necessidades impliquem a adopção de comportamentos que, objectivamente, estariam em desacordo com a percepção que o sujeito tem de si mesmo, acontece então que a congruência ou consistência são dificilmente mantidas. Deste modo, serão tendencialmente empregues manobras defensivas que consigam alcançar a manutenção da desejada consistência.

Para Rogers, serão estas situações as que potencialmente representam a origem de alguns graves problemas de ajustamento e funcionamento. O sujeito confronta-se com a denominada incongruência, situação face à qual se sente ameaçado e francamente vulnerável. Por tal, e porque *o “organismo” tende a procurar as experiências que lhe sejam satisfatórias*, todas as experiências não congruentes com o auto conceito do indivíduo, necessitam ser distorcidas ou negadas como forma de preservação dessa mesma percepção do conceito de “self”. Uma percepção “real” desses acontecimentos representaria seguramente um abalo no modo organizado como o indivíduo se percebe, de tal modo que uma consciência, ainda que remota, dessa ameaça se revelará capaz de

provocar estados de tensão, de ansiedade e comportamentos defensivos bastantes significativos.

Um desenvolvimento da personalidade sob estas circunstâncias não se realizará, portanto, segundo a ordem natural e inata do homem: permitir ao indivíduo ser aquilo que realmente é – objectivo essencial do humano em pleno funcionamento.

A desadaptação psicológica existirá sempre que o “organismo” rejeite da consciência importantes experiências sensoriais e viscerais que, assim sendo, não se simbolizarão ou organizarão na gestalt da estrutura egoica. Por conseguinte, ocorrerá uma significativa tensão psicológica, potencial ou de base, relacionada que está com a ausência de orientação intencional integrada do indivíduo. O sujeito luta por determinadas satisfações no campo da experiência orgânica, ao mesmo tempo que o seu conceito de ego, porque mais restrito, não pode permitir a consciencialização de muitas dessas experiências reais.

Neste âmbito, Rogers, sob uma perspectiva clínica, formula mais uma proposição que se refere ao facto de que *qualquer experiência que se assuma inconsistente com a organização ou estrutura do ego pode assim ser apreendida pelo sujeito como uma ameaça, sendo que, nessa sequência, quanto mais intensas e numerosas forem essas percepções, mais rigidamente a estrutura egoica se organizará.* Ou seja, na sequência de uma ameaça percebida pelo sujeito o ego tenta defender-se dessa ameaça (expressando, assim, uma rejeição ou distorção da experiência captada), com tanto mais intensidade quanto maior for o nível de ameaça percebida. Sempre que o ego não for capaz de elaborar uma conduta defensiva eficaz e, portanto, não conseguir defender-se contra toda uma série de profundas ameaças, o resultado mais provável será o de uma perturbação psicológica catastrófica, de desintegração, como seja, por exemplo, a perturbação psicótica, como expressão máxima da desagregação psíquica do humano.

Assim sendo, com base nos pressupostos elaborados pelo autor e, no que respeita ao seu trabalho de clínica terapêutica, é salientada como proposição essencial *a necessidade de apreensão e aceitação, por parte do indivíduo, de todas as suas experiências viscerais e sensoriais num sistema coerente e integrado*, assentes na promoção do seu auto conhecimento e melhoria da sua capacidade para lidar com as vicissitudes da sua realidade interna e externa.

O primordial foco de atenção está assim centrado, não tanto nas técnicas utilizadas, mas antes nos recursos do terapeuta e especialmente, naquelas que são as

potencialidades existentes no próprio ser humano. O conceito de empatia assume particular valor, representando a manifestação concreta de uma atenção positiva e incondicional do terapeuta aconselhador (Santos, 2001).

Sob uma forma sistemática, Rogers (1974), sintetizou em sete breves indicadores aquilo que ele considera ser, em intervenção clínica, a “reação em cadeia” psicológica, expressiva das fases processuais da resolução dos problemas relacionais do humano, a saber:

- * A pessoa que rejeita algumas experiências tem de se defender continuamente da simbolização dessas experiências;
- * Assim sendo, todas as experiências são, então, enfrentadas sob um modo defensivo, vivenciadas como ameaças potenciais e não como realmente são;
- * Sequentemente, nas relações interpessoais as palavras e as condutas são experimentadas e percebidas como ameaçadoras, não obstante não ser essa a intenção que lhes está inerente;
- * Acresce que as palavras e condutas dos outros são atacadas porque representam, ou se assemelham a experiências francamente temidas;
- * Portanto, não existe uma verdadeira/autêntica compreensão do outro enquanto pessoa distinta, uma vez que este é percebido sob moldes de ameaça versus não ameaça para o ego;
- * Porém, quando, em intervenção clínica, se consegue que todas as experiências sejam acessíveis à consciência e assim se integrem nela, acede-se à redução das atitudes defensivas. Quando não urge necessário defender, também não se releva premente atacar;
- * Por conseguinte, quando não é necessário atacar, apreende-se o outro como realmente ele é – uma pessoa distinta que age de acordo com significações próprias oriundas do seu campo perceptivo (Rogers, 1974, p.502).

Recordando umas das principais premissas da doutrina rogeriana que assenta na profunda convicção de que *o centro mais profundo da personalidade humana é positivo*, ainda que muito perturbada ou doente, portanto, dotada duma tendência actualizante das suas potencialidades, sublinhe-se que na intervenção terapêutica não

directiva não se negam os sentimentos e experiências negativas, realçando-se antes o pressuposto de que qualquer pessoa não é só a sua perturbação.

Por detrás daquilo que é a diversidade expressiva do distúrbio e desagregação psicológicos existe sempre uma capacidade latente e submersa de auto regulação, de auto avaliação, de evolução positiva. A positividade do ser humano, apesar de dominada e “oculta”, não deixa de existir, apenas aguardando, segundo Rogers, as condições mais favoráveis para, na vez de latente, se tornar manifesta. O papel do terapeuta será o de ajudar a preencher e potencializar as condições necessárias ao despoletar do processo.

Nesta perspectiva, o doente mental, ainda que evidencie um padrão relacional com outrem e consigo mesmo afectado, diminuído e perturbado, não deixa porém, de conter em si uma mensagem e desejo de comunicar. Apesar de se assumir difícil o estabelecimento de uma comunicação entre um sujeito doente mental grave e o terapeuta, não se crê impossível a descoberta de uma plataforma comum de iniciação à comunicação entre ambos. Esta consideração é tão mais verdadeira quanto maior for a compreensão de que as expressões e linguagem características deste tipo de doente, exprimem tantas vezes o seu desejo latente de comunicar e de estabelecer uma relação com outrem.

De particular relevância é o entendimento de que, qualquer que seja a forma de comunicação estabelecida entre paciente e terapeuta, ela estará sempre intimamente associada e condicionada à relação criada entre os dois, ou seja, ao laço dinâmico criado entre o doente e o outro. Neste âmbito, e para concluir, são de fixar os princípios seguintes: *a)* o terapeuta participa activamente na diminuição da distância entre si e o doente mental grave; *b)* não pode haver compreensão e comunicação sem contacto ou relação de face a face com o doente; *c)* uma comunicação, ainda que parcial, vale mais que a comunicação nula, ou recusa do terapeuta a entrar em contacto com o doente; *d)* os preconceitos, as projecções afectivas, os juízos de desvalorização, são os principais obstáculos à relação comunicativa e empática (Gameiro, 1989, p.132).

III.5. A Perspectiva Psicanalítica da Psicose

O contributo da psicanálise para o estudo da esquizofrenia e das psicoses faz em si realçar um vasto e exigente domínio de conhecimento, facto ao qual seguramente se associa a complexidade da obra freudiana e a grande diversidade de autores e teorias existentes.

O pensamento psicanalítico inicial, cujo terreno originário e fundamental se assumia estritamente delimitado, investido que estava nas “doenças nervosas ditas funcionais”, alcançou o feito inédito de elaborar um quadro integrativo e unificado de todo um conjunto de entidades psicopatológicas, conseguindo estabelecer entre elas ligações associativas e organizativas, no seu todo articuladas e compreendidas sob um olhar, na sua essência, antropológico.

É assim que, desde logo, encontramos em Freud a conjugação num só e mesmo processo entre a aplicação e preocupação terapêuticas e a exigência de compreensão do fenómeno psíquico (Mijolla & Mijolla – Mellor, 2002).

Poder-se-á, então, considerar, segundo Lucas (2003) que a psicanálise pode ser perspectivada sob três primordiais vectores: como corpo cumulativo do conhecimento sobre o trabalho da mente, com especial foco de atenção na origem inconsciente das componentes emocionais; como método de tratamento das desordens mentais através da utilização dos mecanismos transferenciais e contratransferenciais; e, ainda, como uma ferramenta de investigação mediante o estudo clínico dos casos individuais acompanhados analiticamente, várias vezes por semana. É nesta medida que estudos detalhados e minuciosos de casos de pacientes seriamente perturbados continuam a firmar essenciais contributos para o apuramento do conhecimento da mente psicótica (Sohn, 1997; Lucas, 1998, in Lucas, 2003).

Revisitando Freud, seguindo as linhas de Amaral Dias (2004), encontramos no texto sobre as neuropsicoses de defesa, de 1894, o desenvolvimento primeiro daquela que é considerada por Freud uma defesa específica e típica do mecanismo psicótico, ideia essa que perduraria durante toda a sua obra – a preclusão. Esta espécie de defesa, tida como muito mais poderosa e bem sucedida do que a defesa do recalçamento – conceito peculiar ao funcionamento neurótico, por Freud compreendida como uma falha da tradução de um signo que se encontra entre duas etapas do desenvolvimento humano

– é por ordem inversa assente no entendimento de que o ego rejeita uma dada ideia incompatível, rejeita essa ideia juntamente com o afecto e, comporta-se, em sequência, como se a ideia jamais em si houvesse ocorrido (Amaral Dias, 2004, p. 18).

Não ocorre, portanto, uma falha de tradução que nesse caso implicaria necessariamente a manutenção do signo, da representação na consciência do sujeito, com perturbação apenas da tradução afectiva dessa representação, mas antes algo consideravelmente distinto: a ausência da representação, ou ausência do signo no plano da mente. Assim sendo, continua Freud, uma vez isso alcançado «... o sujeito instala-se numa psicose, que pode ser qualificada como “confusão alucinatória”» (idem *ibidem*, p. 19).

A psicose seria então o lugar no qual o processo de simbolização se vê absolutamente excluído da capacidade de consciência do sujeito.

Esta assimbolização, ou incapacidade de lidar com um signo e, portanto, com um pensamento, traz irremediavelmente associado a si a questão do desmentido, do desprendimento com a realidade. Isto é, se o ego escapa de uma ideia incompatível, sendo que esta ideia se encontra sempre inevitavelmente ligada a uma parte da realidade, então, o ego ao desvincular-se da ideia intolerável, desvincula-se também, parcial ou totalmente, da realidade que a essa ideia estava associada.

Assim sendo, acompanhando o dizer de Amaral Dias (2004) encontramos aqui um espaço reflexivo para aquilo que Freud terá descrito como a noção de “*Werleudung*”, ou seja, desmentir algo, no sentido de que, o ego ao desprender-se da realidade tem, em parte, que se dividir para que consiga operar o dito desmentido. Ora, este mecanismo defensivo que é a cisão ou a fragmentação do ego é algo que Freud não vai deixar de aprofundar em textos seus posteriores, nomeadamente em “A psicose e a neurose” de 1924. É nestes escritos que Freud, então, se refere, mediante contornos mais clarificados, à destriça entre neurose e psicose, fundamentando tal diferenciação através da sua relação com a realidade. Deste modo, se a neurose é entendida como o resultado de um conflito entre o ego e o seu Id, a psicose traduzirá resultado análogo de uma similar perturbação, desta feita, na relação entre o ego e o mundo exterior (Mijolla & Mijolla Mellor, 2002).

Não obstante, no que se refere à tentativa de Freud na elaboração de uma teoria sobre a psicose, tal preocupação já havia sido bem denotada naquela que é uma sua

referência incontornável nesta temática da compreensão do sofrimento psíquico – o caso Schreber.

É em 1911 que Freud publica um estudo clínico sobre um caso de paranóia claramente distinto dos outros entretanto concretizados, sendo que nesta medida não se trata de uma cura por si efectuada, mas uma refutação, traçada segundo uma óptica psicanalítica, sobre um documento autobiográfico delirante publicado por Daniel Paul Schreber. Schreber era um notável jurista da Saxónia que em 1893 havia sido promovido a presidente (*Senatspräsident*) de um Tribunal Superior de Apelação de Dresden. Pouco depois o magistrado terá desenvolvido uma doença psicótica que resultaria num internamento hospitalar de 9 anos. Terá sido durante a parte última deste seu período de hospitalização que Schreber iniciara a escrita de um livro de memórias que pretendia contar a experiência subjectiva da sua doença. Não obstante o desagrado e manifesto receio da sua família, os seus escritos foram publicados em 1903, não sem prévias e consideráveis censuras terem sido impostas aos seus manuscritos.

Este texto autobiográfico, francamente expressivo, contém em si vívidas descrições de fenómenos a que Bowen (1978) apelidaria de “estados psicóticos da consciência”, como sejam experiências alucinatórias, senso de cataclismo eminente, ilusões de auto referência, distorções da noção temporal e megalomania, fenómenos esses que atestam a qualidade fantasmagórica da psicose.

O desprendimento ou abandono da realidade, exemplificado nas memórias de Schreber, claramente evidencia aquele que é, de acordo com Freud, o factor diferenciador central entre a neurose e a psicose e, que apesar de linhas atrás já o termos referenciado, aqui reforçaremos com o recurso às suas próprias palavras: «... in a neurosis the ego, in its dependence on reality, suppresses a piece of the id (of instinctual life), whereas in a psychosis, this same ego, in the service of the id, withdraws from a piece of reality. Thus for a neurosis the decisive factor would be the predominance of the influence of the reality, whereas for a psychosis it would be the predominance of the id. In a psychosis a loss of reality would be necessarily present, whereas in a neurosis it would be seem this loss would be avoided» (Freud, Stand. Ed., vol 19, p.185).

Freud faz igualmente desenvolver a partir deste estudo de caso a sua teoria acerca do mecanismo da paranóia, notando que «... that what was characteristically paranoic about the illness was the fact that the patient, as a means of warding of a homosexual wishful phantasy, reacted with delusions of persecution...» (Freud, Stand.

Ed., vol 12, p. 59). Deste modo, encontramos que a defesa contra um desejo homossexual é entendida como elemento central do conflito que alimenta a paranóia.

Freud, postularia, então, que a falha no desenvolvimento psicosexual entre os estádios do autoerotismo, narcisismo e homossexualidade seria factor altamente predisponente à paranóia, no momento em que um fluxo regressivo da libido surgisse como resposta à frustração libidinal (Buckley, 1988).

Mais acresceria, utilizando o mecanismo de projecção, por si compreendido como elemento fulcral na formação do sintoma paranoide e, no sentido de explicar como percepções internas eram repostas ou substituídas por percepções externas. Para Freud todas as comuns formas de paranóia poderiam, pois, ser apresentadas segundo uma contradição de uma única proposição: “*eu (homem) amo-o (a ele homem)*” que é contradito por “*eu não o amo – eu odeio-o*”, sendo que esta última é transformada por projecção em “*ele odeia-me (persegue-me), o que me justifica o facto de eu odiá-lo*”.

A este propósito, Freud, comentaria que assim os emergentes sentimentos inconscientes fariam a sua aparição como se se tratassem de meras consequências de percepções externas. Deste modo passaríamos a ter “*eu não o amo – eu odeio-o porque ele me persegue*”. Uma reflexão acurada não deixa espaço de dúvida para o entendimento de que o perseguidor é alguém outrora amado.

Sobre a análise de Freud ao caso Schreber, Meltzer (1998) designaria como fascinante e brilhante a investigação e reflexão realizadas sobre a fantasia da destruição do mundo, sua natureza e consequências. Ora, Freud, havendo notado a similaridade entre a estrutura delirante sobre Paul Flechsig (o neuropsiquiatra director da clínica psiquiátrica onde Schreber se encontrou internado), e Deus, durante os dois distintos períodos de doença do magistrado alemão, concluiu que o desenvolver da paranóia se encontrava relacionado com um processo de “decomposição”, isto é, no sentido da paranóia, uma vez mais, conter em si elementos, produto de condensações e identificações efectivadas no “mundo” inconsciente. Esta “decomposição” é, numa primeira linha de investigação, interpretada sob a perspectiva de uma regressão da libido ao estado do narcisismo, como ponto intermédio de desenvolvimento entre o autoerotismo e o objecto de amor – uma ideia, aliás, já adiantada em 1910 na publicação “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”.

Assim, o processo defensivo contra esta regressão é tido, por Freud, como objectivado numa renovada “sexualização dos instintos sociais”. É aqui, portanto, tal como Meltzer nos aponta, que é produzido por Freud a fórmula simples de

transformação do amor em ódio, que mais tarde se verá apurada no seu texto de 1922 sobre “Alguns mecanismos neuróticos na inveja, paranóia e homossexualidade”.

A esta fórmula ele necessitou apenas de acrescentar o conceito de projecção, como externalização de uma percepção interna e, eis que então alcança uma satisfatória explicação da paranóia. Encontramos aqui a sua mais detalhada explanação sobre a relação da fixação, repressão e erupção, ou o “retorno do reprimido”, sendo que é baseado nesta última ideia que Freud elabora a sua discussão sobre a fantasia de destruição do mundo, como se tratando de uma projecção da catástrofe interna de Schreber.

Meltzer (1998) faz sublinhar que, muito embora Freud, ao longo do seu texto, atribua a fantasia do paciente à retirada do seu amor do seu mundo subjectivo, é porém numa importante nota de rodapé que se encontra a atribuição desta fantasia ao trabalho de um poderoso labor interno (“*powerful fist*”). Nesta medida, é na reconstrução deste mundo subjectivo, despedaçado e danificado que se fundamenta a tarefa da formação ilusória e delirante - “O sujeito paranoide reconstrói-o novamente, não mais esplendoroso é certo, mas pelo menos de forma a que nele consiga de novo viver” (Freud, Stand. Ed., vol. 18, p.68).

Esta brilhante análise sobre aqueles que são os mecanismos através dos quais se efectua a transição de um estágio paranoide “imaturo” para um estágio de grandiosidade delirante, é talvez um dos pontos mais apurados da conceptualização de Freud sobre o aparelho mental, que não somente preparou o seu trabalho posterior acerca da ciclotimia em “Luto e Melancolia” de 1917, como ainda providenciou um espaço profícuo para os desenvolvimentos teóricos que haveriam de ser concretizados por Melanie Klein.

Assim, uma vez mais, segundo Meltzer (ibidem), temos como sob um ponto de vista clínico, o caso Schreber representa a conceptualização primeira da noção de mundo interno, seja pela formulação da projecção como um mecanismo, como pela introdução no conceito de narcisismo de uma nova concretude relacionada com os processos de condensação e identificação.

O aparecimento da teoria das relações de objectos internos de Melanie Klein nos anos de 1930 marcou, depois de Freud, aquela que pode ser considerada como uma das mais significativas contribuições psicanalíticas à psicologia da psicose.

Como é amplamente sabido as teorias de Klein fundamentaram a sua inspiração no seu trabalho clínico com crianças, mas também com adultos severamente perturbados. Ora, se por um lado esta sua teoria não deixou de receber inflamadas

críticas, fosse pelo seu carácter antropomórfico, ou pela abordagem telescópica do desenvolvimento psicosexual infantil que ineditamente recuou o seu interesse de estudo para uma idade muito precoce da criança, a verdade é que, por outro lado, os conceitos por Klein considerados, revelaram-se particularmente apelativos a muitos clínicos que com pacientes psicóticos trabalhavam. Nestas conceptualizações estes psicoterapeutas encontraram uma explanação apaixonante e muito satisfatória para alguns dos fenómenos psicológicos mais extremos, observáveis nos estados psicóticos da mente.

Summers (1994), diria que a Klein se deveu o desenvolvimento daquela que seria a primeira corrente sistemática do pensamento psicanalítico que, retendo em si o conceito freudiano de inconsciente dinâmico, consegue trazê-lo à superfície na sua forma mais dramática e real, ensinando-nos assim sobre um mundo de fantasias como base do inconsciente. As suas teorizações, ainda de acordo com este autor, não resultam isentas de dificuldades no que respeita à sua “categorização”, na medida em que Klein, muito embora fundamentasse o seu pensamento na teoria dos instintos inatos, não deixava igualmente de enfatizar a significância das relações de objecto no desenvolvimento da personalidade humana e, sequentemente, no desenvolvimento das patologias psíquicas, estas últimas, então expressivas de conflitos na relação de objecto.

Assim, a teoria de Klein, assente que estava na obra de Freud, em particular no seu trabalho “Para além do princípio do prazer” de 1920, no qual se encontra formulada a teoria dual das pulsões, adoptava a visão deste último, crendo que a criança ao nascer vem “munida” de ambas pulsões destrutivas e libidinais, sendo que neste sentido, o destino fulcral da personalidade humana residiria no desenvolvimento destas pulsões e na forma como elas se relacionariam entre si.

Incidindo sobre esta temática, Klein considerava, porém, que a teoria analítica havia errado ao focar demasiada atenção nos impulsos libidinais, falhando, então, ao negligenciar a importância crítica de instintos de outra natureza – os agressivos. Klein assegurava firmemente que os instintos agressivos se assumem como potencialmente mais patogénicos do que os libidinais, pelo que a intervenção psicanalítica não poderia nunca deixar de ser conduzida sem a especial focalização na agressividade (Buckley, 1988).

Klein, deste modo, revelou-se francamente interessada na descrição do desenvolvimento psíquico precoce, em especial, no primeiro ano de vida, certa que estava que esta primeira etapa desenvolvimental seria o fundamento essencial de todo o

desenvolvimento psíquico posterior. Muito embora, ela própria firmasse e enfatizasse como ponto de partida as propostas básicas de Freud e Abraham, expressas por exemplo na continuidade entre o conceito de introjeção de objecto desenvolvido por Freud (em Luto e Melancolia, 1917) e a ideia de objecto interno kleiniano. Ou ainda, tal como referenciado linhas atrás, a dualidade pulsional como ponto de base da teorização de Klein sobre as pulsões agressivas e libidinais, constata-se, não obstante, que as suas observações e hipóteses teóricas a fizeram antes criar uma teoria original do desenvolvimento e estrutura da mente – a ideia dos objectos internos (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Clarificando, então, a evolução do pensamento de Klein sobre os conceitos por si “estruturados” de posição esquizo – paranoide e posição depressiva, conceitos essenciais na sua construção teórica de mundo interno e, na sua perspectiva sobre a psicopatologia, temos que os seus escritos iniciais centralizaram-se, todos eles, no desenvolvimento da criança à luz de uma forte ênfase nas ansiedades persecutórias (também por Klein designadas como ansiedades paranoides). Neste âmbito, Klein, repetida e insistentemente pretendeu demonstrar que é nos dois primeiros anos de vida, na fase de desenvolvimento pré genital, que existem aquilo que considera ser os pontos de fixação das doenças maníaco – depressivas e esquizofrénicas. Como tal, as crianças situadas em normais processos desenvolvimentais são aquelas que ultrapassaram ou superaram com sucesso as fases ansiógenas e fantasmáticas tão características destas doenças mentais.

Mais tarde, segundo Meltzer (1998), Klein terá alterado o seu raciocínio em muitos dos seus aspectos, sendo que, no entanto, até à data de 1941 a sua atitude permanecia na convicção de que fantasia inconsciente e ansiedade eram componentes idênticas entre si e, por isso mesmo, as doenças psicopatológicas não eram mais do que simples efervescências e reelaborações de experiências normais do desenvolvimento da criança. Assim, a principal elação daqui retirada era a de que as fixações, contrariamente ao que Freud havia afirmado, não eram fixações da libido, mas antes fixações da personalidade no seu todo, incluindo funções egoicas, constelações superegoicas e fixações do Id ou libidinais (Meltzer, 1998).

Nesta época, porém, Klein não considerava as doenças mentais como patologias “regidas” por estruturas próprias e de características específicas. Ora, na medida em que tais perturbações psíquicas eram, então, perspectivadas como etapas desenvolvimentais, tal concepção foi alvo de fortes críticas e ataques, uma vez que implicitamente foi

entendido que Klein estaria a atribuir ao desenvolvimento mental normal características psicóticas, portanto afirmando que todos os bebés eram psicóticos.

Este é seguramente um dos mais importantes pontos da teoria kleiniana, pois o que aqui Klein se encontrava a estudar e, sequeentemente, a referenciar era a existência de angústias psicóticas, enquanto funções próprias do começo da vida mental, por Klein reconstruídas a partir das evidências psicanalíticas do seu trabalho com crianças. Assim, segundo ela, as crianças, logo desde a sua idade mais precoce, vivenciam angústias em tudo semelhantes àquelas que são vividas por pacientes que se encontram em processos de regressão psicótica, sejam em termos dos seus conteúdos persecutórios, algo similares às angústias dos pacientes paranóicos, sejam nos seus conteúdos depressivos, análogos àqueles sofridos por sujeitos maníaco – depressivos.

O que Klein faz aqui sublinhar é sobretudo a existência interna, em todo o ser humano, de um mundo louco, ainda que eventualmente referente a camadas profundas do seu psiquismo. Mundo louco esse, passível de reaparecer na actividade onírica sob a forma de pesadelos, nos processos regressivos psicóticos e, ainda, nos níveis extremos de angústia tantas vezes experimentados e vivenciados por pacientes em tratamento, mesmo naqueles cujas estruturas se saibam neuróticas (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

Sobre os cruciais aspectos desenvolvimentais formulados por Klein, ela propõe como momento fulcral do processo evolutivo da mente a passagem de um tipo de relação objectal parcial para um relacionamento de objecto total – passagem essa que, num primeiro momento do seu trabalho, Klein refere dar-se por volta dos seis meses, mas que mais tarde reformula para os três meses de vida, assim marcando uma nova organização da vida mental designada como posição depressiva.

A sua ideia base era a de indiciar a existência de processos de introjecção e projecção enquanto mecanismos de defesa arcaicos, presentes desde logo o início da vida do humano, mas tidos como fundamentais para a construção dos primeiros objectos internos e externos. Aqui encontramos na autora aquela que é a sua concepção concreta de mundo interno. E, neste sentido, o que Klein nos pretendeu clarificar foi como, desde os primórdios da vida mental, a experiência de satisfação, privação ou desapontamento resultam na clivagem do objecto em dois componentes “bom” e “mau”, ambos os quais são depois incontornavelmente introjectados.

Em 1946, a esta ideia Klein acrescentaria que não era somente o objecto que era dividido, mas mais do que isso: o self também seria inexoravelmente clivado em bom e mau, sendo que a parte má do self e a parte má dos objectos resultariam imediatamente

fusionados numa parte persecutória major da personalidade que, por sua vez, deveria ser mantida distante das partes boas ou idealizadas do self e objectos (Meltzer, 1998).

Encontramo-nos, portanto, perante uma defesa, certamente primitiva, mas necessária e indispensável para a protecção de um ego débil face a angústias persecutórias demasiadamente intensas. Com a separação do mau objecto, os aspectos bons do self e, uma vez mais do objecto, encontram então condições suficientes para o estabelecimento de uma relação segura dentro do ego.

Uma vez o decréscimo das angústias comece a ter lugar, a necessidade de clivagem torna-se menos premente, pelo que sequentemente se torna possível a produção de uma impulsão para a integração dos objectos e do ego. É dado o lugar à entrada na dita posição depressiva.

Refira-se nesta linha, de acordo com Bleichmar & Bleichmar (1992), que esta concepção kleiniana do desenvolvimento mental, perspectivado como um esforço de concretização de integrações progressivas, concretização essa possível através da elaboração da angústia e da luta interna constante entre os desejos de amor e ódio, surge-nos como francamente distante do substrato biológico com que Freud fundamentou a sua teoria das pulsões. Afasta-se, igualmente, da ideia de conflito freudiana expressiva de uma luta entre o desejo de descarga pulsional, por um lado, e as forças internas e externas que, por outro lado, se opõem a esta descarga.

Segundo Meltzer (1998), os trabalhos primeiros de Klein expressavam grandemente a sua central preocupação na descrição das ansiedades persecutórias severas ou paranoides, na descrição também das fantasias nas quais essas ansiedades se incorporavam, e nos tipos de defesas particulares que os bebés e crianças se socorriam na sua relação com essas mesmas ansiedades.

Terá sido somente nos anos de 1935, no seu texto “A Contribution to the Psychogenesis of Manic – Depressive States” que Klein fala sobre as “posições”, termo aliás, aplicado e usado já anteriormente por Fairbairn e que, aparentemente, terá sido importado pela primeira. Fairbairn (in Meltzer, 1998) terá, de facto, referenciado no seu trabalho a posição esquizoide, tendo Klein seguidamente falado na posição paranoide que, como sabemos, mais tarde assumiria a designação fusional de posição esquizo paranoide.

Todavia, continuando com Meltzer, não deixam de ser relativamente evidentes algumas diferenças entre ambos os contributos destes autores. Na medida em que, quando Klein iniciou a sua proposta teórica acerca das posições, não se terá apenas

referido à posição paranoide, mas ainda a uma posição obsessiva, a uma posição depressiva e outra posição maníaca, resulta claro que para ela “posições” significava essencialmente uma concertação de ansiedades e de processos defensivos. A sua formulação primeira de “posição” não se revestia de significância desenvolvimental, mas de significação patológica, ainda que por si só não pretendia, de outro modo, explicitar a doença mental propriamente dita. “Posição” para Klein, reforça-se, descrevia, pois, uma concertação ou constelação de ansiedades e defesas e, ainda, de impulsos associados aos anteriores elementos (Meltzer, *ibidem*).

A transformação do pensamento de Klein sobre esta matéria, e especificamente sobre a redução das quatro posições inicialmente mencionadas para as duas posições sobejamente conhecidas, é revelado no seu trabalho de 1938, “Mourning and its Relation to Manic – Depressive States”. Neste texto as posições esquizo paranoide e depressiva não foram já tanto pensadas como constelações de ansiedades e defesas, mas mais como manifestações de atitudes cruciais face ao (s) objecto (s). Será, então, aqui que podemos considerar que esta mudança da atitude esquizo paranoide para a atitude depressiva face ao objecto se encontra seguramente associada à transição da relação parcial de objecto para a de objecto total (*idem, ibidem*).

Deste modo, o vínculo com a realidade externa modifica-se, torna-se mais realista, uma vez que os objectos passam a ser reconhecidos nos seus bons e maus aspectos, com menor distorção, portanto, com maior capacidade de discriminação entre fantasia e realidade, entre mundo externo e mundo interno (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

É a partir, então, desta fase da sua obra que Klein passa a falar das duas conhecidas posições como etapas desenvolvimentais e, sobretudo, enquanto pontos de fixação da doença esquizofrénica e psicose maníaco – depressiva, respectivamente.

Sobre a posição esquizo paranoide, sabemos com Klein que a ela são correspondentes as defesas primárias de projecção e introjeção – cujo ciclo é tido como a essência desta posição –, as defesas, ainda, de identificação projectiva, clivagem, idealização, onnipotência e negação (Klein, 1946). Todas estas defesas servirão o propósito de protecção do sujeito contra a agressão e suas associadas ansiedades, surjam estas na forma original de ansiedade de aniquilação, na forma projectada como ansiedade persecutória, ou ainda na forma de ansiedade persecutória introjectada.

Se todos estes mecanismos se sabem utilizados por todas as crianças, já o grau segundo o qual são empregues na protecção do ego determinará aquela que pode ser

entendida como a propensão ou tendência do ego em fixar-se na posição paranoide. Klein (1946) refere, neste contexto, que vários são os tipos de patologia que poderão encontrar origem na fixação nesta fase desenvolvimental do sujeito, sendo que neste sentido a patologia psicótica é frisada, entre outras situações patológicas, como o resultado de uma falha no processo de identificação projectiva (Summers, 1998).

Temos, pois, como o conceito de identificação projectiva se assume como um dos principais instrumentos teóricos com que Klein e seus seguidores fundamentaram a compreensão e análise de pacientes psicóticos, uma vez capaz de realçar a importância dos estados confusionais, estes definidos como a perda das fronteiras entre as duas posições.

Ora, sabemos também que, sobre o conceito de identificação projectiva, Klein encontrava-se de acordo com Fairbairn e Guntrip no sentido de o considerar como um mecanismo esquizoide cuja falha resultaria numa retirada também ela esquizoide. Todavia, o percurso segundo o qual Klein alcançou esta conclusão assumiu-se como algo diferenciado dos anteriores autores. Para a primeira, a retirada do contacto com o objecto seria sempre enraizada na agressividade, ainda que a função última dessa retirada pudesse ser a protecção de um ego extremamente frágil. A característica patogénica mor da frustração implicaria sempre, segundo a sua perspectiva, um aumento em agressividade e em má construção do objecto. Acresce-se ainda que, se Klein se encontrava em concordância com Fairbairn quanto à ideia de que as defesas esquizoides atentariam na clivagem e até na destruição de parte da personalidade, já a sua compreensão deste feito uma vez mais se destrinçou do referido autor. Para Klein apenas a retirada efectiva poderá proteger o objecto da agressividade projectada do sujeito. Neste sentido, no esquema de Klein, a patologia esquizoide é não mais do que uma forma de fixação na posição esquizo – paranoide (Summers, 1998).

Cabe aqui referenciar então a introdução de um outro conceito, em 1957, conceito esse estreitamente ligado à identificação projectiva, e a partir do qual Klein altera parte do seu sistema teórico – a inveja.

Ora, esta referência é aqui imprescindível, uma vez que a ênfase teórica da autora se deslocou, nesta fase, da consideração preferencial das angústias para o estudo aprofundado da inveja primitiva e das defesas movidas contra esta inveja. (Paixão, 2002 a).

O conceito de inveja passou séquentemente a integrar a teoria das posições, sendo que nessa medida é entendido que qualquer uma das defesas erigidas contra a

posição esquizo paranoide se poderá converter em constelações patológicas do carácter, caso a inveja se demonstre demasiado excessiva e, ameace assim o bom objecto. Uma vez o objecto atacado, o processo de dissociação normal da posição esquizo paranoide resulta alterado. Tal ocorrência produz inevitavelmente uma confusão entre o bom e o mau, sendo que a dissociação entre o bom objecto e o objecto persecutório não é conseguida ou alcançada. Os processos de introjeção do bom objecto – base de uma bem sucedida estabilidade mental – ficam então gravemente perturbados, dificultando, em sequência, as capacidades de gozo e criatividade. Neste sentido, compreende-se como um círculo vicioso é facilmente estabelecido: a inveja primária impede sobremaneira uma adequada introjeção do bom objecto, o que por sua vez vai acentuar essa inveja pois, um ego frágil é, em potência, um ego invejoso.

Klein, deste modo, sublinhou assim, uma vez mais, a consideração de como estas dificuldades precoces do processo de introjeção e os processos de fragmentação dos objectos se podem entender como a base de futuros transtornos psicóticos (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

A inveja, enquanto constructo conceptual, assume-se igualmente de franca pertinência na compreensão daqueles que são os processos associados à elaboração da posição depressiva. Isto porque se entendermos, à luz de Klein, que o excesso de inveja é capaz, numa outra sua vertente de acção, de potencialmente acentuar a dissociação entre o bom objecto e o persecutório, então tal acentuação poderá impedir a sua posterior integração, logo a elaboração da posição depressiva.

Como é amplamente conhecido, na teoria kleiniana, a posição depressiva é-nos apresentada como uma renovada organização mental, tida como um momento chave para o desenvolvimento e para a dita normalidade, sendo que tal se produz, em síntese, na sequência do sujeito perceber o objecto como total, comportando em si a consciência de que afinal, tanto os sentimentos de natureza destrutiva como os amorosos foram vivenciados em relação a um mesmo objecto, único e idêntico (Paixão, 2002 a)).

Sob o ponto de vista da psicopatologia, a angústia depressiva, vivência constituinte desta posição, caso não alcance resolução promove como que um aprisionamento defensivo passível de assumir formas patológicas várias. Entre elas, a expressão patológica mais comum, seria de acordo com Klein, o medo crónico de provocar dano no objecto amado que, poderá então desembocar numa depressão clínica (Klein, 1935, 1937, 1940, in Summers, 1998, p.93).

Insistimos na referência à importância clínica dos modos pelos quais as defesas “correspondentes” às posições esquizo paranoide e depressiva se poderão reunir em organizações patológicas. Klein ao propor uma diferenciação entre dois agrupamentos maiores de ansiedades e defesas ofereceu à psicanálise um instrumento conceitual indubitavelmente importante, na medida em que assim se tornou mais facilitado o entendimento da forma como as estruturas mentais são organizadas em diferentes níveis de desenvolvimento.

As flutuações, ou o movimento contínuo existente entre as duas posições implica, como é sabido, que nenhuma delas prevaleça definitivamente em qualquer grau de completude ou permanência, sendo que são precisamente essas flutuações aquelas que se procuram compreender e acompanhar clinicamente num paciente sob análise.

Esta observação é tão mais importante quanto maior a sensibilidade para se entender que é nas transições ocorrentes, tanto no interior da posição esquizo paranoide, como da posição depressiva, que o sujeito parece encontrar-se mais vulnerável à influência de uma organização patológica (Steiner, 1987). Tais organizações têm sido amplamente descritas por vários autores que delas fazem sublinhar diferentes especificidades. Assim, encontramos reflexões como as de Rivière (1936) e Segal (1972) que, através de descrições clínicas enfatizam a sua natureza defensiva e a sua variedade de formas de expressão, mas também autores outros como Rosenfeld (1964) e Meltzer (1994; 1998) que, por seu lado, fazem antes realçar a natureza narcísica das relações de objecto, bem como a organização mafiosa e perversa dos relacionamentos envolventes.

Um estudo mais apurado das posições, em particular da observação das suas flutuações levaram Bion (1963) a sugerir que as duas posições se podem entender como estando em equilíbrio recíproco, enfatizando, em sequência, a sua qualidade dinâmica e os factores que podem promover a mudança numa ou noutra direcção. O esquema resultante deste raciocínio bioniano, incontornavelmente conhecido, resulta representado por uma seta bidirecional, como seja: PS «—» D.

Este conceito PS «—» D que, lembre-se surge em Bion a par da noção de continente - conteúdo (♀ ♂), relação esta proposta como o primeiro elemento essencial da clínica psicanalítica relativo ao modelo ou *modus operandi* da mente, pode ser entendido, segundo Amaral Dias (1998) como a expressão “... de uma ruptura com a ideia kleiniana da qual aparentemente parte.” (Amaral Dias, 1998, p. 49).

Ora, ao seguirmos a evolução do pensamento bioniano, progressivamente vai-se tornando claro o investimento de Bion no intento de refinamento e alargamento epistemológico do modelo da mente, partindo do que explicitamente havia já sido descrito por Freud e, em sequência, implicitamente modificado por Klein. O traço investigacional de Bion era pois o de poder usar este modelo enquanto instrumento essencial de pesquisa dos distúrbios do pensamento (Meltzer, 1998).

Neste contexto, é efectivamente como segundo elemento de um sistema que se pretendia científico e dedutivo que Bion vai então descrever PS « - » D.

Fundamentalmente, Bion representou esta flutuação dinâmica PS «-» D como uma reacção entre aquilo que Klein havia designado por posições esquizo - paranoide e depressiva e, como uma reacção precipitada pela descoberta do facto seleccionado – este designado como “uma emoção ou ideia que oferece coerência ao disperso e assim introduz uma ordem na desordem...” (Amaral Dias, 1998, p.51). Ou seja, trata-se basicamente de uma flutuação entre uma dispersão (PS), caracterizada pela não integração, dissociação e desconhecimento e uma integração (D), por sua vez expressiva de tolerância e aptidão a saber (idem, ibidem).

No que respeita à relação continente – conteúdo (♀ ♂), noção dinamicamente associada ao elemento anterior, aparece-nos “extraída” por Bion das investigações de Melanie Klein sobre a identificação projectiva, e a partir das quais, Bion, elabora uma abstracção bem mais aprofundada, uma vez que para si as primeiras não se lhe revelaram satisfatórias. Deste modo, em “Learning from Experience” (1962), a identificação projectiva passa então a ser concebida como um conteúdo (♂) que se aloja num continente (♀), sendo que sequentemente daqui Bion delineia esta relação (♀ ♂) como um mecanismo primordial do modelo de funcionamento psíquico, ao qual são atribuídos valores operacionais. Valores operacionais estes, que dizem respeito não somente à génese da *psyche*, como também à génese do pensamento e enquanto teoria do pensamento.

Sob uma forma, ainda que forçadamente sistemática, não podemos aqui negligenciar a referência ao modo como Bion conceptualizou a formação do aparelho de pensar os pensamentos, em relação à qual a identificação projectiva assume, como sabemos, papel interveniente fundamental. Assim, os mecanismos entre si relacionados dinamicamente (♀ ♂ e PS «-»D), junto com a capacidade de rêverie da mãe (capacidade esta que expressa a disposição materna em receber, conter e modificar as projecções do

bebé) dão então lugar à formação dos primeiros esboços da função alfa⁷ e do dito “aparelho de pensar os pensamentos”, quando os conteúdos das projecções, entretanto metabolizadas, são reintrojectadas pelo bebé (Grinberg, 1985).

Por ser longa e complexa a obra de Bion, e porque seguramente a sua riqueza significativa, possível de ser aplicada a múltiplos objectos de interesse e reflexão, facilmente nos levaria à dispersão, procuraremos concentrarmo-nos especificamente no contributo deste autor para a compreensão da perturbação psicótica, mas para a qual é indispensável a referência das noções até aqui apontadas.

Neste sentido, para a compreensão dos fenómenos associados ao processo psicótico, Bion considerou de suma importância a conceituação daquilo que ele nomeou de personalidade psicótica. No contexto por ele delineado este conceito não pretende equivaler ou significar um diagnóstico psiquiátrico, mas sim um modo particular de funcionamento mental que coexiste sempre com outra forma de funcionamento, esta designada de personalidade não psicótica.

Um diagnóstico clínico de psicose ou neurose poderá ser determinado a partir da observação de determinadas condutas, expressivas do predomínio de um modo de funcionamento sobre o outro (Grinberg, 1973).

Ora, usando o modelo continente – conteúdo, compreende-se como a parte psicótica da personalidade, funcionaria, de acordo com Bion, sob o domínio de uma relação $-(\text{♀} \text{ ♂})$, antítese do modelo utilizado para entender o crescimento, isto é, $+(\text{♀} \text{ ♂})$.

Predominante neste modelo $-(\text{♀} \text{ ♂})$ é a sua “insistência” para o não desenvolvimento, sendo que o espaço mental expressivo desta relação, uma vez sofrendo permanentes ataques despojantes, se encontra francamente recheado, se não

⁷ Bion, em “Elements of Psychoanalysis” (1966) e em “Second Thoughts” (1967), descreveu uma teoria da função alfa que postula a existência de uma função na personalidade, designada precisamente como função alfa, que opera sobre as impressões sensoriais e, ainda, experiências emocionais primitivas, transformando-as, em sequência, em elementos alfa. Ora, estes elementos alfa, contrariamente às impressões primárias percebidas podem ser utilizados em novos processos de transformação, bem como serem armazenados, reprimidos, etc. Nesta medida, elementos alfa serão, pois, todas aquelas impressões sensoriais e experiências emocionais transformadas em imagens visuais, ou imagens que respondem a modelos auditivos, olfactivos, etc, no domínio do mental. Estes elementos são igualmente utilizados para a formação de pensamentos oníricos, no pensar consciente, em sonhos e em recordações. Em oposição, todas as impressões sensoriais e experiências emocionais não transformadas são, por Bion, denominadas de elementos beta, que por seu lado não se revelam apropriados para pensar, sonhar, recordar ou exercer qualquer função intelectual que possa ser associada ao aparelho psíquico. Os elementos beta são vividos como coisas em si mesma e geralmente resultam evacuados através da identificação projectiva (Grinberg, 1985, pp 66 – 67).

mesmo povoado, pelos designados objectos bizarros⁸ (que em nota de rodapé sumariamente definimos). Estes, estabelecendo aqui uma ligação reflexiva entre Bion e Freud., mediada por Amaral Dias (2004) serão o resultante dos processos descritos por Freud como de preclusão, desmentido e clivagem.

Persistente e característico nos indivíduos com predomínio da personalidade psicótica é, de acordo com Bion, além de uma clara incapacidade para tolerar a frustração – originada numa inveja extraordinariamente intensa – o uso de uma forma de identificação projectiva patológica, cujo desenvolvimento tende precisamente a evitar esses sentimentos de inveja tão poderosos (Grinberg, 1973).

A capacidade de tolerância à frustração assume aqui um óbvio e importantíssimo papel, pois dela depende e com ela se correlaciona a função alfa e sequente transformação de elementos beta em elementos alfa. Logo, a formação do aparelho psíquico.

Assim, Amaral Dias (2004) diz nos que “ a capacidade da mente tolerar um maior número de elementos beta é correlacionável directamente com a capacidade que ela tem de utilizar a função alfa para produzir um número de elementos alfa” (Amaral Dias, 2004, p. 27).

Deste modo, se entende que a pessoa com predomínio da personalidade psicótica, no sentido bioniano, será potencialmente aquela “... cuja capacidade de transformação dos elementos beta, sendo baixa, necessita de recorrer à identificação projectiva para se poder livrar desses elementos, como forma única de poder sobreviver na relação com os outros” (idem, ibidem, p.28).

Assim sendo, se temos um sujeito no qual a identificação projectiva patológica seguramente predomina sobre a função alfa, então podemos afirmar encontrarmo-nos perante um indivíduo “carregado” de elementos beta não transformados, sem capacidade de produção de pensamentos propriamente ditos, de aceder ao símbolo,

⁸ O termo objecto bizarro é adoptado por Bion para descrever o tipo de objectos pelos quais o sujeito psicótico se sente rodeado. Através da identificação projectiva e clivagem patológicas, o sujeito tenta livrar-se não apenas do objecto, mas também, e de forma deliberada, de todas as funções egoicas correspondentes ao incipiente princípio da realidade (pensamentos primitivos, consciência, atenção, juízo), com especial relevo para todos os elementos que tenham a função de vincular. Na crença do sujeito, as partículas da função egoica, fragmentadas e evacuadas com violência, penetram e enquistam os objectos reais, possuindo-os, ou sendo englobados por estes. O objecto possuído ataca, por seu lado, a parte da personalidade projectada, despojando-a de vitalidade. Eis então que o resultado será o objecto bizarro que se encontra composto por uma parte da personalidade e por parte dos objectos que, entre si, mantêm uma relação continente – conteúdo despojadora de vitalidade e significado para ambas. A partícula da personalidade transformou-se numa “coisa”. Deste modo e em termos da teoria do desenvolvimento do pensamento, o objecto bizarro está formado por elementos beta, juntamente com restos do eu, do super eu e de objectos externos (Grinberg, 1972, p. 68).

portanto, uma pessoa que vive sob a forma de uma acção. Estamos, pois perante um sujeito psicótico.

Ora, baseando-nos no conhecimento de que a construção do espaço psíquico, da pele mental, depende e organiza-se pelo símbolo, isto é, que para a constituição de um espaço psíquico é necessário haver simbolização, sendo que é disso que depende, portanto, a coesão do self, entendemos como as fronteiras egoicas no sujeito psicótico estão diluídas, porque psicose implica condição assimbólica (idem, ibidem). Se é a estrutura do símbolo que cria a fronteira entre realidade interna e realidade externa, e na psicose temos ausência do símbolo, a fronteira, a diferenciação interno/ externo não existe.

Nesta medida, continuamos a seguir o dizer de Amaral Dias (2004), considerando-se que o psicótico é aquele indivíduo que não tem espaço psíquico, não tem pele mental, mas antes uma tela de elementos beta – elementos saturados de energia - desprovidos de significação e, então, pseudo – organizados sob a forma de delírio.

Bion, em 1955, numa apresentação à Sociedade Britânica de Psicanálise, sobre a diferenciação entre a personalidade psicótica e personalidade não psicótica, explicita que tal diferenciação fundamentou-se em três importantes trabalhos, a saber: as descrições de Freud, constantes no seu artigo “Neurose e Psicose”, de 1924, referentes aos aspectos diferenciadores entre ambas; as descrições de Klein, de 1928, sobre os ataques sádicos fantasiados que o bebé faz ao seio durante a fase esquizo – paranoide e, por último, a descrição, também Kleiniana do conceito de identificação projectiva. Aliás, fundamentos sobre os quais já aqui fizemos alguma referência páginas atrás.

Foi assim baseado neste trabalhos, associados inevitavelmente ao seu excepcional labor reflexivo, que Bion enumerou aquelas que ele considerou serem as pré condições dos mecanismos sobre os quais se propicia o desenvolvimento da esquizofrenia. Deste modo, para além dos factores ambientais, seguramente presentes, foram atentamente examinados quatro traços de personalidade essenciais: forte preponderância de impulsos destrutivos; ódio à realidade interna e externa, ódio esse extensível a tudo que contribua para a percepção de ambas; terror de aniquilação eminente e, por fim, formação prematura e precipitada das relações de objecto (Spillius, 1989).

A reflexão daqui resultante é vasta e sem dúvida rica, não obstante o seu difícil acesso compreensivo. Todavia, o nosso propósito de aqui uma vez mais sublinharmos alguns destes elementos, vai no sentido de revermos Meltzer (1998), que debruçando-se

sobre toda a obra bioniana e não deixando de sublinhar a sua genialidade e crescente originalidade, elabora interessantes notas, tidas por ele como expressivas de algumas idiossincrasias realçáveis do trabalho de Bion, e que poderão eventualmente introduzir alguma confusão no seu leitor.

É nesta medida que Meltzer comenta o facto de Bion, porventura na sequência da sua lealdade para com a visão Kleiniana da posição esquizo paranoide enquanto ponto de fixação da esquizofrenia, usar a terminologia “psicótico” (no âmbito da diferenciação entre personalidade psicótica e personalidade não psicótica) como termo sinónimo de “esquizofrenia”. Ora, sendo assim, e porque o uso de Bion da conceituação “parte psicótica da personalidade” parece claramente relacionar-se com a sua já anterior referência aos processos de clivagem, tal poderá fazer sugerir que toda a parte psicótica da personalidade é esquizofrénica.

Não obstante encontrarmos neste trabalho de Bion aquela que é seguramente uma contribuição major para a compreensão da complexidade da doença psicótica, quando se acede à lista, por Bion proposta, dos factores da personalidade predisponentes à esquizofrenia, ressalta a sugestão de uma desordem mental deveras selectiva. No dizer de Meltzer (ibidem), aqui poderá residir uma das idiossincrasias do pensamento bioniano, especificamente quando Bion usa o termo “realidade” no sentido do “ódio da realidade”, pretendendo significar tanto a realidade interna como a realidade externa. Tal aspecto poderá induzir a ideia de que existirá algo, uma parte restante a estas duas dimensões da realidade que não é, então odiada, muito embora não se encontre na exposição de Bion qualquer referência clara a este aspecto, com excepção, talvez, na ideia implícita de que o sujeito esquizofrénico existe num estado mental que não está, nem vivo, nem morto (Meltzer, 1998, p. 296).

Neste sentido, não se poderá deixar de, porventura, relacionar a indicação e reflexão de Bion sobre o “sistema delusional” como uma alternativa possível à realidade externa e realidade psíquica, sendo que é por aqui que ele em muito aproxima a sua reflexão à tal existência mental que, não estando viva, também não está morta.

Meltzer (ibidem), vai um pouco mais longe questionando que, se o esquizofrénico “ama” o seu sistema delusional ou, o seu próprio aprisionamento num determinado estado mental, então que parte da personalidade desejará escapar-se desse estado?

São estas algumas questões que Meltzer considera não resultarem claras no quadro conceptual de Bion, pelo que é com algumas destas questões em mente que o

autor se propõe expor e sequentemente analisar mais um dos trabalhos de Bion, por si considerado como de franca pertinência, e que também para nós aqui nos é relevante: o artigo “On Hallucination” de 1958.

Naturalmente que este trabalho se encontra fortemente associado e dependente da prévia moldura conceptual de Bion, sendo que, uma vez mais na opinião de Meltzer, a sua dificuldade reside precisamente no facto desse constructo ter sido elaborado sob uma tentativa de compromisso entre o conceito de pensamento freudiano e a ideia de fantasia inconsciente de Melanie Klein.

Ora Bion, neste texto, pretendeu descrever e investigar todo um conjunto de fenómenos que parecem estar implicados na destruição da capacidade para pensar do sujeito psicótico e, na sua sequente vivência num mundo que não está “ligado” a uma realidade interna, nem a uma realidade externa. Por tal, propõe-se com especificidade alcançar uma descrição dos ataques capazes de danificarem todas aquelas funções que tornam o pensamento possível.

Para Bion, em virtude do paciente psicótico não querer vivenciar o conhecimento, seguramente doloroso, da sua realidade, leva a que a solução por ele encontrada implique o facto de assim se tornar prisioneiro num estado mental do qual não consegue obter qualquer satisfação. Assim, resulta que não mais pode dar sentido ao seu mundo, não possui em si a capacidade para conhecer a realidade, não pode sonhar, nem alcançar o estado de utilização de símbolos. O sujeito psicótico, de acordo com Bion, será então todo aquele que destruiu os meios pelos quais poderia conhecer-se a si mesmo, e logo, pensar sobre o que fazer consigo, qual a sua saída (Symington, 1999 b).

No entender de Meltzer (1998), esta proposta bioniana não teria sido possível de concretizar se ele apenas tivesse recorrido ao uso e aplicação dos processos de clivagem e de identificação projectiva, tal como delineados por Klein no âmbito da fantasia inconsciente, uma vez que esta nunca terá perspectivado estas funções enquanto representações discretas “acháveis” no nível fantasmático. Também Freud não havia apresentado uma concepção concreta da realidade psíquica, da qual pudesse ter feito sobressair uma ideia sobre a possibilidade de ataque às suas funções. No seu trabalho “Splitting of the Ego at the Service of Defense”, Freud procurou antes debruçar-se com investida atenção na explicitação de como a doença e a saúde mental podem co – existir numa mesma personalidade.

Assim sendo, deste trabalho de Bion, ressalta sobretudo aquilo que Meltzer (ibidem) considera ser um bom “pretexto” para o uso de ideografias (entenda-se, símbolos escritos para representação de um dado significado), e termos como “ataques ao vínculo”, enquanto ferramentas conceptuais essenciais para o desenvolvimento da sua própria conceptualização teórica, assente, portanto, em conceitos que seguramente não eram kleinianos ou freudianos. Todos estes conceitos, refira-se, ganharam, porém, particular pertinência e compreensibilidade quando Bion elaborou a sua própria teoria sobre o pensamento, por volta dos anos de 1962, oferecendo-lhes então a sua melhor integração compreensiva enquanto elaborações teóricas (idem, ibidem).

Ora, não deixa de se revelar claro que este seu esforço na construção desta teoria surge-nos acompanhado por algum nível de insatisfação com a análise freudiana dos sonhos, aspecto deveras significante para a vida mental e sua estrutura. Neste sentido, Bion, ao invés de Freud, encontrava-se de facto numa posição de maior segurança e firmeza, com melhores condições para a consideração dos sonhos como aspectos da realidade psíquica. De tal forma assim o é, que a reflexão bioniana sobre a perda da realidade na esquizofrenia resultou bem menos confusa, no dizer de Meltzer, do que a elaboração de Freud sobre a diferenciação entre neurose e psicose, assente que estava na sua teoria da libido e na ideia de retirada ou abandono da realidade.

Neste sentido, o que Bion observou nos seus pacientes psicóticos foi a sua profunda preocupação com os objectos, sendo, no entanto, que estes objectos não eram objectos comuns, mas antes objectos bizarros, acrescentando a tal que “...o paciente psicótico parece mover-se não num mundo de sonhos, mas num mundo cujos objectos são o usual “mobiliário” dos sonhos...” – os ditos objectos bizarros (Bion, 1958, in Bion, 1994, p.92).

Bion procurou assim enfatizar os dois conceitos de sonho e alucinação no sentido da sua conjugação e integração compreensiva no que respeita ao sujeito psicótico. Deste modo, ele considerou os sonhos do psicótico como experiências caracteristicamente semelhantes às experiências alucinatórias, de tal forma que daqui supôs que quando um paciente com perturbação psicótica diz ter tido um sonho, o que temos em jogo é que este julga que o seu aparelho perceptivo se encontra realmente empenhado na expulsão de algo, revelando-se, então, este sonho como uma evacuação mental em muito análoga aquelas que são as suas evacuações intestinais (Bion, 1958, in Bion, 1994).

Meltzer (1998) considera esta ideia central do processo de alucinação, tido como dependente do uso de órgãos sensitivos para assim expelir o perceptível, de extrema originalidade, frisando também a capacidade inédita de Bion para observar as alucinações enquanto fenómeno ocorrente na sala de consulta.

Tal feito proporcionou, de forma indubitável, o alargamento da acção terapêutica em sala de consulta para novos territórios fenomenológicos, que não obstante aqui se referirem aos pacientes esquizofrénicos, seguramente encontraram equivalente representabilidade e importância na análise de pacientes com diversos níveis de perturbação, inclusive na análise de pacientes ditos “saudáveis”.

Os objectivos terapêuticos de um trabalho com pacientes psicóticos fundam-se, na sua essência, naquilo que poderíamos dizer simplística e grosseiramente como a procura de um funcionamento psíquico diferente, consoante as possibilidades próprias de cada tipo de psicose.

Bion (in Symington, 1999 b), sobre a análise de pacientes esquizofrénicos, afirmou a necessidade de manufacturação, progressiva, do aparelho mental, requerido e indispensável à “transformação”.

Nesta linha, Amaral Dias (2004) acresceria que a primordial tarefa a realizar numa terapia do indivíduo psicótico é inequivocamente “... a criação de uma função psicanalítica da personalidade (enquanto capacidade de reflexão dos processos de auto observação e mudança), a função simbólica e (precisamente) um rudimento do aparelho de pensar ...” (Amaral Dias, 2004, p. 75).

Assim, não podem ser usados modelos, uma vez que o psicótico pensa de forma tão concreta que confunde o modelo com a realidade, sendo que deste modo, segundo Bion (in Symington, 1999 b), é como ter de trabalhar um problema usando o objecto original, na vez de ter a ajuda de algum substituto que se possa manipular. Nesta medida, se um paciente neurótico é capaz de atender a interpretações não totalmente exactas, conseguindo preencher-lhes as lacunas, como que para colmatar essas inexactidões, um paciente psicótico, por outro lado, só conseguirá aceitar a interpretação exacta, aquela vivenciada como absolutamente correcta, sendo que frequentemente a aceitará sob uma forma bastante concreta.

Segundo as linhas de Bion, temos que a parte psicótica da personalidade ao permanecer desconhecadora do facto seleccionado – facto específico que oferece sentido e introduz ordem a uma complexidade de elementos díspares entre si, que assim

promove o movimento PS «-» D, faz então parar a integração, acontecendo, porém, que o sujeito psicótico se vê deixado à mercê de sentimentos persecutórios para os quais não deixa também de querer encontrar uma causa. Ora, esta tentativa de procura, e mesmo o encontrar de uma qualquer causa – que pode residir em aspectos de si mesmo que o paciente quer repudiar – é não mais do que uma tentativa para evitar o alcance e emergência da verdade psíquica (idem, ibidem) tão extraordinariamente dolorosa e intolerável.

Searles (1986) definiu como objectivo central da intervenção psicoterapêutica orientada psicanaliticamente para sujeitos psicóticos a necessidade de uma correctiva e beneficiadora re – estruturação do desenvolvimento egoico precoce do paciente. Como tal, o foco primordial de intervenção baseia-se na relação criada entre o paciente e o psicoterapeuta, no sentido deste se tornar num novo self – objecto do sujeito.

Naturalmente que a identificação do paciente ao comportamento do terapeuta desempenha aqui um crucial papel, ou para sermos mais precisos e rigorosos, a identificação recíproca é aspecto incontornável e indissociável deste processo terapêutico. Este facto não deixa de representar particulares dificuldades técnicas e pessoais ao psicoterapeuta, às quais não é de todo alheia a quantidade e qualidade de angústia provocada pela vivência psicótica. Como diria Jaime Milheiro, “... se assim não fosse, não seria psicose” (Milheiro, 1983, p.446).

Algumas das questões que rapidamente aqui se colocam e que não podem deixar de ser discutidas – referimo-nos obviamente ao “problema” da transferência e da contra transferência – reservá-las-emos, no entanto, para seu melhor aprofundamento e discussão, para um dos nossos capítulos seguintes (capítulo V). Não obstante, a sua referenciação ao longo do nosso presente texto resulta imprescindível.

Também Kohut (1971, in Alanen, 1997), em sintonia com Searles, refere que o terapeuta ao tornar-se neste self – objecto do paciente introduz no “processo” como que uma medida correctiva daquelas que são as deficiências existentes nas relações precoces self – objecto do indivíduo, ajudando-o no sentido da integração da sua personalidade.

Volkan (1994), a este propósito, enfatizou a importância do terapeuta não se forçar a si mesmo no desempenho desta função, uma vez que não só esse seu comportamento poderá constituir-se como uma ameaça para o paciente, mas sobretudo porque se sabe como esse processo de desenvolvimento desejado se encontra enraizado na relação transferencial do paciente com o terapeuta, e que sequentemente segue e evolui pela mesma transferência. Como já apontado linhas atrás, o processo de

fortalecimento do ego do sujeito psicótico, enquanto processo interacional que é, envolve inevitavelmente uma identificação deste com o terapeuta e com as suas atitudes, à qual se “conjuga” a identificação do terapeuta com o seu paciente. A tal, poderá corresponder a descrição daquilo que Kohut designou como uma “internalização transmutante” no intuito de sublinhar como o terapeuta deverá estar longe de se assumir como um “expectante” passivo de um qualquer processo terapêutico.

Sobre o conceito de self – objecto, tal como delineado teoricamente por Kohut (que recorde-se, com ele pretendia referir a significância do terapeuta como um objecto interno idealizado), Alanen (1997) considera que esta conceptualização deveria ser particularmente perspectivada como um elemento suporte, debaixo do qual não deixa de ser necessária uma abordagem psicanalítica mais detalhada e aprofundada.

Assim sendo, recorrendo a conceitos por Klein e Bion usados, Alanen (ibidem) entende, então, o terapeuta como um “contentor”, associado ao qual a significância da identificação projectiva e dos processos transferenciais não poderão jamais ser negligenciados enquanto instrumentos de intervenção.

Amaral Dias (2004) frisa como o trabalho psicoterapêutico passa com tanta exactidão pela atribuição de uma nova significação às partes da mente que o paciente não consegue pensar, e que por identificação projectiva as colocou no interior do terapeuta.

Assim, a tarefa de significação de todas as experiências emocionais para as quais o paciente não possui capacidade de transformação (como sabemos, por falha ou ausência da função alfa) é ao terapeuta que pertence.

A isto associa-se indiscutivelmente questões transferenciais que no que respeita a pacientes psicóticos assume características de extraordinária intensidade e complexidade.

Jaime Milheiro (1983) diria sobre a transferência do psicótico sob processo psicoterapêutico que “o analista será transferencialmente o que o psicótico nele vive, de forma fantasmática, e também o objecto real perdido, nele reencontrado” (Milheiro, 1983, p. 448). Uma vez mais aqui encontramos a referência à qualidade do terapeuta enquanto peça fundamental para a restauração de uma relação perdida. Uma vez mais se sublinha como o terapeuta, por Racamier (1973, 1974, 1976, in Milheiro, 1983) tantas vezes apelidado de “mensageiro da realidade” – entenda-se mensageiro e integrador das duas vertentes da realidade, interna e externa – se torna para o paciente psicótico num imprescindível modelo de identificação. Deste modo, poder-se-á afirmar, ainda com

Milheiro que no tratamento das psicoses o terapeuta conta mais por aquilo que é do que por aquilo que diz.

Searles (1965, in Buckley, 1988) salientou a variedade de formas sob as quais o sujeito psicótico expressa níveis intensos de transferência, e em que a partir dela tende a evocar no outro – nomeadamente no terapeuta – sentimentos e vivências eco/ de resposta igualmente intensos. Foi neste contexto que Cohen em 1952, parafraseado por Searles, elaborou uma observação considerada por este último como de valor extremo para o exercício da psicanálise em geral, e que aqui transcrevemos: “... it seems that the patient applies great pressure to the analyst in a variety of non verbal ways to behave like the significant adults in the patient’s earlier life. It is not merely a matter of the patient’s seeing the analyst as like his father, but of his actually manipulating the relationship in such a way as to elicit the same kind of behaviour from the analyst...” (in Buckley, 1988, p.257). Ou seja, em resposta à transferência do paciente psicótico, o terapeuta não somente agirá, comportar-se-á do mesmo modo como o fizeram os adultos significativos da infância do paciente, como intimamente experienciará, consigo mesmo, semelhantes sentimentos conflituais, tão profundos e intensos quanto aqueles outrora sentidos pelo paciente (e agora por ele activados no terapeuta) face a esses adultos do passado. O terapeuta experienciará ainda na relação entre ele e o paciente, através dos mecanismos de projecção e introjeção, intensas emoções conflituais, estas comparáveis aquelas que constituíram as fundações da psicose do sujeito doente.

É nesta medida que compreendemos como o envolvimento do terapeuta no tratamento da psicose é por diversa ordem de razões um envolvimento de extrema profundidade. Nestas razões encontra-se obviamente inerente o conhecimento sobre a importância e natureza da formação precoce do ego, cuja reelaboração e construção é central na terapia deste tipo de pacientes.

Já Sptiz (1959, in Buckley, 1988) sobre o desenvolvimento precoce do ego havia repetidamente realçado o papel fundamental da emoção na formação daquilo que ele descreveu como os “organizadores da psique”, durante os primeiros dezoito meses de vida do humano.

O porquê de aqui referenciarmos estes diferentes tópicos prende-se com o facto de ter sido a partir deles que Searles (1965, in Buckley, 1988) sistematizou as fases segundo as quais ele crê decorrer, generalizadamente, o curso de um processo psicoterapêutico com pacientes psicóticos esquizofrénicos.

Na base destas, Searles não esconde que tal esforço conceptual, seguramente difícil e complexo, se encontrou em grande parte assente na delineação freudiana das diferentes fases do desenvolvimento libidinal, também no quadro teórico de Erickson (1956) daqueles que são os processos de formação da identidade, sob a perspectiva de uma gradual evolução da personalidade através da resolução de crises psicossociais específicas, e ainda, nas considerações de Hartmann (1958) relativas ao processo de evolução do princípio da realidade no desenvolvimento saudável.

Assim sendo, as fases que para Searles, de acordo com a sua experiência clínica, melhor caracterizam a intervenção psicoterapêutica de um sujeito com psicose esquizofrénica, e que aqui apenas lhes faremos o apontamento referencial, serão: (A) fase de “out of contact”; (B) fase de ambivalência simbiótica; (C) fase de pré ambivalência simbiótica; (D) fase de resolução da simbiose e (E) como fase última: estabelecimento e elaboração de uma nova e ganha individuação através de novas identificações selectivas e sequente repúdio de anteriores identificações patológicas.

Sobre estas o autor explica que as primeiras três fases poderão ser entendidas como retratantes, sob ordem reversa, das fases pelas quais a doença esquizofrénica originalmente se formou, sendo que na sua perspectiva, as raízes etiológicas desta patologia são passíveis de serem lidas à luz das conceptualizações teóricas de Mahler (1952, in Buckley, 1988) sobre as psicoses autistas e psicoses simbióticas infantis, e dos trabalhos de Balint (1953, 1955, in idem, ibidem) respeitantes ao fenómeno da formação precoce do ego por ele observado na análise de pacientes neuróticos. Neste âmbito, Searles em 1958, teria já adiantado a sua convicção sobre a relação simbiótica entre paciente e terapeuta como uma fase necessariamente presente e constituinte do processo evolutivo da transferência numa intervenção terapêutica bem sucedida. Nesta linha, Mahler & Furer (1960, in Buckley, 1988), por Searles mencionados, haviam já enfatizado que as suas básicas e primordiais orientações no trabalho analítico com psicoses infantis residiam, grandemente, na necessidade de envolvimento e “vinculação” da criança paciente num tipo de experiência simbiótica correctiva, tal a sua imprescindibilidade.

Rosenfeld (1964), ao elaborar uma abordagem histórica sobre o percurso desenvolvimental do tratamento das psicoses, refere que na sequência do conhecido pessimismo freudiano sobre a possibilidade de análise de pacientes psicóticos, foi possível observar-se o aparecimento de dois principais eixos de intervenção deste tipo

de patologia. Por um lado, um primeiro grupo de analistas que fundamentaram a sua prática terapêutica na ideia de que o narcisismo do sujeito psicótico se poderia constituir como um sério obstáculo ao processo analítico, caso o analista não se dispusesse a mudar a sua atitude analítica usual. Como tal, e porque estes terapeutas entendiam o narcisismo do psicótico como causado por uma dada falha ambiental, organizaram a sua intervenção analítica no sentido de providenciarem ao paciente uma nova e melhor figura maternal, sob a forma mediada e transformadora do analista, para assim tentarem corrigir a deficiência ocorrida no seu ambiente precoce.

Entre alguns dos mais importantes representantes desta abordagem encontramos Clark (1933); Fromm – Reichmann (1948, 1952, 1954) – nos seus primeiros trabalhos – e Winnicott (1959 – 64, 1963), na fase última das suas conceptualizações (in Searles, 1986).

É associado a esta linha interventiva que encontramos Searles que, tal como aqui já referenciado por nós, defendia o intenso envolvimento do analista com o paciente psicótico, particularmente durante o que ele havia designado como fase simbiótica do tratamento analítico.

A transferência não é por este grupo de analistas recorrentemente analisada em termos das suas manifestações, mas é por eles usada de uma forma predominantemente positiva e como veículo facilitador da sublimação do narcisismo do paciente – relacionando a transferência com a libido objectal e com o mundo externo.

Não obstante, Searles e Fromm – Reichmann ter-se-ão, a dada altura do seus trabalhos, diferenciado deste grupo, no que respeita à análise da transferência que por eles passou a ser interpretada, na sua forma positiva e/ ou negativa.

Um segundo grupo de analistas, tal como considerado por Rosenfeld, terá sido aqueles que abordavam o narcisismo e outras manifestações psicóticas mediante a aplicação do modelo psicanalítico clássico, muito embora não se tenham absterido da introdução de pequenas alterações técnicas. Neste campo, surge-nos primeiramente Abraham nos anos de 1912 que entendia que as defesas narcísicas do psicótico poderiam ser francamente diminuídas através do uso da interpretação. Seguidamente, autores como Stern (1938, 1948) Stone (1954) e Bullard (1960) (in Searles, 1986) descreveram aquelas que seriam as características da transferência positiva e negativa dos pacientes psicóticos, ambas as quais acreditavam poderem ser analisáveis pelas interpretações verbais da transferência.

Segal (1956), Bion (1954, 1956, 1958) e Rosenfeld (1954), defendendo a não mudança da atitude clássica do analista, mas aceitando como necessárias alterações técnicas menores, fizeram sublinhar como as produções psicóticas, uma vez apegadas e associadas à transferência, poderiam assim ser interpretadas ao paciente.

Nesta medida, a forma pela qual eles tratavam e lidavam com o sérios distúrbios do pensamento e linguagem do paciente esquizofrénico, assentava exclusivamente no uso da técnica da interpretação, sendo que a tal não era alheio a compreensão de que estas dificuldades não eram mais do que expressão do mau funcionamento egoico do psicótico – enquanto ego perturbado na sua relação com a realidade interna e externa e também com os objectos externos e internos.

Perante as reflexões possíveis de ser elaboradas a partir de um olhar mais atento àquele que tem sido o percurso desenvolvimental das abordagens de tratamento psicanalítico durante praticamente um século, e tentando concomitantemente formar uma expectativa sobre o continuar deste caminho, podemos pelo menos com certa segurança afirmar que a esperança de Freud, sobre o tratamento da psicose se poder tornar numa possibilidade concreta e eficaz, é nos dias de hoje uma realidade crescentemente fundamentada.

Capítulo IV – Considerações acerca de uma Psiquiatria Inter cultural

1.

Passaram já 100 anos de história desde que o fundador da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin antecipou aquela que viria a tornar-se numa nova disciplina da psiquiatria comparativa, especialmente focalizada nos diferenciados aspectos étnicos e culturais da saúde e doença mentais (Kraepelin, 1904, in Jilek, 2001). Esta nova disciplina ter-se-á organizado desde os anos de 1950 sob a designação primeira de psiquiatria transcultural, a qual se supõe verdadeiramente introduzida por Erik Wittkower da McGill University, Montreal, fundamentando-se, então, em torno dos objectivos seguintes: identificação, verificação e explicação das potenciais ligações existentes entre as desordens mentais e todo o conjunto contextual de características psicossociais, diferenciadoras de nações, povos e culturas (Murphy, 1982, in Jilek, 2001). A esta disciplina associa-se, ainda, sobremaneira o interesse investigacional sobre a ideia de que a variação cultural, apesar de se supor mais pronunciada nas desordens reactivas e desordens neuróticas, não deixa, porém, de exercer significativa influência sobre o lidar e intervir nas perturbações psicóticas maiores.

De facto, Kraepelin foi dos primeiros investigadores científicos a pesquisar a possibilidade de poderem ser encontrados sintomas psicóticos entre as culturas não ocidentais. Nesta medida, concluindo que ambos os distúrbios psicóticos – a então demência precoce e a psicose maníaco – depressiva – apresentavam sinais de real ocorrência em Java, Índia Kraepelin qualificou esta sua observação sugerindo que os fenómenos delusórios e alucinatorios pareciam todavia, ser menos comuns em Java do que na Europa, e ainda que os estados de mania e de depressão pareciam expressar-se de forma mais ligeira e atenuada nesta zona oriental do mundo.

Igualmente, estudos maioritariamente conduzidos por antropologistas, realizados durante a primeira metade do século XX, reforçaram a ideia já germinada de que nos países não ocidentais se verificavam baixos índices de casos conhecidos de psicose.

Estes dados, então observados e constatados, pareciam revestir-se de tal segurança e concretude que na época alguns dos investigadores dedicados a esta área chegaram mesmo a colocar sob dúvida o facto da psicose esquizofrénica poder registar

alguma ocorrência significativa em determinadas sociedades, em particular naquelas que viviam segundo um estilo de vida muito próxima ao “estado da natureza”.

Neste contexto, surge-nos um relato feito por Seligman (1929, in Bentall, 2003) no qual tecia considerações acerca do povo de Papua, Nova Guiné, e onde sublinhou não ter observado evidências relevantes da ocorrência de algum “desarranjo” mental mais severo que fosse além de breves manifestações hipomaníacas entre os nativos dessas comunidades.

Ora, na sequência das reflexões surgidas a partir destes estudos do início do século XX, e no âmbito de uma perspectiva psiquiátrica intercultural foram sendo colocadas algumas questões pertinentes, das quais se realçou uma particularmente importante: *serão as desordens psiquiátricas um fenómeno universal, ou poderão considerar-se como culturalmente determinadas, no que respeita à sua conceptualização e formas subseqüentes de tratamento e intervenção?*

Fabrega (1993), professor de psiquiatria e antropologia da Universidade de Pittsburgh, debruçando-se sobre esta discussão argumentou que todas as culturas, passadas e presentes, nunca se revelaram alheias ao reconhecimento da existência de disrupções, ou distúrbios do comportamento humano, como sejam com certa especificidade todos aqueles comportamentos tidos como anormais, e por isso interpretados e julgados de modo negativo e estigmatizado por facilmente se verem associados ao distúrbio e perturbação da vida social organizada.

Contudo, Fabrega (idem, ibidem) adianta também que tal constatação não significa linearmente que a doença mental seja assim definida (dentro dos parâmetros do paradigma kraepeliano) como um fenómeno seguramente universal. Deste modo, legitimamente se lançou a discussão, *se sociedades distintas não tenderão a particularizar ou personalizar diferentes tipos de comportamentos, experiências e vivências como evidências sintomatológicas da doença mental?*

Sobre a interrogação central relacionada com a universalidade das desordens psiquiátricas, Bentall (2003) subdivide-a em duas questões diferenciadas: a primeira, *se experiências e comportamentos psicóticos, definidos de acordo com os critérios neokraepelianos, nos surgirão onde quer que os procuremos?* Segunda, *será que diferentes culturas tendem a desenhar sob um mesmo “modelo” e uma mesma perspectiva as ligações entre a sanidade e a doença mental?*

Todo este conjunto de questões envolvem em seu redor indubitáveis dificuldades de resposta, sendo que porém é a estas e tantas outras perguntas que os estudos interculturais procuram oferecer algum esclarecimento.

Desde cerca da segunda metade do século XX que de forma sistemática tem-se procurado demonstrar, através de metodologias de investigação comparativas, a influência cultural na expressividade sintomática, percurso evolutivo e recuperação das desordens psicóticas esquizofrénicas. Destes estudos, entre os mais proeminentes e dos quais emergiu um retrato renovado da psiquiatria intercultural, temos toda uma série de projectos de investigação de colaboração internacional patrocinados, na sua essência, pela Divisão de Saúde Mental da “World Health Organization” (WHO), como sejam o “International Pilot Study of Schizophrenia” (IPSS), e seu subsequente “International Follow – up Study of Schizophrenia”, e o projecto do “Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders” (DOSMED) (Jilek, 2001).

Numa primeira linha, estes estudos confirmaram desde logo que a síndrome psicótica, tal como originalmente descrita por Kraepelin e Bleuler (Kraepelin, 1896; Bleuler, 1911, in Jilek, 2001) tem real existência naquela que é a grande diversidade étnica e cultural dos grupos humanos. Todavia, o que os resultados destes mesmos estudos também fizeram realçar foi a patoplastia das perturbações psicóticas, isto é, os potenciais efeitos dos factores socio culturais, enquanto elementos moduladores (frise-se, não causadores) da doença mental e, portanto, co – determinantes da forma, evolução e “resolução” final dos distúrbios esquizofrénicos. E são então estes efeitos patoplásticos dos factores socio culturais aqueles que expressam particular relevância na destrição da forma como as manifestações psicóticas são não só entendidas, como vivenciadas, ora pelos sujeitos pertencentes a países desenvolvidos, ora pelos sujeitos oriundos de países em vias de desenvolvimento ou não desenvolvidos (idem, ibidem).

Bentall (2003) a este respeito fez sublinhar, então, a vantagem do alcance de resultados e dados de maior concretude e clareza em termos da evidência de diferenças interculturais, se na vez da utilização de conceitos gerais de diagnóstico como “esquizofrenia” – que num plano científico e mensurável resulta seguramente mais questionável – considerarem-se antes factores mais específicos e “singulares” como sejam os sintomas (entenda-se as designações ou conceitos que os representam).

Foi então no contexto desta orientação de investigação que se acedeu ao conhecimento de que os pacientes psicóticos pertencentes a países ocidentais desenvolvidos demonstram a predominância de maiores frequências de sintomatologia

depressiva, delírios primários e distúrbios do pensamento, comparativamente aos sujeitos dos países não ocidentais e em vias de desenvolvimento, que por seu lado, expressam níveis mais significativos de sintomatologia alucinatória (Sartorius et al, 1986; Jablensky et al, 1992, in Jilek, 2001).

No âmbito de um outro importante estudo comparativo elaborado sob a alçada do DOSMED, o qual envolveu uma equipa de mais de cem investigadores e abarcou países como Dinamarca, Índia, Colômbia, Irlanda, Estados Unidos, Nigéria, Rússia, Japão e Inglaterra, foram encontradas significativas diferenças na “qualidade” das manifestações atribuíveis à esquizofrenia consoante o país de origem. Tais evidências levaram os investigadores a pressupor, à laia de conclusão, que o conteúdo da sintomatologia psicótica tendia a identificar, e portanto a fazer sobressair, aquelas que seriam as especificidades inerentes aos problemas realmente existentes em cada uma das culturas e nacionalidades abrangidas (Katz et al, 1988). Ainda, a predominância de delírios persecutórios e de alucinações auditivas em sujeitos não esquizofrénicos fizeram os investigadores africanos sugerir que esta ordem de sintomas, presente entre pessoas pertencentes a um background cultural africano, poderia não ser necessariamente indicativa de um quadro de perturbação esquizofrénica.

Assim, ter-se-á tornado relativamente evidente neste tipo de estudos que os factores étnicos, culturais, os referenciais históricos e a existência de similaridades raciais podem de facto exercer uma franca influência nos devires da psicopatologia, cujo peso, inclusivamente, se considera maior do que uma eventual existência de proximidade geográfica (Malowski, 1986; Fujimori et al, 1987; Kim et al, 1993, in Jilek, 2001).

A estas conclusões não se poderá deixar de adicionar as observações sobre as designadas “culture – bound syndromes”, entendidas como desordens que aparentemente se encontram restritas a comunidades ou sociedades de características particulares (Jilek, 2001; Bentall, 2003).

Tal termo ou conceito terá sido introduzido na década de sessenta do século XX por Pow Meng Yap (Yap, 1969, in Jilek, 2001), sendo que a partir de então várias centenas destas condições têm sido citadas na literatura, muitas das quais sob nomenclaturas indígenas. Acresce-se ainda, que entre os conceitos de maior relevância e a partir dos quais se presume alguma generalização, foi inclusa uma sua lista em dois importantes manuais psiquiátricos, a saber, no glossário da DSM IV e no ICD – 10.

Alguns exemplos que poderão, neste contexto, aqui serem enumerados como “culture – bound syndromes”, e que uma vez atentamente estudados se revela claro que não se encontram exclusivamente associados a uma cultura específica, mas antes relacionados a uma dada característica cultural mais proeminente (tendo-se assim transformado numa importante variável presente em algumas sociedades), incluem, então, designações como (Jilek, 2001):

- “Koro” – entendida como uma doença observável no povo chinês, que afecta sobretudo sujeitos do sexo masculino, os quais crêem firmemente que os seus órgãos sexuais estão a encolher. Esta nomenclatura particular encontra-se integrada num agrupamento de síndromas culturais directamente relacionadas com os aspectos da fertilidade e procriação, verificáveis não só entre as culturas chinesas, como ainda nas da Malásia, Indonésia, Sri Lanka e Índia (porém sob designações diferentes).

- “Latah” – será uma outra expressão dada a uma afecção experienciada por Indonésios que desenvolvendo níveis exagerados e súbitos de reacções ou respostas, frequentemente se expressam aos gritos, usam palavreado rude e grosseiro e tendem ainda a mimetizar o comportamento das pessoas que estão fisicamente próximas a si. Encontra-se integrada num grupo de síndromas cuja ênfase cultural se refere a uma dissociação da aprendizagem. Observa-se não somente na Indonésia, como também na Tailândia, Filipinas, Sibéria, em populações rurais do Canadá francês, entre outras sociedades. Uma vez mais, assume nomenclaturas diferenciadas consoante a comunidade.

- Por último, os síndromas relacionados com o stress de aculturação, entre as quais particularizamos a psicose “witiko” – descrita como uma desordem rara observada em índios “algonquian” canadianos que, uma vez atingidos por ela, acreditam encontrar-se possuídos por vampiros. Também mencionáveis nesta “categoria” são as depressões “anomie”, descritas na população indígena norte americana, sujeita a pressões e mudanças socio – culturais razoavelmente intensas.

Ora, na verdade, não têm sido raras as tentativas de psiquiatras ocidentais no sentido da elaboração de descrições compreensivas acerca destes síndromas, argumentando sequentemente que, não obstante o conteúdo das desordens mentais se poder considerar variado, a forma dessas desordens permanece, porém, constante entre as várias culturas. Deste modo, as “culture – bound syndromes” poderiam ser entendidas como expressões localmente modeladas de distúrbios mentais que na

verdade são universais, de tal forma, que por exemplo a psicose “witiko” poderia assim ser lida como uma variante não usual da psicose esquizofrénica.

Contudo, de acordo com Bentall (2003), ao incorrer-se nesta linha de raciocínio, corre-se potencialmente o risco de se ignorar aqueles que são os factores culturais específicos, responsáveis pela modelação do comportamento observado, e assim tender-se para uma generalização cega da taxonomia dos comportamentos perturbados, tal como estruturada e apurada pela psiquiatria ocidental.

Presentemente não se pode seguramente afirmar como óbvia e indiscutível a supremacia da taxonomia e modelos de compreensão psiquiátrica ocidentais sobre os modelos e perspectivas não ocidentais. Contudo, também nada nos poderá fazer assegurar a situação inversa.

O que nos surge então em torno deste debate é, por um lado, a posição marcada dos defensores do universalismo biopsicológico, que entendem portanto, como já o dissemos linhas atrás, as “culture – bound syndromes” como manifestações mais ou menos claras de uma psicopatologia humana universal, e apenas influenciada ou modificada por variáveis culturais particulares, e por outro, os “aderentes” do relativismo cultural etnológico que interpretam estas condições como criadas/geradas por aspectos típicos de uma determinada cultura (Jilek, 2001).

Não podemos deixar de considerar, em certa medida, tal tipo de discurso como ligeiramente redundante, uma vez que os síndromas usualmente alvos destes debates, não se encontram exclusivamente “vinculados” a uma cultura específica, ainda que claramente se relacionem com dadas ênfases socio – culturais ou situações de stress especiais, mas passíveis de ocorrer numa diversidade abrangente de sociedades.

Não obstante, do estudo e reflexão dos “culture – bound syndromes” podemos garantidamente retirar aquele que é o seu real e verdadeiro testemunho que é não mais do que a profunda influência que os factores e variáveis de natureza cultural são capazes de exercer, não somente sobre a mente humana, como ainda sobre a forma como se alcança a sua percepção e compreensão.

2.

Posto isto, temos que algumas das principais implicações resultantes da investigação intercultural em psicopatologia se centra na conclusão, seguramente razoável, da existência de uma inter – relação dinâmica e significativa entre a experiência e manifestações da perturbação mental e os factores socio – culturais, sem dúvida dotados de grande diversidade e complexidade.

Dois pontos pertinentes são aqui dignos de ser realçados: um primeiro que, partindo do pressuposto de que a investigação em psicopatologia assente que está no alcance da compreensão da natureza e condição humanas, não poderá deixar de entender e apreender a interacção existente entre biologia e cultura. Deste modo, o conceito de cultura será aqui necessariamente abordado, porque indiscutivelmente envolvido naquela que é a construção, pelo homem, de um mundo simbólico, que sequentemente o tornará capaz de se fazer adaptar, ou não, ao seu vasto conjunto de circunstâncias de vida.

E um segundo ponto que nos surge na sequência de todo este conjunto de reflexões e que se reporta à necessidade, defendida por alguns autores (Thakker et al, 1999; Singelis, 2000; Kagitcibasi, 2000; Quartilho, 2001, entre outros) da elaboração de uma definição de distúrbio mental capaz de em si acomodar a complexa interacção entre as variáveis psicológicas, biológicas e socio – culturais.

A questão sobre como poderemos definir cultura, tendo naturalmente presente que não existe apenas uma, mas uma quase inumerável diversidade delas, no seu sentido literal, não tem sido consensualmente concretizada ou alcançada.

Gertz (1973, in Quartilho, 2001, p. 50), sobre esta discussão, e no sentido de salientar que independentemente da forma como se pode defini-la, a sua existência é inequivocamente intrínseca ao ser e viver humano, afirmou recorrentemente que se não existisse o homem, certamente não haveria cultura, mas também, e mais significativamente, se não existisse cultura, não haveria homem.

Diversas têm sido as versões e definições deste conceito, sendo que a sua primeira elaboração se supõe inaugurada por Tylor em 1871, sendo que segundo este autor, cultura ver-se-ia definida como um todo complexo no qual se inclui os conhecimentos, crenças, artes, regras morais, leis, costumes e todas as outras

capacidades e hábitos adquiridos pelo homem, enquanto membro de uma sociedade (Quartilho, 2001).

Bastantes anos mais tarde, Kroeber e Kluckhohn (1952, in Singelis, 2000), baseados numa vasta revisão teórica propuseram como definição de cultura, aquilo que consiste num padrão explícito e implícito de comportamentos e modelos de comportamentos, adquirido e transmitido através de símbolos, padrão esse que é constituído pelas diferenciadas performances dos grupos humanos, incluindo a forma como empreendem e se envolvem nas suas criações. Continuando, para estes autores, cultura, fundamenta-se, na sua essência, num todo de ideias historicamente derivadas e seleccionadas, e em particular no valor ao qual essas ideias se encontram vinculadas; assim, os sistemas culturais poderão considerar-se, por um lado como produtos da acção, e por outro, como elementos condicionadores de subseqüentes acções.

Seguindo esta linha, Gertz (1973, in Quartilho, 2001) elaboraria uma definição algo semelhante, entendendo então a cultura como um padrão de significados historicamente transmitidos, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas e expressas em formas simbólicas, através das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e atitudes em relação à vida.

Ora, um dos mais notáveis aspectos presentes nestas duas definições é aquele que faz sublinhar a cultura como um sistema que em si prende a capacidade de se auto perpetuar. Isto é, operacionalmente a cultura entende-se como uma variável simultaneamente dependente e independente, uma vez que concomitantemente condiciona e é condicionada pela acção do humano.

Através das suas instituições, rituais, práticas de socialização e padrões inter-relacionais, a cultura não poderá deixar de ser entendida como variável que potencia, que proporciona um guia condutor e estruturante, inevitavelmente implicada na formação da cognição do sujeito individual e social. Não obstante, sendo uma componente intrínseca ao contexto e ambiente do homem, é também por ele certa e claramente construída, perpetuada e modificada pelas suas acções, crenças e representações (Singelis, 2000).

Subjacente a esta ordem de ideias encontra-se um acento construcionista, no qual o conceito de self assume especial relevância, enquanto parte segura de um multiverso social: se a construção do self é potencialmente influenciada pelo contexto cultural onde se insere, também exerce franca e óbvia influência no agir social e cultural.

Sob uma perspectiva essencialmente antropológica, Durham (1991) indicou certas propriedades básicas da cultura, que não deixam de se revelar importantes no estudo da correlação entre biologia e a cultura.

Enquanto propriedade primeira temos a *realidade conceptual da cultura*, a qual é *codificada simbolicamente* – a seguinte propriedade. Expressa-se como sistema ordenado de significados e símbolos, em termos dos quais o indivíduo define a sua realidade (interna e externa), expressa sentimentos e elabora juízos, portanto interpretam a sua experiência e orienta a sua acção (Quartilho, 2001).

Não resistimos em aqui fazer lembrar Lacan (1953), que a partir de uma perspectiva estruturalista, ao distinguir três registos da realidade humana – o simbólico, o imaginário e o real – fala do primeiro, o simbólico, como uma ordem de fenómenos, uma estrutura, que se organiza como uma linguagem, sendo que esta é aquilo que fornece ao indivíduo uma base essencial para o reconhecimento da sua própria identidade (Lacan, 1953, in Mijolla & Mijolla – Mellor, 2002).

A cultura, que aqui também poderemos entender como um tipo específico de linguagem, surge-nos como esta noutras vertentes, como um elemento intermediário entre o homem, o mundo, os outros homens e si mesmo.

Uma outra propriedade atribuída prende-se com a sua característica de *transmissão social* – dentro ou através das populações. Sob uma visão antropológica, isto significa que uma boa parte daquilo que as pessoas sabem é aprendido através de outras pessoas, sendo que esta aprendizagem pode resultar da observação, ou mediante a apropriação de regras vigentes. Assim, a cultura será também um corpo difuso de aprendizagens diversas, transmitido de geração em geração (Quartilho, 2001).

Fazendo novamente aqui um breve apontamento na ordem do pensamento psicanalítico, temos que parte desta transmissão de valores, normas e vivências culturais, se elabora naturalmente por identificação, sendo que neste sentido Piaget (1935, in Grinberg, 1998) nos ofereceu indicações bastantes para a compreensão sobre o processo mediante o qual o sujeito internaliza as regras, os valores – também culturais – que lhe servirão de sistema de referência, não somente para se perceber a si próprio, como também para perceber o outro, e claro o seu contexto socio – cultural.

Assim sendo, o indivíduo aprende a inserir-se numa dada trama e contexto de relações socio – culturais e a identificar-se com o papel cultural do outro – individual e social – e com o seu próprio papel que nas suas diversas dimensões passa igualmente pelo cultural.

Sabemos desde Freud que as relações com os objectos se estabelecem fundamentalmente por meio dos mecanismos de identificação. Não temos porque duvidar que com o objecto “cultura”, sua integração e aprendizagem se processe de modo diferente.

Retomando a referência antropológica das propriedades da cultura, surge-nos finalmente aquelas que são designadas como a *organização sistémica* e a *história social*, vendo-se então a primeira relacionada com a estrutura e organização da cultura e a última no sentido de explicar como as ideias, valores e crenças, suas caracterizadoras resultam de formas prévias pertencentes à história cultural do passado.

Freud (in Grinberg, 1998), desde logo adivinhou a importância da consideração do super – eu naquela que seria uma valiosa ajuda para a compreensão do comportamento social do homem. Com isto pretendeu fazer realçar o super – eu como uma espécie de representante arcaico de um determinado tipo de moralidade, potencialmente perpetuadora do passado e de todo um conjunto de tradições, face às quais o super – eu exigirá obediência e submissão. Deste modo, diz Freud, “o super eu da criança não é edificado, na realidade, de acordo com o modelo dos pais, mas de acordo com o super –eu parental; recebe o mesmo conteúdo, passando a ser o substrato da tradição de todas as valorações permanentes que, por essa via, se transmitiram através das gerações” (in Grinberg, 1998, p. 94).

Assim, Freud mostrou como a humanidade nunca vive completamente no presente, sendo que a expressão dos aspectos sociais e culturais, próprios de uma específica comunidade, podem ser entendidos como aqueles que nos mostram a sobrevivência do passado, das tradições que, muito embora sejam passivas de ser influenciadas pelo presente, apenas o serão de forma algo lenta.

A reflexão sobre a variável cultural é seguramente objecto de interesse seja pela disciplina da antropologia, como pela psicologia e psiquiatria, permitindo de acordo com a sua definição e objectivos previamente delineados, a consideração de diferenciadas dimensões de análise.

Neste âmbito, a dimensão social / inter relacional pode constituir-se enquanto elemento auxiliar na compreensão, por exemplo, do modo como os factores culturais poderão interferir e influenciar a percepção e interpretação dos sintomas e perturbações psiquiátricas. Nas palavras de Quartilho (2001) oferece-nos ainda uma “perspectiva de actor” mediante o entendimento dos elementos cognitivos e, também emocionais, que

medeiam o processo de reconhecimento da doença pelo outro e por si mesmo. Continuando com este autor, se é certo “... que a experiência fenomenológica das doenças é variável e depende da cultura de contexto, a dita mediação emocional e cognitiva poderá situar-se algures no lugar onde acontece a confluência de crenças tradicionais e biomédicas, sendo que faz parte integrante de um processo geral de assimilação de informações, mais ou menos distorcido (porque filtrado pelo sujeito), e que se constrói no mundo imediato, pré científico, onde uma realidade partilhada, em negociação constante, ajuda a organizar a experiência subjectiva de uma doença” (Quartilho, 2001, p. 55).

Mason (2002) diria, a propósito de conceito de cultura e de como esta medeia e influencia as atitudes, crenças e reacções perante a saúde e a doença, que apesar de todo este conhecimento inter – relacional se encontrar fundamentado, não se pode, mesmo assim, esquecer a consideração de que muitos dos elementos subjacentes a uma dada cultura se revelam, mensuravelmente inatingíveis, em termos da sua observação, como seja o caso das crenças, valores e ideias que os sujeitos incorporam na sua forma de ser e de interpretar o mundo. O que se consegue sobretudo alcançar é inferir essas componentes a partir do comportamento exibido, ou expresso. Nesta medida, o background cultural dificilmente se vê medido e explanado separadamente daquela que é a particularidade ou especificidade dos processos psicológicos do (s) sujeito (s) em estudo.

No início da parte dois deste capítulo referimos como vantajosa a elaboração de um esboço definatório em torno do que se entende por distúrbio mental, pretendendo que tal definição, na óptica de diversos autores, pudesse conter toda uma complexa teia de variáveis correlacionáveis.

Assim sendo, Thakker et al (1999) propõe-nos, sob a óptica de uma perspectiva complementar, uma definição assente em princípios de natureza construtivista, os quais entendem o indivíduo como sujeito activo na construção da sua realidade interna e externa (englobando esta o seu contexto socio – cultural, que naturalmente serve como mediador parcial da construção do seu conhecimento e experiência).

Segundo Thakker (ibidem) uma razoável definição de distúrbio mental será aquela que não se alheie do conhecimento da inequívoca variabilidade entre indivíduos e admita, em consonância, que pouco ainda se sabe acerca dos específicos mecanismos psicofisiológicos que fundamentam a maioria das perturbações ou distúrbios mentais.

Deste modo, o autor defende uma definição que, não somente em si contenha as necessárias componentes biológicas e sociais, como ainda, inclua a consideração de um self activo, que se inter – relaciona com essas variáveis.

O conceito de self é pois um elemento central na análise construtivista do distúrbio mental, sendo certa a convicção de que é a partir dele que a construção da realidade toma lugar.

Recordemos Piaget (1970) quando diz que uma particularidade do pensamento humano é a sua possibilidade de semiotizar, portanto de representar qualquer coisa por outra coisa. Neste sentido, o sujeito usa a linguagem (uma das modalidades de semiotização) para interpretar e evocar um significado, e ao fazê-lo encontra-se não mais do que a construir a sua realidade.

Ora, sendo assim, o indivíduo, envolvido que está neste processo de construção, fá-lo sob uma forma única, expressando o seu cunho pessoal, isto é, personalizando as suas vertentes biológicas e sociais.

Também a expressão do distúrbio mental, pode-se considerar-se, nesta linha, como única, uma vez que o processo patológico fundante dessa perturbação diz respeito aquele indivíduo em particular e ao modo específico como ele interpreta e constrói a sua realidade (Thakker et al, 1999).

Por tal, pode-se razoavelmente supor que duas pessoas inseridas num mesmo contexto socio – cultural poderão, sem dúvida, demonstrar sintomas semelhantes, mas experienciá-los e vivenciá-los de forma diferenciada.

Temos então presente que, de acordo com a perspectiva construtivista, o self invariavelmente influencia toda e qualquer manifestação psicopatológica, pois mesmo que se encontrem obviamente implicadas componentes fisiológicas e socio – culturais significativas – cuja existência não é colocada em dúvida – a verdade é que estas componentes não têm como não estar conectadas e intra – relacionadas com o indivíduo. Daqui a interpretação idiossincrática do fenómeno psicopatológico.

Thakker (ibidem) propõe-nos, desta forma, uma definição construtivista do distúrbio mental, sob a forma de um sistema dinâmico constituído, na sua essência, por quatro componentes inter – relacionadas e interceptadas entre si, cuja central é o self e as outras, não menos importantes, as variáveis biológicas, psicológicas e socio – culturais (figura 1).

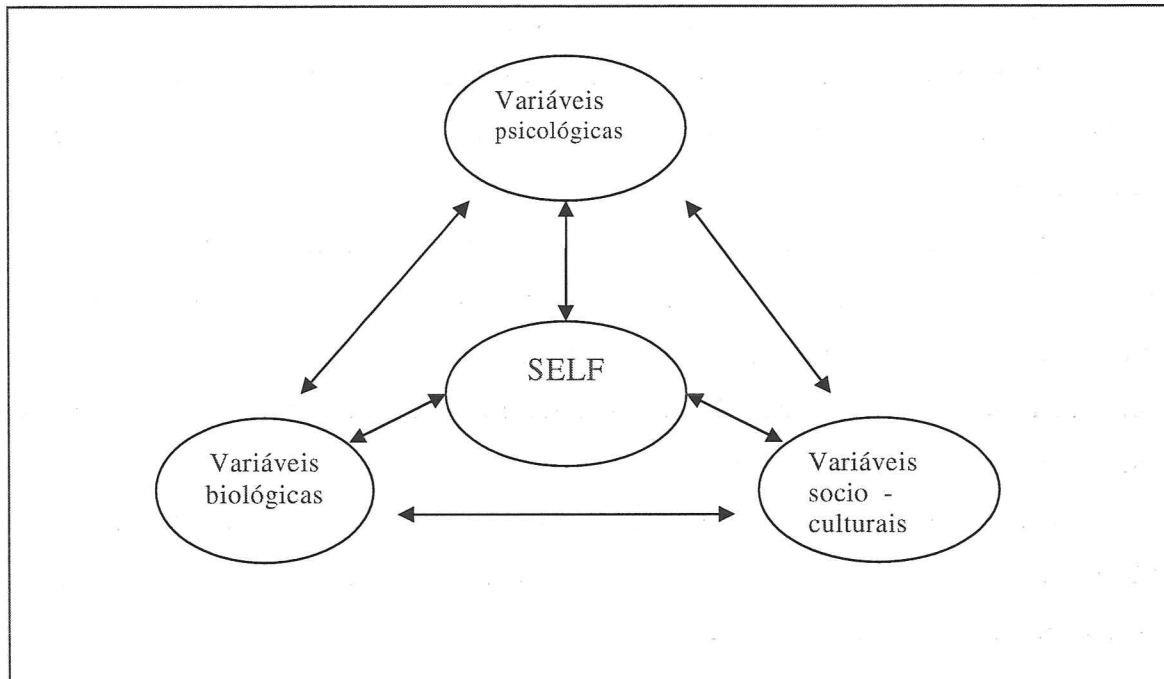


Figura 1 (in: Thakker, J.; Ward, T.; Strongman, K., 1999)

Este sistema, aqui ilustrado, apresenta-nos uma compreensão do distúrbio mental sob a forma de um sistema complexo de variáveis inter – actantes com a componente self, entendida como um processor central rodeado pelas três outras dimensões, e através de todas as quais se correlacionam os vários aspectos da patologia da psique.

Não obstante, tal como figurado pelas setas externas, consideram-se igualmente as interacções directas entre as restantes variáveis, não tendo que ocorrer necessariamente intervenção mediadora do self. Nesta dimensão, o autor exemplifica casos como os de desordens neuroquímicas particulares que directamente podem implicar mudanças no funcionamento e equilíbrio psicológico do indivíduo.

De acordo com esta compreensão, o distúrbio mental é-nos, então, explanado como um esgotamento sistémico que necessariamente envolve a disrupção de um ou vários níveis de funcionamento que, sequentemente, implicará mudanças no todo desse sistema, tendo presente, no entanto, que os distúrbios expressados tenderão a diferir consoante a extensão e nível de envolvimento das várias componentes.

Não apenas essas diferenças se associam à complexidade própria de cada um dos aspectos do sistema, cuja complexidade se torna tanto mais crescente quanto maior a

interactividade entre elas, como inevitavelmente se relacionam também com a idiossincrasia do self – que igualmente afectará todas as outras variáveis.

Neste sentido, no que respeita ao conceito de self e no âmbito de uma visão social e inter – cultural, este tem sido compreensivamente definido consoante as características ou “classificação” das sociedades culturais: isto é, conforme são culturas designadas como individualistas ou culturas colectivistas. Para as primeiras, o self é sumariamente concebido como uma componente autónoma e independente dos fenómenos grupais, fundado grandemente na “crença de que o indivíduo é um fim em si mesmo, e como tal procura realizar o self e cultivar o seu próprio juízo, opondo-se ao peso penetrante das pressões sociais...” (Gould & Kolb, 1964, in Neto, 1997, p. 27).

Por seu lado, as culturas colectivistas definem o self em termos de identidade de grupo e de interdependência com os diferentes elementos do seu grupo contextual.

Sendo assim, se o comportamento e self individualistas poderão ser entendidos segundo um princípio do prazer, onde se sucede como que uma contabilização dos ganhos e perdas, cuja dimensão social se deseja independente e emocionalmente desligada do colectivo, o self colectivista assume um comportamento em função das normas e deveres impostos pelo grupo, cujos objectivos têm franca primazia sobre os objectivos de natureza individual (Neto, 1997).

O porquê de aqui frisarmos esta referência, ainda que breve, prende-se com o facto de que, em investigação intercultural, não deverá ser relevado que diferentes tipos de culturas (individualistas vs colectivistas) exibem também diferenciadas formas de percepção do self.

Ora, tal consideração potencializa mais ainda a complexa idiossincrasia do self que falámos parágrafos atrás. Não só temos presente a variabilidade do self consoante o sujeito individual (com as suas características de personalidade muito próprias), como temos ainda a variabilidade cultural do que se entende por self.

Vejamos o interessante exemplo dado por Mason (2002) quando refere que a noção e concepção ocidental do self – enquanto aspecto diferenciado e autónomo, possível de se rever independente do seu ambiente e liberto de controlo externo e contextual – se revela absolutamente estranha e até “alienígena” a muitas outras culturas mundiais, como sejam algumas africanas e da Ásia oriental. O caso da cultura Innu surge-nos como um exemplo extraordinariamente extremo, uma vez que neste tipo de sociedade não existe sequer na sua linguagem a palavra para a referência de si, do self,

enquanto pessoa individual (Page & Berkow, 1991). Dir-se-ia, pois, que aqui a identidade individual como que reflecte a pertença ao grupo, portanto identidade grupal. Ou ainda, que o self individual se encontra “aninhado” num self bem mais abrangente, por exemplo num self familiar ou num self grupal.

Assim, relativamente ao modelo de compreensão do distúrbio mental de Thakker et al (1999) que se deseja aplicável inter culturalmente, poderíamos modestamente comentar que, não obstante a sua validade e extensão segundo a qual poderá realmente alcançar a explicação e unificação dos fenómenos psíquicos, não deixa, porém, de revelar ainda alguma simplicidade, ou talvez parcialidade.

Parte desta parcialidade é também sobressaída, diríamos nós, por certa ausência de referência às componentes afectivas, emocionais, indispensáveis à compreensão do psiquismo humano, funcione ele “saudavelmente” ou patologicamente.

Também estas variáveis – as emocionais – não se poderão não considerar como universais. A forma como são expressadas ou exibidas, aí sim, se podem entender como culturalmente determinadas. Mas frisemos: a ideia de que a cultura tem fundas raízes afectivas e emocionais não parece levantar grande controvérsia.

Neste seguimento, no modelo de Thakker, a emoção, cuja inclusão gráfica não nos é clara – se incluída nas variáveis psicológicas, ou na componente central self – parece-nos parcamente valorizada, naquela que é a sua interferência no sistema de definição compreensiva do distúrbio mental.

Partindo do conhecimento prévio acerca da conceptualização cognitivista e sua parente “rica”, a construtivista, poderemos neste modelo sub – entender que a emoção nos é, eventualmente apresentada como uma reacção mais ou menos dependente de condições cognitivas prévias, ou de factores socio – culturais (que também condicionam sobremaneira a forma como o sujeito lida e apreende o real), ou ainda, concomitantemente dependente das variáveis biológicas.

Pedro Luzes (2004) afirma a emoção como não podendo ser entendida como uma concomitante de um qualquer acção ou processo cognitivo. E neste sentido, continua: “se as emoções fossem apenas uma transformação ou fenómeno associado, de estados cognitivos, deviam ser reacções efémeras, epifenómenos, destinados a apagar-se aos poucos na evolução do indivíduo (...) devido ao seu fraco valor funcional. O que se verifica é o contrário: as emoções têm funções de comunicação e motivadoras importantes. Além disso, (...) governam de maneira soberana certas épocas da nossa

vida (...) e são necessárias para a interiorização dos objectos e das relações “ (Luzes, 2004, pp 221 – 222).

Daqui, diríamos que a interiorização do objecto cultural também não poderá não ser governada pela emoção.

Ora a culturalidade é pois indissociável da emoção que em parte a funda e, em parte a alimenta. Mas a verdade é que “circularmente” também a cultura em si se revela importante na forma como as emoções são configuradas e expressas ao outro.

Neto (1997) demonstra esta última evidência a partir de diversos estudos antropológicos e de investigação psicológica (Friesen, 1972; Edelman & Neto, 1989; Ekman, 1992, in Neto, 1997). Os resultados obtidos mostraram como expressões emocionais biologicamente inatas interagem com regras de exibição, culturalmente definidas e aprendidas, na produção de expressões emocionais em interacção.

Assim, pessoas de culturas diferenciadas podem de facto expressar emoções de forma diferente, assumindo obviamente esta variabilidade de expressão uma característica própria das culturas. A temporalidade das emoções permite, sem dúvida, uma qualidade estruturante e integradora, por isso, intrinsecamente associada e semelhante à qualidade temporal da componente cultural.

Pensamos, deste modo, que uma definição válida e aplicável inter culturalmente deverá, pelo menos, em si integrar e não menosprezar a emoção, enquanto condição tão extraordinariamente humana.

Capítulo V – Aspectos Relacionais e Vivenciais do Técnico de Saúde Mental face ao Doente Psicótico.

A propósito dos objectivos de uma intervenção terapêutica em sujeitos psicóticos – consideração, em parte, reveladora da distância crescente relativa aos tempos pioneiros da abordagem psicoterapêutica das psicoses, cujos mestres fundadores chegaram a colocar em dúvida a possibilidade de estabelecimento de uma relação terapêutica com este tipo de pacientes (e, portanto, a viabilidade de um curso psicoterapêutico eficaz) – Jaime Milheiro (1983) define, então, como objectivo central a procura de um funcionamento psíquico diferente, variável, concerteza, consoante o tipo de psicose e assim condicionante das estratégias escolhidas.

A isto associado, temos um conhecimento básico que nos dita que toda a intervenção psicoterapêutica pressupõe sempre uma relação de confiança, uma relação interpessoal assente na criação e manutenção de uma aliança terapêutica entre os intervenientes, tanto mais particular e recheada de complexidades quanto mais grave for a patologia do paciente.

Neste sentido, somos chamados à atenção pela especificidade das dificuldades encontradas no trabalho terapêutico com sujeitos psicóticos, sabendo de antemão que a identificação recíproca terapeuta – paciente (caracterizada sumariamente pela existência de um movimento bilateral aproximação – distanciamento, e introjeção - projecção), é componente necessária e indissociável de todo e qualquer processo de intervenção terapêutica. É precisamente aqui, continuando com Milheiro que se poderão observar complexas vicissitudes no sentir e intervenção dos terapeutas, uma vez a consideração das quantidades de angústia que a estranheza da vivência psicótica em todos provoca (Milheiro, 1983, p. 446).

Coimbra de Matos, diria que quanto maior for a distorção do eu, potencialmente maior será a projecção no outro das partes rejeitadas, não toleradas e aceites do self, sendo que assim aí encontramos, não somente a identificação projectiva patológica clássica (tal como descrita por Klein), como ainda a transferência negativa, a projecção do mau objecto interno recalcado. Neste campo encontramos, pois, as personalidades francamente perturbadas, como sejam as psicóticas (Coimbra de Matos, 2002).

Deste modo, Milheiro (1983) reforça como no labor terapêutico com psicóticos a aproximação identificatória com o paciente pode, por vezes, resultar tão difícil

(diríamos, por receio inconsciente de que com o louco se poder identificar), assim como a distanciação também o poderá ser, posto que “permitir a loucura do outro e estar dentro dela sem prejuízo, implica uma aceitação profunda da psicose e da sua própria angústia por parte de quem a trata, com uma conservada liberdade emocional suficientemente distanciada de forma a poder manter o discernimento...” (Milheiro, 1983, p.446).

A proximidade ou contacto com um sujeito psicótico, seja relativa ao tratamento terapêutico do paciente no âmbito institucional, ou individual, sabe-se, como já assinalado, despoletador de níveis de ansiedade, por vezes muito significativos. Não é pouco frequente observar-se que, sempre que um paciente, numa unidade psiquiátrica entre em descompensação psicótica, a maioria dos elementos da equipa técnica, médicos, enfermeiros, psicólogos, demonstrem francos estados de angústia, de ansiedade. Poderemos pois questionarmo-nos que ansiedade é esta, porquê o impulso e reacção de alguém que está junto a uma pessoa louca (termo genérico com o qual tantas vezes se refere a psicose) é o de querer afastar-se dela? Questão esta que é certamente válida, inclusive para os técnicos especializados em saúde mental.

Symington (1999, a) adianta-nos uma sua reflexão a este propósito. Em termos técnicos e psicanaliticamente compreensivos é seguramente certa a ideia de que a única forma eficaz para se conseguir comunicar, entrar em relação com um indivíduo psicótico é mediante a “exposição” da área psicótica da mente do terapeuta. Isto é, através da “activação” daquela que é parte louca do próprio terapeuta/ analista. Todavia, este conhecimento não é ainda suficiente para nos permitir compreender a qualidade de ameaça que daqui sobressai e, portanto, a ansiedade daqui potencialmente gerada.

O autor crê poder apontar algumas considerações, justificadoras, em parte, desta ordem de vivências. Uma ideia prende-se com os níveis de dor mental extraordinariamente intensos do psicótico, que com ele o terapeuta sabe que terá de partilhar, e não menos tolerar, suportar e elaborar. Na psicose a quantidade e intensidade da emoção expressa-se de tal modo extremo que subjaz a sensação de que todos os limiares foram ultrapassados, ou melhor extravasados. Associado a isto, e porque na psicose encontramos a fúria persecutória, a raiva, um ódio intenso e profundo a toda a realidade, é sabido que tal vai ser inevitavelmente experimentado pelo técnico interveniente. Symington (1999, a) diz-nos que doses tão elevadas de tais emoções correspondem precisamente àquelas que mais rápida e facilmente são capazes de magoar o outro, de lhe tocar na sua vulnerabilidade e fragilidade. Esta precisão, dir-se-ia

devastadora, é aquela que estando em falta no neurótico, existe em larga abundância no psicótico.

Por último, em conjunção com tudo anteriormente dito, temos ainda, de acordo com Symington (ibidem) que por trás da ansiedade sentida perante o louco se encontra a exposição da possibilidade de desintegração e desafio do ego do terapeuta, como que em resposta à “activação” da parte louca da sua mente.

O sujeito psicótico, na medida em que vive num estado de fragmentação, cujas suas diferentes partes da mente não se encontram unificadas, nem tão pouco interligadas, faz então com que o outro, pela transferência, experimente e vivencie em si as projecções destes fragmentos. Assim sendo, estes fragmentos somente poderão ser contidos pelo terapeuta através, daquilo que Symington designa, como a sua certeza e liberdade internas, sendo apenas possível, porque as suas diferentes partes mentais se encontram seguramente interligadas. Não obstante, poder-se-á falar de um verdadeiro desafio quando nos referimos à natureza do trabalho psíquico que o analista tem que enfrentar, pois que os seus elos fracos serão o “alvo” preferencial do devir psicótico e, por isso, irresistivelmente atacados.

Temos aqui, então, várias e importantes questões que associadas a esta problemática não podemos deixar de aprofundar. Uma delas, relacionada com o binómio transferência – contratransferência, a compreensão e análise de uma e outra, enquanto componentes intrínsecas à técnica psicoterapêutica e instrumentos indispensáveis ao conhecimento da mente em relação. Uma outra questão, intimamente relacionada com o binómio anterior, que se refere naturalmente ao binómio projecção e contra – identificação projectiva.

Precedendo tudo isto e necessariamente englobando todos eles, uma reflexão sobre a especificidade da relação paciente – psicoterapeuta, reflexão esta em parte guiada pela denominada teoria relacional psicanalítica.

Começaremos, então, precisamente por aqui.

V.I. O campo da relação terapêutica

Desde Freud que se encontra assegurada a ideia/ fundamento de que a relação paciente – psicoterapeuta/ analista é componente central do processo psicanalítico. Tal assunção é indiscutível, assim como indubitável também é o conhecimento de que a qualidade da relação estabelecida entre um paciente e a pessoa que dele se propõe ocupar, ajudar é determinante no decurso do processo de intervenção e tratamento.

Ainda que, acrescente-se, alguns modelos de intervenção não contemplem de todo, ou de modo aprofundado esta inerência do tratamento, enquanto instrumento de trabalho, tal não deixa de poder ser observado, percebido, e vivenciado pelos diferentes intervenientes nesse processo.

Assim, diversas escolas do pensamento psicanalítico têm-se debruçado no estudo da relação paciente – terapeuta no processo psicanalítico, ainda que de certo modo se possa dizer que o façam sob a óptica de determinadas teorias ou paradigmas teóricos, como por exemplo: a teoria kleiniana cujos “seguidores” contemplam os impulsos e fantasias que em si são projectados por um paciente atormentado por ansiedades e defesas paranoides, pela culpa persecutória, pela culpa depressiva; a psicologia do self, cuja exploração da relação analítica contempla as “exigências” dirigidas do paciente em busca de self objectos adequados; ou ainda a teoria freudiana do conflito impulso – defesa.

Neste contexto, a designada psicanálise relacional⁹ tem-se firmado como uma das “vertentes” que mais se dedicou ao estudo da relação em si mesma, portanto de todos os processos psicológicos colocados em marcha naquele que é um encontro dialogante entre duas pessoas, sem que naturalmente o encontro psicanalítico aqui se constitua como uma excepção, seja qual for a orientação teórica do terapeuta/analista.

Assim, tratando-se a relação terapêutica de uma situação com características peculiares, específicas, visa-se aprofundar o mais possível o entendimento do que sucede entre os seus protagonistas – isto é, entre uma das pessoas que solicita ajuda psicológica, e uma outra que se dispõe ajudá-la, sendo esta uma característica que se

⁹ A denominada teoria relacional psicanalítica, ou também designada psicanálise relacional, poder-se-á apontar como o resultado da convergência de escolas ou correntes da teoria e pensamento psicanalíticos distintas, com particular referência às teorias britânicas das relações objectais de Klein e Fairbairn, à psicanálise interpessoal norte americana por Sullivan inspiradas e continuadas por Erich Fromm e Frieda Fromm Reichman, e as investigações diversas sobre o desenvolvimento infantil (Coderch, 2001; p. 124).

pode afirmar invariável e regente de toda a relação terapêutica – sendo que a atenção especial à relação em si mesma será potencialmente aquela que permitirá captar, com certa exactidão, determinadas tonalidades da relação que poderiam passar despercebidas ao psicoterapeuta. O que esta vertente do pensamento psicanalítico se propõe então sublinhar centra-se no estudo da interacção constante entre um sujeito e outro, na qual ambos tocam e abordam toda a sua história pessoal, as suas experiências e expectativas (ainda que em planos naturalmente diferenciados), procurando aceder àquele que tem sido apelidado de campo intersubjectivo, isto é, o espaço formado pela “conjunção” de duas organizações psíquicas diversas, a relacionalidade emergente da reunião de duas pessoas, ou dir-se-ia de duas psicologias individuais, a construção e desconstrução de significados ocorrentes através do diálogo estabelecido (Coderch, 2001).

Amaral Dias (2003) em “Modelos de Interpretação em Psicanálise”, dita uma interessantíssima perspectiva sobre um campo global, campo de transformação, onde tudo é sujeito no campo do sentido, sendo que este mesmo sentido não tem como não suportar o próprio analista naquele que é o seu crescimento enquanto pessoa que cuida.

Assim, o campo da transformação será não mais do que um campo simbólico em que dois, juntando-se, criam um terceiro para benefício de todos; não é apenas, então, o observado – o paciente – que se torna fonte de conhecimento, mas também inevitavelmente, o observatório – o analista – é ele mesmo fonte de conhecimento. Temos pois, reforce-se, com Amaral Dias (ibidem, p. 47) que a relação observatório – observado passa a ser uma relação global, onde tudo é transformado, tudo é conhecimento.

A importância em sublinhar algumas destas especificidades prende-se, no nosso entender, à nossa necessidade de compreensão de que os aspectos relacionais existentes entre o sujeito paciente e o sujeito que dele cuida – o psicoterapeuta, ou simplesmente um prestador de cuidados – são factores francamente potenciadores e influenciadores da qualidade da relação estabelecida, e claro, determinantes na eficácia do processo de intervenção/ tratamento.

Neste sentido, pensamos relevante elaborar uma breve referência àquilo que diríamos ser o impacto da personalidade do terapeuta na relação de intervenção. Ora, Coimbra de Matos (1979, in Coimbra de Matos, 2002), aponta-nos como numa situação analítica se poderá observar aquilo que ele designa como contra – resistência do analista, no sentido de descrever a resistência do terapeuta como oposição ao material

advindo do sujeito em tratamento. Ou seja, tratando-se seguramente de uma resistência à percepção e/ou consciencialização do que o analisando para si transfere, temos pois que tal situação se prenderá com a resistência interna do próprio terapeuta em tomar consciência do que se passa dentro de si mesmo (idem, ibidem, p. 109).

Encontrando-se vedada a compreensão de si próprio, veda-se também a compreensão do outro, sendo que logo, o processo analítico do paciente só progredirá na mesma medida em que evolui o entendimento de si mesmo, enquanto pessoa que analisa e que do outro cuida.

Sequentemente, continuando a debruçarmo-nos no impacto do psicoterapeuta sobre a relação, é fundamental a compreensão da ideia de que os desejos e conflitos aparentemente infantis, expressos e revelados através das associações do paciente não serão meramente aspectos do seu passado, naturalmente reactivados pela situação analítica, mas mais do que isso: serão também uma vera expressão da interacção real com o agente cuidador, com o analista, e tal ver-se-á “acompanhado” por todas as suas peculiaridades e características pessoais.

Assim, com Coderch (2001) temos que é também a personalidade do terapeuta, conjuntamente com a técnica e modelos com que trabalha que se sublinham como factores verdadeiramente específicos para o paciente. Nesta linha, a personalidade do analista não somente afecta a aliança terapêutica estabelecida, ou a relação de trabalho, como ainda influencia a natureza da transferência, salientando-se pois como elemento intrínseco à própria transferência – baseada que está numa contribuição mútua dos dois sujeitos em relação (Coderch, 1995).

De facto, na relação analítica, é sabido que o método das associações livres, como forma fundamental de expressão e comunicação do paciente, assume um valor extraordinariamente importante no favorecimento da espontaneidade e expressividade deste. Porém, o que é aqui concomitantemente realçado vai no sentido de que a influência do ouvinte, do observatório nunca se poderá ter como absolutamente eliminada.

O que é dito, associado pelo paciente não se poderá dizer totalmente dirigida ao “vazio”, ao nada, sendo que não tem como não se encontrar tantas vezes especificamente dirigida à pessoa que ouve.

Não resulta, possível, pois, considerar-se um qualquer processo terapêutico, seja ele de natureza analítica ou outro, como independente das variáveis pessoais e, logo, da presença do terapeuta.

V.2. O binómio Transferência / Contratransferência

O estudo dos diferentes aspectos relacionais, vivenciais intensamente presentes na relação com o paciente psicótico, conduz-nos necessariamente à reflexão da dinâmica transferência – contratransferência, ocorrente entre o psicoterapeuta e o paciente, relação poder-se-ia dizer privilegiada e de franca investigação, porque de procura do conhecimento.

Não obstante, seguramente que a transferência não se situa como algo próprio e exclusivo de uma relação analítica, sendo que, mais do que um fenómeno inerente a todo o processo psicoterapêutico, seja ele que de natureza for, a transferência é característica de toda a relação humana (Amaral Dias, 2003).

O que então se pode assumir como francamente psicanalítico é o conceito de transferência em si, tal como ele é usado na linguagem analítica, e tal como sequentemente resulta diferenciado daquilo que genericamente entendemos por intuição ou empatia – cujo acesso não nos basta para o alcance e compreensão do mundo interno do paciente.

Coderch (1995) propõe-nos sob uma forma breve, e diríamos introdutória, uma definição de transferência, referenciando-a como a reprodução, no aqui e agora, da sessão analítica e logo, da relação com o analista, das vinculações emocionais, conflitos e fantasias que se estabelecem entre o eu do paciente e os objectos do seu mundo interno, sendo que aqui se encontra naturalmente incluída a relação entre esses mesmos objectos.

Sobre o conceito de contratransferência ocorre o mesmo que com o conceito anterior, no sentido de também ele se poder ler como instrumento estritamente psicanalítico. Todavia, trata-se de um conceito que não deixou de ser alvo de múltiplas controvérsias entre as diversas correntes ou vertentes psicanalíticas, na medida em que, se por um lado, a contratransferência tem basicamente sido considerada como um conjunto de sentimentos e fantasias, conscientes e inconscientes experimentados e vivenciados pelo analista face ao seu paciente, por outro, tem igualmente sido enfatizada como parte da resposta emocional global do psicoterapeuta, suscitada, claro está, pelo paciente (idem, ibidem).

Ora, é sabido que praticamente toda a teoria da técnica psicanalítica largamente se dedicou ao estudo deste binómio e à forma segundo a qual se torna possível a sua

interpretação – esta sim descoberta por Freud e seguramente específica da técnica da psicanálise.

Desde os sucessivos modelos do funcionamento psíquico por Freud elaborados, passando pelos contributos da teoria das relações objectais que com Fairbairn, Winnicott e Balint se viu particularmente investida, destacando-se ainda as teorias de Klein até às teorias da psicologia do self, para a qual Kohut emprestou grande relevância, poder-se-á afirmar que todos e cada um destes modelos não deixou de pelo menos configurar um aperfeiçoamento do já anteriormente elaborado.

Freud terá feito uma mais concreta e séria referência ao fenómeno da transferência no ano de 1905, na obra “Fragmento de análise de um caso de histeria”, definindo-a como uma classe especial de estruturas mentais, de natureza fundamentalmente inconsciente. Uma compreensão atenta e segura sobre o caso Dora, por Freud analisada, revela-nos complementar e inequivocamente que a “descoberta” da transferência não sucedeu independente do que mais tarde se designaria como contratransferência. Neste sentido, Manuel de Matos (2002) considera que a dificuldade vivenciada por Freud no decurso deste breve processo analítico (somente 11 semanas) se deveu a uma sua atitude contra a transferência erótica e sedutora da sua paciente, sendo que a tal Freud terá respondido com uma contra resistência.

Se inicialmente a transferência foi por Freud tida como uma dificuldade, um obstáculo ao seu trabalho clínico, considerando que todo aquele conjunto de fantasias e sentimentos pretéritos dos pacientes, uma vez revividos, invadiam negativamente a experiência analítica, a sua genialidade ter-se-á revelado quando ele percebeu ao longo do desenvolvimento da sua técnica e conceptualização teórica que a revelação destes aspectos transferenciais se constituía, não como um problema, mas antes como a chave essencial para a compreensão dos processos mentais dos pacientes. Estava assim achada a ferramenta fundamental do processo analítico.

Deste modo, e neste ponto da sua obra – e dizê-mo-lo assim, porque no que diz respeito à transferência, Freud, como é sabido, já havia dado algumas indicações sobre este fenómeno (em “Estudos sobre a Histeria”, de 1895 e a “Interpretação dos Sonhos” de 1900) – passa a ser grandemente reconhecida a importância da relação estabelecida entre o médico e o paciente para o processo de cura dos sintomas, sendo que neste âmbito Freud escreve textualmente: “O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica. (...) a

transferência (...) converte-se na sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (in Outeiral & Godoy, 2003, p.83).

Posteriormente o autor, refere-se à transferência em vários dos seus escritos, encontrando-se algumas das suas principais ideias expressadas nas obras “Dinâmica da Transferência” de 1912, “Recordar, Repetir e Reelaborar” de 1914, “Apontamentos sobre o Amor de Transferência”, de 1915, “Conferências de Introdução à Psicanálise” (1915 – 1917) e “Análise Terminável e Interminável” de 1937.

Neste penúltimo trabalho aqui indicado, Freud considera que nas então designadas neuroses narcisistas (psicoses) os pacientes, por retirarem a libido dos objectos, de modo tal que a libido objectal se transforma em libido egoica, ocorre que não chegam a desenvolver o fenómeno transferencial, pelo que não seriam assim pacientes susceptíveis de tratamento psicanalítico.

Um número crescente de trabalhos psicanalíticos elaborados desde então fez contrapor esta ideia inicial. Autores como H. Rosenfeld, W. Bion, H. Segal, D. Meltzer, entre muitos outros, colocaram em franca evidência a existência manifesta nos doentes psicóticos de uma transferência tributária de reconhecimento e de interpretação.

Sabemos igualmente que as ideias de Melanie Klein (1946) sobre a transferência, desenvolvidas a partir do pensamento de Freud, contribuíram extraordinariamente para o aprofundamento do conhecimento em torno deste fenómeno psíquico.

Klein, sobre este assunto, adiantou, então, que aquilo que é transferido para o analista, não esquecendo em concomitância que outras pessoas da vida quotidiana do paciente são igualmente objecto de transferência, é entendido como se tratando das mesmas pulsões e sentimentos que o paciente já havia dirigido aos objectos da sua primeira infância. Este fenómeno compreende-se, segundo Klein, à luz da ideia de que é a pressão exercida pela ansiedade inerente às situações conflituosas, referentes à época infantil, que dá lugar ao feito da repetição compulsiva, uma e outra vez, na relação com os outros, e portanto também na relação com o terapeuta.

Consequentemente, sabendo-se que o bebé, apesar de ter um leque relacional reduzido, vive os objectos sob uma multiplicidade de diferenciados aspectos (divididos entre si), o analista ou terapeuta poderá, então, representar em circunstâncias determinadas, ora uma parte do self, ora uma parte do super – eu, ou qualquer outra própria de um leque amplo de imagens internalizadas (Coderch, 1995).

Neste contexto, com Klein sabemos ainda que na mente da criança as imagens dos objectos parentais sofrem importantes distorções uma vez que, projectando neles fantasias eróticas e agressivas, reintrojecta posteriormente as imagens alvo destas projecções, logo desfiguradas. Por tal, a reprodução no analista dos objectos infantis pode ocorrer sob um modo bastante diferente de como os objectos se constituíram realmente na época, importando verdadeiramente a forma particular e “personalizada” de como eles foram vivenciados e internalizados pelo paciente (idem, ibidem).

Assim, segundo as linhas de Klein poderemos dizer a transferência como uma reprodução, na situação actual de uma sessão psicoterapêutica ou psicanalítica, de tudo aquilo que são as vicissitudes, as vinculações emocionais e os conflitos pelo paciente experimentados durante a sua relação primeira com os objectos.

Independentemente da idade cronológica do sujeito temos certo que estas primeiras experiências emocionais não desapareceram, de todo, formando antes parte importante da sua estrutura psíquica e configurando, portanto, o seu modelo de relação pessoal, cujas características especiais se permitem surgir nítida e extensamente na situação analítica (idem, ibidem).

Sobre a contratransferência, que analogamente à transferência, foi inicialmente tida como uma dificuldade à prática analítica, uma vez capaz de revelar alguns “pontos cegos” e limitações do analista, encontramos em Freud uma sua ligeira abordagem em pelo menos dois dos seus textos. Em 1910, no seu artigo “As perspectivas Futuras para a Terapêutica Analítica”, define então Freud a contratransferência utilizando sensivelmente estas palavras: “As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos conscientes da «contratransferência» que nele surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo e a ultrapassará” (Standard Edition, vol. 11, pp. 144 – 145).

Nesta medida, Freud, insistindo na inevitabilidade da ocorrência deste fenómeno e logo na indispensável necessidade de permanecer controlado pelo analista, recomenda aqui vivamente a prática de auto análise ou análise didáctica por parte do terapeuta/analista, assegurando enfaticamente que caso não o faça a possibilidade de exercício da análise e sua sequente eficácia resultam seriamente comprometidas.

Temos pois que a contratransferência permanece entendida como um factor potencialmente perturbador do processo de tratamento, sendo que esta afirmação de

Freud assume um sentido mais claro quando lemos as suas palavras de que “...nenhum psicanalista avança além do quanto permitem os seus próprios complexos e resistências internas” (idem, ibidem, p. 145).

De acordo com Matos (2002) o binómio transferência – contratransferência usufruiu de importantes desenvolvimentos devidos a autores como H. Racker (1949, in Matos, 2002) e P. Heiman (1950), cujos trabalhos se fundamentaram essencialmente na compreensão da contratransferência enquanto posição básica do analista face ao paciente, para assim aceder compreensivamente ao que sucede na relação.

Racker (1949) destacou dois aspectos inerentes à resposta contratransferencial: o manifesto e actual e o latente e potencial. As respostas do analista dependerão, ainda segundo este autor, das identificações que este estabelece com o paciente, isto é, a identificação concordante que faz com o paciente e a identificação complementar que estabelece com os objectos internos do sujeito. Será pois assim, graças ao fenómeno contratransferencial que o analista consegue entrar em contacto, não somente com as suas próprias relações de objecto internas e externas, como claro está, com as dos seus pacientes, procurando aumentar/potencializar o contacto entre elas e assim facilitar os desejáveis processos de transformação.

Nesta linha encontram-se também Money – Kyrle (1956), referenciado por Matos (2002) que, tal como Racker fala de uma espécie de dissociação do terapeuta, recordando a necessidade deste de se identificar com o sujeito – paciente, mas também com o seu próprio objecto, isto é, assumindo um papel parental complementar para o paciente, não deixando de simultaneamente estar atento à inevitável emergência do seu próprio self arcaico.

Se por um lado, existe no analista uma parte, dir-se-ia racional, que se mantém observadora do sujeito e de si mesmo, com esta parte co – existe igualmente uma outra que à relação se entrega, a vive e sente.

Winnicott num seu trabalho datado de 1947, “O Ódio na Contratransferência” diz-nos como determinado tipo de pacientes que sofreram aquilo que designa de falhas ambientais no estágio de dependência absoluta (ou seja, período durante o qual o sujeito não se estruturou ainda enquanto pessoa total, onde não existe representação da palavra, portanto parco de expressão simbólica), serão aqueles que por identificação projectiva farão o outro sentir na contratransferência as suas experiências pretéritas.

Assim sendo, o terapeuta experimentará em si mesmo tudo aquilo que se prende com as ansiedades vividas pelo paciente nos momentos referentes à ocorrência das tais

falhas ambientais, das quais se sublinham o ódio, o desamparo, a desolação, como exemplos principais das chamadas ansiedades impensáveis ou agonias primitivas no dizer de Winnicott (Outeiral, 2003).

Ora, é também neste mesmo artigo que o autor nos apresenta a descrição de três formas de contratransferência, onde a primeira corresponde à interferência no processo analítico daquilo que serão os conflitos pessoais e inconscientes do próprio analista.

A segunda forma, aquela que faz o trabalho de cada terapeuta resultar qualitativamente diferente de qualquer outro e que se refere ao estilo e características pessoais do analista. Finalmente, um terceiro modo de contratransferência, por Winnicott considerado como a verdadeira e objectiva, que especificamente corresponde ao conjunto de acontecimentos psíquicos ocorrentes na pessoa do terapeuta, atribuíveis à sua reacção à personalidade e comportamento reais do paciente.

Mais tarde, em 1960, em “Contratransferência” Winnicott (in Outeiral, 2003), amplia a sua compreensão acerca deste tema, procurando circunscrever as situações em que realmente se podem identificar os fenómenos contratransferenciais, assumindo desta forma uma reconsideração da aplicabilidade deste conceito de modo a que o seu emprego não se revele demasiadamente indiscriminado.

Por tal, o autor passa a entender a contratransferência como especificamente constituída pelos sentimentos e pensamentos evocados no terapeuta pelas expressões – conteúdo e forma – trazidas pelo sujeito à situação analítica, sendo que, neste sentido, insiste que é a atitude profissional do analista, enquanto símbolo que medeia o objecto subjectivo e o objecto percebido objectivamente, que permite que os afectos nele evocados sejam identificados como primitivas comunicações do paciente, e sequentemente instrumentalizados em benefício deste último.

É neste contexto que Winnicott nos fala das reacções despertadas no terapeuta pelos pacientes border e psicóticos, considerando que tais reacções poderão ser extraordinariamente poderosas a ponto de eventualmente ultrapassarem aquilo que ele entende ser os limites da atitude profissional. Como tal, e partindo deste ponto de vista, a principal tarefa do analista terá de ser a de conseguir manter a objectividade face ao material apresentado pelo sujeito, acrescentando que acredita que sentir ódio quando este é provocado e suscitado não deixa de fazer parte desta objectividade.

Assim, considera que se em determinadas fases do processo analítico o paciente procura o ódio do analista deve-se-lhe ser permitido perceber que esse desejo foi alcançado, querendo com isto Winnicott relacionar aquilo que ocorre na interacção

normal mãe – filho. Na base desta afirmação encontra-se a ideia de que uma criança para se sentir verdadeiramente amada, terá de perceber que pode ser odiada, sendo que é esta regra que o autor transporta para a situação analítica: o paciente procura alcançar um ódio objectivo, uma vez a sua incapacidade em vivenciar um amor objectivo; mais ainda: o ódio do analista é-lhe francamente necessário como forma de tolerar o seu próprio ódio e assim superar as suas resistências para o crescimento (Winnicott, 1947, in Outeiral, 1995, p. 285).

Não poderemos, sobre este assunto alhearmo-nos das relevantes contribuições de Bion (1954; 1956) e de Rosenfeld (1987) que, falando-nos da transferência psicótica nos descrevem natural e concomitantemente a contratransferência que com o paciente psicótico é vivenciada e sentida.

Rosenfeld entende a transferência psicótica típica como uma relação em que a identificação projectiva predomina de forma extraordinariamente forte, sendo nesta medida a reacção contratransferencial do analista uma ferramenta essencial para a compreensão das comunicações do paciente psicótico. O autor prossegue referindo o quanto as emoções intensamente violentas de amor e ódio, sentimentos confusionais agudos e estados mentais gravemente desintegrados são de facto transmitidos ao outro mediante o uso de formas primitivas de identificação projectiva, e na sequência das quais o terapeuta se pode sentir como que esmagado e incapaz de funcionar como continente. Rosenfeld terá observado, com certa frequência, que a por vezes incapacidade do analista em aceder e compreender determinados aspectos da comunicação do sujeito psicótico, poderá exercer um franco poder nocivo sobre o paciente, uma vez que essa incompreensão poderá com grande probabilidade repetir uma situação análoga, outrora acontecida entre o sujeito enquanto bebé/criança e os seus pais.

Assim sendo, resulta incontornável a extrema necessidade de com este tipo de pacientes observar, entender e superar a repetição de determinados equívocos que de forma muito subtil sobressaem na transferência, certamente criando fortes reacções contratransferenciais e logo, a produção de estados de intensa confusão (Rosenfeld, 1987, p. 309).

Sabemos, aliás, da extrema importância do entendimento da origem infantil destes estados e ansiedades confusionais, porquanto as suas reais implicações para a técnica analítica e no sentido de evitar que o processo terapêutico destes pacientes termine num impasse de difícilíssima resolução.

A ênfase neste problema da repetição dos estados infantis iniciais, invariavelmente revividos na maioria dos estados psicóticos, representa pois um dos factores essenciais na criação de complexos emaranhados transferenciais e contratransferenciais.

A ansiedade daqui provocada, com níveis de grande insuportabilidade é indubitavelmente comunicada e projectada para dentro da pessoa do analista, sendo que em virtude de tal poder ocorrer com extrema violência, pode acontecer que o terapeuta sinta e reaja com o sentimento de estar a ser atacado, e sequentemente com isso se sentir irritado, magoado e ressentido.

Ora, de acordo com Rosenfeld (idem, ibidem), se estas reacções contratransferenciais tantas vezes resultam inevitáveis, enquanto parte do percurso de tratamento psicoterapêutico, não deverá igualmente ser esquecido que estas reacções poderão ser pelo paciente percebidas sob um modo distorcido e seguramente exagerado, formando assim frequentemente base fértil para o delírio.

Ressalta aqui, pois, a extraordinária complexidade do devir, sentir e ecoar/ressonância psicótica.

Bion, em 1954, no trabalho “Notes on the Theory of Schizophrenia” refere a contratransferência como um aspecto que não poderá deixar de ocupar um lugar determinante na análise de esquizofrénicos, procurando não somente os indícios do significado da comunicação do psicótico, como em concomitância indagar a sua própria reacção contratransferencial.

Partindo do pressuposto base, por Bion formulado em torno da teoria do pensamento, de que na esquizofrenia a capacidade de pensamento verbal se encontra muitas vezes perdida (por poderosos processos de cisão e projecção), então Bion também nos diz que na transferência analítica essa capacidade de ter pensamentos verbais acaba frequentemente projectada no terapeuta. Daqui advêm medos persecutórios face ao analista que sob a perspectiva do sujeito lhe usurpou essa capacidade, cuja falta poderá por ele ser vivenciada como “significante” de loucura.

Foi neste contexto que o autor sublinhou a importância das interpretações verbais do analista como técnica essencial para lidar com as sérias perturbações do funcionar psicótico.

Em 1956, Bion aprofunda de forma ainda mais detalhada a compreensão da transferência esquizofrénica, acrescentando uma particular ênfase à existência de um ódio à realidade, que Freud, aliás, já havia assinalado, mas especificando que tal ódio se

estende também à realidade interna e a tudo o que eventualmente para a sua consciência contribua. Esta dificuldade associada à preponderância dos impulsos destrutivos do sujeito esquizofrénico dá lugar a um permanente medo de aniquilação. Recheando-se de todas estas “qualidades” a transferência psicótica para a pessoa do analista é, então, por Bion, qualificada como prematura e precipitada, mas concomitantemente persistente e extraordinariamente dependente.

Sendo assim, não é de todo difícil compreendermos as dificuldades técnicas colocadas por este tipo de pacientes, podendo tais dificuldades potencializar uma participação inconsciente de modalidade psicótica no funcionamento mental do próprio psicoterapeuta, seja associável à reactivação neste, a nível contratransferencial, dos seus próprios conflitos e ansiedades psicóticas (expressos, por exemplo por extremos estados de fadiga), seja associável a reacções de contra identificação projectiva determinadas pelas projecções patológicas dos seus pacientes (Grinberg, 1962, in Grinberg, 1990).

No analista poder-se-á vivenciar estados de dada “impaciência”, “insegurança”, seriamente dificultadores da desejada objectividade, neutralidade e compreensão na relação com o seu paciente. Como tal, poderão também, de acordo com Grinberg (1990), despoletarem-se no terapeuta atitudes defensivas perante aquilo que se poderá constituir como “materiais” e conteúdos desconhecidos e incompreensíveis, advindos do sujeito, tentando o primeiro, em sequência, transformar a sua intervenção numa eventual confirmação de uma teoria específica que pudesse oferecer algum significado plausível ao que ocorre nas sessões. Ou noutros casos, ainda a título de exemplo, poder o analista fundar as suas intervenções sob um modo omnisciente, elaborando e impondo as suas interpretações como uma verdade única e/ou pouco discutível.

Indubitavelmente, poderíamos aqui acrescentar um role considerável de reacções e atitudes contratransferenciais defensivas, cuja fonte se sabe assente na inter – relação analista – paciente.

Tal exaustivo intento, que claramente perpassa a procura de uma compreensão profunda e genuína da realidade interna de si e do outro – promovendo, não apenas o insight do sujeito que pede ajuda, mas necessariamente o insight do próprio analista – conduz-nos, com grande probabilidade, a uma mesma qualidade reflexiva.

Assim, com Coderch (1995) diríamos que a contratransferência é uma espécie de viagem de ida e volta, sendo que inerentemente é capaz de oferecer ao terapeuta uma vera indicação sobre o inconsciente do paciente, sob uma perspectiva sistemática ou esquemática. Não obstante, seguramente se poderá afirmar que a contratransferência

não é de todo o inconsciente do paciente, do mesmo modo que o pensamento que acede e conhece a realidade não se pode dizer ser o mesmo que a realidade em si, ou ainda que um dado plano topográfico representante de uma certa paisagem, seja a paisagem real que ele representa.

Se num primeiro momento, este importante aspecto da resposta emocional do analista – ao qual se atribui o nome de contratransferência – lhe permite formar uma ideia sobre o inconsciente do sujeito (sendo esta a viagem de ida), sabe-se também que para se conhecer verdadeiramente o dito inconsciente é estritamente necessário que o analista seja capaz de abstrair dessa imagem construída a porção que a si mesmo pertence (a sua contratransferência).

Só assim, a imagem “remanescente” alcançará o maior grau possível de “limpeza”, de “purificação” de tudo o que nela havia sido depositado. Esta imagem será aquilo que de mais próximo se consegue da manifestação do inconsciente do paciente.

Esta é, segundo Coderch a viagem de volta da contratransferência, e seguramente uma das viagens mais difíceis e complexas entre todas as viagens que a mente humana consegue empreender (Coderch, 1995, p. 321).

V.3. O binómio Projectão – Contra – identificação Projectiva

A partir dos primeiros anos da década de sessenta do século XX, o conceito de contratransferência sabe-se alvo de uma lenta, mas progressiva mudança que naturalmente não poderia deixar de se reflectir na opinião da maior parte dos autores e terapeutas psicanalíticos que, nesta medida, se foram alheando da convicção de se lerem a si mesmos como sujeitos catalizadores objectivos da relação terapêutica, cujas suas eventuais perturbações (contratransferenciais) seriam assim tidas como meros epifenómenos provocados por uma especial intensidade da transferência de alguns pacientes. Como é sabido, Heinman (1950) desempenhou aqui um primordial papel ao dar-se conta do incalculável valor da contratransferência, como ferramenta fulcral para a compreensão do inconsciente do paciente.

O analista, à luz desta evolução concepcional, passa, então, a entender-se no lugar de observador participante, no sentido de se “aceitar” como afectivamente “submergido” numa relação que, de forma mais ou menos intensa, invariavelmente invoca o passado de ambos os protagonistas (Coderch, 1995).

Foi Grinberg (1957) quem, partindo da ideia kleiniana de identificação projectiva, e debruçado que estava nas questões da transferência e contratransferência da situação analítica, desenvolveu o conceito de contra identificação projectiva, querendo com ele referir-se aos elementos contratransferenciais presentes no analista, originados pela recepção inconsciente daquilo que o paciente nele projecta.

Dito de uma forma mais clara, o paciente, através dos seus movimentos projectivos promove no terapeuta a experimentação e/ou vivência, passiva e inconsciente, porém “in vivo”, de distintos papeis, afectos e fantasias.

Matos (2002), a este propósito, entende que esta ideia se poderá dizer correspondente a uma compreensão e aliança implícitas, quase secretas, por parte do analista com aquele que é o objecto interno do paciente. Dir-se-ia “quase secretas”, porque, de acordo com o autor, aqui residem “elementos” quase nunca claramente explicitados na relação.

Uma vez mais, esta componente da relação terapêutica assume particular pertinência quando nos encontramos perante os frequentemente designados “pacientes difíceis”, como sejam, por exemplo, os pacientes psicóticos, e que perante os quais o analista se poderá, por vezes, sentir impelido a não pensar a contratransferência, deixando-se sequentemente resvalar para a contra identificação projectiva. Situação que, não sendo devidamente reflectida e “trabalhada” pelo psicoterapeuta muito dificilmente promoverá a desejada transformação psíquica, mantendo em contraste a resistência e perpetuação do funcionamento patológico da pessoa sob tratamento.

Detalhemos, então, um pouco mais as ideias de Grinberg sobre a contra identificação projectiva.

Em 1962, o autor escreve sobre o processo psicanalítico, que a resposta do analista à identificação projectiva dependerá seguramente do seu grau de tolerância, sendo que neste contexto, uma das respostas possíveis de ser observada é aquela em que o terapeuta se converte ele mesmo no sujeito activo das projecções do seu paciente.

Deste modo, sucede que, uma vez activa e selectivamente introjectadas as projecções do analisando, o analista elabora as identificações resultantes das introjecções advindas do mundo interno do seu sujeito e, finalmente, projecta neste aquilo que se poderá dizer ser o resultado deste processo elaborativo. E fá-lo-á mediante o uso da técnica ou acto interpretativo.

Por outro lado, Grinberg (1962), aponta também uma outra qualidade de resposta – para nós aqui particularmente relevante – na qual o analista, por contraste

com a anterior, se converte no objecto passivo das projecções do paciente. Ora, quando esta situação ocorre, pode, segundo Grinberg, passar-se duas coisas: ou as projecções do paciente possuem a qualidade de reactivar as ansiedades e conflitos do analista, infiltrando-se sequentemente na sua resposta, ou então, a resposta do terapeuta produz-se na independência absoluta das suas emoções, manifestando-se, portanto, como uma reacção directa ás projecções nele activamente colocadas.

É precisamente nesta última qualidade de resposta, que de acordo com o presente autor, encontramos a verdadeira contra identificação - projectiva. Esta, que reforce-se se deve tomar como bem diferenciada da contratransferência, refere-se pois ao processo que ocorre no analista como resposta sua ao específico funcionamento da identificação projectiva do seu paciente.

O analista como que se converte, então, naquilo que o seu paciente inconscientemente deseja que ele seja, sendo que tal “conversão” não resulta conscientemente percebida pelo próprio psicoterapeuta. O analista poderá tentar-se a inscrever-se numa procura de diverso tipo de racionalizações, com o sentido da tentativa de justificação da sua atitude ou do seu vivenciado transtorno/ perturbação.

Durante este período de tempo, por breve que se assuma, Grinberg aponta-nos como o normal processo de comunicação entre o inconsciente do analisando e o do analista se poderá ver então interrompido.

Perante uma situação desta natureza – em que o grau e qualidade de identificação projectiva impregna e compromete de tal ordem a modalidade funcional do psicoterapeuta, produzindo neste a contra identificação projectiva – o profissional poderá reagir com uma atitude paranoide intensa (por temor à excessiva identificação projectiva do paciente) que, por sua vez dificilmente evitará a formação de uma sua franca contra resistência, indubitavelmente prejudicial ao seu labor terapêutico.

Usando as palavras de Grinberg (1985, p. 102): “ ainda que racionalmente o analista compreenda e justifique o desejo do analisando em colocar as suas partes nele, utilizando-o assim como um reservatório dinâmico dos seus conflitos, uma outra parte sua (do analista), inconsciente, temerá sentir-se invadido e anulado, e com receio de perder, embora transitoriamente, os seus aspectos pessoais extrapropriados – magicamente – como consequência da identificação projectiva”.

Manuel de Matos (2004), salientando como a contra identificação projectiva se pode de facto constituir como uma resposta agressiva do analista, resposta equivalente a uma espécie de “acting” verbal, ou devolução ao sujeito das experiências e vivências

não transformadas e/ou elaboradas, fala-nos, nesta sequência, de que tal fenómeno parece inscrever-se na ordem de uma protorepresentação – isto é, numa ordem em que algo espera um encontro da linguagem que não aconteceu. Nas suas palavras: “uma expectativa falhada que se repete”. (Matos, 2004, p.53).

Bion em “Learning from Experience”, refere-se compreensivamente à contra identificação projectiva dizendo que a teoria da contra transferência, enquanto teoria explicativa, satisfaz-nos apenas parcialmente, na medida em que lida com a manifestação contratransferencial como mero sintoma dos intentos inconscientes do analista. Como tal, parece ficar menosprezada, ou pelo menos pouco explanada aquela que será a específica contribuição do paciente para este processo. E na verdade, graças a Bion, não nos deveremos esquecer da “capacidade” única que a tela de elementos beta do paciente psicótico “tem” em provocar certa qualidade de emoções no analista (Bion, 1962). Emoções estas que sendo provocadas no outro por identificação projectiva resultam, assim, a dado momento, independentes da contratransferência do psicoterapeuta.

Estas considerações ganham particular relevância se nos recordarmos de uma das mais importantes contribuições de Bion para a psicanálise sobre os elementos e função alfa. Isto é, a função que, como sabemos, permite a transformação das experiências sensoriais em elementos alfa, portanto, elementos que podem ser armazenados e então usados para formação de sonhos, memórias, etc. São pois estes os elementos que nos tornam aptos a sonhar, a pensar e que, sobretudo, nos oferece a capacidade de distinguir o consciente do inconsciente.

Ora, se a função alfa falha, encontramos uma significativa predominância de elementos beta, elementos recheados de factos, experiências não “digeridas”, claramente impróprios para a formação de pensamentos e, portanto, apenas possíveis de ser evacuados mediante a identificação projectiva.

Sabemos também que com a falha na função alfa, temos a falha do processo de criação de símbolos. Assim sendo, se as projecções do paciente seguirem privadas de uma interpretação adequada, precisamente aquela qualidade de interpretação capaz de transformar uma “coisa” numa outra – sua representante –, não se proporcionando então a entrada no designado campo da simbolização, achamo-nos, em oposição a este, no lugar onde o paciente (inconscientemente) encontra espaço para o amordaçar da capacidade de pensar do terapeuta, para a paralisia da capacidade de gerar aquilo que é o suporte da vida mental e dos processos de continuidade psíquica: o símbolo.

Uma vez mais: se a função simbólica se encontra comprometida e limitada, entrelaçada que está com a natureza própria do processo analítico, a relação paciente – analista vê-se seguramente inscrita no binómio projecção – contra identificação projectiva.

Amaral Dias (1988) aponta-nos, sobre este tema, algumas alterações notáveis no estado do analista quando envolvido neste fenómeno, como sejam a ansiedade extrema, a solidão, a sonolência intensa, o ciúme, a inveja, violência, mortificação, raiva, ameaça, depressão, confusão e desorientação entre outros. Acrescenta também o autor, neste contexto, que será a capacidade continente do terapeuta (no sentido bioniano) o elemento determinante na forma como conseguirá, ou não, transformar estas experiências naquela que é a multiplicidade explicações contida no espectro do significado (Amaral Dias, 1988, p. 199).

Ou seja, na existência de uma resposta psicoterapêutica adequada sobressai a relação ♀- ♂, na base da qual se dá significado ao anteriormente inominável, ao não pensamento.

Relembremos aqui Antonio Imbasciati (2003) que falando-nos sobre o “aprender a pensar”, fundando-se naturalmente na compreensão psicanalítica da relação precoce mãe – bebé, nos permite associar que, tal como o “*comprehendere*” da mãe para o seu filho, também este “compreender” é função do analista, enquanto necessária aceitação e mentalização de tudo o que nele o sujeito projectou, sendo capaz de viver as angústias do outro, a sua culpa e destrutividade, sendo capaz de as enfrentar sem desespero.

Assim reúne condições de oferta e restituição ao paciente de significantes com significados – que então lhe promoverão o restauro da sua mente, e assim, o tornará capaz de ele próprio compreender, apreender e portanto desenvolver-se.

Sucedendo a situação contrária, temos, se não o impasse, o agir verbal.

E assim sendo, na falha de uma atitude transformadora, acontece, segundo Amaral Dias (1995) e Steiner (1987), que na vez da existência de uma oscilação PS «-» D que tende para K (conhecimento), mantém-se antes um pensamento paranoide no qual PS origina um novo PS, e assim sucessivamente (in: Matos, 2004, p.59). Dá-se o lugar do não crescimento.

E tudo isto é possível de acontecer na relação paciente – psicoterapeuta, sendo que este último, ou melhor a sua função e papel naturalmente consideramos aplicável e extensível a outros contextos relacionais terapêuticos que não somente os analíticos.

Terminamos como terminou Grinberg (1990) no seu capítulo versado a esta matéria, incluso na obra “The Goals of Psychoanalysis”: «À laia de uma recapitulação sumária, eu incluiria na “função psicanalítica da personalidade” do analista a capacidade para a regressão, no sentido de se deixar a si mesmo invadir, de se permitir colocar, ele próprio, no interior das produções do paciente, mesmo sendo este psicótico, experienciando ambos, assim, as emoções neles contidos, e tornando-se capaz de regressar à realidade externa, à semelhança do poeta que viaja pelo mundo da fantasia, mas que consegue depois reencontrar o caminho para a realidade – tal como Freud já nos havia mostrado» (Grinberg, 1990, p. 97).

Capítulo VI – Delineamento da Investigação

VI. 1. – Formulação do problema

Objectivos de Estudo

A diversidade das fundamentações culturais e psicológicas das atitudes expressas e sentidas face à doença mental e pessoas que dela padece é desde há muito conhecida.

A forma como a loucura tem sido olhada, concebida ao longo da história humana pode ser facilmente acompanhada e estudada a partir das poderosas raízes dos tempos da Grécia Antiga e do Cristianismo até à contemporaneidade.

Autores como Dain (1994, in Leff, 2000) hipotetiza que o estigma da psicose esquizofrénica, enquanto expressão marcada da atitude negativa, censurante e rejeitante de uma doença comumente tida como um dos exemplos máximos da loucura humana, se poderá associar a concepções primeiras da doença mental como possessão diabólica, ou forma tenaz de castigo por pecados cometidos. Concepção cujas consequências permaneceram durante vários séculos.

A teoria da degenerescência moreliana e subsequente crença na incurabilidade das formas mais graves de psicose, pertencentes a uma memória histórica bem mais recente (século XIX) têm sido igualmente apontados como factores culturais importantes para a persistência e alimento das fundações das atitudes mais negativas perante o distúrbio mental grave (Zubin et al, 1985).

A medicalização desta forma particular do sofrimento humano observada com especial preponderância a partir do século XIX, a par da classificação da doença mental em diversas categorias, assim susceptíveis de tratamento psiquiátrico, parecem não ter favorecido o alívio, ou mesmo neutralização, das respostas emocionais e comportamentais negativas, potencialmente inspiradas pela patologia mental grave.

Guimón et al (1999), sob uma leitura, dir-se-ia pouco optimista, referiria que o que acabou por suceder foi como que um alastrar do estigma da loucura à própria disciplina psiquiátrica, à qual foi legada toda a responsabilidade de controlo, tratamento e correcção das suas manifestações. Mais acrescenta, dizendo que tal situação poderá ainda hoje ter-se como constatável uma vez que o termo psiquiatrização, não obstante

algumas modificações semânticas, tantas vezes se enquadra numa descrição pejorativa do comportamento, atitude e pensamento sobre a pessoa doente mental.

A questão sobre as atitudes despertadas perante a doença mental goza, pois, de particular conservadorismo, parecendo, por vezes, quase impermeável aos continuados avanços científicos e aperfeiçoamento do saber do homem. Na base deste problema, o da mentalidade colectiva face à loucura, facilmente encontramos uma inquietação de natureza mais primária: a pergunta sobre o que é realmente a loucura?

Freud ajuda-nos a pensar sobre algo que poderá, em parte, explicar a atitude da sociedade em geral e dos próprios profissionais de saúde para com a pessoa louca. À questão formulada Freud mostra-nos a não necessidade de oposição da loucura com a dita normalidade, na medida em que o que se descobre na loucura é passível de, sob certo modo, ser encontrado no inconsciente de cada um – o louco parece ter falhado somente numa luta que é também a luta de todos nós e que todos temos de levar a cabo. Assim, as atitudes expressas para com a doença e doente louco fariam parte desta luta contra algo que incessantemente em nós se desenvolve e nos inquieta: a loucura (Mannoni, 1970).

É a eventual implicação do próprio que traz o abalo, a ameaça, o temor, logo o desejo de corte, de rejeição, de abandono do homem que a protagoniza e representa.

Os célebres manicómios, criados no século XVII, poderão de facto ser entendidos à luz das tão violentas ansiedades despertadas pelo louco, ansiedades essas que se julgariam “vacinadas” pela encarceração dos loucos e da sua loucura.

A investigação que tem procurado caracterizar e responder às inúmeras questões inerentes a este fenómeno, especialmente representada pelos estudos das representações sociais da loucura e atitudes do público e profissionais face à doença mental, tem-se verificado vasta desde os anos 50 do século XX. Ao início do investimento científico nesta área não é de todo alheio o movimento médico – social conhecido como desinstitucionalização psiquiátrica que, mais do que simplesmente abrir as portas de uma realidade psiquiátrica “pesada” ao mundo exterior e à sociedade, provocou a multiplicação do contacto directo entre a pessoa com doença mental e as pessoas ditas normais. Assim, a atitude estigmatizante que já há tanto tempo se havia centrado numa entidade clínica, num conceito delimitado (a loucura), e nas instituições que dela se haviam proposto cuidar e guardar, sofre uma transformação séria, no sentido de uma atitude e agir públicos dirigidos ao doente mental, enquanto pessoa pretensamente “inserida” numa mesma comunidade e contexto social.

A forma como o profissional de saúde mental olha a loucura, que num dado doente se fixa, também tem sido alvo de estudo, de discussão, geralmente assentes na convicção – mais, ou menos assumida – de que a relação profissional – paciente é forma de encontro privilegiado, onde a pessoa que tem a doença tem espaço próprio para ser ouvida, cuidada e ajudada. Pressuposto é também que a forma e contornos da evolução da patologia mental estreitamente se relaciona com o estilo de abordagem pessoal e científico que com ela é estabelecido.

Neste âmbito, Murray e Steffen (1999) introduzem o seu estudo considerando que atitudes negativas face a pessoas com doença mental grave e crónica, por parte dos profissionais de saúde mental poderão, em potência, ameaçar a eficácia de um tratamento psiquiátrico. Na base deste considerando recordam Cohen (1990), cujos resultados de um seu estudo associa tal qualidade de atitude entre os profissionais de saúde a sentimentos de impotência e futilidade, relacionáveis ainda com certo nível de resistência no providenciar de um tratamento clínico adequado. Tantas outras correlações têm sido especuladas, como sejam por exemplo, as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente, ou ausência de formação especializada em doença mental (Minkoff, 1987; Hromco, Lyons & Kikkell, 1995, in Murray & Steffen, 1999). Sugestões outras apontam para o setting e contexto nos quais é estabelecido o contacto e relação com os pacientes doentes mentais, enquanto aspectos eventualmente influenciadores de atitudes negativas (Rabkin, 1975; Kolodziej & Johnson, 1996, in idem ibidem).

Na verdade, os profissionais de saúde, pese embora a sua formação especializada, o seu saber sobre a doença, não se podem ter como indivíduos indiscutivelmente alheios e indiferentes à complexa e violenta emocionalidade despertada pela vivência louca.

Como diria Mannoni (1970) o profissional de saúde não é totalmente livre, sendo que tantas vezes se pode ver influenciado pela representação colectiva do louco, concebido como ser assustador, perigoso. Não raras vezes se observa a delegação no médico, psicólogo, assistente social ou enfermeiro da tarefa de aliviar uma família e/ou comunidade assustadas, saturadas de alguém por eles sentido e vivenciado como maltratante, ameaçador, incómodo, intolerado. Em mãos com uma tarefa vinda de uma sociedade que antes de mais se deseja defender e depois excluir e afastar de si a loucura.

Olhando necessariamente para a pessoa que está por detrás da pele profissional, não poderemos deixar de referir Milheiro (2000) quando nos diz que no médico, como

em todos os profissionais de saúde mental e pessoas em geral, uma componente muitíssimo importante para o juízo que faz sobre a loucura passa seguramente pelo modo como psicologicamente ele se construiu ao longo do seu percurso desenvolvimental.

Desta feita, a forma tolerante ou rígida, saudável ou neurótica como se envolveu com as significativas figuras da sua maturação não tem como não ecoar no seu julgamento sobre os outros, e naturalmente no seu julgamento sobre o louco (Milheiro, 2000, p. 31).

Ainda que inserido num contexto cultural determinado – que sabemos ser factor bastante pertinente – o sujeito, mesmo tratando-se de um profissional especializado em saúde mental, não deixa obviamente de individualizar, personalizar a apreciação médica e cultural que faz e cria sobre a loucura, ou loucuras. O ajuste entre o que pensa e sente e o que o seu contexto e meios culturais pensam é pertence de um campo de adaptação lenta e progressiva, mas que seguramente emerge como aspecto que confere expressão de variabilidade ao modo como é avaliada a pessoa do louco.

A atmosfera multicultural dos dias de hoje, inigualável na história humana, para qual os avançados meios de comunicação e os grandes movimentos migratórios têm contribuído, tem, sem dúvida, aumentado a receptividade e sensibilização das comunidades académicas para a variável cultural enquanto factor essencial na compreensão do comportamento humano (Pedersen, 1991; 1999, in Singelis, 2000).

Como tal, as investigações interculturais têm-se tornado cada vez mais frequentes e progressivamente sofisticadas.

Owusu – Bempah (2002, in Mason & Sawyerr, 2002) apontam que, entre o todo de ideias e práticas que assumem particular variabilidade entre os distintos contextos culturais, encontram-se as crenças acerca da saúde, as respostas perante a doença e ainda, as percepções e atitudes sobre a saúde e doença mentais. Assim, temos que qualquer tentativa de alcance de uma definição universal da saúde mental resulta particularmente problemática e dificultada.

Logo, o interesse acrescido em estudos que contemplem a avaliação desta variável, uma vez a sua potencialidade na destrinça das opiniões, atitudes, respostas emocionais perante o devir da loucura.

Na sequência do aqui exposto e à luz dos capítulos teóricos apresentados, que julgamos atravessarem algumas das principais nuances contidas nesta problemática, propomo-nos estudar e analisar, sob uma forma conjugada, alguns factores de natureza

psíquica/ emocional, educacional/ formativa e ainda cultural, pressupostamente inerentes à intervenção profissional em saúde mental.

Dentro desta área de leitura e discussão psicológica e humana assume-se como óbvia e indubitável a consideração de que as pessoas que sofrem de doença mental, enquanto pacientes de serviços ou instituições públicos ou privados são naturalmente sensíveis e influenciados pelas atitudes e comportamentos, explícitos e implícitos, demonstrados pelos diferentes técnicos de saúde mental com quem se relacionam.

Tal permeabilidade e influência presumem-se manifestar-se por exemplo, sob um nível mais objectivo, na evolução do processo terapêutico, no número e tipo de reincidências clínicas/ hospitalares, no processo de reintegração psicossocial, etc. São vários os estudos internacionais que nos têm apontado e confirmado esse pressuposto (Antonak & Livneh, 1988; Cohen, 1990; Chamberlin, Ellison & Crean, 1997, in Murray & Steffen, 1999).

Nesta linha, poderemos também genericamente pressupor que o nível, e tipo da formação teórica – prática dos profissionais de saúde mental, bem como as suas qualidades pessoais e relacionais se podem igualmente ter como elementos determinantes para o decurso e sucesso da própria abordagem terapêutica.

Indexado a estes pressupostos temos ainda o contexto cultural como variável importante, capaz de imprimir diferenciação significativa no modo como a doença mental é interpretada e lidada pelas pessoas profissionais de saúde.

Assim sendo, formulamos como principais questões de investigação:

De que modo as atitudes expressas pelos profissionais de saúde mental face à doença mental grave se encontram relacionadas com a prática e desempenho da sua actividade profissional com o paciente que sofre de patologia mental? Como se caracterizam estas atitudes e existirá variabilidade consoante o grupo profissional de pertença?

Sob que forma tais atitudes e sua expressão se relacionam com a nacionalidade e contexto socio – cultural dos profissionais de saúde mental?

De que modo se encontram associadas, no profissional, as atitudes expressas face à pessoa doente mental e a sua “disponibilidade” interna para lidar com as complexas vicissitudes despertadas pela doença mental grave?

Que outras variabilidades poderemos encontrar na expressão destas atitudes quando consideramos as variáveis de caracterização pessoal dos sujeitos (sexo, idade, e grau académico de formação)?

Nesta sequência temos como principais **objectivos** da presente investigação:

1 - Descrição e análise das atitudes dos profissionais de saúde mental face à doença mental grave, em termos da sua conceptualização, causas e tratamentos, dentro de dois grupos independentes de sujeitos, a saber: profissionais de saúde mental portugueses e profissionais de saúde mental norte – americanos;

2 - Descrição e análise das atitudes e dos significados objectivos atribuídos a conceitos associados à doença mental grave, por parte de dois grupos independentes de sujeitos: profissionais de saúde mental portugueses e profissionais de saúde mental norte – americanos;

3 - Estudo e análise da relação entre as atitudes expressas face à doença mental grave e a resposta afectiva (ressonância interna) potencialmente despertada pela doença mental nos dois grupos de sujeitos acima mencionados;

4 - Estudo e análise comparativos entre os profissionais de saúde mental portugueses e os profissionais de saúde mental norte – americanos, no que respeita aos objectivos 1, 2 e 3. Subsequente a este:

4.1. - Análise da influência da variável nacionalidade nas atitudes e conceptualizações da doença mental nos profissionais de saúde mental;

5 - Estudo da relação entre as atitudes dos profissionais de saúde mental, portugueses e norte – americanos, face à doença mental grave e o grupo profissional ou licenciatura onde se integram;

6 - Estudo da relação entre as atitudes dos profissionais de saúde mental, portugueses e norte – americanos, face à doença mental grave e o modelo conceptual teórico – prático no qual assentam a sua intervenção clínica;

7 - Estudo da relação entre as atitudes dos profissionais de saúde mental portugueses e norte – americanos face à doença mental grave e a formação e experiência clínica especializados com sujeitos doentes mentais;

8 - Estudo e análise da influência das variáveis sociodemográficas: idade; sexo; e grau de formação académica.

VI.2. – Desenho do Estudo

O campo de investigação na área das ciências sociais e humanas, enquanto exercício técnico e científico que observa, procura e produz conhecimento, tem procurado sistematizar-se em torno de classificações, desejavelmente consensuais daqueles que são os seus possíveis desenhos de investigação.

Fundamentamo-nos na proposta de Aday (1989), referenciado por Pais Ribeiro (1999) que considera os desenhos de investigação como experimentais ou observacionais, consoante existe ou não a intervenção/manipulação do investigador sobre a(s) variável(eis) independente(s).

Assim, tratando-se o presente trabalho de uma investigação onde não pretendemos intervir ao nível destas variáveis, desenvolvendo antes procedimentos num sentido primeiro da observação e descrição de um determinado fenómeno – as atitudes dos profissionais de saúde mental face à doença mental grave – entendemo-lo como um estudo *observacional*.

De acordo ainda com a classificação apresentada por Pais Ribeiro (1999) especificamos um pouco mais a natureza deste estudo, como sendo *observacional – descritivo e de comparação entre grupos*. Tal designação assenta no facto de que iremos utilizar dois grupos independentes de participantes, de nacionalidade distinta, escolhidos com base no seu tipo de profissão e formação especializada, e cujos dados, para posterior comparação descritiva, serão recolhidos num momento único de aplicação para cada um dos grupos.

Na sequência dos objectivos por nós delimitados, e na medida em que, concomitantemente, nos propomos analisar relações entre diversas variáveis, como sejam entre as atitudes face à doença mental grave, expressas pelos dois grupos de profissionais de saúde e o seu tipo de profissão, grau de formação e especialização, modelo de intervenção adoptado, país de origem, idade, sexo e estado civil, consideramos, ainda, o desenho desta investigação como *analítico e correlacional*.

VI.3 – Amostra

A amostra total, referente às duas populações de nacionalidade portuguesa e norte – americana, é constituída por sujeitos com profissão activa na área da saúde mental – psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros – com grau de formação académica mínima ao nível da licenciatura, e que à data da recolha dos dados se encontravam envolvidos em actividades de especialização académica e/ou profissional. Por estas actividades entendam-se a frequência ou grau de doutoramento, a frequência ou grau de mestrado, a frequência ou conclusão de cursos de pós graduação e ainda, a frequência em seminários clínicos, todos eles inclusos na área da saúde mental.

Cabe aqui o importante esclarecimento sobre o porquê do nosso estudo sobre as amostras de profissionais destas duas nacionalidades ou settings culturais. Portugal e Estados Unidos da América inscrevem-se, ambos, numa cultura geral ocidental razoavelmente comparáveis em termos de algumas das suas características de organização profissional e estruturas de intervenção.

No que à área específica da saúde mental diz respeito existem francas similaridades nos tipos de grupos profissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc), e cuja sua formação académica e profissional se pode também dizer assente e orientada em semelhantes “manuais” e modelos de conhecimento.

Actualmente, o saber científico e académico é algo que fácil e rapidamente se vê partilhado e co – construído entre todas as comunidades científicas internacionais. O franco avanço tecnológico das redes comunicacionais desempenha naturalmente uma função primordial.

Não obstante a existência de seguras semelhanças inter – culturais, que nalguns aspectos se poderão até apontar como tendentes para uma certa universalidade dos moldes de intervenção e concepção da doença mental, existem paralela e concomitantemente consideráveis diferenças, desta feita advindas de especificidades histórico – sociais, crenças e valorações próprias de cada identidade nacional, logo, cultural.

Se Portugal tendencialmente tem sido associado a uma cultura mais colectivista ou orientada grupalmente (Barreto, Valadas & Preto, 1996, in Oliveira et al, 2003), a

cultura norte – americana sem dúvida se associa mais a uma organização social centrada na promoção e responsabilização do individual. Daqui, as questões identitárias sobre modos de interpretação e reacção à doença emergem necessariamente como componentes indutoras, mas também permeáveis de variabilidade cultural. O grande investimento científico dos EUA em todas as áreas da saúde é uma realidade incontestável. Investimento e avanços esses nem sempre alcançados ou acompanhados por nós.

Como tal, consideramos matéria pertinente a averiguação de potenciais diferenciações entre os profissionais destes dois países num campo sobre o qual a psicologia clínica e a psiquiatria nunca esgotam o seu conhecimento.

Temos assim constituídos dois grandes grupos de participantes, a saber: um grupo de sujeitos psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros de nacionalidade portuguesa, alunos ou formandos de instituições de ensino superior privadas e públicas de Lisboa e Coimbra; um grupo de sujeitos psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros de nacionalidade norte – americana, funcionários de uma grande instituição privada de saúde, Mayo Clinic, Rochester, estado de Minnesota, Estados Unidos da América.

A decisão pela não inclusão de médicos psiquiatras no nosso estudo, que seguramente contribuiriam para o enriquecimento dos nossos dados, prendeu-se exclusivamente com a constatação de que estes profissionais não se encontravam, à data da recolha dos dados, a frequentar qualquer um dos cursos de pós graduação ou mestrado das instituições de ensino superior às quais nos dirigimos. Tal situação naturalmente condicionou a decisão subsequente de não inclusão destes profissionais na amostra de sujeitos norte – americanos.

No que respeita à amostra de sujeitos portugueses, a opção pela recolha dos seus dados em instituições de ensino superior obedeceu fundamentalmente à seguinte ordem de razões: a procura de técnicos de saúde mental graduados e em pleno investimento na sua formação académica e profissional especializada; procura de técnicos de saúde mental pertencentes aos três grupos profissionais pretendidos para o estudo, num mesmo espaço temporal e semelhante contexto de recolha/ medição; e por último, conveniência de aplicação colectiva do protocolo de instrumentos.

Relativamente à amostra de sujeitos norte – americanos, a opção pela recolha dos dados numa instituição de cuidados de saúde, especificamente numa clínica privada, prendeu-se sobretudo com a necessidade de convergência de dois interesses essenciais: Um primeiro, naturalmente relacionado com a tentativa de alcance de condições de aplicação o mais similares possível aos da recolha entretanto efectuada junto aos sujeitos portugueses, sendo que entre essas condições estavam a necessidade de num mesmo contexto serem “alcançados” técnicos de saúde graduados e pertencentes aos três grupos profissionais desejados. Nota importante de referir é o facto de nos Estados Unidos da América o sistema de ensino superior em pós graduação ser razoavelmente diverso do nosso, pelo que dificilmente se conseguiria encontrar num mesmo curso de pós graduação alunos provenientes dos três grupos profissionais pretendidos.

O segundo interesse, associado à acessibilidade dos sujeitos da amostra, em parte dificultada pelo facto de ter que ser efectuada num país estrangeiro e instituição estrangeira. Para que esta acessibilidade resultasse um pouco mais facilitada, teria que haver a possibilidade de estabelecimento de uma parceria de investigação com um profissional graduado pertencente a essa instituição.

Uma vez ponderados estes dois principais interesses, e na sequência do conhecimento de que o sistema de saúde da Clínica Mayo, para além da prestação de cuidados, compreende igualmente um amplo programa de formação e educação técnicas continuadas (representado por cinco escolas superiores: Mayo Graduate School of Medicine; Mayo Graduate School for Master and Phd degrees in Biomedical Sciences; Mayo Medical School for Phd and Master Programs; Mayo School of Health Sciences e Mayo School of Continuing Medical Education), pensamos que tal facto permitia uma razoável similitude das condições pré estabelecidas por nós para a selecção dos sujeitos de ambas as amostras.

Deste modo, a amostra de técnicos de saúde mental constantes nos dois grupos populacionais, é tida como uma amostra “não probabilística objectiva” (Maroco & Bispo, 2003, p.83), constituída por um total de **147** sujeitos, dos quais **82** são de nacionalidade portuguesa (correspondentes a **55,8%** da amostra total) e **65** de nacionalidade norte – americana (ou seja, **44,2%**).

De forma a facilitar a análise da nossa amostra apresenta-la-emos sempre em dois momentos: apresentação dos dados de caracterização para a amostra total de

sujeitos e apresentação dos dados em separado, para cada um dos grupos amostrais, portugueses e norte – americanos.

A distribuição por **sexo** (*Quadro 1*), na amostra total, é de 40 sujeitos do sexo masculino (27,2%), e de 107 sujeitos do sexo feminino, isto é, 72,8%.

Para cada um dos grupos amostrais temos que, a amostra da população portuguesa é constituída por 20 sujeitos do sexo masculino (24,4%), e 62 sujeitos do sexo feminino = 75,6%.

Por sua vez, a amostra da população norte – americana constitui-se por 20 participantes do sexo masculino, representando uma percentagem de 30,8%, e por 45 participantes do sexo feminino, com uma percentagem de 69,2%. Para ambas as amostras é notória a prevalência de sujeitos do sexo feminino, reflectindo-se sequentemente esta “dominância” nas percentagens da amostra total. A este facto não é naturalmente alheio a natureza das profissões abrangidas pelo nosso estudo, as quais, por tradição, costumam ser maioritariamente desempenhadas por sujeitos do sexo feminino.

Quadro 1 – Distribuição por sexo

Sexo	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	40	27,2	20	24,4	20	30,8
Feminino	107	72,8	62	75,6	45	69,2

Quanto ao **grupo profissional** onde se integram os nossos sujeitos (*Quadro 2*), temos na amostra total uma distribuição de 37 psicólogos (25,2%), 39 assistentes sociais (26,5%) e 71 enfermeiros, estes claramente representativos de uma percentagem de valor superior aos das profissões anteriores, ou seja, 48,3% de todos os participantes.

Esta maior prevalência de enfermeiros volta a verificar-se em cada um dos grupos de amostras, mas com especial significância na amostra de participantes norte – americanos. Vejamos: a amostra portuguesa é, então, constituída por 29 psicólogos (35,4%); 19 assistentes sociais (23,2%) e 34 enfermeiros (41,5%).

A amostra norte – americana é composta por 8 psicólogos, aqui numa percentagem claramente inferior, 12,3%, seja em comparação com os seus homólogos portugueses, como com os restantes profissionais do mesmo país de origem, 20 assistentes sociais (30,8%) e, finalmente, 37 enfermeiros (56,9%).

Quadro 2 – Grupo profissional de pertença

Grupo Profissional	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Psicólogos	37	25,2	29	35,4	8	12,3
Assist. Sociais	39	26,5	19	23,2	20	30,8
Enfermeiros	71	48,3	34	41,5	37	56,9

Para melhor clarificação das características sócio – demográficas dos nossos sujeitos consideramos pertinente a inclusão de informação relativa à forma como se distribuem os diferentes grupos profissionais constantes no nosso estudo (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) pelo género dos mesmos – *Quadro 2.1*. É ainda devida a nota de que as percentagens indicadas neste quadro são calculadas com base no N de acordo com o qual se integram os sujeitos portugueses e norte – americanos nas diferentes “classes” profissionais. Como exemplo, temos um N de 29 psicólogos portugueses e 8 psicólogos de nacionalidade norte – americana.

Observamos, então, que na amostra de técnicos portugueses, entre os 29 psicólogos, 82,76% destes profissionais são do sexo feminino e apenas 17,24% (correspondentes a uma frequência de 5 indivíduos) do sexo masculino. Tal preponderância do sexo feminino sobre o sexo masculino repete-se nos restantes grupos profissionais, senão vejamos: dos 19 assistentes sociais, 89,47% são do género feminino e dos 34 profissionais de enfermagem 61,76% são também do sexo feminino.

Entre os profissionais americanos constatamos semelhante preponderância nos grupos profissionais de serviço social e enfermagem, assumindo-se como excepção o grupo dos psicólogos, onde ambos os sexos se distribuem entre si igualmente (50% masculinos e 50% femininos, traduzíveis ambos por uma frequência de 4 elementos).

A amostra total reflecte naturalmente as diferentes proporções de distribuição encontradas nas duas amostras tidas individualmente. Isto é, uma clara predominância do género feminino sobre o masculino em todas as profissões.

Quadro 2.1. – Distribuição do sexo pelo grupo profissional de pertença

Grupo Profissional/ Sexo	Total (N = 147)		Portugueses (N = 82)		Norte – Americanos (N = 65)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Psicólogos (Port.= 29; N.A.= 8)	9 (24,32%)	28 (75,68%)	5 (17,24%)	24 (82,76%)	4 (50%)	4 (50%)
Assistentes Sociais (Port.=19; N.A.= 20)	7 (17,95%)	32 (82,05%)	2 (10,53%)	17 (89,47%)	5 (25%)	15 (75%)
Enfermeiros (Port.=34; N.A.= 37)	24 (33,80%)	47 (66,20%)	13 (38,42%)	21 (61,76%)	11 (29,73%)	26 (70,27%)

No que respeita à **idade** (*Quadro 3*), temos para a amostra total uma variação entre os 22 e os 61 anos, e com uma média global de 36,95 anos de idade (desvio padrão – dp = 10,5 anos e moda de 26 anos).

Para a amostra portuguesa, a variação de idades verifica-se entre os 22 e os 49 anos, e uma média global de 30,8 anos (dp = 6,7; moda = 24 anos).

Na amostra norte – americana, surge-nos uma variação um pouco maior, entre os 25 e os 61 anos, e em sequência, uma média de idades relativamente superior: 44,7 anos (dp = 9,2 e moda = 54).

Quadro 3 – Distribuição por idades

Idade por grupos	Total		Portugueses		Norte - Americanos	
	N	%	N	%	N	%
22 - ≤ 29	49	33,3	43	52,4	6	9,2
30 - ≤ 39	40	27,2	30	36,6	10	15,4
40 - ≤ 49	36	24,5	9	11,0	28	43,1
50 - ≤ 61	22	15,0	0	0	21	32,3

O *Quadro 3.1.* faz-nos saber da distribuição das idades dos nossos sujeitos pelos seus grupos profissionais de pertença. Tal como referenciado para o Quadro 2.1., as percentagens indicadas são calculadas com base no N de acordo com o qual se integram os sujeitos portugueses e norte – americanos nas diferentes “classes” profissionais.

Genericamente é possível observarmos que entre os profissionais de psicologia portugueses (no seu total 29) existe uma maior concentração de frequências nos

intervalos de idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos, e entre os 30 e os 39 anos. Para o primeiro intervalo encontramos 51,7% destes profissionais e para o segundo intervalo, cerca de 41%.

Situação algo semelhante é observada entre os profissionais de serviço social, sendo que destes 19 sujeitos, 47,4% têm idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos, e 36,8% têm idades entre os 30 e os 39 anos. O último intervalo de idades (entre os 50 e os 61 anos) não se vê “representado” por nenhum sujeito destes dois grupos profissionais. Os enfermeiros tendem também a concentrar-se mais nos primeiros escalões etários.

Situação claramente diferenciada é observável na amostra de técnicos de nacionalidade americana, onde todos os grupos profissionais acabam por se distribuir predominantemente entre os últimos escalões de idades. Vejamos assim, como dos 8 psicólogos, 75% se integram na faixa entre os 40 e os 49 anos; dos 20 assistentes sociais, 35% distribuem-se pelas idades compreendidas entre os 50 e os 61 anos (muito embora aqui, refira-se, que são estes os profissionais que mais homogeneamente de distribuem por todos os intervalos ou classes de idades); e finalmente, dos 37 enfermeiros, 51,4% situam-se entre os 40 e 49 anos e 35,1% entre os 50 e 61 anos.

Quadro 3.1 – Distribuição das idades pelo grupo profissional

Grupo Profiss./ Idade por grupos	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Psic. (N=37)	As. S. (N=39)	Enf. (N=71)	Psic. (N=29)	As. S. (N=19)	Enf. (N=34)	Psic. (N=8)	As. S. (N=20)	Enf. (N=37)
22 - ≤ 29	15 (40,5%)	13 (33,3%)	21 (29,6%)	15 (51,7%)	9 (47,4%)	19 (55,9%)	0	4 (20%)	2 (5,4%)
30 - ≤ 39	13 (35,1%)	13 (33,3%)	14 (19,72%)	12 (41,4%)	7 (36,8%)	11 (32,6%)	1 (12,5%)	6 (30%)	3 (8,1%)
40 - ≤ 49	8 (21,6%)	6 (15,4%)	23 (32,39%)	2 (6,9%)	3 (15,8%)	4 (11,8%)	6 (75%)	3 (15%)	19 (51,4%)
50 - ≤ 61	1 (2,7%)	7 (17,95%)	13 (18,31%)	0	0	0	1 (12,5%)	7 (35%)	13 (35,1%)

Relativamente ao **estado civil** dos sujeitos (*Quadro 4*), sub dividimo-los em cinco classes diferenciadas, a saber: solteiros, união de facto, casados, separados/divorciados e viúvos.

Para a amostra total temos, então, 58 sujeitos solteiros (39,5%); 3 em união de facto (2%), 78 casados (53,1%), 7 separados/divorciados (4,8%) e 1 viúvo (0,7%).

Na amostra portuguesa, 50 são solteiros (61%), 2 vivem em união de facto (2,4%), 25 encontram-se casados (30,5%) e 5 estão separados ou divorciados (6,1%). Não existem viúvos.

Entre os sujeitos norte – americanos encontramos uma distribuição do estado civil bem diversa da anterior para as categorias de solteiros e casados. Apenas 8 sujeitos são solteiros (12,3%), 1 vive em união de facto, 53 são casados (81,5%), 2 encontram-se separados ou divorciados e finalmente 1 é viúvo. Tais dados não deixam de encontrar consonância com os valores relativos à média das idades desta amostra populacional (44,7 anos, com moda de 54 anos), que revela ser consideravelmente superior à média de idades dos sujeitos portugueses (30,8 anos com uma moda de apenas 24 anos).

Quadro 4 – Estado Civil

Estado Civil	Total		Portugueses		Norte - Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Solteiros	58	39,5	50	61	8	12,3
União de facto	3	2,0	2	2,4	1	1,5
Casados	78	53,1	25	30,5	53	81,5
Sep./ Divorciados	7	4,8	5	6,1	2	3,1
Viúvos	1	0,7	0	0	1	1,5

Por último, no que respeita ao **grau académico** dos participantes (*Quadro 5*), sub dividido em três grandes categorias: licenciados, mestres e doutorados, surgem-nos dados bastante díspares de amostra para amostra, de tal forma que, se para a amostra total temos 109 licenciados (74,1%), 36 mestres (24,5%) e 2 doutorados (1,4%), facilmente constatamos que a maioria desses licenciados são portugueses e que são os profissionais norte – americanos quem detêm o maior número de graus de mestre.

Temos, portanto, a amostra portuguesa constituída por 77 licenciados (93,9%), 5 mestres (6,1%) e nenhum sujeito doutorado. Para a leitura destes dados não poderemos deixar de recordar as fontes da recolha da nossa amostragem que, na sua grande maioria, foi efectuada entre profissionais de saúde mental, enquanto alunos de cursos de mestrado e de pós graduação. Deste modo, embora tratando-se de sujeitos que se encontravam a obter o grau de mestre, oficialmente detinham apenas o grau de licenciado.

Na amostra norte – americana temos 32 participantes licenciados (49,2%), um número quase idêntico de mestres, 31, isto é, 47,7%, e 2 pessoas com o grau de doutor (3,1%). Associado a estes valores (altos quanto ao número de mestres) poderão encontrar-se razões relacionadas com o local da recolha dos dados, ou seja um contexto e espaço de natureza clínicos. Muito embora, a Clínica Mayo, em si integre várias valências escolares ao nível superior, as quais sabemos serem frequentadas (ou terem sido frequentadas) pelos sujeitos constituintes da nossa amostra, o facto é que estes se encontravam antes, à data da recolha, num espaço de prestação de cuidados de saúde.

Assim, entre os participantes do estudo, encontravam-se os que eventualmente se encontrariam ainda a obter o grau de mestre e os que já haviam obtido esse grau.

A filosofia inerente ao sistema Mayo é igualmente sabida como motivadora e promotora da frequência de cursos de pós graduação entre o seu pessoal técnico especializado. Acresce ainda, que neste país, o percurso académico apresenta contornos diversos dos nossos, tanto a nível da acessibilidade como no número de anos necessários para a sua concretização (acessos mais facilitados e número total de anos mais reduzido).

Quadro 5 – Grau Académico dos sujeitos

Grau Académico	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Licenciados	109	74,1	77	93,9	32	49,2
Mestres	36	24,5	5	6,1	31	47,7
Doutorados	2	1,4	0	0	2	3,1

Através do *Quadro 5.1* percebemos qual a distribuição dos grupos de psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros pelo seu respectivo grau académico, permitindo-nos, assim, claramente aceder à informação sobre quem são os profissionais mais graduados e especializados.

O cálculo das percentagens foi efectuado de acordo com o N segundo o qual os sujeitos se distribuem pelas classes profissionais de pertença.

No que respeita à amostra de técnicos portugueses, sabendo já de antemão, através de informações sociodemográficas anteriores, que a sua larga maioria detém apenas o grau de licenciado, ficamos a saber que somente os profissionais de psicologia

se distribuem também pelo grau de mestrado. Note-se, porém, que dos 29 psicólogos, 5 são os que apenas possuem este grau.

Relativamente aos técnicos de saúde norte – americanos temos que dos 37 enfermeiros constantes deste grupo amostral, 75,7% detêm o grau académico ao nível da licenciatura; dos 8 psicólogos, a sua maioria, ou seja 5 indivíduos (correspondentes a 62,5%), têm grau de mestre, sendo ainda que os únicos dois profissionais doutorados são igualmente técnicos de psicologia. Por fim, dos 20 assistentes sociais, 85% possuem formação académica ao nível do mestrado.

Em termos globais (amostra total) observamos com clareza uma segura primazia dos sujeitos licenciados em todos os três grupos profissionais. Não obstante, se algum destes grupos se destaca por uma relativa homogeneidade de distribuição entre os graus de licenciatura e mestrado, esse grupo é, sem dúvida, o dos técnicos de serviço social (dos 39 indivíduos integrados nesta “classe” profissional, 53,6% detêm grau de mestres).

Quadro 5.1. – Distribuição do Grupo Profissional pelo Grau Académico dos sujeitos

Grupo Profiss./ Grau Académico	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Psic. (N=37)	As. S. (N=39)	Enf. (N=71)	Psic. (N=29)	As. S. (N=19)	Enf. (N=34)	Psic. (N=8)	As. S. (N=20)	Enf. (N=37)
Licenc.	25 (67,6%)	22 (56,4%)	62 (87,3%)	24 (82,7%)	19 (100%)	34 (100%)	1 (12,5%)	3 (15%)	28 (75,7%)
Mestres	10 (27%)	17 (53,6%)	9 (12,7%)	5 (17,2%)	0	0	5 (62,5%)	17 (85%)	9 (24,3%)
Doutorad.	2 (5,4%)	0	0	0	0	0	2 (25%)	0	0

VI.4 – Instrumentos de Avaliação Utilizados

Considerações Genéricas

Tendo por base os pressupostos inerentes a uma adequada selecção de instrumentos de avaliação, organizámos um protocolo de instrumentos de colheita de dados que resultou estruturado em três distintas secções (Anexo 1). Esta estrutura, que adiante apresentaremos e descreveremos, obedeceu à consideração de alguns princípios metodológicos prévios essenciais, a saber:

- 1 - O acordo com os objectivos do estudo por nós propostos e delineados;
- 2 - Compatibilidade com a natureza e tipo de metodologia aplicada, daqui sublinhando o facto de serem utilizadas duas amostras de sujeitos com nacionalidade distinta, para as quais a qualidade dos instrumentos terá que revelar uma potencialidade e exequibilidade equivalentes;
- 3 - Conhecimento de anteriores e eficazes aplicações dos instrumentos seleccionados em trabalhos de investigação semelhantes, com amostras populacionais também semelhantes, e cujos estudos psicométricos não tenham sido descurados.

Desta feita, o protocolo apresenta-se com uma folha de rosto na qual se inclui um breve texto introdutório, indicador do tema e natureza do estudo, e onde sequentemente é solicitada a colaboração do sujeito e garantido o anonimato das suas respostas (Anexo I: protocolo português; Anexo II: protocolo norte – americano)

A *primeira parte* ou secção reporta-se, num primeiro momento, à simples recolha de dados sociodemográficos, como sejam sexo, idade, estado civil e profissão. O segundo momento, debruça-se sobre questões, igualmente caracterizadoras da amostra, mas especificamente formuladas para o acesso a informações detalhadas sobre o percurso académico e profissional dos sujeitos e seu nível de experiência clínica com pacientes com patologia mental grave.

A *segunda secção* do protocolo constitui-se pela Escala de Diferencial Semântico de Osgood, Suci & Tannenbaum (1957) – versão original norte americana

para o protocolo norte – americano, e versão portuguesa, estudada e adaptada por Page, Paixão & Oliveira (1998) para o protocolo da amostra portuguesa. Esta escala, tal como aplicada por nós, engloba 12 conceitos, cada um dos quais acompanhado de 12 pares de adjetivos.

Com este instrumento pretendemos aceder à avaliação e estudo dinâmico inter culturais do significado de conceitos, directa e indirectamente, relacionados com a doença mental grave, sob duas vertentes: uma de natureza mais objectiva e cognitiva, dentro de um espaço de exploração claramente semântico; uma outra, de âmbito mais afectivo e emocional que visa à caracterização e estudo das atitudes pessoais associadas e associáveis aos conceitos apresentados.

Finalmente, a *terceira parte*, apresenta ao sujeito a Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMI) de Cohen & Struening (1962), como forma de medição das atitudes acerca das causas, natureza e tratamento da doença mental grave.

No protocolo norte-americano é usada a escala na sua versão original, tal como criada pelos autores aqui referenciados.

No protocolo – versão portuguesa – usamos uma tradução da escala original para a língua portuguesa, cujo processo tradutor, apesar de já antes realizado por outros autores (desconhecidos) foi ainda assim, submetido por nós a algumas rectificações, segundo as normas adequadas e aconselhadas para estes casos.

Descrição Formal dos Instrumentos Utilizados

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Tal como apontado anteriormente, os seus quatro primeiros itens encontram-se organizados no sentido da obtenção de informações caracterizadoras das amostras, em termos de sexo, idade, estado civil e profissão.

Todas as restantes questões, desde o item 5 (inclusive) até ao item 12 (que compreende os itens 12.1 e 12.2) reportam-se a uma qualidade de informação mais específica, relativa ao percurso académico e profissional dos sujeitos; anos de actividade profissional; existência ou não de experiência clínica com patologia mental; durante quanto tempo e em que tipo de instituições; aceitação ou rejeição de eventuais propostas

de trabalho na área da doença mental grave; existência ou não de formação especializada nesta área; outras experiências clínicas na área da saúde mental, e finalmente, pretendemos ainda averiguar qual o modelo psicológico no qual os sujeitos baseiam a sua intervenção clínica (se biomédico, cognitivo – comportamental, psicodinâmico, rogeriano ou sistémico).

Escala de Diferencial Semântico, Osgood, Suci & Tannenbaum (1957)

Estas escalas criadas por Osgood, Suci & Tannenbaum (1957) definem-se, na sua essência, como um método de medição do significado de conceitos, especificamente no que respeita à sua dimensão mais comum, para um dado conjunto de pessoas. Sob uma forma mais clara, as escalas propõem-se avaliar, acerca de um determinado conjunto de conceitos, previamente seleccionados pelo investigador, aquilo que destes conceitos é interpretado, sentido ou percebido por um determinado grupo de pessoas pertencentes a um mesmo espaço linguístico.

A este propósito, autores como Isaac & Michael (1995, in Osgood et al, 1957) acrescentariam ainda que, no seu todo, este método de avaliação tem sido francamente utilizado para medir objectivamente as propriedades semânticas de palavras e conceitos num espaço semântico tridimensional (valor, potência e actividade) e, concomitantemente, para estudar as atitudes e as opiniões associadas e associáveis aos conceitos em termos afectivos e avaliativos.

Na criação destes instrumentos, Osgood et al (1957) analisaram, inicialmente, em termos factoriais, setenta e seis pares de adjectivos opostos, sendo que nesta sequência encontraram três factores principais designados por factor Avaliativo (*Evaluative*), factor Potência (*Potency*) e factor Actividade (*Activity*).

Deste modo, o factor *Avaliativo* identifica, fundamentalmente, a qualidade boa ou má, bonita ou feia, etc. de um conceito, medindo assim o que os sujeitos pensam cognitivamente acerca desse conceito; o factor *Potência* identifica a força, o peso ou potência do conceito, pretendendo expressar a resposta afectiva dos sujeitos perante tal palavra; e, finalmente, o terceiro factor, *Actividade*, refere-se a uma ideia de acção, de movimento ou de actividade.

Sendo bem conhecida a larga utilização deste tipo de escalas no campo da psicologia, como seja nos estudos das emoções (Cheng et al, 1995 a), em estudos

interculturais (Page et al, 1992, 1992 b, 1995, in Page, Paixão & Oliveira, 1998), ou em estudos clínicos (Cheng et al, 1995 b) a avaliação das suas qualidades psicométricas tem sido paralelamente objecto de grande interesse académico e, portanto, de estudos psicométricos intensivos.

Nesta medida, a validade intercultural das Escalas de Diferencial Semântico encontra-se actualmente bem fundamentada. Já Osgood em 1969 havia analisado factorialmente este instrumento, usando 100 conceitos diferentes e 50 pares de adjectivos em sujeitos pertencentes a 16 diferentes países. A sua primordial conclusão apontou para uma boa consistência e validade dos factores *avaliativo*, *potência* e *actividade*, independentemente da cultura ou conceito estudados e utilizados.

Outras investigações realizadas com base no diferencial semântico têm confirmado as suas fortes qualidades enquanto instrumento de medição intercultural.

Citemos, apenas a título de exemplo, alguns dos países onde têm sido aplicadas as escalas: Brasil (Lane, S. T., 1973), Jordânia (Lawson, Smadi & Tel, 1986), Canadá (MacKinnon & Keating, 1989), Finlândia (Husu, 1980), Japão (Kudoh & Matsumoto, 1985), China (Page & Cheng, 1992) (in Looby et al, data desc., University of Geórgia).

No que respeita à escala, versão norte – americana, e na sequência dos estudos factoriais então realizados por Osgood et al (1957), apresentamos no *Quadro A* os valores dos loading's para os pares de adjectivos correspondentes e sua respectiva distribuição pelas três dimensões assinaladas (Page, Paixão & Oliveira, 1998, p.19).

Quadro A
(Osgood, et al, 1957)

Pares de adj. Do F. Avaliativo	Avaliativo	Potência	Actividade
Bom – Mau	1.00	.00	.00
Doloroso – Agradável	.37	-.25	.07
Bonito – Feio	.52	-.29	-.02
Nada Importante – Importantíssimo	.38	.04	.31
Positivo – Negativo	.48	.00	.07
Pares de adj. Do F. Potência			
Feminilidade – Masculinidade	-.14	.47	.03
Sério – Engraçado	.01	.23	.09
Leve – Pesado	-.20	.48	-.02
Mole – Duro	-.24	.97	.00
Forte – Fraco	.30	.40	.10
Pares de adj. Do F. Actividade			
Activo – Passivo	.17	.12	.98
Rápido – Lento	.01	.26	.35

Deve-se acrescentar, porém, a observação de que a consistência dos três factores não se tem revelado exactamente igual entre si, sendo que o Factor *Actividade* é aquele que, entre todos, evidencia menor consistência. É nesta medida que autores como Lane (1973), Page et al. (1991, 1992, 1994, 1995) (in: Page, Paixão & Oliveira, 1998), têm convictamente questionado a validade do Factor *Actividade*, propondo assim a utilização de um modelo da escala bifactorial (*Avaliativo* e *Potência*), desta feita, uma versão que crêem mais segura e consistente.

Relativamente ao estudo e avaliação factoriais deste instrumento para a população portuguesa, concretizado e publicado pelos autores Page, Paixão & Oliveira, em 1998, apresentamos aqui apenas algumas das suas indicações mais pertinentes, centrando-nos fundamentalmente nos principais resultados obtidos.

Os autores, apresentando como objectivo primordial o cruzamento dos dados portugueses com os de populações de outros países, onde apenas os factores *Avaliativo* e *Potência* têm sido utilizados, optaram por estudar apenas os pares de adjectivos destes mesmos dois factores. Deste modo, uma vez formalizados os passos metodológicos do processo de tradução para a língua portuguesa, submeteram uma escala de diferencial semântico com onze conceitos e dez pares de adjectivos a 71 sujeitos portugueses, com idades compreendidas entre os 19 e 51 anos, dos quais 34 pertenciam ao sexo feminino e 37 ao sexo masculino.

Os resultados obtidos com a população portuguesa, comparados depois com os da escala na sua versão original, norte – americana, evidenciaram fundamentalmente a confirmação, com grande margem de segurança, da excelente estabilidade factorial do método das diferenças semânticas, a saber a universalidade das dimensões espaciais designadas como *Avaliação* e *Potência*. Os autores ressalvam, contudo, uma pequena nota referente ao par de adjectivos (Feminino – Masculino: tal como traduzido e usado no seu estudo), sobre o qual verificaram alguma discrepância de resultados, comparativamente aos dos estudos norte – americanos. Tal questão, presumivelmente específica ao seu estudo, é pelos autores justificada como eventualmente devida a incorrecções verificadas na tradução para a língua portuguesa deste par de adjectivos.

Apresentamos, em seguida o quadro (B) dos resultados obtidos a partir da análise factorial realizada – com a especificação clara dos dois factores sob estudo e com a respectiva exclusão do par feminino – masculino – sobre o qual remetem para posterior revisão):

Quadro B
(Page, Paixão & Oliveira, 1998)

	F. Avaliativo	F. Potência
Bom – Mau	. 878	. 01
Doloroso – Agradável	. 857	-. 066
Sério – Engraçado	-. 395	. 337
Bonito – Feio	. 871	-. 037
Leve – Pesado	-. 797	. 269
Nada Imp. – Important.	. 543	. 532
Forte – Fraco	. 48	. 62
Positivo – Negativo	. 896	. 06
Mole – Duro	-. 294	. 723

Com este estudo foi então obtida uma justificação da variância acumulada de 65,1%, contribuindo o factor Avaliativo com 49,7% e o factor Potência com 15,4%.

Genericamente, as escalas estruturam-se formalmente em três elementos: **1** – o conceito a ser medido /avaliado, colocado no topo central das escalas; **2** – os pares de adjectivos opostos, definitórios do espaço das escalas propriamente ditas (doze pares de adjectivos, segundo a versão por nós aqui utilizada, e coincidente com as versões usadas na maioria dos estudos interculturais consultados); **3** – uma série contínua de sete posições, situadas entre os adjectivos opostos, nas quais é assinalada a opção do sujeito.

Veja-se, então, a figura correspondente (sob as duas versões usadas na presente investigação: *portuguesa e norte – americana*).

Versão Portuguesa
(Page, Paixão & Oliveira. 1998)

Ex: Loucura		
Bom	-----	Mau
Doloroso	-----	Agradável
Bonito	-----	Feio
Nada Importante	-----	Importantíssimo
Positivo	-----	Negativo
Feminilidade	-----	Masculinidade
Sério	-----	Engraçado
Leve	-----	Pesado
Mole	-----	Duro
Forte	-----	Fraco
Activo	-----	Passivo
Rápido	-----	Lento

Versão Norte – Americana
(Osgood, et al, 1957)

Ex: Madness

Good	-----	Bad
Painfull	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

Aos sujeitos é pedido que avaliem o conceito proposto, neste nosso exemplo, a “loucura”, de acordo com o que sentem no momento, colocando uma cruz (X) num dos sete traços que separam cada par de adjetivos opostos.

Este pares de adjetivos serão depois convertidos em quantidades numéricas, cuja ordem sequencial, de 1 para 7, ou 7 para 1 varia consoante a especificidade dos pares de adjetivos apresentados.

A dimensão crescente ou decrescente de cada uma das escalas (par de adjetivos) aconselha-se aleatória no momento da estruturação e organização das escalas, como forma de eliminação de um eventual hábito no padrão de respostas.

No que respeita ao processo de leitura e cotação deste instrumento, partindo do nosso exemplo, temos que a primeira escala (Bom – Mau) é codificada numericamente de sete para um. Uma cruz (X) no sétimo traço significa que para esse sujeito a loucura é sentida como algo extremamente mau (cotando-se portanto, com o valor numérico 1).

No traço seguinte, caso fosse este o assinalado, cota-se com o valor 2, e assim sucessivamente até ao último traço, este mais próximo do adjetivo Bom, onde, a resposta do sujeito será cotada com o valor 7 – significando, então, que para ele a loucura é sentida como extremamente boa.

Para todos os pares de adjetivos, a cotação processa-se no modo sequencial seguinte (segundo a ordem por nós apresentada e aplicada no protocolo desta investigação): a primeira escala é cotada de forma decrescente (de sete para um); a segunda de forma crescente (de um para sete); a terceira, é em alternância, cotada de forma decrescente; a quarta escala lê-se de modo crescente; a quinta de forma decrescente e a sexta de modo crescente. A sétima está codificada em ordem

decrecente, a oitava e nona, ambas sob ordem crescente, e por fim, a décima, a décima – primeira e a décima – segunda são cotadas decrescentemente.

Escala de Opiniões sobre a Doença Mental – OMI, Cohen & Struening, 1962

A Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, de seu nome original, “The Opinion’s about Mental Illness” foi construída pelos autores com o sentido primeiro de responder a uma necessidade emergente na época (décadas de 50 – 60) de medição objectiva das atitudes face à doença mental e aos pacientes com patologia mental (Cohen & Struening, 1962).

O pressuposto base de Cohen e Struening, assente na convicção de que o bem estar e processo terapêutico dos pacientes mentais não são alheios à influência do contexto social onde se encontram inseridos, derivava ainda para considerações mais específicas como sejam: as de que os doentes mentais são permeáveis e influenciáveis pela atmosfera atitudinal gerada pelos funcionários hospitalares; que o sucesso do processo de reintegração dos ex - doentes mentais na sociedade é afectado pelas atitudes da comunidade em geral face à doença mental, e ainda, que essas atitudes são capazes de desempenhar um importante papel na determinação do suporte oferecido pelos programas de saúde mental, que em última instância são escolhidos e votados pelos sujeitos da sociedade, enquanto eleitores e contribuintes de impostos.

Neste âmbito, apesar da manifesta importância destes aspectos na área da saúde mental a verdade é que até então muito poucos estudos de investigação haviam sido realizados. Cohen e Struening (idem ibidem) “perfilhando” para si esta tarefa de investigação delinearam dois centrais objectivos, a saber:

- 1 - A identificação e desenvolvimento de medidas capazes de revelar as dimensões maiores, caracterizadoras das opiniões do pessoal hospitalar (nos seus diversos grupos profissionais) face à doença mental severa;
- 2 - Explorar a validade de constructo destas medidas, relacionando-as com as características demográficas dos sujeitos da amostra: ocupação, idade e sexo (idem, ibidem, p. 350).

Deste seu estudo resultou uma escala constituída por 51 itens organizados em cinco factores (ou dimensões) atitudinais, determinados por análise factorial, e para os quais cada item oferece uma contribuição individual e específica.

As cinco dimensões são, tal como consideradas e descritas pelos autores, as seguintes (Cohen & Struening, 1963; Cuomo & Ronacher, 1998):

Factor A = Autoritarismo (Authoritarianism):

Factor constituído por 11 itens que pretende representar (na presença de scores elevados) uma opinião sobre o doente mental como sujeito pertencente a uma classe de pessoas inferiores, e que como tal, necessitam de intervenções de natureza coerciva.

Sugere, nesta medida, que, face a uma atitude autoritária por parte dos profissionais de saúde, os sujeitos doentes mentais parecem tender, de um modo geral, para um funcionamento estereotipado, portanto, pouco favorável para um positivo processo evolutivo.

Como itens inclusos nesta dimensão temos: itens 1; 6; 9; 11; 16; 19; 21; 39; 43; 46 e 48.

Factor B = Benevolência (Benevolence):

Factor que compreende 14 itens, correspondentes a uma visão tida como “simpática”, porém, moralista, paternalista e protectora face aos sujeitos doentes mentais, cujas “bases” atitudinais assentam mais numa perspectiva humanista e religiosa – moral, do que numa ideologia científica e profissional. As atitudes inerentes assumem-se como encorajadoras para o processo de tratamento, mas que em si, simultaneamente, integram algum receio ou medo perante a pessoa do doente mental.

Aqui encontramos incluídos os itens: 2; 12; 17; 18; 22; 26; 27; 32; 34; 36; 37; 40; 47 e 49.

Factor C = Ideologia da Higiene Mental (Mental Hygiene Etiology):

Consiste em 9 itens representantes de uma perspectiva profissional do tratamento e que, sequentemente, expressam uma opinião do doente mental como pessoa normal.

Trata-se seguramente de uma perspectiva que oferece resistência ao estigma tradicionalmente associado à doença mental. Scores elevados neste factor indicam uma visão positiva da doença mental grave e demonstra confiança no nível das intervenções dos profissionais de saúde mental. Os itens correspondentes são: 3; 13; 23; 28; 31; 33; 38; 44 e 50.

Factor D = Restrição Social (Social Restrictiveness):

Engloba 10 itens que perspectivam o sujeito doente mental como um perigo para a sociedade defendendo, assim, a restrição da liberdade destes pacientes, durante e após o período de internamento, como forma de protecção das comunidades e das próprias famílias de pertença.

Scores baixos neste factor advogam o desenvolvimento de estruturas e contextos de tratamento menos restritivos para o doente.

Os itens inclusos nesta dimensão são: 4; 7; 8; 14; 24; 29; 41; 42; 45 e 51.

Factor E = Etiologia Interpessoal (Interpersonal Etiology):

Factor composto por 7 itens que sugerem a crença de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, vivenciadas durante o período da infância, tais como a falta de atenção e de amor parental.

Scores elevados reflectem a opinião de que a saúde mental é objecto das escolhas individuais feitas ao longo da vida.

Constitui-se pelos itens: 5; 10; 15; 20; 25; 30 e 35.

A escala OMI encontra-se organizada segundo o modelo de Likert, sendo que os participantes deverão posicionar a sua resposta entre seis alternativas possíveis, que oscilam entre a opção *Aprovo Plenamente (Strongly Agree)* – cotada com o valor **1**, e a opção *Desaprovo Plenamente (Strongly Disagree)* – cotada com o valor **6**. O sistema de cotação é o mesmo para todos os itens, independentemente da conotação positiva ou negativa de cada item (Shaw & Wright, 1967).

Finalmente, e no que respeita aos valores factoriais encontrados pelos autores no seu estudo original, valores esses obtidos a partir de dois grupos amostrais independentes (pertencentes a dois hospitais psiquiátricos distintos), num total de 1104 sujeitos, temos como indicações disponíveis e meramente estimativas, as correlações entre os dois grupos da amostra, situadas entre .38 Para o Factor C e .86 para o Factor A.

Os *factor loading's* para os cinco factores ou dimensões, apresentados também por estes autores, são: Factor A: 45%; Factor B: 7%; Factor C: 16%; Factor D: 27% e Factor E: 5%.

VI.5 – Procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Na base da ponderação das questões a serem incluídas nesta primeira secção esteve a consulta bibliográfica de vários estudos de investigação realizados no contexto desta nossa área temática, entre os quais destacamos o estudo de Murray & Steffen, 1999. Genericamente trata-se de um trabalho de pesquisa sobre as atitudes de “case managers” perante pessoas com doença mental grave, no qual foi igualmente aplicado o instrumento “Opinion’s about Mental Illness Scale” de Cohen e Struening, 1962.

Uma vez elaborado e organizado este breve questionário teve lugar o processo de tradução da folha de rosto do protocolo e do seu conjunto de questões para a língua inglesa. Para tal, contámos com a preciosa colaboração do Dr. Erik Milliner, professor assistente de psiquiatria e médico graduado da Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, Estados Unidos da América.

Refira-se que na versão norte – americana as questões mantiveram a mesma ordem de apresentação e estrutura. As principais correcções feitas pelo Dr. Milliner prenderam-se fundamentalmente com a construção gramatical das frases, de forma a melhorar o seu nível de clareza e compreensão.

Escala de Diferencial Semântico – Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957

No enquadre dos objectivos de estudo delimitados, interessa-nos seleccionar todo um conjunto de conceitos, cuja medição seja potencialmente capaz de satisfazer os nossos propósitos. Deste modo, pretendemos utilizar um total de 12 conceitos, divididos em dois grupos fundamentais: um grupo de 6 conceitos relacionáveis com a doença mental grave, enquanto entidade nosográfica, e um outro grupo de 6 conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente sentidas/ despertadas face à doença mental grave.

No sentido de se proceder à selecção dos conceitos, que se deseja imparcial, porém pertinente, elaborámos uma lista inicial de 129 conceitos, ordenados de forma aleatória, extraídos de dois compêndios gerais de psiquiatria, a saber, Leigh, Pare &

Marks de 1977 e Kaplan & Saddock de 1984, todos eles pretensamente associados ou associáveis à doença mental grave.

Em seguida pedimos a 20 profissionais de saúde mental (8 psicólogos, 6 assistentes sociais e 6 enfermeiros, alunos de cursos de mestrado na área da saúde mental) que, entre esta lista de conceitos seleccionassem todos aqueles que considerassem associáveis à doença mental.

Não lhes foi imposto, ou meramente referido qualquer número limite de conceitos seleccionáveis.

Após a recolha das listagens e respectiva contagem dos conceitos escolhidos rejeitamos todos aqueles cujas escolhas, no seu total, foram inferiores ou iguais a 10. Restou-nos uma lista de 29 conceitos.

Com esta lista foi solicitado a um segundo grupo de 10 profissionais de saúde (2 psicólogos, 3 assistentes sociais e 5 enfermeiros, igualmente alunos de cursos de mestrado na área da saúde mental, mas pertencentes a uma instituição de ensino superior distinta da primeira) que agrupassem os conceitos apresentados em dois grupos diferenciados: um grupo de conceitos que considerassem relacionáveis com a doença mental propriamente dita; e um segundo grupo de conceitos relacionáveis com emoções/ vivências suscitadas pela doença mental.

Obtivemos para o primeiro grupo, designado por *A*, uma lista de 10 conceitos, e para o segundo grupo, designado por *B*, uma lista de 19 conceitos.

Ora, pretendendo-se apurar uma lista final de apenas 12 conceitos, subdividida em dois grupos de 6 conceitos cada, foi então pedida a colaboração de 2 “observadores” independentes (ambos professores universitários com experiência em psicologia clínica), para a eliminação dos conceitos tidos como de menor relevância e pertinência no que respeita à sua “associabilidade” com a doença mental grave e atitudes inerentes.

Apuramos, assim, uma lista final de 12 conceitos, em seguida apresentada:

Grupo A:

Conceitos relacionáveis com a doença mental, enquanto entidade nosográfica:
Psicose; Alienação; Insanidade; Irrealidade; Clivagem; Alucinação.

Grupo B:

Conceitos relacionáveis com as emoções/vivências face à doença mental grave:
Ansiedade; Confusão; Irritação; Medo; Esgotamento; Incapacidade.

Quanto à estrutura da escala propriamente dita, e no que respeita especificamente às instruções e pares de adjectivos opostos para a versão portuguesa, mantivemos a tradução e estrutura propostas e estudadas pelos autores da adaptação deste instrumento para a população portuguesa (Page, Paixão & Oliveira, 1998).

Uma vez concretizados os procedimentos para a Escala de Diferencial Semântico a ser utilizada na amostra de sujeitos portugueses, foi realizado um segundo momento de procedimentos, desta feita relativos à preparação do mesmo instrumento para a amostra norte – americana.

Assim sendo, foi feita uma primeira tradução do conjunto de 12 conceitos para a língua inglesa, cujo processo foi realizado por dois tradutores portugueses independentes.

Alcançado o consenso entre os colaboradores portugueses, procedeu-se a uma última revisão de tradução, efectuada pelo Professor Doutor Richard Page (psicólogo), Universidade da Geórgia, EUA, investigador com vasta experiência na aplicação deste instrumento particular, e pelo Dr. Erik Milliner (médico psiquiatra), Clínica Mayo, Rochester, EUA. O acompanhamento e supervisão deste processo tradutivo por parte do Professor Doutor Page foi efectuada via e mail. Com o Dr. Milliner tivemos a oportunidade de nos reunirmos pessoalmente, por ocasião de uma sua visita profissional a Portugal, no sentido de apurarmos se os conceitos traduzidos para a língua inglesa assumiriam, na população norte – americana um significado e entendimento semânticos similares aos dos conceitos portugueses “homólogos”.

Esta nossa preocupação na “calibração” e aproximação o mais fiéis possíveis entre os conceitos portugueses e os norte – americanos, prende-se fundamentalmente com as questões conceptuais e metodológicas associadas às eventuais dificuldades de tradução de determinados conceitos.

Goddard (1997) chama-nos a atenção para as vicissitudes inerentes à tradução e compreensão de palavras em diferentes culturas ou países, no sentido de que nem sempre uma tradução directa de uma dada palavra significa que a sua compreensão resulte semelhante em culturas ou países distintos. Palavras semanticamente parecidas podem, em potência, assumir significados bem diferenciados.

A questão da interpretação das palavras ou conceitos em contextos culturais diversos não pode, pois, deixar de aqui ser notada e, portanto, ponderada.

Contudo, mais do que o significado semântico atribuível a este ou outro conceito, estão as conotações emocionais, culturais, associadas e implícitas a essas palavras. Estes contornos, que sem dúvida se revestem de certa complexidade, fazem parte integrante, e deveras importante, daquelas que são algumas das metas de investigação por nós aqui propostas.

A lista de 12 conceitos traduzidos e integrados na Escala de Diferencial Semântico do protocolo norte – americano são, então, os seguintes:

Grupo A: Conceitos relacionáveis com a doença mental, enquanto entidade nosográfica
Psychosis; Alienation; Insanity; Unreality; Splitting; Hallucination.

Grupo B: conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências face à doença mental grave
Anxiety; Confusion; Irritation; Fear; Nervous Breakdown; Disability.

Finalmente, as instruções e os pares de adjectivos em língua inglesa constantes no nosso protocolo correspondem com exactidão à versão original, tal como elaborada pelos seus autores (Osgood, Suci & Tannaenbaum, 1957) e largamente aplicada por toda uma diversidade de investigadores desta área (Page et al, 1992, 1992 b, 1995, in Page et al, 1998); Cheng et al, 1995 b, entre muitos).

Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, Cohen & Struening, 1962

Uma vez que este instrumento é originalmente norte – americano não foram necessárias medidas especiais de preparação para a sua inclusão no protocolo de instrumentos norte – americano. Tivemos, no entanto, o cuidado de confirmar se a versão da escala que se encontrava na nossa posse correspondia à versão original, tal como criada pelos seus autores.

Procedimentos mais detalhados foram, contudo, necessários no que respeita à aplicação deste instrumento para a população portuguesa, sendo que assentaram fundamentalmente no processo de tradução da língua original inglesa para a portuguesa.

Tal como já indicado por nós, nas considerações genéricas sobre os instrumentos de avaliação utilizados, existia já no meio académico uma versão desta escala traduzida

para português, mas cuja autoria não nos foi possível conhecer, uma vez a aparente inexistência de publicações acerca do seu eventual processo de tradução.

Assim sendo, optámos por submeter de novo este instrumento a um processo de tradução, que se estruturou em torno dos seguintes passos metodológicos:

1. Tradução da escala para a língua portuguesa, feita por um tradutor independente ao estudo, com formação especializada em línguas.
2. Retroversão para inglês da versão portuguesa entretanto obtida, igualmente realizada por um especialista em línguas, independente ao estudo.
3. Comparação de ambas as versões – inglesa original e inglesa retrovertida, sublinhando-se os aspectos discordantes.
4. Partindo dos aspectos discordantes entre as duas versões procedeu-se à sua discussão entre todos os intervenientes, como forma a alcançar uma versão consensual da escala.

Deste processo resultou uma versão que, comparativamente à já existente, sofreu algumas pequenas alterações que se prenderam essencialmente com a construção frásica e gramatical de alguns itens.

Por fim, pelo que nos é dado a conhecer, o processo de adaptação e estudo factorial deste instrumento para a população portuguesa não se encontra ainda realizado.

Por tal, propomo-nos no âmbito da nossa presente investigação, concretizar essa tarefa, que oportunamente aqui será descrita e apresentada.

VI. 6 – Pré – Teste do Protocolo de Instrumentos

O conjunto dos dois instrumentos de medição – Escala de Diferencial Semântico e Escala de Opiniões sobre a Doença Mental – e questionário de caracterização sociodemográfica, foi previamente aplicado um grupo de 11 sujeitos, alunos de um curso de mestrado na área da saúde mental, cujas características gerais, enquanto amostra, se presumiam semelhantes às da população, alvo do nosso estudo.

Entre estes 11 sujeitos, 8 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre os 23 anos e os 49 anos (média de idades = 29, 27 anos). Dos quais temos ainda 2 casados e 9 solteiros; 7 enfermeiros, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais.

Constatou-se um tempo médio de aplicação de cerca de 20 minutos. O texto de apresentação do protocolo, bem como as instruções disponibilizadas não levantaram qualquer questão de relevo. Foram apenas introduzidas alterações menores no questionário de caracterização sociodemográfica, em termos de sequência e numeração de algumas das suas questões e sub – questões.

VI. 7 – Estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados

VI. 7.1. - Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, Cohen & Struening, 1962 – Estudo para a versão portuguesa deste instrumento.

Na sequência da apresentação de todo o conjunto de procedimentos realizados em torno dos instrumentos de avaliação utilizados, resulta necessária e pertinente a elaboração da análise das principais qualidades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, uma vez a inexistência, pelo que nos é dado a conhecer de um estudo desta natureza para a versão portuguesa deste instrumento.

Deste modo, aqui reportar-nos-emos fundamentalmente àquela que diríamos ser a segunda fase deste estudo psicométrico, uma vez que a primeira etapa deste processo, relativa à tradução e adaptação da escala para a língua portuguesa, foi já oportunamente descrita em pontos anteriores (ponto VI.5).

Assim, tendo como base a versão portuguesa deste instrumento, foi solicitada a um conjunto alargado de sujeitos a sua participação e preenchimento voluntário desta escala, acrescido da devida ressalva de que não existem respostas correctas ou erradas, sendo-lhes ainda garantido o seu total anonimato.

AMOSTRA:

Constitui-se no seu total por 261 questionários, obtidos a partir de dois grandes grupos amostrais, a saber, 48 estudantes do 3º ano da licenciatura em psicologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa e 131 estudantes do 2º ano da licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca, de Coimbra. A estes dois grupos de participantes, acresceram o total de 82 sujeitos, técnicos de saúde mental, inclusos na amostra portuguesa da presente investigação.

Relativamente ao sexo dos sujeitos que participaram neste processo 27,3% pertencem ao sexo masculino, 72,7% ao sexo feminino. A média de idades situa-se nos 24,6 anos, variando entre as idades de 19 e os 50 anos.

RESULTADOS:Média, Desvio Padrão e Correlações

A média dos valores dos itens varia entre 1,93 (item 4) e 5,59 (item 22). Recordamos que a grelha de respostas oferece seis alternativas possíveis entre a opção *Aprovo Plenamente* – cotada com 1 valor; *Aprovo* – cotada com 2 valores; *Não tenho a certeza, mas é provável que aprove* – 3 valores; *Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove* – 4 valores; *Desaprovo* – cotada com 5 valores e, finalmente, *Desaprovo Plenamente* – cotada com 6 valores.

Somente um item apresenta uma média inferior a 2 (item 4 – “quando os pacientes saem dos hospitais psiquiátricos, apesar de parecerem bem, não devem ser autorizados a casar”), sendo seguido pelos itens 51 (“todos os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ser impedidos de ter filhos através de uma operação indolor”), 24 (“uma mulher será inconsciente se casar com um homem que tenha tido uma doença mental grave, mesmo que este pareça totalmente recuperado”), 14 (“os filhos pequenos dos doentes que estão em hospitais psiquiátricos não devem ser autorizados a visitá-los”) e 29 (“qualquer pessoa que está no hospital psiquiátrico não deve ser autorizado a votar”), todos com valores médios inferiores a 2,300.

Os itens com médias superiores são os números 22 – “qualquer pessoa que se tenta curar merece o respeito dos outros”, com 5,59 seguido pelos itens 31 (“a melhor forma de lidar com os doentes nos hospitais psiquiátricos é mantê-los atrás de portas trancadas”) e 40 (“doentes com uma grave doença mental já não são completamente humanos”), com 5,41 e 5,26 respectivamente. Apenas mais 3 itens apresentam valores superiores a 5,00 (os itens 18, 47, 32).

O *Quadro VI.A – Análise de consistência dos itens da OMI (que também inclui estatísticas resumo para correlação item total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item)*, resume em si mesmo uma quantidade de procedimentos importantes.

Em relação ao desvio padrão o item com valor mais elevado é o 21 (com 1,59), seguido dos itens 5 e 48, com valores idênticos (1,53). O item com valor mais baixo de desvio padrão é o nº 22 (0,88), sendo que os itens 27, 31 e 38 têm valores igualmente baixos (1,02).

Já organizado de acordo com as cinco dimensões da escala entretanto obtidas através do estudo da análise factorial, o *Quadro VI. B – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores (para*

um $N = 261$; que inclui valores próprios; % da variância explicada e % cumulativa) mostra a composição factorial alcançada para a amostra em estudo de 261 sujeitos.

Composição factorial

Nesta fase do trabalho interessou-nos fundamentalmente avaliar a estabilidade da estrutura factorial obtida no estudo original. Assim, realizámos uma análise factorial para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores, seguindo o critério de factor loading ser igual ou superior a 0,285. Esta matriz de cinco factores explica no seu conjunto 41,721% da variância.

Os itens 2, 12, 17, e 42 foram excluídos uma vez que não saturam acima dos 0,285.

Considerando a estrutura factorial da escala original e comparando os nossos resultados apuramos que:

1- A dimensão *Ideologia da Higiene Mental* é aquela cuja a variância explicada é mais elevada (16,282%), embora o seu alpha seja o mais baixo (0,64). Composta por 9 itens, tem no item 44 aquele que mais o prejudica (capaz de diminuir o valor de alpha). Comparativamente ao estudo americano a composição dos itens é absolutamente idêntica, embora os dados sobre a consistência interna e fidelidade não sejam fornecidos.

2- A dimensão *Autoritarismo* explica 8,204% da variância, e apresenta um alpha de 0,74, sendo o item 21 o único que parece prejudicar este valor. De igual forma, este factor apresenta na sua constituição exactamente os mesmos itens do estudo original.

3- A dimensão *Restrição Social* tem na sua constituição todos os itens equivalentes da proposta americana, com excepção aqui do item 42. Explica 6,683% da variância, com um alpha de 0,75.

4- A dimensão *Etiologia Interpessoal* é constituída pelos mesmos itens da versão original, explicando na amostra portuguesa 6,031% da variância, com um alpha de 0,71.

5- Por último a dimensão *Benevolência* explica somente 4,520% da variância, sendo que dos 14 itens da escala original apenas 11 se mantêm na versão portuguesa, mas onde o alpha é mais elevado (0,80).

Quadro VI. A – Análise de consistência dos itens da OMI (Inclui estatísticas resumo para correlação item total corrigida e valor do α da dimensão se apagado o item) (N = 261)

<i>Itens da dimensão</i> Autoritarismo:	$\bar{X}$	s	Correlação item total corrigida	α se apagado o item
ITEM 1	3,7050	1,4308	,3521	,7256
ITEM 6	3,0421	1,2868	,3598	,7244
ITEM 9	4,6054	1,3190	,3138	,7302
ITEM 11	3,2912	1,3472	,3784	,7219
ITEM 16	2,2912	1,2432	,4933	,7080
ITEM 19	2,9080	1,3499	,3496	,7257
ITEM 21	3,3410	1,5940	,2011	,7495
ITEM 39	3,6552	1,3881	,4480	,7124
ITEM 43	2,5594	1,3248	,3968	,7196
ITEM 46	2,3180	1,4393	,4643	,7097
ITEM 48	3,1839	1,5332	,5198	,7005
$\alpha = .74$; 11 itens				
<i>Itens da dimensão</i> Benevolência	$\bar{X}$	s	Correlação item total corrigida	α se apagado o item
ITEM 18	5,0268	1,0393	,4385	,7819
ITEM 22	5,5900	,8839	,6047	,7697
ITEM 27	4,6130	1,0264	,3251	,7922
ITEM 47	5,0690	1,1549	,4955	,7757
ITEM 26	3,9042	1,2839	,2270	,8057
ITEM 32	5,0613	1,1351	,5824	,7667
ITEM 34	3,8238	1,2678	,2452	,8033
ITEM 36	4,7739	1,2644	,5358	,7707
ITEM 37	4,5556	1,3074	,3926	,7876
ITEM 40	5,2644	1,1812	,6273	,7611
ITEM 49	4,8621	1,2846	,6135	,7613
$\alpha = .80$; 11 itens				
<i>Itens da dimensão</i> Ideol. da Higi. Mental	$\bar{X}$	s	Correlação item total corrigida	α se apagado o item
ITEM 3	4,6973	1,2420	,2748	,6144
ITEM 13	4,5977	1,1812	,4195	,5748
ITEM 23	4,6322	1,3766	,3965	,5788
ITEM 28	4,1073	1,2964	,1877	,6396
ITEM 33	4,6628	1,1475	,4840	,5582
ITEM 38	4,8889	1,0299	,3606	,5935
ITEM 44	4,0230	1,3838	,1852	,6439
ITEM 31	5,4100	1,0287	,3731	,5906
ITEM 50	2,9885	1,4688	,2862	,6138
$\alpha = .64$; 8 itens				
<i>Itens da dimensão</i> Restrição social	$\bar{X}$	s	Correlação item total corrigida	α se apagado o item
ITEM 4	1,9272	1,1225	,4913	,7135
ITEM 7	3,0077	1,3272	,2510	,7528
ITEM 14	2,2797	1,2597	,4497	,7188
ITEM 24	2,2490	1,1246	,5984	,6968
ITEM 29	2,8889	1,3612	,4594	,7171
ITEM 45	3,3103	1,3007	,3613	,7339
ITEM 51	2,2222	1,2636	,4749	,7145
ITEM 41	3,4253	1,2276	,3486	,7352
ITEM 8	2,4866	1,1721	,4167	,7244
$\alpha = .75$; 9 itens				
<i>Itens da dimensão</i> Etiologia Interpessoal	$\bar{X}$	s	Correlação item total corrigida	α se apagado o item
ITEM 5	3,1418	1,5314	,3704	,6961
ITEM 10	3,5594	1,4092	,3056	,7100
ITEM 15	2,3333	1,2279	,4231	,6799
ITEM 20	2,8544	1,2595	,6009	,6359
ITEM 25	2,5632	1,2953	,4708	,6677
ITEM 30	3,2797	1,3792	,3625	,6950
ITEM 35	2,8199	1,2066	,4670	,6701
$\alpha = .71$; 7 itens				

Quadro VI. B - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores (N = 261)
 Inclui valores próprios; % da variância explicada e % cumulativa

	Ideol. Hig. Mental	Autoritarism o	Restri. Social	Etiologia Interpessoal	Benevo- lência
OMI1		,570			
OMI4			,442		
OMI5				,672	
OMI6		,307			
OMI7		(,384)			
OMI8			,285		
OMI9		,602			
OMI10				,530	
OMI11		,280	,369		
OMI13	,439				
OMI14			,471		
OMI15				,275	
OMI16		,420			
OMI18	,544				
OMI19			(,450)	,351	
OMI20				,684	
OMI21			(,455)		
OMI22	,741				
OMI23					,452
OMI24	-,607		,410		
OMI25				,589	
OMI26					,498
OMI27	,340				
OMI28					,742
OMI29			,499		
OMI30		,670		,254	
OMI31	,681				
OMI32	,611				
OMI33	,554				
OMI34	,293				
OMI35				,472	
OMI36	,571				
OMI37	,448				
OMI38	,612				
OMI39		,610			
OMI40	,698				
OMI41			,524		
OMI43		,333			
OMI44			-,405		
OMI45		(,410)	,302		
OMI46	-,464	,518			
OMI47	,694				
OMI48		,721			
OMI49	,678				
OMI50	,483				
OMI51			,361		
Valores próprios	7,327	3,692	3,007	2,714	2,034
% variância explicada	16,282	8,204	6,683	6,031	4,520
% variância acumulada	16,282	24,487	31,170	37,200	41,721

Correlação entre factores

Debruçando-nos sobre as correlações entre factores – ver *Quadro VI.C* – podemos observar a existência de correlações significativas entre diversas dimensões.

Esta dependência entre factores poderá ser um indicador da possibilidade de soluções factoriais de outra natureza. No entanto, se considerarmos o modelo teórico de base na construção da escala, pensamos que esta solução oferece alguma consistência.

Aqui realçamos a existência de correlação com significado estatístico $\leq 0,05$ entre as dimensões *Autoritarismo* e *Restrição Social* e também entre, uma vez mais, a dimensão *Autoritarismo* e o factor *Etiologia Interpessoal*.

Tais valores, julgamos justificarem-se pela proximidade dos “pressupostos” inerentes àquilo que os factores pretendem medir/avaliar. Isto é, apesar destas dimensões se proporem medir diferenciados aspectos e nuances das atitudes face à doença mental, não deixam, no entanto, de se encontrarem relacionados entre si.

Quadro VI. C – Correlações entre factores OMI

	Ideo. H. Mental	Autoritarismo	Rest. Social	Et. Interpessoal	Benevolência
Ideo. H. Mental	1				
Autoritarismo	-, 057	1			
Rest. Social	-, 179 **	, 554**	1		
Et. Interpessoal	-, 159*	, 574**	, 454**	1	
Benevolência	-, 070	, 466**	, 438**	, 414**	1

** correlação significativa para $p < 0,01$

* correlação significativa para $p < 0,05$

A média dos valores de cada um dos cinco factores (consultar *Quadro VI.D*), varia entre aproximadamente 25,8 para o factor *Ideologia da Higiene Mental*, (com um desvio padrão de 4,48) e 42,1 no que respeita ao factor *Autoritarismo*, este com um desvio padrão de 8,06.

Quadro VI.D – Médias e Desvio Padrão das 5 dimensões OMI (N = 261)

	Média	Desvio Padrão
Ideol. Higiene Mental	25,79	4,484
Autoritarismo	42,09	8,059
Restrição Social	37,03	4,774
Etiologia Interpessoal	28,45	5,6570
Benevolência	39,45	4,2990

VI. 7.1.1 - Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, Cohen & Struening, 1962 – Estudo das qualidades psicométricas para as amostras de técnicos de saúde mental portugueses (designada por grupo P, para n=82) e norte-americanos (designada por grupo NA, para n=65)

De seguida iremos expor o estudo das qualidades psicométricas da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMI) no grupo específico de profissionais de saúde mental portugueses.

A análise estatística baseou-se na determinação dos valores médios dos itens, desvios padrão, correlações e análise factorial. Sequentemente, efectuaremos também uma análise comparativa com os resultados do estudo por nós exposto anteriormente para a amostra alargada de sujeitos portugueses (denominada de **grupo X**, com um N=261).

AMOSTRAS:

As características das amostras para o grupo **P** (sujeitos portugueses) e grupo **NA** (sujeitos norte – americanos) encontram-se já detalhadamente apresentadas neste capítulo, ponto VI.3, dizendo respeito a 82 e a 65 sujeitos respectivamente.

Recordamos, porém, algumas das suas principais características, como seja o facto de que para ambas as amostras é notória a prevalência de sujeitos do sexo feminino. A esta preponderância não é seguramente alheio a natureza das profissões abrangidas pelo nosso estudo, as quais, por tradição, sabemos ser maioritariamente desempenhadas por sujeitos do sexo feminino.

A tal acresce-se, ainda, a existência de uma maior prevalência de enfermeiros em ambos os grupos de amostras, com especial significância na amostra do grupo **NA**.

A idade média do grupo **P** situa-se nos 30,8, com uma moda de 24 anos. No grupo **NA** a média de idades é relativamente superior (44,7 anos), apresentando uma moda substancialmente mais elevada, de 54 anos.

No que diz respeito ao estado civil, o grupo **P** é constituído por 61% de solteiros e 30,5% de casados. Já o grupo **NA** apresenta uma distribuição bem diversa da anterior, sendo que 81,5% dos sujeitos são casados, e apenas 12,3% são solteiros.

RESULTADOS:**Médias, Desvio Padrão e Correlações****Quadro VI. E – Médias e desvio – padrão para ambos os grupos de amostras P e NA**

Itens da OMI	Média Grupo P	D.P Grupo P	Média Grupo NA	D.P. Grupo NA
1	3,36	1,39	4,30	,93
2	3,71	1,70	2,26	1,30
3	2,12	1,01	2,67	1,16
4	5,14	,91	5,16	,83
5	3,95	1,58	4,66	1,30
6	3,98	1,31	5,06	,80
7	4,12	1,35	4,78	,99
8	2,26	,98	2,87	1,15
9	2,68	1,47	3,98	1,29
10	3,54	1,36	4,63	1,20
11	3,73	1,31	5,06	,88
12	2,18	1,29	2,07	1,27
13	2,00	,87	2,46	,98
14	5,00	,99	5,21	,81
15	4,93	1,01	5,00	,88
16	5,18	,94	5,27	,78
17	3,46	1,38	4,56	1,27
18	1,69	,84	2,33	1,39
19	4,43	1,37	4,58	1,05
20	4,51	1,16	4,90	,91
21	4,25	1,50	4,70	,99
22	1,19	,42	1,63	,71
23	2,34	1,44	3,60	1,11
24	4,93	,98	4,35	1,06
25	4,74	1,15	4,83	,82
26	3,98	1,24	4,75	,90
27	2,23	,86	2,50	,97
28	2,73	1,44	4,00	1,08
29	4,46	1,27	4,83	1,05
30	4,08	1,40	4,84	,97
31	5,69	,55	5,04	,95
32	5,32	,77	5,23	,80
33	1,98	,76	3,12	1,11
34	4,12	1,26	4,03	1,26
35	4,32	1,14	4,80	,81
36	5,28	,77	5,00	,81
37	4,73	1,15	4,69	1,04
38	2,01	,79	2,60	,99
39	3,79	1,33	3,66	1,22
40	5,62	,65	5,61	,60
41	3,46	1,12	3,30	1,13
42	2,65	1,17	4,61	,89
43	4,53	1,21	4,73	,90
44	2,89	1,32	3,49	1,06
45	4,07	1,16	4,15	1,17
46	4,97	1,30	5,47	,75
47	1,76	1,04	2,33	1,00
48	4,35	1,44	5,21	,71
49	5,28	,91	5,26	,64
50	3,48	1,62	3,67	1,18
51	5,09	1,08	5,15	,87

A média dos valores dos itens varia entre 1,19 (item 22) e 5,69 (item 31) para o grupo **P**, e entre 1,63 (item 22) e 5,61 (item 40) para o grupo **NA**.

No grupo **NA** não existem mais itens com valores inferiores a 2, sendo que são os itens 2 e 12 aqueles com valores imediatamente acima desse limiar. Já os mais elevados são cerca de 14 aqueles que apresentam valores superiores ou igual a 5,00.

Na amostra **P** temos 9 itens com valores maiores ou iguais a 5,00, e 4 com médias inferiores a 2,00 (itens 18, 22, 33 e 47).

Quanto ao desvio padrão, na população **P** é o item 2 aquele que se apresenta com um valor mais elevado (1,70), sendo que o item 22 tem somente 0,42.

Para o grupo **NA**, o item com um desvio padrão mais elevado é o nº18 (1,39) e o mais baixo é o nº 40 (0,60).

Composição factorial

Neste âmbito, e tendo em conta a reduzida dimensão das amostras em estudo, pretendemos essencialmente avaliar alguns indicadores sobre a estabilidade da estrutura factorial, comparando em sequência os valores obtidos com os do estudo anteriormente apresentado no ponto VI deste capítulo.

Realizámos então uma análise factorial para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores, num primeiro momento para o grupo português (*Quadro VI.F*) e depois para o norte-americano (*Quadro VI.I*).

Amostra Grupo P

O quadro que se segue mostra detalhadamente a distribuição dos itens pela forma como saturam na distribuição forçada a 5 factores

Realizámos uma análise factorial para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores, seguindo o critério de factor loading ser igual ou superior a 0,285. Esta matriz de cinco factores explica no seu conjunto 32,853% da variância, valor minimamente aceitável uma vez a reduzida amostra para um estudo desta natureza, e onde a escala OMI apresenta, como é sabido, um número considerável de itens.

Quadro VI. F. - Matriz de saturação dos itens da OMI nos factores, para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores (N = 82)
 Inclui valores próprios; % da variância explicada e % cumulativa

	Ideol. Hig. Me.	Autoritaris.	Benevo- lência	Restri. Social	Etiol. Inter.
OMI1		,503			
OMI2			-,337		
OMI3	-,285				
OMI4		,435		,419	
OMI5			,515		,132
OMI6		,330		,533	
OMI7	,418				
OMI8	-,505				
OMI9		,544			
OMI10					,387
OMI11	,368	,336			
OMI12					-,383
OMI13	-,495		-,504		
OMI14				,268	
OMI15			,491		
OMI16				,391	
OMI17			,289		
OMI18			,366		,387
OMI19		,367			
OMI20					,421
OMI21		,431			
OMI22			,284		
OMI23	,532				
OMI24			,420		
OMI25					,323
OMI26		,351	,218		
OMI27			,624		
OMI28	,532				
OMI29		,511		,343	
OMI30	,552				,513
OMI31	,613				,443
OMI32			,564		
OMI33	,379				
OMI34		,295			
OMI35		,317			
OMI36			,299		
OMI37		,312	,289		
OMI38	,357				
OMI39		,532			
OMI40	,395				,392
OMI41				-,512	
OMI42	,397			,381	
OMI43		,432			,466
OMI44	,418				
OMI45		,366		,315	
OMI46					
OMI47			,310		
OMI48	,514	,429			
OMI49		,558	,375		
OMI50	,389				
OMI51	,590			,498	
Valores próprios	5,847	3,713	2,683	2,262	2,250
% variância explicada	11,465	7,280	5,260	4,436	4,412
% variância acumulada	11,465	18,745	24,006	28,441	32,853

O factor que explica uma maior percentagem da variância, tal como assinalado no *Quadro VI.F*, é neste caso o factor *Ideologia da Higiene Mental* (11,465%), seguido do factor *Autoritarismo* (com 7,28%). O factor *Etiologia Interpessoal*, com 4,412% é aquele que explica uma menor percentagem da variância.

A constituição dos factores é em tudo semelhante às propostas já estudadas (de Cohen & Struening, e por nós próprios na parte VI. 7.1. deste mesmo capítulo). A grande maioria dos itens apresenta índices de saturação significativos com os factores pelo os quais se distribuem, embora diversos saturem em simultâneo com mais do que 1 factor. A tal não nos parece ser alheio o facto de existirem correlações elevadas e significativas entre os cinco factores, tal como é analisado em baixo.

Somente um único item acaba por ser excluído, por apresentar um factor loading consideravelmente baixo (o item 46). Relembramos mais uma vez a relatividade destes resultados, uma vez que a dimensão desta amostra é diminuta, face ao número de itens que a escala apresenta.

O *Quadro VI.G – correlação entre factores para a amostra P*, apresenta a correlação entre os diversos factores. São vários os factores que apresentam correlações com significado estatístico entre eles, como sucedeu com o estudo da OMI para a população portuguesa ($n = 261$). Do que se conclui que existem múltiplos factores não claramente diferenciados, justificando alguma da mobilidade da distribuição dos itens entre os factores. Como mero exemplo, verificamos que um considerável número de itens do factor *Etiologia Interpessoal* surge aqui com uma saturação elevada no factor *Ideologia da Higiene Mental*, sendo que ambos têm uma correlação estatisticamente significativa entre os mesmos.

Quadro VI.G – Correlações entre factores para a amostra P (N = 82)

	Ideo. H. Mental	Autoritarismo	Benevolência	Rest. Social	Et. Interpessoal
Ideo. H. Mental	1				
Autoritarismo	,351**	1			
Benevolência	,156	,150	1		
Rest. Social	,548**	,281*	,047	1	
Et. Interpessoal	,440**	,258*	,035	,430**	1

** correlação significativa para $p < 0,01$

* correlação significativa para $p < 0,05$

A média dos valores de cada um dos cinco factores (ver *Quadro VI.H*) varia entre aproximadamente 25,2 para o factor *Ideologia da Higiene Mental*, (com um desvio padrão de 3,738) e 45,3 no que respeita ao factor *Autoritarismo*, este com um desvio padrão de 7,543.

Quadro VI.H – Médias e Desvio Padrão das 5 dimensões (N = 82)

	Média	Desvio Padrão
Ideol. Higiene Mental	45,309	7,543
Autoritarismo	41,243	3,567
Benevolência	25,268	3,738
Restrição Social	38,573	4,312
Etiologia Interpessoal	30,109	5,499

Amostra grupo NA

No quadro seguinte (*Quadro VI.I*) podemos verificar a distribuição dos itens que saturam pela distribuição dos 5 factores.

Realizámos novamente uma análise factorial para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores, seguindo o critério de factor loading ser igual ou superior a 0,285.

Esta matriz de cinco factores explica no seu conjunto 39,821% da variância, valor razoavelmente aceitável tendo em conta, uma vez mais, a reduzida amostra aqui em estudo, em “contraponto” com o número considerável de itens constantes da OMI.

Quadro VI.I. – Matriz de saturação dos itens da OMI nos factores, para solução rodada ortogonal VARIMAX, forçada a cinco factores (N = 65)
 Inclui valores próprios; % da variância explicada e % cumulativa

	Autoritarismo	Benevolência	Ideol. Hig. Me.	Restri. Social	Etiol. Inter.
OMI1	,530				
OMI2	-,308				
OMI3			-,493		
OMI4			,463		
OMI5	,809				
OMI6	,519				
OMI7	,606				
OMI8				-,463	
OMI9	,379				
OMI10	,457				,387
OMI11	,600				
OMI12					-,387
OMI13			-,504		
OMI14				,268	
OMI15	,518				
OMI16	,626				
OMI17		,576			
OMI18		-,239			,387
OMI19	,367			,394	
OMI20	,648				
OMI21	,446				
OMI22		-,297			
OMI23					,382
OMI24			,420		
OMI25	,538				
OMI26			-,286	,526	
OMI27					
OMI28					,468
OMI29		,535		,443	
OMI30	,552				
OMI31		,443			
OMI32		,564			
OMI33				,379	
OMI34	,520				
OMI35	,622				
OMI36	,288	,229			
OMI37	,357	,312			
OMI38					,692
OMI39					,545
OMI40	,515	,392			
OMI41				-,582	
OMI42				,483	
OMI43					,466
OMI44		,488			
OMI45		,366			
OMI46	,256	,313			
OMI47					,571
OMI48	,514				
OMI49		,558			
OMI50			-,472		
OMI51				,498	
Valores próprios	6,770	4,304	3,310	3,049	2,875
% variância explicada	13,275	8,440	6,491	5,979	5,637
% variância acumulada	13,275	21,714	28,205	34,184	39,821

Existem algumas diferenças a assinalar. O factor que explica uma maior percentagem da variância, tal como assinalado no *Quadro VI.I*, é neste caso o factor *Autoritarismo* (13,275%), seguido do factor *Benevolência* (com 8,44%). O factor *Etiologia Interpessoal*, com 5,63% é aquele que explica uma menor percentagem da variância.

Há ainda a considerar ligeiras alterações na constituição dos factores, tendo em conta os valores da saturação apresentados. O reduzido número de sujeitos tal o deixava antever. Ainda assim, através deste estudo, podemos constatar alguma semelhança com o trabalho por nós efectuado numa população mais alargada ($n = 261$), bem como com a proposta original norte – americana de Cohen & Struening.

Por exemplo, o factor *Autoritarismo* encontra-se aqui saturado por 7 dos 11 itens que o constituem, sendo que os restantes, embora saturando noutros factores, apresentam igualmente um factor loading assinalável. O mesmo parece suceder com a quase totalidade dos itens que compõem a dimensão *Benevolência*.

Os restantes factores, talvez pela elevada correlação existente entre eles, demonstram aqui uma menor diferenciação, tendo alguns dos seus itens saturado elevadamente em várias das dimensões da escala (ver *Quadro VI.J – correlação entre factores para amostra NA*).

E assinalar ainda que, por exemplo, os itens 17 e 42, excluídos na versão portuguesa, aqui saturam nos factores *Benevolência* e *Restrição Social*, exactamente aqueles propostos no estudo original.

O *Quadro VI.J. – correlação entre factores para a amostra NA*, indica-nos a correlação entre os diversos factores. Como podemos observar, existem várias correlações significativas, um pouco à semelhança do que foi comprovado com o estudo da OMI para a população portuguesa ($n = 261$).

Assim sendo, podemos concluir novamente a existência de múltiplos factores não claramente diferenciados, contribuindo tal para a justificação de alguma da mobilidade da distribuição dos itens entre os factores. Como mero exemplo, verificamos que um considerável número de itens do factor *Etiologia Interpessoal* surge aqui com uma saturação elevada no factor *Autoritarismo*, sendo que ambos têm uma correlação estatisticamente significativa entre os mesmos.

Quadro VI.J – Correlações entre factores para a amostra NA (N = 65)

	Autoritaris mo	Benevolência	Ideo. H. Mental	Rest. Social	Et. Interpessoal
Autoritarismo	1				
Benevolência	, 506**	1			
Ideo. H. Mental	, 210	, 150	1		
Rest. Social	, 639**	, 631**	, 121	1	
Et. Interpessoal	, 746**	, 530**	, 106	, 553**	1

** correlação significativa para $p < 0,01$

A média dos valores de cada um dos cinco factores (ver *Quadro VI.L*), varia entre aproximadamente 30,7 para o factor *Ideologia da Higiene Mental*, (com um desvio padrão de 4,168) e 52,3 no que respeita ao factor *Benevolência*, este com um desvio padrão de 5,123.

Quadro VI.L – Médias e Desvio Padrão das 5 dimensões (N = 65)

	Média	Desvio Padrão
Autoritarismo	52,076	5,400
Benevolência	52,307	5,123
Ideol. Higiene Mental	30,676	4,168
Restrição Social	44,461	4,369
Etiologia Interpessoal	33,676	4,950

Esta análise da OMI para os grupos **P** e **NA** permite-nos, então, confirmar as qualidades psicométricas da escala, assumindo que a solução de 5 eixos apresenta uma estabilidade considerada aceitável e adequada ao constructo teórico subjacente à elaboração do instrumento.

É de assinalar que a distribuição das análises factoriais para as duas populações é no geral bastante semelhante, com uma correlação entre os factores também idêntica em termos de significado estatístico.

As médias dos valores obtidos pelos factores são aparentemente mais baixas no grupo **P**, assim como os respectivos desvios padrões.

A variância surge ainda com valores mais elevados no estudo do grupo **NA**, apesar da menor dimensão do amostra. O factor *Etiologia Interpessoal* é em todos os

casos aquele que menor percentagem da variância explica, sendo que os factores *Autoritarismo* e *Ideologia da Higiene Mental*, nem sempre pela mesma ordem, revelaram-se os que maior percentagem da variância explicam.

Conclusões

A tradução da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental de Cohen & Struening demonstrou, neste estudo, possuir qualidades psicométricas aceitáveis no que respeita à validade e fidelidade ao nível da sua consistência interna.

Relativamente à solução factorial apresentada pelos autores da versão original, verificou-se somente a existência de problemas em termos da sua replicabilidade, mantendo-se, porém, a sua estabilidade.

De referir, igualmente, a exclusão de 4 itens inclusos na versão original, na sequência da análise factorial por nós efectuada (ponto VI.7.1). Não obstante, sublinhamos a semelhança considerável entre a generalidade dos factores alcançados nas duas versões – portuguesa e norte – americana, de tal modo que três dos cinco factores existentes apresentam igual distribuição de itens entre si. São eles os factores *Autoritarismo*, *Ideologia da Higiene Mental* e *Etiologia Interpessoal*. As restantes dimensões, *Restrição Social* e *Benevolência*, apresentam uma distribuição ligeiramente distinta da versão original, uma vez a perda de 4 dos seus itens (*Benevolência* perdeu os itens 2; 12 e 17; *Restrição Social* perdeu o nº 42).

Assim sendo, consideramos que para o estudo independente dos técnicos de saúde mental da amostra portuguesa, deveremos aceitar a distribuição factorial e respectiva distribuição de itens obtidos a partir da presente análise psicométrica, sumariamente apresentada no Quadro VI.A: cinco factores e 47 itens.

Contudo, no que respeita ao estudo e análise comparativos entre os dois grupos de amostras portuguesas e norte – americanos, dada a constatação de dois factores, cuja distribuição e número de itens não se revela coincidente com a apresentada pela versão original, optamos por somente utilizar aqueles três das cinco dimensões iniciais absolutamente idênticos na sua constituição, a saber: *Autoritarismo*, *Ideologia da Higiene Mental* e *Etiologia Interpessoal*.

VI.7.2. Escala de Diferencial Semântico Osgood, Suci & Tannenbaum (1957) – Estudo das qualidades psicométricas para as amostras de técnicos de saúde mental portugueses (designada por grupo P, para n=82) e norte-americanos (designada por grupo NA, para n=65)

De forma semelhante ao ponto anterior, iremos de seguida realizar o estudo das qualidades psicométricas da escala de diferencial semântico para as duas amostras, o grupo português e o norte-americano.

Levando em linha de conta que este instrumento foi já pormenorizadamente apresentado no ponto VI.4 deste mesmo capítulo, optámos por realizar agora uma análise de alguns parâmetros que julgámos pertinentes.

Tendo constatado que uma vasta quantidade de trabalhos comprovaram a consistência da Escala do Diferencial Semântico, em populações diversas e de vários países (Osgood, 1957; Jenkins, 1958; Lane, 1973; Tzeng, 1975, in Page, 1991)) entre os quais se encontra um estudo para uma amostra portuguesa (Page et al, 1998), considerámos relevante avaliar somente algumas componentes deste instrumento com as populações do nosso estudo: Portuguesa (P) e Norte-Americana (NA).

Assim sendo, a análise estatística baseou-se na determinação dos valores médios dos itens, desvios padrões e análise factorial exploratória com especificação de dois factores, à semelhança do que tem sido realizado em outros trabalhos sobre este instrumento.

Amostra Grupo P

Os 82 sujeitos (já descritos detalhadamente no ponto VI.3. do presente trabalho) classificaram com os 10 pares de adjectivos o conjunto de 12 conceitos propostos (e por nós previamente seleccionados: ver ponto VI.5 - procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos).

Tomando como variáveis os julgamentos dos 82 sujeitos para cada um dos 12 conceitos obteve-se, então, um total de 984 julgamentos (82x12) que cruzados com os pares de adjectivos, tidos como variáveis independentes, permitiram-nos a constituição de uma matriz de intercorrelações (984x10) com a qual foi realizada uma análise factorial exploratória com rotação varimax.

O *Quadro VI.M* apresenta então as médias e desvios padrões obtidos pelos pares de adjectivos.

Quadro VI.M – Médias e Desvio Padrão para a Amostra **P** (N = 82)

Pares de Adjectivos	Média	Desvio Padrão
Bom-Mau	2,24	1,20
Doloroso-Agradável	2,29	1,20
Bonito-Feio	2,60	1,21
Nada importante-Importantíssimo	5,09	1,61
Positivo-Negativo	2,59	1,36
Feminilidade-Masculinidade	3,96	,82
Sério-Engraçado	5,60	1,26
Leve-Pesado	5,35	1,32
Mole-Duro	5,17	1,35
Forte-Fraco	4,61	1,69
Activo-Passivo	4,28	1,70
Rápido-Lento	3,93	1,54
TOTAL	47,70	5,71

O par *sério – engraçado* obtém o valor médio mais elevado, seguido do *leve – pesado* e do *mole – duro*, todos superiores a 5 pontos. Os pares *bom – mau* e *doloroso – agradável* são aqueles com pontos inferiores.

Quanto aos desvios padrões, constatamos que o par *feminilidade – masculinidade* se destaca por um valor claramente inferior, sendo que é o par *activo – passivo* aquele que se apresenta com um valor mais elevado.

No que diz respeito à análise factorial (*Quadro VI.N*) verificamos que a solução que melhor se adequa é a análise exploratória com especificação de dois factores (solução ortogonal) com rotação varimax.

Nesta situação obteve-se uma justificação da variância acumulada de 51,756%. Para esta variância, o **Factor 1** contribui com 36,290% e o **Factor 2** com 15,466%.

Quadro VI.N – Análise Factorial exploratória com especificação de dois factores (Solução Ortogonal), Amostra **P** (N = 82)

Pares de adjectivos	Factor 1	Factor 2
Bom-Mau	,767	,189
Doloroso-Agradável	,786	,146
Bonito-Feio	,759	,111
Nada importante-Importantíssimo	-,322	,110
Positivo-Negativo	,765	,210
Feminilidade-Masculinidade	-,096	-,285
Sério-Engraçado	-,478	-,228
Leve-Pesado	-,610	-,354
Mole-Duro	-,571	,213
Forte-Fraco	-,332	,705
Activo-Passivo	-,018	,846
Rápido-Lento	,233	,648

O *Quadro VI.N* mostra os factores encontrados e a sua composição em termos de adjectivos mais saturados. Como se pode verificar existem alguns pares de adjectivos que apresentam boas saturações nos dois factores (como é o caso de *mole - duro* e de *leve - pesado*), mas no geral constata-se uma boa independência das saturações.

A distribuição dos pares de adjectivos evidencia a conformidade geral com as propostas dos estudos internacionais, e em particular com o trabalho publicado por Page et al (1998) no qual foi utilizada uma amostra constituída por técnicos de saúde mental e estudantes de pós-graduação portugueses.

O estudo da correlação entre os dois factores revelou uma correlação de $-.145$, demonstrativo da boa independência entre ambos.

Amostra grupo NA

Os 65 sujeitos (igualmente descritos no ponto VI.3, do presente capítulo) classificaram com os 10 pares de adjectivos o conjunto de 12 conceitos propostos, entretanto sujeitos à sua adequada tradução para a língua inglesa (ponto VI.5 - Procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos).

Deste modo, e tomando como variáveis os julgamentos dos 65 sujeitos para cada um dos 12 conceitos obteve-se um total de 780 julgamentos (65×12) que cruzados com os pares de adjectivos, enquanto variáveis independentes, uma vez mais nos permitiram a constituição de uma matriz de intercorrelações (780×10) com a qual foi realizada uma análise factorial exploratória com rotação varimax. Sequentemente temos o *Quadro VI.O* que nos apresenta as médias e desvios padrões obtidos pelos pares de adjectivos.

Quadro VI.O – Médias e Desvio Padrão para a amostra NA (N = 65)

Pares de Adjectivos	Média	Desvio Padrão
Bom-Mau	2,85	1,21
Doloroso-Agradável	2,81	1,24
Bonito-Feio	3,15	1,18
Nada importante-Importantíssimo	5,27	1,20
Positivo-Negativo	3,06	1,25
Feminilidade-Masculinidade	4,01	,61
Sério-Engraçado	5,09	1,17
Leve-Pesado	4,85	1,18
Mole-Duro	4,78	1,16
Forte-Fraco	4,07	1,20
Activo-Passivo	4,31	1,27
Rápido-Lento	4,31	1,04
TOTAL	48,33	4,58

O par *Nada Importante – Importantíssimo* obtém o valor médio mais elevado, seguido do *Sério – Engraçado*, ambos superiores a 5 pontos. Os pares *Bom – Mau* e *Doloroso – Agradável* indicam-nos valores inferiores a 3 pontos.

Relativamente aos desvios padrões, observamos que o par *Feminilidade – Masculinidade* sobressai, à semelhança do verificado para a amostra portuguesa, por um valor claramente inferior aos restantes, acrescendo-se ainda que é novamente o par *Activo – Passivo* aquele que nos indica o valor mais elevado.

No que diz respeito à análise factorial (*Quadro VI.P*) é novamente aplicada a solução de análise exploratória com especificação de dois factores (solução ortogonal) com rotação varimax.

Desta feita, e para este grupo específico de sujeitos obteve-se uma justificação da variância acumulada de 51,272%. Para esta variância, o factor 1 contribui com 36,035% e o factor 2 com 15,272%. Valores, aliás, extraordinariamente próximos dos obtidos no anterior estudo com os sujeitos portugueses.

Quadro VI.P – Análise Factorial exploratória com especificação de dois factores (Solução Ortogonal); Amostra NA (N = 65)

Pares de adjectivos	Factor 1	Factor 2
Bom-Mau	-,728	,122
Doloroso-Agradável	-,686	,002
Bonito-Feio	-,777	,075
Nada importante-Importantíssimo	,619	,223
Positivo-Negativo	-,774	,180
Feminilidade-Masculinidade	-,092	,199
Sério-Engraçado	,515	,320
Leve-Pesado	,621	,304
Mole-Duro	,586	,361
Forte-Fraco	,012	,705
Activo-Passivo	,174	,802
Rápido-Lento	,010	,698

O *Quadro VI.P* indica-nos os factores encontrados, bem como a sua composição a nível dos adjectivos mais saturados. Podemos encontrar, à semelhança do estudo com a amostra portuguesa, que alguns pares de adjectivos apresentam boas saturações nos dois factores (como sejam o caso, novamente dos pares *Mole - Duro* e *Leve - Pesado*). Não obstante poder-se-á concluir, em termos gerais, por uma boa independência das saturações.

Tal como sucede com a amostra **P**, também aqui a distribuição dos pares de adjectivos evidencia a conformidade geral com as propostas dos estudos internacionais.

O estudo da correlação entre os dois factores revelou uma correlação de $-0,21$, valor expressivo da boa independência entre ambos.

Conclusões

A análise das médias e desvios padrões da Escala Diferencial Semântico para a amostra portuguesa e norte-americana, e os respectivos estudos factoriais, evidenciam aquilo que muitos outros trabalhos já tinham verificado com outras populações, “a saber a universalidade destes espaços semânticos, particularmente das dimensões espaciais definidas pelos autores originais como Avaliação e Potência” (Page et al., 1998, p. 25).

De facto, podemos constatar a extraordinária estabilidade do método das diferenças semânticas: não só a distribuição dos itens saturados pelos dois factores é semelhante para ambos os grupos em estudo, como a percentagem da variância explicada o é (51,756% na amostra **P**, e 51,272% na **NA**; sendo que o Factor 1 explica 36,29% em **P** e 36,035% em **NA**). Acrescente-se ainda que os pares de adjectivos com médias mais elevadas e mais baixas são idênticos em ambas as mostras, renovando-se tal observação nos valores dos desvios padrões.

Somos então levados a concluir que a Escala do Diferencial Semântico se oferece como um instrumento válido e rigoroso para estudos comparativos, como aliás o têm comprovado sucessivamente múltiplos estudos no âmbito da investigação intercultural.

VI.8 – Procedimentos na Recolha de Dados

Na população portuguesa

Uma vez estabelecidos os devidos contactos, formais e informais, junto das instituições de ensino superior onde pretendíamos proceder à colheita dos dados, foi solicitada aos sujeitos da nossa amostra a sua colaboração no nosso estudo, tendo sido esta solicitação naturalmente precedida de informação relativa à natureza e finalidades da investigação. Neste âmbito, foi sublinhada nota de que sobre a expressão doença mental grave deveria ser presumida a perturbação psicótica e/ou psicose esquizofrénica. Foi-lhes ainda assegurado o respeito pelo anonimato das suas respostas.

O processo de recolha dos dados ocorreu durante o período de tempo compreendido entre os anos lectivos 2002/ 2003 e 2003/ 2004, tendo o protocolo de instrumentos, na sua grande maioria, sido aplicado colectivamente, num contexto escolar e no início de uma sessão lectiva regular (disciplina de um curso de mestrado ou pós graduação; ou em seminários de orientação para realização da dissertação de mestrado).

Uma pequena parte dos questionários foi aplicada no decorrer de seminários ou reuniões clínicas.

Na população norte – americana

Por se tratar de um país estrangeiro e de uma instituição de saúde privada, à qual nós somos estranhos, enquanto profissional de saúde e investigadora, foi necessário proceder-se a todo um conjunto de formalidades que passaram, num primeiro momento, pela apresentação do nosso currículo vitae e projecto de investigação, seguidos de pedidos de autorização dirigidos ao *Institutional Research Board* da Clínica Mayo, Rochester, Minnesota.

Para tal, contámos com a caríssima colaboração do Dr. Erik Milliner, médico psiquiatra graduado da Clínica Mayo, investigador colaborador e representante formal do nosso estudo dentro desta instituição.

Uma vez obtidas todas as autorizações exigidas, cuja condição essencial sublinhava a garantia absoluta de anonimato dos sujeitos e respectivas respostas, foram

iniciadas as diligências necessárias à nossa deslocação e acolhimento pela Clínica Mayo.

Fomos integrados no *International Education Visiting Clinician Program* que decorreu entre os dias 14 e 17 de Junho de 2004, durante o qual foram concretizadas todas as medidas precisas à recolha dos dados. Estabeleceram-se, pela pessoa do Dr. Milliner e seguidamente por nós, contactos pessoais com diversos departamentos da Clínica Mayo, no sentido de providenciar informação formal sobre a nossa investigação e sequentemente solicitar a sua colaboração.

Foi feita a distribuição dos protocolos dos instrumentos por entre as várias equipas de profissionais de saúde, onde se sabiam integrados psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros (sujeitos pertencentes aos mesmos grupos profissionais da amostra portuguesa).

Dadas as características de funcionamento dos departamentos da Clínica Mayo, enquanto serviços prestadores de cuidados de saúde, e ainda pelo facto da distribuição dos questionários ter sido realizada durante o horário laboral dos profissionais, os protocolos foram sendo posteriormente recolhidos por uma terceira pessoa, mais especificamente, pela secretária do departamento de investigação de psicologia e psiquiatria da Mayo Clinic (que adicionalmente assegurava o anonimato dos sujeitos participantes).

Dado o número limitado dos dias da nossa visita, alguns destes questionários foram depois enviados por mailing, sob responsabilidade, uma vez mais, da secretária do departamento de investigação de psicologia e psiquiatria, e supervisão do Dr. Erik Milliner.

Capítulo VII – Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados obtidos encontra-se organizada em dois momentos essenciais, sendo que o primeiro se refere a uma análise descritiva dos dados alcançados do questionário inicial do protocolo, onde se encontram inclusas questões de caracterização sociodemográfica dos sujeitos, e questões outras formuladas para recolha de informação específica sobre o percurso académico e profissional dos sujeitos de ambas as nacionalidades. Segue-se, ainda neste primeiro momento de exposição, a estatística descritiva dos dados obtidos a partir das escalas “OMI”, de Cohen & Struening e “Diferencial Semântico” de Osgood, Succi & Tannenbaum – uma vez mais, para ambos os grupos de amostragem, português e norte – americano.

O segundo momento de apresentação dos resultados reporta-se ao estudo e análise das diferenças estatísticas e correlações entre toda a diversidade de variáveis integrantes no nosso estudo e os resultados alcançados nas duas escalas de avaliação. Relativamente a este momento, sublinhamos o facto de serem somente apresentados os dados onde são alcançados valores com significado estatístico, quer no que se refere ao estudo das diferenças estatísticas existentes, como relativamente ao estudo das correlações e, ainda no que respeita aos estudos de análise da regressão múltipla.

Refira-se como nota imprescindível que para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11,5 para o Windows.

VII.1 Apresentação descritiva dos resultados de ambas as amostras (portuguesa e norte – americana) no que respeita ao seu **percurso académico e profissional /experiência com doença mental grave**.

1.1. - Ano em que terminou a formação académica (correspondente ao grau mais elevado):

Para a amostra total de 146 sujeitos (com ausência de uma resposta de um dos sujeitos portugueses) temos uma média de ano de formação equivalente ao ano de 1993, com uma variação compreendida entre os anos de 1965 e 2004. Como podemos observar no *Quadro VII.A* abaixo apresentado, as maiores percentagens de sujeitos correspondem, no entanto, a anos de formação mais recentes, distribuindo-se pelas décadas de 90 e 2000.

Os valores sustentados pelos sujeitos pertencentes à amostra portuguesa mostram-nos uma média de ano de formação correspondente ao ano de 1999, com ano mínimo de fim de graduação referente a 1981 e máximo 2003. A moda centra-se igualmente no ano de 2003.

De referir o facto de que nenhum destes nossos sujeitos terá terminado a sua graduação (mais elevada) nas décadas de 60 ou 70, concentrando-se, antes, as maiores percentagens nas décadas de 90 e primeira década de 2000. A tais valores não é seguramente alheio o factor idade dos indivíduos, sendo estes maioritariamente adultos jovens, sendo que 89% da amostra têm idades compreendidas entre os 22 anos e os 39 anos de idade.

No que respeita aos sujeitos da amostra norte – americana estes apresentam como ano médio de fim de conclusão de formação o ano de 1987, com uma distribuição compreendida entre um mínimo correspondente a 1965 e um máximo relativo a 2004. A moda é o ano de 2001, dado o facto de existirem seis sujeitos (9,2%) que obtiveram o seu grau último neste ano de 2001.

De maior relevância são as percentagens de sujeitos que concluíram a sua formação durante as décadas de 70 e 80, com os valores respectivos de 24,6% e 35,4%, perfazendo ambos um subtotal de 60% do total da amostra americana. São números bem contrastantes com os dos sujeitos de nacionalidade portuguesa, uma vez estes

condensarem, antes, maiores percentagens nas décadas de 90 e primeira de 2000, exibindo pois uma percentagem acumulada de 93,9%.

Quadro – VII.A – em que ano terminou a formação (N = 146)

Ano de Formação	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Década de 60	1	0,68	0	0	1	1,5
Década de 70	16	10,9	0	0	16	24,6
Década de 80	27	18,4	4	4,9	23	35,4
Década de 90	45	30,6	32	39	13	20
1ª Década de 2000	57	38,8	45	54,9	12	18,5

1.2. - Local de trabalho actual

De forma a facilitar a sistematização e tratamento dos dados obtidos, optamos por agrupar os diferentes locais de colocação profissional dos sujeitos em seis grandes categorias, a saber: 1 - Ensino Universitário; 2 - Departamentos de Saúde (onde se englobam serviços psiquiátricos ou outros, integrados em centros de saúde, clínicas ou hospitais públicos ou privados); 3 - Centros de Atendimento a Toxicodependentes; 4 – Instituições Portuguesas de Solidariedade Social - IPSS(s); 5 - Câmaras Municipais ou Serviços Sociais do Estado; 6 - e por último, uma categoria genérica indefinida, na qual incluímos os locais não previstos por nós em termos categoriais, geralmente aqueles correspondentes a colocações de baixa frequência, e os quais denominamos de: Outros.

Observando-se o quadro aqui presente (*Quadro VII. B*) podemos constatar, em termos da amostragem total, uma franca preponderância de sujeitos colocados em departamentos/serviços de saúde (103 indivíduos = 70,1% para um N total de 147 sujeitos), cujos valores assumem significativo destaque e contraste com as percentagens restantes (que não vão além dos 8,8%, com o acrescido reparo deste valor ser relativo à conjugação de locais de trabalho, diversos uns dos outros).

Através de uma rápida análise comparativa entre os diversos dados aqui expostos, podemos com segurança observar que para esta situação está fortemente a contribuir o facto da esmagadora maioria dos sujeitos norte – americanos se encontrarem colocados, à data da recolha dos dados, em serviços e departamentos de saúde pertencentes à instituição médica na qual procedemos ao nosso estudo. Do mesmo modo, no grupo de sujeitos portugueses constatamos firme concentração de profissionais a trabalharem neste tipo de serviços. Recordemos que 41,5% dos

profissionais da amostra portuguesa são enfermeiros, cuja colocação esperada e típica é em departamentos, serviços ou centros médicos. Não obstante esta realidade no nosso estudo, a amostra portuguesa demonstra uma distribuição de valores relativamente abrangente: 14,6% dos sujeitos trabalham em IPSS(s) e para ambos locais – CAT e Ensino Universitário – encontram-se 7,3% dos indivíduos.

Quadro – VII.B – local de colocação profissional actual (N = 147)

Local de Trabalho	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Ensino Univ.	7	4,8	6	7,3	1	1,5
Dep. Saúde	103	70,1	39	47,6	64	98,5
CAT	6	4,1	6	7,3	0	0
IPSS	12	8,2	12	14,6	0	0
Cam. Mun.	6	4,1	6	7,3	0	0
Outros	13	8,8	13	15,9	0	0

Subsequente ao quadro de dados anterior, acrescentamos informação que julgamos pertinente no que respeita especificamente à distribuição dos diferentes grupos de profissionais (a saber, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) pelo seu local de trabalho actual. As percentagens apresentadas junto aos valores de frequência são calculadas com base no N de indivíduos pertencentes a cada uma das “classes” profissionais de cada uma das amostras (portugueses, norte – americanos e total). Por exemplo, na amostra portuguesa temos 29 psicólogos, 19 assistentes sociais e 34 enfermeiros.

Deste modo, observamos a partir do *Quadro VII. B.1* que, entre os profissionais de nacionalidade portuguesa, os enfermeiros são quem naturalmente apresentam maior concentração nos serviços ou departamentos de cuidados de saúde: dos 34 enfermeiros portugueses 88,2% encontram-se colocados nestes locais de trabalho. Os psicólogos e os assistentes sociais distribuem-se de forma relativamente homogénea entre os diversos locais aqui contemplados, com excepção dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) onde nenhum dos “nossos” técnicos de serviço social se encontrava à data integrado. Entre os profissionais norte – americanos verificamos uma distribuição por local de trabalho bem diferenciada da dos técnicos portugueses. Com a excepção de apenas um único sujeito (um enfermeiro) que lecciona numa instituição de ensino superior, todos os restantes elementos da amostra (8 psicólogos, 20 assistentes sociais e 37 enfermeiros) encontram-se inseridos em departamentos e unidades de

saúde, mais precisamente correspondentes ao complexo clínico privado onde exclusivamente foi obtida a nossa amostra: a Mayo Clinic em Rochester, Minnesota, EUA.

Quadro – VII.B.1 – distribuição dos grupos profissionais pelo local de colocação profissional

G. Profiss./ Local de trabalho	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Psic. (N=37)	As. S. (N=39)	Enf. (N=71)	Psic. (N=29)	As. S. (N=19)	Enf. (N=34)	Psic. (N=8)	As. S. (N=20)	Enf. (N=37)
Ensino Universi.	2 (5,4%)	2 (5,1%)	3 (4,2%)	2 (6,9%)	2 (10,5%)	2 (5,9%)	0	0	1 (2,7%)
Depart. Saúde	14 (37,8%)	23 (58,97%)	66 (93%)	6 (20,7%)	3 (15,8%)	30 (88,2%)	8 (100%)	20 (100%)	36 (97,3%)
CAT	6 (16,2%)	0	0	6 (20,7%)	0	0	0	0	0
IPSS	7 (18,9%)	5 (12,8%)	0	7 (24,1%)	5 (26,32%)	0	0	0	0
Cam. Mun.	2 (5,4%)	4 (10,3%)	0	2 (6,9%)	4 (21,1%)	0	0	0	0
Outros	6 (16,2%)	5 (12,8%)	2 (4,1%)	6 (20,7%)	5 (26,3%)	2 (5,9%)	0	0	0

1.3. - Há quantos anos exerce a actividade profissional:

Pelo *Quadro VII.C.* observamos que o número total dos sujeitos de ambos os grupos de amostra (N = 147) apresenta uma média de 12,3 anos de actividade, com uma variação entre 1 e 39 anos, desvio padrão de 10,2 anos e uma moda de 1 ano, esta explicável pelo facto de existirem 15 sujeitos (ou seja, 10,2%) com apenas 1 ano de actividade, correspondentes, na sua grande maioria, aos profissionais recém – licenciados.

Valores que nos parecem de alguma relevância são os que paralelamente nos indicam que 26,5% dos sujeitos tem até 3 anos de actividade e que 7,5% detêm 14 anos de desempenho profissional.

Na amostra portuguesa temos uma média de anos de exercício profissional de 6,8 anos, cuja variação se situa entre 1 ano de actividade mínima e 30 anos de tempo máximo. O desvio padrão é de 6,3. De um N de 82 sujeitos, 41,5% têm até 3 anos de actividade e 9,8% 14 anos de actividade.

Trata-se pois de um grupo de profissionais com um tempo de actividade consideravelmente jovem e recente, sendo que estes valores naturalmente se encontram em franca consonância com as suas próprias características socio – demográficas.

Relembremos por exemplo, que na amostra dos sujeitos portugueses o grupo etário que em si inclui uma maior percentagem de indivíduos (33,3%) é o escalão dos 22 aos 29 anos inclusive, valores aos quais podemos ainda pertinentemente acrescentar o facto de 54,9% destes sujeitos terem terminado a sua formação académica entre os anos de 2000 e 2004.

Relativamente à amostra norte – americana surgem-nos valores bem diversos dos da amostra portuguesa. Temos então uma média de anos de actividade profissional de 19,1 anos (cerca de mais 12,3 anos em média do que os portugueses), com um tempo de actividade mínimo de 1 ano e máximo de 39 anos. O desvio padrão é de 10 e a moda de 24 anos, contribuindo para tal o facto de existirem 5 sujeitos (7,7%) com 24 anos de exercício profissional. De acrescentar algumas curiosidades como sejam as de que apenas 1 (0,65%) sujeito tem 1 ano de actividade; e somente um com 2 anos de actividade; 7,7% dos indivíduos detêm até 3 anos (inclusive) de exercício profissional, e finalmente, uma percentagem significativa, 35,4%, têm até 14 anos de actividade.

Tal como parte dos valores exibidos pelos sujeitos da amostra portuguesa se podem relacionar com as suas características socio demográficas, também estes valores dos profissionais americanos se encontram potencialmente associados ao mesmo tipo de factores. Senão vejamos: temos uma percentagem superior de sujeitos (43,1%) incluídos no escalão etário compreendido entre os 40 e os 49 anos, logo seguidos de 32,3% pertencentes ao grupo de idades entre os 50 e os 61 anos.

Do mesmo modo, a maioria dos profissionais americanos concluíram o grau último da sua formação durante as décadas de 70 e 80, com valores respectivos de 24,6% e 35,4%. Assim, será, à partida de esperar que sujeitos com mais idade e com formação detida há mais tempo apresentem também uma média de tempo de exercício profissional superior.

Quadro – VII.C – há quantos anos exerce actividade profissional

Anos de Actividade	Total	Portugueses	Norte – Americanos
Média	12,3	6,8	19,1
Desvio – padrão	10,2	6,3	10
Mínimo	1	1	1
Máximo	39	30	39

O *Quadro VII.C.1* mostra-nos a distribuição dos anos de actividade dos sujeitos (em termos de médias) das diferentes amostras, pelos três grupos de profissionais – psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Assim podemos constatar, sob um âmbito comparativo entre os indivíduos de ambas as amostras, que todos as três “classes” profissionais norte – americanas expressam médias consideravelmente superiores aos dos sujeitos dos três grupos portugueses. Vejamos, por exemplo, como os enfermeiros americanos têm cerca de 21 anos de tempo médio de actividade profissional em contraste com os enfermeiros portugueses que apresentam somente 8,2% de tempo médio de exercício profissional (que ainda assim, sublinhe-se, não deixa de ser a média mais elevada entre todos os técnicos portugueses).

Não querendo repetir as considerações já adiantadas no contexto do quadro imediatamente anterior a este, indicamos, porém, dois dos principais factores que seguramente poderão estar na base desta tão grande diferenciação entre as duas amostras: as faixas etárias dos sujeitos de ambos os grupos amostrais particularmente distintas entre portugueses e norte – americanos; e a duração média dos cursos superiores e cursos de pós graduação americanos que, sendo inferior à duração média dos cursos portugueses, concerteza proporciona uma entrada no mundo profissional mais precoce.

Quadro – VII.C.1 – distribuição dos anos de actividade pelo grupo profissional

Anos Activ./ G. Profis.	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Psic. (N=37)	As. S. (N=39)	Enf. (N=71)	Psic. (N=29)	As. S. (N=19)	Enf. (N=34)	Psic. (N=8)	As. S. (N=20)	Enf. (N=37)
Médias	7,81	11,49	14,97	5,10	6,95	8,24	17,63	15,80	21,16

1.4. - Se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais

Verificamos que para a amostra total de profissionais de saúde, 42,2%, correspondentes a 62 sujeitos, trabalham ou já trabalharam com este tipo de patologias, sendo que, no entanto, uma percentagem um pouco mais elevada (57,8%) é atribuída aos profissionais que nunca trabalharam com pacientes doentes mentais, não detendo, assim, experiência clínica nesta área.

Comparando ambos os grupos amostrais no que respeita às respostas afirmativas, observamos um número efectivo de sujeitos muito aproximado entre si. Isto é, 30 portugueses (36,6%) e 32 norte – americanos (49,2%) apresentam experiência profissional com a patologia mental grave. Entre as respostas negativas, portanto indivíduos que nunca trabalharam neste “ramo”, temos 63,4% de indivíduos portugueses e 50,8% de profissionais americanos.

Quadro – VII.D – trabalha ou trabalhou com doentes mentais

Trabalha ou trabalhou	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	62	42,2	30	36,6	32	49,2
Não	85	57,8	52	63,4	33	50,8
Total	147	100	82	100	65	100

Através do *Quadro VII.D.1* podemos observar como se distribuem os técnicos que detêm (ou não) experiência clínica com patologias mentais graves, pelos respectivos grupos profissionais de pertença. Refira-se, neste âmbito, que as percentagens aqui indicadas junto aos valores frequência foram calculadas com base no N correspondente aos sujeitos portugueses e norte americanos que têm experiência clínica com doenças mentais, e N dos sujeitos para as duas nacionalidades que não têm este tipo de experiência profissional.

Temos então que, entre os 30 técnicos portugueses que efectivamente detêm experiência com doentes mentais, somente 2 são assistentes sociais, dividindo-se, equitativamente os restantes 28 pelos psicólogos e pelos enfermeiros. Frequências mais “generosas” são devidas aos técnicos que não trabalham, nem nunca trabalharam com patologias mentais graves (N = 52), sendo que, desta feita, são os enfermeiros

portugueses quem apresentam a percentagem mais elevada (38,5%), seguidos dos assistentes sociais (32,7%) e por último, dos profissionais de psicologia (28,9%).

Relativamente aos sujeitos norte – americanos com experiência clínica na área da psiquiatria (no seu total 32), 46,9% são enfermeiros, 31,3% assistentes sociais e 21,9% psicólogos, sendo que, no entanto, é de frisar que dos 8 psicólogos constantes nesta amostra, 7 são os que efectivamente trabalham ou já trabalharam nesta área de intervenção. Dos técnicos que não possuem experiência psiquiátrica a sua maioria (isto é, 66,7%) são enfermeiros.

Quadro – VII.D.1 – distribuição da existência (ou não) de experiência clínica com doentes mentais pelo grupo profissional

G. Profis./ Exp. Clínica	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Psic.	As. S.	Enf.	Psic.	As. S.	Enf.	Psic.	As. S.	Enf.
Sim (Port.:N=30; N.A.:N=32)	21 (33,9%)	12 (19,4%)	29 (46,8%)	14 (46,7%)	2 (6,7%)	14 (46,7%)	7 (21,9%)	10 (31,3%)	15 (46,9%)
Não (Port.:N=52; N.A.:N=33)	16 (18,8%)	27 (31,8%)	42 (49,4%)	15 (28,9%)	17 (32,7%)	20 (38,5%)	1 (3,03%)	10 (30,3%)	22 (66,7%)

Ainda no que respeita à forma como se distribuem os indivíduos das nossas amostras com e sem experiência clínica em patologias mentais, o *Quadro VII.D.2*, faculta-nos esta informação, desta vez, relativa ao grau académico. À semelhança do quadro anterior, também aqui as percentagens apresentadas são calculadas a partir do N correspondente aos sujeitos portugueses e norte americanos que têm experiência clínica com doença mental, e N dos sujeitos para as duas nacionalidades que não têm este tipo de experiência profissional. Assim sendo, verificamos que dos 30 elementos portugueses com experiência, a esmagadora maioria têm formação ao nível da licenciatura (93,3%). Entre os profissionais portugueses, que não trabalham ou trabalharam na área psiquiátrica, vemos que uma vez mais a sua maioria, é licenciada (94,2%).

Por outro lado, e no que respeita à amostra norte – americana, os técnicos com experiência clínica na área psiquiátrica (N = 32), fazem-nos saber que 56,3% detêm grau de mestre e 6,3% são doutorados. Entre os que não possuem este tipo de

experiência no seu currículo profissional, a sua maioria é, por sua vez, formada ao nível da licenciatura.

Quadro – VII. D.2 – distribuição da existência (ou não) de experiência clínica pelo grau académico

Grau Acad./ Exp. Clínica	Total (N = 147)			Portugueses (N = 82)			Norte – Americanos (N = 65)		
	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.
Sim (Port.:N=30; N.A.:N=32)	40 (64,5%)	20 (32,3%)	2 (62%)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	12 (37,5%)	18 (56,3%)	2 (6,3%)
Não (Port.:N=52; N.A.:N=33)	69 (81,2%)	16 (18,8%)	0	49 (94,2%)	3 (5,8%)	0	20 (60,6%)	13 (39,4%)	0

1.4.1. - Se sim, há quanto tempo e em que instituição(ões)

Para um universo total de 62 sujeitos, correspondentes a 62 respostas afirmativas à questão anterior, notamos que 50% destes indivíduos têm mais de 2 anos de experiência profissional com patologias mentais, sendo que 24,2% desta amostra possuem experiência inferior a um período de tempo de seis meses (*Quadro VII.E.*).

Entre os sujeitos da amostra portuguesa, aqui parcialmente constituída por 30 elementos, temos alguma proximidade de valores percentuais para cada uma das “categorias” de tempo previamente estipuladas. Assim, encontramos 30% de indivíduos com mais de 2 anos de experiência, “contra” 33,3% com experiência inferior a 6 meses. Percentagem um pouco mais baixa é aquela que nos indica a existência de cerca de 13% de profissionais com trabalho efectivo com doentes mentais, compreendido entre sensivelmente mais de 6 meses, mas menos que 1 ano.

Entre os profissionais norte – americanos encontramos uma preponderância significativa, em termos percentuais, de sujeitos com mais de 2 anos de experiência clínica com a doença mental, isto é, 22 indivíduos de um grupo parcial de 32 pessoas, que assim representam praticamente 70% desta amostra. Apenas 5 sujeitos (15,6%) têm experiência inferior a 6 meses, e outros 5 indivíduos (15,7% acumulados) detêm experiência entre os 6 meses e mais do que 1 ano (não chegando, porém aos 2 anos).

Relativamente ao tipo de instituição onde os sujeitos se encontravam a trabalhar à data da recolha dos dados, ou já haviam anteriormente trabalhado, organizámos a informação obtida, em três grandes classes de “modalidade” de instituição psiquiátrica: departamento ou serviço de psiquiatria integrado em hospitais ou centros de saúde gerais; hospital ou centro psiquiátrico, enquanto instituição exclusiva e unicamente dedicada à intervenção em doença mental e, finalmente, clínicas ou comunidades terapêuticas particulares, de menor dimensão, mas igualmente especializadas nos cuidados e intervenção em pacientes com patologias mentais graves.

Deste modo, novamente para um mesmo universo total de 62 respostas, observa-se uma distribuição relativamente homogénea para os 3 tipos de amostra (total, portuguesa e norte – americana) no que respeita ao tipo de instituição psiquiátrica.

Na amostra total 46,8% e 41,9% dos profissionais trabalham ou já trabalharam em departamentos/ serviços psiquiátricos ou hospitais especializados, perfazendo um total de 88,7% de indivíduos. Somente 11,3% trabalham ou trabalharam em clínicas ou comunidades privadas. Situações muito semelhantes são possíveis de ser notadas em ambos os grupos de profissionais portugueses e norte – americanos, senão vejamos: 46,7% e 46,9% dos profissionais portugueses e americanos, respectivamente, estavam afectos à primeira modalidade de instituição psiquiátrica (departamentos/serviços integrados em hospitais gerais), num total acumulado de 93,60%, e ainda, 40% e 43,8% dos sujeitos de ambas as amostras pertenciam ou pertenceram a hospitais psiquiátricos propriamente ditos (total acumulado de 83,8%).

Quadro – VII.E – há quanto tempo trabalha com doentes mentais e em que instituições

Quanto Tempo/ Que Instituição	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
< 6 Meses	15	24,2	10	33,33	5	15,6
> 6 Meses	6	9,7	4	13,33	2	6,3
> 1 Ano	10	16,1	7	23,33	3	9,4
> 2 Anos	31	50,0	9	30	22	68,8
Total de respostas obtidas	62 suj.	100	30	100	32	100
Dep./serv. Psiquiatria	29	46,8	14	46,67	15	46,9
Hospital Psiquiátrico	26	41,9	12	40,0	14	43,8
Clínica/Com. Privada	7	11,3	4	13,33	3	9,4
Total de respostas obtidas	62 suj.	100	30	100	32	100

O *Quadro VII.E.1* permite-nos aceder à informação sobre como se distribui o tempo de actividade clínica dos nossos sujeitos pelos diferenciados grupos profissionais.

As percentagens indicadas são calculadas com base no N dos indivíduos portugueses e N dos norte – americanos consoante os intervalos de tempo estipulados: por exemplo, para o intervalo “ <6 meses” há um N de 10 portugueses e um N de 5 norte – americanos.

Observamos, assim, em termos genéricos, que na amostra portuguesa e no que respeita aos dois intervalos de tempo – “ <6 meses” e “> 2 anos” – (onde, com certa relatividade, se concentram as maiores frequências de sujeitos), os enfermeiros são quem, no primeiro intervalo temporal, registam a maior percentagem (70%), e os psicólogos, quem, no intervalo “>2 anos” expressam, por sua vez, a percentagem superior (66,7%).

Entre os técnicos americanos as maiores frequências de distribuição encontram-se claramente no intervalo de tempo mais alto (> 2anos), sendo que neste, as percentagens resultantes não são muito díspares entre si, senão mesmo, nalguns casos, idênticos. Temos assim que os assistentes sociais e os enfermeiros expressam percentagens iguais de 36,4% e os psicólogos 27,3%.

Quadro – VII. E.1 – distribuição do tempo de trabalho com doentes mentais pelo grupo profissional

G. Prof./ Tempo de trabalho	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.
< 6 Meses (Port.=10; N.A.=5)	3 (20%)	1 (6,7%)	11 (73,3%)	3 (30%)	0	7 (70%)	0	1 (20%)	4 (80%)
> 6 Meses (Port.=4; N.A.=2)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (50%)	0	2 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)
> 1 Ano (Port.=7; N.A.=3)	4 (40%)	1 (10%)	5 (50%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	1 (33,3%)	0	2 (66,7%)
> 2 Anos (Port.=9; N.A.=22)	12 (38,7%)	9 (29%)	10 (32,3%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (27,3%)	8 (36,4%)	8 (36,4%)

1.4.2. – Se ainda trabalha com doentes mentais, aceitaria proposta de mudança para outra área da saúde mental

Aqui deverá ser notado que esta questão obteve um número reduzido de respostas efectivas. Tratando-se de uma questão dirigida aos sujeitos que responderam afirmativamente à pergunta anterior – *trabalha ou já trabalhou com pessoas doentes mentais graves?* –, para a qual temos um universo de 62 sujeitos respondentes para a amostra total, (32 dos quais portugueses e 30 norte – americanos), seriam, então esperadas, para esta sub questão uma frequência equivalente de respostas. No entanto, assim não se verificou. Foram apenas obtidas um total de 29 respostas, com 15 respostas para a amostra portuguesa e 14 para a amostra norte – americana.

Supomos que esta ocorrência se poderá dever à forma como a questão se encontra formulada, nomeadamente no que diz respeito ao tempo verbal aplicado. Deste modo, os sujeitos que efectivamente já haviam trabalhado com este tipo de pacientes, mas que no momento da recolha dos dados eventualmente já não se encontrariam a trabalhar nesta área, poderão ter hipoteticamente entendido que tal questão não se lhes aplicava.

A partir dos dados disponíveis (*Quadro VII.F.*) temos então que para a amostra total uma significativa maioria dos respondentes disseram não aceitar uma eventual proposta de mudança, sendo extensivamente possível de constatar semelhantes maiorias de respostas *Não* para ambos os grupos amostrais: em 15 respostas *portuguesas*, 73,3% destes indivíduos não aceitariam a proposta, e em 14 respostas *americanas*, 64,3% também não aceitariam tal hipotética mudança de área de intervenção.

Quadro – VII.F – se tivesse oportunidade de mudança para outra área de saúde mental que não a psiquiátrica

Proposta de Mudança	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	9	31,0*	4	26,7*	5	35,7*
Não	20	68,9*	11	73,3*	9	64,3*
Total de respostas obtidas	29		15		14	
Respostas ausentes entre as esperadas	33		15		16	

* - Percentagens calculadas sobre o número de respostas obtidas, ou seja, para 29 respostas na amostra total, para 15 respostas na amostra portuguesa e para 16 na norte – americana.

1.5. – Se já não trabalha com estes pacientes ou nunca trabalhou, aceitaria proposta de mudança para a área de intervenção psiquiátrica

Para esta questão foram obtidas um total de 135 respostas, das quais 73 são dadas pelos sujeitos do grupo português, e as restantes 62 pelo grupo de profissionais norte – americanos. Assim sendo, numa perspectiva global temos que 60% das pessoas inquiridas (e não da amostra total inicial) não aceitariam uma proposta de trabalho dentro da área psiquiátrica, a estas contrapondo-se 40% dos sujeitos que não rejeitariam tal oportunidade de mudança (*Quadro VII.G.*).

Entre os profissionais de nacionalidade portuguesa constata-se uma frequência de respostas não muito distante entre si: cerca de 52% de respostas afirmativas e aproximadamente 48% de negativas.

Já os sujeitos pertencentes à amostra norte – americana expressam entre si percentagens de respostas significativamente diferenciáveis, sendo que, se 25,8% dos 62 profissionais desta nacionalidade consideram aceitar uma proposta de trabalho com pacientes psiquiátricos, já uma sua grande maioria, expressiva de cerca de 74% das suas respostas, rejeitariam um emprego afecto a esta área da saúde mental.

Quadro – VII.G – proposta de trabalho na área de intervenção em doença mental

Proposta	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	54	40*	38	52,05*	16	25,8*
Não	81	60*	35	47,95*	46	74,2*
Total de respostas obtidas	135		73		62	

* Percentagens calculadas sobre um universo de 135 respostas na amostra total, 73 respostas para a amostra portuguesa e 62 para a amostra americana.

1.6. – Se tem formação especializada em saúde mental.

Dos 147 sujeitos, no seu total, 63,3% dizem não possuir formação especializada para área de intervenção psiquiátrica, aos quais acresce em contraponto 36,7% que afirmam deter este tipo de formação. Na amostra portuguesa vemos que, de forma similar, a não existência de formação especial arrecada um valor percentual superior (65,9%) comparativamente com a resposta afirmativa, esta correspondente a 34,1% dos sujeitos. Para os sujeitos norte – americanos a situação não varia muito, em termos genéricos, das anteriores, sendo que 40% detêm formação psiquiátrica especializada, “contra” os 60% de profissionais que não a possuem.

Quadro – VII.H – formação psiquiátrica especializada

Formação especializada	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	54	36,7	28	34,1	26	40
Não	93	63,3	54	65,9	39	60
Total	147	100	82	100	65	100

Através do *Quadro VII.H.1* podemos observar como se distribuem os técnicos que detêm (ou não) formação especializada psiquiátrica, pelos respectivos grupos profissionais de pertença. As percentagens apresentadas junto aos valores de frequência são calculadas com base no N de indivíduos pertencentes a cada uma das “classes” profissionais de cada uma das amostras (portugueses, norte – americanos e total). Por exemplo, na amostra portuguesa temos 29 psicólogos, 19 assistentes sociais e 34 enfermeiros.

Assim, entre os técnicos portugueses que possuem formação especializada a frequência maior é devida aos técnicos de enfermagem ($n = 18$). Entre os profissionais que não receberam este tipo de formação, a sua maioria está representada pelos psicólogos ($n = 21$), ainda que não seja uma maioria consideravelmente diferenciada das frequências restantes, isto é, dos assistentes sociais e dos enfermeiros. Uma outra possível leitura, a ser retirada deste quadro, é aquela que nos diz que dos 29 psicólogos, aqui referenciados, 72,4% não investiram ainda em qualquer formação especializada psiquiátrica. Do mesmo modo, dos 19 assistentes sociais aqui incluídos, 89,5% também não detêm este tipo de formação especializada.

Relativamente à amostra norte – americana temos que, entre os profissionais que possuem formação, os assistentes sociais são os que indicam a maior frequência ($n = 13$). Dos técnicos “desprovidos” de formação psiquiátrica, os enfermeiros, são desta vez, os que mostram a frequência claramente mais elevada ($n = 29$). Sob uma outra leitura, constatamos, por exemplo, que entre os 37 enfermeiros aqui incluídos 78,4% não detêm formação psiquiátrica especializada.

Quadro – VII.H.1 – distribuição da formação psiquiátrica especializada pelo grupo profissional

G. Prof./ Formação Especializada	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi. (N=37)	As. S. (N=39)	Enf. (N=71)	Psi. (N=29)	As. S. (N=19)	Enf. (N=34)	Psi. (N=8)	As. S. (N=20)	Enf. (N=37)
Sim	13 (35,1%)	15 (38,5%)	26 (36,6%)	8 (27,6%)	2 (10,5%)	18 (52,9%)	5 (62,5%)	13 (65%)	8 (21,6%)
Não	24 (64,7%)	24 (61,5%)	45 (63,4%)	21 (72,4%)	17 (89,5%)	16 (47,1%)	3 (37,5%)	7 (35%)	29 (78,4%)

A forma como se distribuem os indivíduos das nossas amostras, com e sem formação especializada psiquiátrica, pelo seu grau académico é nos providenciada pelo *Quadro VII.H.2*. Neste quadro, as percentagens apresentadas são calculadas a partir do N correspondente aos sujeitos portugueses e norte americanos que possuem formação especializada, e N dos sujeitos para as duas nacionalidades que não têm este tipo de formação.

Desta feita, verificamos que dos 28 sujeitos portugueses com formação, a sua quase totalidade têm formação ao nível da licenciatura (92,7%). Situação idêntica, em termos de grau académico, encontramos entre os profissionais portugueses que não detêm qualquer formação específica a este nível, sendo que dos 54 indivíduos que se incluem nesta “classe” de resposta, 51 (isto é, 94,4%) são igualmente licenciados. Apenas três profissionais apresentam o grau de mestre.

Quanto aos dados obtidos entre a amostra de sujeitos norte – americanos verificamos que dentro dos 39 técnicos que responderam não possuir este tipo de formação especializada, 66,7% (correspondente a uma frequência de 26 indivíduos) são licenciados, 30,8% são mestres e 2,56% doutorados. Já no que diz respeito aos profissionais de saúde que efectivamente adquiriram formação psiquiátrica (no seu todo, 26), observamos uma clara preponderância de mestres (73,1%), em contraste com a percentagem de licenciados (23,1%).

Finalmente, em termos de amostragem total temos, entre as respostas afirmativas, uma razoável superioridade percentual por parte dos sujeitos licenciados (59,3%), comparativamente aos restantes graus académicos. Essa superioridade assume contornos bem mais claros e marcantes no contexto das respostas negativas, ou seja,

82,8% dos profissionais que não possuem formação psiquiátrica são devidos aos indivíduos com grau académico ao nível da licenciatura.

Quadro – VII.H.2 – distribuição da formação psiquiátrica especializada pelo grau académico

G. Acad./ Formação Especiali.	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.
Sim (Port.= 28; NA=26)	32 (59,3%)	21 (38,9%)	1 (1,85%)	26 (92,7%)	2 (7,1%)	0	6 (23,1%)	19 (73,1%)	1 (3,85%)
Não (Port.=54; NA=39)	77 (82,8%)	15 (16,1%)	1 (1,08%)	51 (94,4%)	3 (5,6%)	0	26 (66,7%)	12 (30,8%)	1 (2,56%)

Ainda no âmbito do item ou variável “formação especializada em psiquiatria” apresentamos o *Quadro VII.H.3* referente aos valores de distribuição da existência (ou não) de formação diferenciada, pela existência (ou não) de experiência clínica com doença mental. O cálculo das percentagens neste quadro referenciadas foi efectuado com base no N relativo a cada um dos tipos de resposta (afirmativa ou negativa) à questão sobre o ter ou não formação psiquiátrica. Temos assim, por exemplo, para a amostra portuguesa, 28 respostas “sim” e 54 respostas “não” sobre a formação psiquiátrica especializada.

Daqui podemos, então, apurar que 74,1% dos técnicos portugueses (40 sujeitos entre 54) que não detêm formação psiquiátrica, não têm também qualquer experiência clínica na área de intervenção das patologias mentais. Constatamos ainda que 57,1% dos profissionais que possuem formação específica, possuem em paralelo experiência clínica com doenças mentais graves.

Quanto aos profissionais de saúde americanos vemos que 73,1% dos sujeitos (19 pessoas entre 26) têm formação específica e experiência clínica nesta área. Por outro lado, 66,7% dos técnicos que afirmam não deter formação a este nível, responderam não ter também experiência em intervenção psiquiátrica.

Quadro – VII.H.3 – distribuição da formação psiquiátrica especializada pela existência (ou não) de experiência clínica com doença mental

Formação especializ./ Exp. Clínica	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	Sim (N=54)	Não (N=93)	Sim (N=28)	Não (N=54)	Sim (N=26)	Não (N=39)
Sim	35 (64,8%)	27 (29%)	16 (57,1%)	14 (25,9%)	19 (73,1%)	13 (33,3%)
Não	19 (35,2%)	66 (71%)	12 (42,9%)	40 (74,1%)	7 (26,9%)	26 (66,7%)

1.6.1 – Se sim, que formação e durante quanto tempo

Tratando-se esta de uma questão que se subdivide em dois itens, entre os quais o tipo de formação recebida, organizámos a informação obtida em 4 categorias: *cadeira de pós graduação ou mestrado*, especificamente centrada na temática psiquiátrica; *curso de pós graduação ou mestrado* em psicopatologia; frequência de *curios de formação e/ou seminários* especializados em psicopatologia; e frequência de *estágios académicos e /ou profissionais*

Assim sendo (*Quadro VII.I*), partindo de um total de 54 respostas afirmativas, provenientes da questão imediatamente anterior, verificamos então que, em termos do tipo de formação recebida, e para uma amostra de 54 sujeitos, 48,2% destes indivíduos adquiriram formação especializada em cursos e seminários. A frequência de estágios académicos ou profissionais engloba apenas 16,7% dos 54 profissionais aqui referenciados.

Dos 28 sujeitos pertencentes à amostra portuguesa, 15 pessoas, correspondentes a 53,6% (deste total parcial) apontam como fonte de formação especializada a participação e frequência em cursos e seminários de psicopatologia. Todas as restantes categorias, tal como formuladas por nós, expressam valores percentuais semelhantes entre si.

Entre a amostra de profissionais norte – americanos, aqui constituída por 26 elementos, temos de forma equivalente aos dados já referidos para as situações anteriores que a maioria dos sujeitos (42,3%) também receberam formação proveniente de cursos e seminários. A estes acrescem-se 23,1% que indicaram uma cadeira de pós graduação ou mestrado enquanto veículo de formação psiquiátrica.

Um segundo item abordado nesta questão prende-se com a duração em tempo da formação recebida.

No entanto, apesar de serem esperadas 54 respostas, tal como para o item anterior incluso nesta mesma questão, foram somente apuradas um total de 44 respostas: 20 entre a amostra portuguesa e 24 na amostra norte – americana.

Em termos gerais, para ambos os grupos, é-nos dado a conhecer uma média de tempo de formação correspondente a aproximadamente 3 anos, ressalvando, porém, a nota de que existe uma variação entre um tempo mínimo de 1 ano e um máximo de 29 anos. Como veremos mais adiante, este tempo de formação referente a 29 anos resulta de uma resposta de um sujeito norte – americano, cuja experiência profissional sempre se viu dedicada à intervenção em patologias mentais.

A título de curiosidade podemos igualmente acrescentar a informação de que temos, na amostra total, 29 sujeitos com 1 ano de formação adquirida e 9 profissionais com 2 anos de formação e 6 sujeitos que se “distribuem” entre os 3 e os 29 anos de formação.

Na amostra portuguesa verificamos um tempo médio correspondente a cerca de 2 anos, com uma variação mínima de 1 ano e máxima de 8 anos, fazendo aqui transparecer o reflexo de uma amostra maioritariamente jovem e com um tempo médio de actividade profissional activa igualmente recente.

No grupo amostral norte – americano sobressaem valores um pouco diferenciados, uma vez a média de tempo de formação rondar os 4 anos, e sobretudo apresentar uma variação compreendida entre 1 e 29 anos – situação esta já apontada linhas atrás. A contribuir sobremaneira para esta média encontrar-se-á ainda o facto de aqui encontrarmos 1 sujeito com 11 anos de formação e um outro com 27 anos contabilizados.

Quadro – VII.I – que tipo de formação especializada e durante quanto tempo

Que formação/ Quanto tempo	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Cadeira pós graduação/ mestrado	10	18,5	4	14,3	6	23,1
Curso pós graduação	9	16,7	4	14,3	5	19,2
Cursos/seminários	26	48,2	15	53,6	11	42,3
Estágios	9	16,7	5	17,9	4	15,4
Total de respostas obtidas	54	100	28	100	26	100
Média tempo formação	2,98		1,85		3,92	
Moda	1		1		1	
Desvio – padrão	5,8		1,8		7,7	
Total de respostas obtidas	44	81,5	20	71,4	24	92,3
Respostas ausentes entre as esperadas	10	18,5	8	28,6	2	7,7

O quadro seguinte – *Quadro VII.I.1* – mostra-nos a distribuição do tempo (em termos de média de anos) durante o qual foi adquirida a formação na área psiquiátrica, pelos diferenciados grupos de profissões incluídas no nosso estudo: psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Assim sendo, temos que na amostra de profissionais portugueses, são os psicólogos que detêm um tempo médio superior (3,14 anos) e os enfermeiros quem apresentam a média de anos mais baixa (1,09).

Entre os norte – americanos verificamos que, à semelhança do observado nos seus homólogos portugueses, são novamente os profissionais de psicologia quem mostram a média de tempo de formação visivelmente mais alta (8,80). Os enfermeiros, são, uma vez mais, o grupo profissional que indica a média inferior (1,22).

Em termos de amostra total, os valores superiores apresentados pelos técnicos de psicologia em ambas as amostras tidas em separado, reflecte-se naturalmente nestes resultados totais, que assim novamente fazem realçar estes profissionais como os detentores da média de anos de formação mais elevada (5,5). O mesmo se revela válido para os técnicos de enfermagem que aqui nos surgem, sequentemente, como o grupo de sujeitos com a média mais baixa (1,15 anos).

Quadro – VII.I.1 – distribuição do tempo de formação especializada pelo grupo profissional

G. Prof./ Tempo Formação	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.
Média anos	5,50	3,58	1,15	3,14	1,5	1,09	8,80	4,0	1,22

1.7. – Outras áreas de saúde mental em que tem experiência

Uma vez obtida uma larga diversidade de tipo de respostas, e tendo em conta a facilitação de tratamento e análise de toda essa informação determinámos 7 grandes agrupamentos de áreas de saúde mental, a saber: trabalho com “crianças” a nível institucional e/ou individual; “adolescentes” dentro dos mesmos níveis anteriores; “toxicoddependência”, na qual considerámos integráveis outras patologias aditivas, como sejam, por exemplo o alcoolismo; “deficiência mental”; “geriatria”; uma sexta categoria, denominada de “outros”, na qual incluímos as áreas da saúde mental que nos “surgiam” parca e isoladamente – entre estas podemos referenciar: intervenção em distúrbios de comportamento alimentar, violência doméstica, gabinetes de apoio e solidariedade social vários, etc.; finalmente um último grupo de respostas dentro do qual couberam todos os sujeitos que afirmaram não possuir qualquer tipo de experiência profissional em outras áreas da saúde mental, designada por “nenhuma”.

Deste modo, observamos a partir do *Quadro VII.J.* que é precisamente esta última categoria de respostas aquela que, para todo o tipo de amostras – total, portuguesa e norte – americana – detém maiores valores percentuais e considerável destaque de todos os outros grupos de respostas: 61,2% da amostra total diz não ter tido, até à data da recolha dos dados, outras experiências em saúde mental. Em termos parcelares, e ainda nesta categoria, tanto os profissionais portugueses como os americanos exibem percentagens de respostas francamente semelhantes entre si, isto é, 50 indivíduos (61%) de nacionalidade portuguesa e 40 sujeitos americanos (61,5%).

Quanto aos outros agrupamentos verificamos que apenas a área da “toxicoddependência” e a categoria “outros” conseguem alcançar valores, dir-se-iam razoáveis, tendo em conta o tamanho real de cada uma das amostras em estudo. Ainda que, acrescente-se, a área da “toxicoddependência” não expresse entre os americanos

(com apenas 3,1% de respostas) uma percentagem tão significativa quanto a amostra portuguesa (15,9%) e a total (10,2%): esta naturalmente, por influência directa da frequência de respostas portuguesas. Por fim, não podemos deixar de hipotetizar que, no que diz respeito ao grupo “*outros*”, os valores obtidos se possam relacionar com o facto de aqui estarem compreendidas diversos tipos de experiências que, sob um efeito acumulativo dão origem aos números aqui referenciados.

Quadro VII.J – experiência em outras áreas da saúde mental

Experiência outras áreas	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	N	%	N	%	N	%
Crianças	5	3,4	2	2,4	3	4,6
Adolescentes	4	2,7	2	2,4	2	3,1
Toxicodependência	15	10,2	13	15,9	2	3,1
Def. Mental	1	0,7	1	1,2	0	0
Geriatria	4	2,7	1	1,2	3	4,6
Outros	28	19,1	13	15,9	15	23,1
Nenhuma	90	61,2	50	61	40	61,5

Uma vez considerada informação pertinente, aqui incluímos ainda um quadro – o *Quadro VII.J.1* – que se reporta aos dados de distribuição dos três grupos profissionais pelas outras áreas de saúde mental onde eventualmente possuem experiência profissional.

Acrescentemos a nota de que as percentagens indicadas junto aos valores frequência são calculadas tendo como referência o N, segundo o qual os sujeitos portugueses e norte – americanos respondentes a esta questão se incluem nas diferentes “categorias” de experiências em outras áreas de intervenção em saúde mental, que não a psiquiátrica. Temos por exemplo 2 técnicos portugueses e 3 norte – americanos com experiência em crianças, e por aí diante.

Ora, podemos genericamente verificar como, entre os sujeitos portugueses, 53,9% dos que têm experiência na área da “*toxicodependência*” são psicólogos e 23,1% são assistentes sociais e enfermeiros (com iguais percentagens). E ainda que 50% dos profissionais que afirmam não ter qualquer outra experiência clínica são enfermeiros, seguidos dos assistentes sociais com a percentagem de 32% e dos psicólogos com 18%.

Os valores apresentados pelo grupo de sujeitos norte – americanos mostram uma sua distribuição bem mais concentrada nas “categorias” “*geriatria*”, “*outras áreas*” e “*nenhuma*”, de tal modo que, relativamente a esta última, podemos observar como,

entre os 40 técnicos que responderam que não possuem qualquer experiência em outra área da saúde mental, 70% são profissionais de enfermagem e 20% são assistentes sociais. A menor percentagem de distribuição é devida aos psicólogos, com somente 10%.

Quadro – VII. J.1 – distribuição da experiência em outras áreas da saúde mental pelo grupo profissional

G. Prof./ Exp. Outras áreas	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.
Crianças (Port.=2; NA=3)	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (100%)	0	0	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Adolescen. (Port.=2; NA=2)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	2 (100%)	0	0	0	1 (50%)	1 (50%)
Toxicodep end. (Port=13; NA=2)	7 (46,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	7 (53,9%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	0	1 (50%)	1 (50%)
Def. Ment. (Port.=1; NA=0)	1 (100%)	0	0	1 (100%)	0	0	0	0	0
Geriatria (Port.=1; NA=3)	2 (50%)	2 (50%)	0	1 (100%)	0	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0
Outras áreas (Port.=13; NA=15)	10 (35,7%)	7 (25%)	11 (39,3%)	7 (53,9%)	0	6 (46,2%)	3 (20%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)
Nenhuma (Port.=50; NA=40)	13 (14,4%)	24 (26,7%)	53 (58,9%)	9 (18%)	16 (32%)	25 (50%)	4 (10%)	8 (20%)	28 (70%)

1.8. – Modelo psicológico de intervenção institucional/pessoal

Nesta questão, tal como ela se encontra formulada, é feita a distinção entre o modelo de intervenção adoptado pela instituição onde o sujeito se encontra integrado e o modelo psicológico de intervenção no qual o próprio profissional assenta as suas directrizes de acção. De facto, constata-se valores de resposta distintos entre o modelo institucional e o pessoal dentro de cada uma das amostras em particular. Diferenças consideráveis são, igualmente, notadas ao fazer-se a comparação entre ambos os grupos amostrais das duas nacionalidades.

De forma mais detalhada, pelo *Quadro VII.L.* podemos então realçar, para a amostra total, que a nível do modelo institucional as percentagens mais altas pertencem ao modelo biomédico, com cerca de 37%. Este valor contrasta, porém, de modo visível com a percentagem do mesmo modelo, mas desta feita relativo à adopção pessoal (apenas 14,3%).

Ainda, sobre os modelos institucionais, na amostra total, temos 23,8% para o modelo sistémico e 21,1% para o modelo cognitivo – comportamental. A nível pessoal, os valores relativos a estes mesmos modelos não sugerem grande diferenciação: 25,2% de respostas no modelo sistémico e 23,1% no cognitivo – comportamental.

Na amostra portuguesa, em termos de modelo institucional observamos uma distribuição de percentagens mais ou menos equivalente para os modelos biomédico (32,9%) e sistémico (31,7%), sendo que comparativamente com as respostas dadas em termos de modelo pessoal estes valores apenas expressam alguma proximidade no modelo sistémico (com 39% enquanto modelo pessoal adoptado).

O modelo psicodinâmico, muito embora, institucionalmente não seja frequentemente referenciado como modelo base de intervenção, assume um valor percentual signficante enquanto modelo no qual o sujeito assenta e estrutura a sua intervenção (com 30,5% de respostas).

O modelo cognitivo – comportamental, ainda no contexto da amostra portuguesa, demonstra valores consideravelmente baixos: 4,9% em termos institucionais e apenas 1,2% (referente a um único sujeito) a nível de modelo pessoal. Sublinhamos este valor em particular, pois ao debruçarmo-nos, nas respostas obtidas entre os profissionais americanos, deparamo-nos com uma realidade bem diferenciada, com especial nota para precisamente este último modelo. Repare-se como, tanto a nível institucional, como pessoal, ele surge como modelo de eleição: 41,5% para o modelo da instituição (a par do modelo biomédico) e cerca de 51% para o modelo pessoal. No âmbito pessoal apenas o modelo biomédico surge com um valor razoável (24,6%), “contra” todos os restantes que, em termos comparativos e proporcionais, praticamente não assumem relevância.

Quadro VII.L – modelo de intervenção adoptado institucional/ pessoal

Modelo Institucional/ pessoal	Total				Portugueses				Norte – Americanos			
	Instit.		Pessoal		Instit.		Pessoal		Instit.		Pessoal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Biomédico	54	36,7	21	14,3	27	32,9	5	6,1	27	41,5	16	24,6
Cognitivo – Comportam.	31	21,1	34	23,1	4	4,9	1	1,2	27	41,5	33	50,8
Psicodinâmico	15	10,2	28	19	13	15,9	25	30,5	2	3,1	3	4,6
Rogeriano	2	1,4	7	4,8	2	2,4	5	6,1	0	0	2	3,1
Sistémico	35	23,8	37	25,2	26	31,7	32	39,0	9	13,8	5	7,7
Indefinido	10	6,8	20	13,6	10	12,2	14	17,1	0	0	6	9,2

A forma como se distribuem os modelos de intervenção que a nível institucional são identificados pelos sujeitos da nossa amostra, pelos seus respectivos grupos profissionais de pertença é apresentada através do *Quadro VII.L.1*. Tal como temos mencionado até agora, também é aqui devida a nota de que as percentagens indicadas estão calculadas com base no N segundo o qual os indivíduos portugueses e norte – americanos se enquadram em cada uma das seis “classes” de resposta de modelos. Temos como exemplo que o modelo biomédico foi identificado como o modelo institucional por 27 profissionais portugueses e outros 27 técnicos americanos.

Através da sua leitura, podemos, então, verificar que, na amostra portuguesa, dos 27 sujeitos que referenciaram o modelo biomédico, 23 deles (ou melhor, 85,2%) são enfermeiros e apenas 11,1% são psicólogos e 3,7% assistentes sociais. Dentro do 13 profissionais que indicaram o modelo psicodinâmico enquanto doutrina institucional, 92,3% são psicólogos e somente 7,7% (referente a 1 sujeito) são técnicos de enfermagem. O modelo sistémico é, entre todos, aquele que apresenta uma distribuição mais ou menos semelhante entre os três grupos profissionais: 38,5% são assistentes sociais; 30,8% são enfermeiros e outros 30,8% são psicólogos.

Na amostra de profissionais americanos observamos que nenhum dos técnicos, independentemente da profissão, considerou o modelo da sua instituição como indefinido. O modelo Rogeriano igualmente não apresenta qualquer resposta.

Vemos que as maiores concentrações de frequências se encontram entre os modelos biomédico e cognitivo – comportamental, de tal forma que: dos 27 sujeitos referenciadores do modelo biomédico, 77,8% (correspondentes a uma frequência de 21 indivíduos) são técnicos de enfermagem e 22,2% são assistentes sociais. Nenhum deles

é profissional de psicologia. Dos 27 técnicos que identificaram o modelo cognitivo – comportamental, uma vez mais, a sua maioria é representada pelos enfermeiros (51,9%). Os psicólogos encontram aqui já grande parte da sua expressão com uma representação de 25,9% das respostas. Repare-se que dos 8 psicólogos (número total destes profissionais incluídos na amostra estrangeira), 7 estão aqui referenciados. Entre os técnicos de serviço social americanos o modelo sistémico (identificado como doutrina institucional) parece granjear uma boa parte das suas respostas: dos 9 profissionais que identificaram este modelo 8 (88,9%) são de facto assistentes sociais. O modelo psicodinâmico encontra aqui uma expressão extraordinariamente baixa.

Em termos da amostragem Total verificam-se maiores concentrações de valores de distribuição entre os modelos biomédico, cognitivo – comportamental e sistémico.

Quadro – VII.L.1 – distribuição do modelo de intervenção institucional pelo grupo profissional

G. Prof./ Mod. Institu.	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.
Biomédico (Port=27; NA=27)	3 (5,7%)	7 (12,9%)	44 (81,5%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	23 (85,2%)	0	6 (22,2%)	21 (77,8%)
Cog. Comp. (Port=4; NA=27)	8 (25,8%)	8 (25,8%)	15 (48,4%)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	7 (25,9%)	6 (22,2%)	14 (51,9%)
Psicod. (Port=13; NA=2)	13 (86,7%)	0	2 (13,3%)	12 (92,3%)	0	1 (7,7%)	1 (50%)	0	1 (50%)
Roger. (Port=2; NA=0)	0	2 (100%)	0	0	2 (100%)	0	0	0	0
Sistémico (Port=26; NA=9)	8 (22,9%)	18 (51,4%)	9 (25,7%)	8 (30,8%)	10 (38,5%)	8 (30,8%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)
Indefinido (Port=10; NA=0)	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	0	0	0

Por último, pelo *Quadro VII.L.2*, apresentamos a distribuição do modelo pessoal de intervenção pelos grupos profissionais. O cálculo das percentagens apontadas junto aos valores das frequências é feito, tal como no quadro anterior, com base no N segundo o qual os indivíduos portugueses e norte – americanos se enquadram em cada uma das seis “classes” de resposta de modelos.

Entre os portugueses, repare-se como o modelo biomédico praticamente não “recolhe” respostas, sendo que das únicas 5 apuradas, todas elas são devidas aos profissionais de enfermagem. Em contraste, o modelo psicodinâmico mostra um “universo” de 25 respostas, das quais 72% são representadas pelos psicólogos e 20% pelos enfermeiros. Ainda entre os profissionais de nacionalidade portuguesa, temos que 53,1% dos 32 sujeitos que advogam o modelo de intervenção sistémico são enfermeiros e 34,4% são técnicos de serviço social. Somente 12,5% (correspondentes a 4 pessoas) são devidos aos profissionais de psicologia.

No que respeita aos sujeitos norte – americanos verificamos que das 16 respostas relativas ao modelo biomédico, todas elas são atribuídas aos profissionais de enfermagem. Dos 33 técnicos que afirmam fundamentar a sua intervenção profissional no modelo cognitivo – comportamental, ambos os grupos de assistentes sociais e enfermeiros, representam cada 42,4% destas escolhas. Apenas 5 (15,2%) são devidas aos psicólogos, não esquecendo, porém, que esta frequência representa mais de metade da totalidade dos psicólogos inclusos nesta amostra.

Quadro – VII.L.2 – distribuição do modelo de intervenção pessoal pelo grupo profissional

G. Prof./ Mod. Institu.	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.	Psi.	As. S.	Enf.
Biomédico (Port=5; NA=16)	0	0	21 (100%)	0	0	5 (100%)	0	0	16 (100%)
Cog. Comp. (Port=1;NA=33)	5 (14,7%)	15 (44,1%)	14 (41,2%)	0	1 (100%)	0	5 (15,2%)	14 (42,4%)	14 (42,4%)
Psicod. (Port=25; NA=3)	20 (71,4%)	2 (7,1%)	6 (21,4%)	18 (72%)	2 (8%)	5 (20%)	2 (66,7%)	0	1 (33,3%)
Roger. (Port=5; NA=2)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	2 (40%)	0	3 (60%)	1 (50%)	1 (50%)	0
Sistémico (Port=32; NA=5)	4 (10,8%)	14 (38,1%)	19 (51,4%)	4 (12,5%)	11 (34,4%)	17 (53,1%)	0	3 (60%)	2 (40%)
Indefinido (Port=14; NA=6)	5 (25%)	7 (35%)	8 (40%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	0	2 (33,3%)	4 (66,7%)

VII.2 – Análise descritiva dos resultados obtidos a partir das cinco dimensões da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental – OMI: estudo correlacional e das diferenças estatísticas.

2.1. – Amostra Portuguesa; N = 82

Antecedente à aplicação dos devidos testes estatísticos foi utilizado o teste de *Kolmogorov – Smirnov* (como prova de normalidade da distribuição), no sentido de procuramos avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não uma distribuição normal dos seus resultados.

Os níveis de significância obtidos neste teste indicam que é aceitável a hipótese de normalidade das distribuições das variáveis, pelo que assim optamos pela utilização, em todas as situações de testes paramétricos (Anexo III).

Para um total de 82 sujeitos de nacionalidade portuguesa, e de acordo com as cinco dimensões ou factores da OMI, temos como primeiras informações (*Quadro VII.M*) o facto da dimensão *Autoritarismo* ser aquela que demonstra uma média superior (45,3) comparativamente às restantes, imediatamente seguida do factor *Benevolência*. Também ao *Autoritarismo* é devido um desvio – padrão consideravelmente mais elevado.

O factor ou dimensão com o valor média mais baixo é o denominado *Ideologia da Higiene Mental*, cujo desvio – padrão se apresenta, também, como um dos mais baixos, ou o segundo mais baixo.

Estes valores aqui indicados, muito embora, por si, não nos revelem particular significado, uma vez que as cinco dimensões incluídas neste instrumento detêm diferentes números de itens, servirão contudo como referência importante na análise dos resultados que a seguir apresentaremos.

Quadro VII.M – Médias e Desvio Padrão para as cinco dimensões da OMI (N = 82)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Autoritarismo	27	60	45,30	7,54
Benevolência	32	50	41,24	3,56
Ideol. H. Mental	14	34	25,26	3,73
Restrição Social	27	46	38,57	4,31
Etiologia Interp.	14	42	30,10	4,49

Foram averiguadas a existência de correlações, mediante a aplicação do teste estatístico *R Pearson* entre as cinco dimensões da OMI e as variáveis “idade”, “anos de actividade profissional” e “tempo de formação especializada em intervenção psiquiátrica”.

Para as duas primeiras variáveis (“idade” e “anos de actividade profissional”) não foram alcançados quaisquer valores estatisticamente relevantes.

Para o estudo da existência de diferenças estatísticas foram “cruzadas” as cinco dimensões da escala e as variáveis seguintes: “sexo” (*T Student*); “estado civil” (*Anova*); “Profissão” (*Anova*); “grau de formação académica” (*Anova*); “local de trabalho” (*Anova*) “se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais” (*T Student*); “se trabalha ou trabalhou com este tipo de pacientes, durante quanto tempo” (*Anova*); “em que tipo de instituição” (*Anova*); “formação especializada (sim ou não)” (*T Student*); “qual formação especializada” (*Anova*); “outras áreas de experiência em saúde mental” (*Anova*); e, finalmente, as variáveis “modelo de intervenção institucional” (*Anova*) e “modelo de intervenção pessoal” (*Anova*).

Para melhor visualização e apreciação dos resultados obtidos, optamos por somente apresentar os valores estatisticamente significativos, seja a nível das diferenças encontradas, como a nível de existência ou não de correlações. Dos resultados sem significância estatística referenciaremos meramente aqueles que consideramos mais interessantes ou relevantes no que se refere ao âmbito e objectivos da presente investigação.

Para a dimensão *Autoritarismo* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “profissão” (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros), na variável referente à questão “se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais graves” e ainda na variável relativa à existência de “experiência profissional em outras áreas de saúde mental”.

Assim sendo, tal como podemos constatar a partir da observação conjunta dos *Quadros VII.N e VII.N.1*, e no que respeita à variável “profissão” temos que é no grupo de psicólogos que encontramos uma média superior às restantes na dimensão *Autoritarismo* (49,69). Os sujeitos Assistentes Sociais são os que nos indicam valores média mais baixos.

Na variável “trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais graves” obtivemos diferenças significativas, para o factor *Autoritarismo*, entre as respostas

“sim” ou “não”, sendo que o “sim” é a opção que expressa a média mais elevada (47,90).

A estas informações julgamos interessante acrescentar mais alguns dados, relativos a duas variáveis subsequentes a esta última: “Se trabalha ou trabalhou com doentes mentais, há quanto tempo trabalha (ou) com este tipo de pacientes” e “Em que tipo de instituição”. Muito embora, não tenham sido alcançadas, em rigor, diferenças estatisticamente significativas para esta dimensão (por isso, não se encontram inclusas nos quadros respectivos), os valores encontrados, estavam, no entanto, no limiar dessa significação. Tendo em conta as devidas ressalvas, observámos, então, que para a variável tempo de trabalho com doentes mentais, os profissionais que detiveram uma média de respostas superior foram os que trabalham ou trabalharam entre 6 meses e 1 ano. Por outro lado, a média mais baixa pertence aos sujeitos que trabalham ou trabalharam entre 1 e 2 anos. Sobre o tipo de instituição na qual trabalham ou trabalharam a média mais alta é expressa pelos técnicos integrados em clínicas particulares, e a mais baixa pelos sujeitos integrados em serviços ou departamentos psiquiátricos (pertencentes, portanto, a hospitais ou instituições de saúde gerais).

Relativamente à referência neste grupo amostral, de experiência profissional noutras áreas de saúde mental é possível constatar que para esta dimensão, e de acordo com as diferentes classes de experiências, são os profissionais com prática clínica em crianças os que apresentam uma média superior (51,50), não obstante serem imediatamente seguidos pelo valor médio dos profissionais “inscritos” na classe “outras experiências” (que recordamos aqui se encontrarem inclusos tipos de experiências profissionais tais como intervenção em distúrbios alimentares, violência doméstica, linhas de apoio à vítima, etc.). De referir que as médias mais baixas são as referentes aos profissionais com experiência em deficiência mental e ao grupo de sujeitos que não detém qualquer outro tipo de experiência na área da saúde mental.

Quadro VII.N – Estudo das Variáveis X Dimensão Autoritarismo

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Profissão	Anova	F = 9,956	<0,000	82
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/ Não)	T Student	T = 2,437	<0,017	82
Outras áreas de experiência	Anova	F = 2,803	<0,016	82

Quadro VII.N.1 – Frequências da Dimensão **Autoritarismo** nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Autoritarismo	
	N	Médias
Profissão	Psi.=29; A.S. = 19 Enf = 34	Psi. = 49,69 A.S. = 41,42 Enf. = 43,73
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/Não)	Sim=30 Não=52	Sim=47,90 Não=43,80
Outras áreas de experiência	Crs. = 2 Adol. = 2 Toxi. = 13 Df. M. = 1 Gerit. = 1 Out. = 13 Nen. = 50	Crs. = 51,50 Adol. = 45,00 Toxi. = 47,23 Df. M. = 41,00 Gerit. = 45,00 Out. = 51,23 Nen. = 43,14

Legenda: Psi – Psicólogos; A.S. – Assistentes Sociais; Enf. – Enfermeiros; Crs – Crianças; Adol. – Adolescentes; Toxi. – Toxicodependência; Df. M. – Deficiência Mental; Gerit. – Geriatria; Out. – Outras experiências; Nen. – Nenhuma experiência

Com a dimensão *Benevolência* foram encontradas diferenças estatísticas significativas com as variáveis, “se trabalha ou já trabalhou com doentes mentais graves”, “se recebe ou recebeu algum tipo de formação especializada na área de intervenção psiquiátrica” e ainda com a variável “experiência profissional em outras áreas de saúde mental”. Pela análise conjunta dos *Quadros VII.O* e *VII.O.1*, verificamos que, no que respeita à primeira variável aqui referenciada, existem diferenças significativas entre as respostas “sim” e “não”, expressando o “sim” uma média ligeiramente superior (42,40) à outra opção (40,57).

Para a variável relativa à existência de formação especializada psiquiátrica, encontramos no factor *Benevolência* diferenças estatísticas entre o “sim” e o “não”, sendo que, também neste caso, a resposta “sim” (os sujeitos que recebem ou já receberam formação especializada nesta área) indica uma média um pouco superior à média das respostas não.

No que se refere à existência, entre este grupo de sujeitos, de prática profissional noutras áreas de saúde mental observamos que para esta dimensão, e de acordo com as diferentes classes de experiências, são os profissionais que detêm experiência clínica com toxicodependência (e outras patologias de adição) os que, na dimensão *Benevolência* expressam a média mais alta (43,61). A segunda média mais elevada

pertence à classe “outras experiências”. Em contraponto, os valores média mais baixos pertencem aos profissionais com experiência clínica em crianças e na área da geriatria.

Quadro VII.O – Estudo das Variáveis X Dimensão Benevolência

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/ Não)	T Student	T = 2,286	<0,025	82
Se tem formação especializada (Sim/ Não)	T Student	T = 2,146	<0,035	82
Outras áreas de experiência	Anova	F = 2,353	<0,039	82

Quadro VII.O.1 – Frequências da Dimensão Benevolência nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Benevolência	
	N	Médias
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/Não)	Sim=30 Não=52	Sim=42,40 Não=40,57
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não)	Sim = 28 Não = 54	Sim = 42,39 Não = 40,64
Outras áreas de experiência	Crs. = 2 Adol. = 2 Toxi. = 13 Df. M. = 1 Gerit. = 1 Out. = 13 Nen. = 50	Crs. = 38,50 Adol. = 40,50 Toxi. = 43,61 Df. M. = 41,00 Gerit. = 39,00 Out. = 42,84 Nen. = 40,40

Legenda: Crs – Crianças; Adol. – Adolescentes; Toxi. – Toxicodependência; Df. M. – Deficiência Mental; Gerit. – Geriatria; Out. – Outras experiências; Nen. – Nenhuma experiência

No estudo da dimensão *Restrição Social*, encontramos cinco variáveis com as quais se obtiveram diferenças significativas a nível estatístico.

No que respeita à variável “profissão” temos que, nesta dimensão, é no grupo de Psicólogos que encontramos uma média superior às restantes (40,34). Os Assistentes Sociais são, entre os três grupos profissionais, aqueles que expressam a média de valor mais baixo na *Restrição Social*.

Quanto à variável “Se trabalha ou já trabalhou com doentes mentais graves”, variável, aliás, igualmente presente nas duas dimensões anteriores, existem diferenças

estatísticas entre o “sim” e o “não” (*Quadros VII.P e VII.P.I*), sendo que a resposta “sim” nos indica uma média superior (40,40) comparativamente à resposta “não”.

Para a variável relacionada com a existência ou não de formação especializada na área de intervenção psiquiátrica, observamos que, também aqui, as respostas “sim” expressam uma média superior à opção contrária, isto é, 40,75 “contra” 37,44 (para a resposta “não”). Directamente relacionada com esta variável encontramos aquela que, na presença de resposta afirmativa à questão se tem ou não formação especializada, procura saber o tempo durante o qual usufruiu de tal formação.

Mediante a aplicação de um teste de correlação (R Pearson) constatamos que de facto existe correlação significativa entre esta variável e a dimensão *Restrição Social*, com uma média de tempo de aproximadamente 1 ano e 9 meses, para um universo de 20 respostas dadas.

Finalmente, para esta dimensão foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas com a variável “outras áreas de experiência em saúde mental”, sendo que de acordo com as diferentes classes de experiências, são os profissionais que detêm experiência clínica com crianças os que apresentam a média mais elevada (45,00). A segunda média mais alta pertence à classe “outras experiências” (com 41,69). Por outro lado, os valores média mais baixos são atribuídos aos profissionais com experiência clínica com adolescentes.

Quadro VII.P – Estudo das Variáveis X Dimensão **Restrição Social**

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Profissão	Anova	F = 5,091	<0,008	82
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/ Não)	T Student	T = 3,061	<0,003	82
Se tem formação especializada (Sim/ Não)	T Student	T = 3,515	<0,001	82
Se sim, quanto tempo?	R Pearson	r = 0,530	<0,016	20
Outras áreas de experiência	Anova	F = 3,100	<0,009	82

Quadro VII.P.1 – Frequências da Dimensão **Restrição Social** nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Restrição Social	
	N	Médias
Profissão	Psi.=29 A.S. = 19 Enf = 34	Psi = 40,34 A.S. = 36,57 Enf. = 38,17
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/Não)	Sim=30 Não=52	Sim = 40,40 Não=37,51
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não)	Sim = 28 Não = 54	Sim = 40,75 Não = 37,44
Se sim, quanto tempo?	20	1,85
Outras áreas de experiência	Crs. = 2 Adol. = 2 Toxi. = 13 Df. M. = 1 Gerit. = 1 Out. = 13 Nen. = 50	Crs. = 45,00 Adol. = 36,00 Toxi. = 39,15 Df. M. = 37,00 Gerit. = 41,00 Out. = 41,69 Nen. = 37,44

Legenda: Crs – Crianças; Adol. – Adolescentes; Toxi. – Toxicodependência; Df. M. – Deficiência Mental; Gerit. – Geriatria; Out. – Outras experiências; Nen. – Nenhuma experiência

Para a dimensão *Ideologia da Higiene Mental* - Quadros VII.Q e VIIQ.1. foram apenas obtidas diferenças estatísticas na variável “local de trabalho”. Repare-se que para as diferentes classes ou agrupamentos delineados, é possível constatar uma grande proximidade entre os diversos valores obtidos, de tal modo que três destas classes –, como sejam os Departamentos de Saúde, Instituições de Solidariedade Social e Câmaras Municipais – fazem sobressair médias muito semelhantes entre si, nalguns casos idênticos: respectivamente 26,50, 26,50 e 26,07. O local de trabalho indicador da média mais baixa é o do Ensino Universitário.

Quadro VII.Q – Estudo das Variáveis X Dimensão **Ideologia da Higiene Mental**

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Local Trabalho	Anova	F = 3.313	<0,009	82

Quadro VII.Q.1 – Frequências da Dimensão **Ideologia da Higiene Mental** nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Ideologia	
	Higiene Mental	
	N	Médias
Local de Trabalho	Ens. Univ. = 6	Ens. Univ. = 21,66
	D. Saúde = 39	D. Saúde = 26,07
	CAT = 6	CAT = 25,00
	IPSS = 12	IPSS = 26,50
	C. Munic. = 6	C. Munic. = 26,50
	Outros = 13	Outros = 22,92

Legenda: Ens. Univ. – Ensino Universitário; D. Saúde. – Departamento de Saúde; CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes; IPSS – Instituição de Solidariedade Social; C. Munic. – Câmara Municipal.

Para a última dimensão da OMI, a *Etiologia Interpessoal*, no grupo de sujeitos portugueses encontramos a existência de diferenças com significação estatística em duas variáveis, a saber “se tem ou não formação especializada na área da doença mental” e “outras áreas de experiência em saúde mental”.

Relativamente à primeira variável aqui referenciada observamos que existem diferenças estatísticas entre o “sim” e o “não” (*Quadros VII.R e VII.R.1*), sendo que a resposta “sim” nos indica uma média superior (32,35) comparativamente à resposta “não” (28,94).

Neste factor foram ainda encontradas diferenças com significado estatístico com a variável “outras áreas de experiência em saúde mental”, sendo que, uma vez mais, e de acordo com as diferentes classes de experiências, são os profissionais que detêm experiência clínica com crianças os que apresentam a média mais elevada (39,50).

A segunda média mais alta pertence aos técnicos com experiência em deficiência mental (com 34,00). Em oposição a média mais baixa é atribuída aos profissionais com experiência na área de intervenção em adolescentes.

Quadro VII.R – Estudo das Variáveis X Dimensão **Etiologia Interpessoal**

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Se tem formação especializada (Sim/ Não)	T Student	T = 2,772	<0,007	82
Outras áreas de experiência	Anova	F = 2,632	<0,023	82

Quadro VII.R.1 – Frequências da Dimensão **Etiologia Interpessoal** nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Etiologia Interpessoal	
	N	Médias
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não)	Sim = 28 Não = 54	Sim = 32,35 Não = 28,94
Outras áreas de experiência	Crs. = 2 Adol. = 2 Toxi. = 13 Df. M. = 1 Gerit. = 1 Out. = 13 Nen. = 50	Crs. = 39,50 Adol. = 27,50 Toxi. = 28,15 Df. M. = 34,00 Gerit. = 30,00 Out. = 33,46 Nen. = 29,40

Legenda: Crs. – Crianças; Adol. – Adolescentes; Toxi. – Toxicodependência; Df. M. – Deficiência Mental; Gerit. – Geriatria; Out. – Outras experiências; Nen. – Nenhuma experiência

Com o objectivo de analisar na amostra de profissionais portugueses a influência das principais variáveis na determinação do tipo de atitudes expressas pelos técnicos de saúde mental (no âmbito do que a OMI nos permite aceder), efectuamos uma análise de regressão múltipla, tomando como variável dependente cada uma das dimensões desta escala (em separado) e como restantes variáveis independentes (trabalhadas conjuntamente) todas aquelas onde foram entretanto encontradas diferenças significativas, a saber: “profissão”; “trabalha ou já trabalhou com doentes mentais”; “outras áreas de experiência”; “se tem formação especializada”; “se sim, quanto tempo” e “local de trabalho”. A estas variáveis acrescentamos ainda o “sexo” e “idade”.

Para todas as cinco dimensões ou factores, *Autoritarismo*, *Benevolência*, *Ideologia da Higiene Mental*, *Restrição Social* e *Etiologia Interpessoal*, não foram encontrados quaisquer valores estatisticamente significativos.

Assim sendo, poder-se-á concluir que nenhuma das variáveis estudadas se assume, entre os sujeitos de nacionalidade portuguesa, como variável determinante e predictor dos resultados obtidos em cada uma das cinco dimensões do presente instrumento.

2.1. – Amostra Norte – Americana; N = 65

Tal como efectuado para amostra de sujeitos portugueses, antecedente à aplicação dos devidos testes estatísticos foi usado o teste de *Kolmogorov – Smirnov* (como prova de normalidade da distribuição), no sentido de procuramos avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não uma distribuição normal dos seus resultados, entre esta amostra específica.

Os níveis de significância obtidos neste teste indicam que é aceitável a hipótese de normalidade das distribuições das variáveis, pelo que assim novamente optamos pela utilização, em todas as situações de testes paramétricos (Anexo III).

Para um total de 65 sujeitos de nacionalidade norte – americana, e de acordo com as cinco dimensões ou factores da OMI, salientamos como principais informações (*Quadro VII.S*) o facto da dimensão *Benevolência* ser aquela que demonstra uma média superior às restantes (52,30), mas extraordinariamente próxima do factor *Autoritarismo* (52,07), enquanto segundo valor médio mais elevado. Ao *Autoritarismo* é devido o valor de desvio – padrão mais elevado, similarmente ao que já havia sido notado para a amostra portuguesa.

O factor ou dimensão com o valor média mais baixo (30,67) é a *Ideologia da Higiene Mental*, sendo que o seu desvio – padrão correspondente é também aquele que nos surge como o mais baixo de todos. A estas informações acrescentamos a nota relativa ao facto dos valores aqui demonstrados se revelarem semelhantes aos obtidos pelos sujeitos do grupo português, em termo das dimensões com as médias mais elevadas e mais reduzidas (praticamente coincidentes). Deve ser, contudo, reparado que todas as cinco dimensões da amostra norte – americana exibem médias superiores às que foram alcançadas nas dimensões homólogas da amostra portuguesa.

Quadro VII.S – Médias e Desvio Padrão para as cinco dimensões da OMI (N = 65)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Autoritarismo	37	62	52,07	5,40
Benevolência	40	62	52,30	5,12
Ideol. H. Mental	21	41	30,67	4,16
Restrição Social	33	53	44,46	4,36
Etiologia Interp.	21	41	33,67	4,95

Tal como procedido para a amostra de técnicos portugueses foram, igualmente, averiguadas a existência de correlações, mediante a aplicação do teste estatístico *R Pearson* entre as cinco dimensões da OMI e as variáveis “idade”, “anos de actividade profissional” e “tempo de formação especializada em intervenção psiquiátrica”. Para estas três variáveis não foram alcançados quaisquer valores com relevância estatística.

Para o estudo da existência de diferenças estatísticas foram, também, “cruzadas” as cinco dimensões da escala e as variáveis seguintes: “sexo” (*T Student*); “estado civil” (*Anova*); “Profissão” (*Anova*); “grau de formação académica” (*Anova*); “local de trabalho” (*Anova*) “se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais” (*T Student*); “se trabalha ou trabalhou com este tipo de pacientes, durante quanto tempo” (*Anova*); “em que tipo de instituição” (*Anova*); “formação especializada (sim ou não)” (*T Student*); “qual formação especializada” (*Anova*); “outras áreas de experiência em saúde mental” (*Anova*); e, finalmente, as variáveis “modelo de intervenção institucional” (*Anova*) e “modelo de intervenção pessoal” (*Anova*).

À semelhança da forma de apresentação dos resultados relativos à amostra de sujeitos portugueses, também aqui, no sentido de uma melhor clarificação e apreciação dos resultados obtidos, apresentamos somente os valores estatisticamente significativos, seja a nível das diferenças encontradas, como a nível de existência ou não de correlações.

Notemos que, nesta amostra de sujeitos norte – americanos, para ambas as dimensões *Autoritarismo* e *Etiologia Interpessoal*, não foram encontrados quaisquer valores com significado estatístico.

No estudo da dimensão ***Benevolência*** encontramos três variáveis com as quais se obtiveram diferenças significativas a nível estatístico, sendo elas: “se trabalha ou já trabalhou com doentes mentais graves”, “grau académico” e “experiência profissional em outras áreas de saúde mental”. Deste modo, pela análise conjunta dos *Quadros VII.T* e *VII.T.1*, verificamos que, no que respeita à primeira variável, existem diferenças significativas entre as respostas “sim” e “não”, indicando o “sim” uma média ligeiramente superior (53,53) à opção contrária (51,12).

Para a variável relativa ao grau académico sustentado pelos sujeitos norte – americanos, observamos no factor *Benevolência* a existência de diferenças estatísticas entre as três classes de graduação (licenciatura, mestrado e doutoramento). Nesta medida verificamos que são os sujeitos com grau académico ao nível do doutoramento os que demonstram a média mais elevada, isto é um valor de 55,50 pontos. Em contrapartida, são os técnicos com grau de licenciatura, aqueles que apresentam, entre todos, o valor média mais reduzido. No que se refere à existência, entre este grupo de sujeitos, de experiência profissional noutras áreas de saúde mental observamos que para esta dimensão, e de acordo com as diferentes classes de experiências, são os profissionais que detêm experiência clínica com crianças os que, na dimensão *Benevolência* expressam a média mais alta (58,00). A segunda média mais elevada pertence à classe “outras experiências”, e os valores média mais baixos são “ostentados” pelos técnicos com experiência clínica em adolescentes (46,50).

Quadro VII.T – Estudo das Variáveis X Dimensão Benevolência

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/ Não)	T Student	F = 1,936	<0,057	65
Grau Académico	Anova	F = 3,805	<0,028	65
Outras áreas de experiência	Anova	F = 3,016	<0,017	65

Quadro VII.T.1 – Frequências da Dimensão Benevolência nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Bevevolência	
	N	Médias
Trabalha(ou) c/ doentes mentais (Sim/Não)	Sim= 32 Não= 33	Sim= 53,53 Não= 51,12
Grau Académico	Lic. = 32 Mes. = 31 Dout. = 2	Lic. = 50,62 Mes. = 53,83 Dout. = 55,50
Outras áreas de experiência	Crs. = 3 Adol. = 2 Toxi. = 2 Df. M. = 0 Gerit. = 3 Out. = 15 Nen. = 40	Crs. = 58,00 Adol. = 46,50 Toxi. = 53,00 Df. M. = 0,00 Gerit. = 49,00 Out. = 55,00 Nen. = 51,37

Legenda: Lic. – Licenciados; Mes. – Mestres; Dout. – Doutorados; Crs – Crianças; Adol. – Adolescentes; Toxi. – Toxicodependência; Df. M. – Deficiência Mental; Gerit. – Geriatria; Out. – Outras experiências; Nen. – Nenhuma experiência

Para a dimensão *Ideologia da Higiene Mental* foram apenas obtidas diferenças estatisticamente significativas na variável “profissão”. Podemos observar, então, pelos *Quadros VII.U* e *VII.U.1*, que entre os três grupos de profissões – psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros – são estes últimos os que apresentam a média mais alta (32,13). Já os assistentes sociais exibem-nos a média de valor mais reduzido.

Quadro VII.U – Estudo das Variáveis *X* Dimensão **Ideologia Higiene Mental**

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Profissão	Anova	F = 7,240	<0,002	65

Quadro VII.U.1 – Frequências da Dimensão **Ideologia Higiene Mental** nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Ideol. Higiene Mental	
	N	Médias
Profissão	Psi.=8; A.S. = 20 Enf = 37	Psi. = 30,25 A.S. = 28,15 Enf. = 32,13

Legenda: Psi – Psicólogos; A.S. – Assistentes Sociais; Enf. – Enfermeiros

Relativamente ao factor *Restrição Social* – *Quadros VII.V.* e *VII.V.1.* – obtiveram-se diferenças com significado estatístico nas variáveis “estado civil”, “profissão” e “grau académico”. Assim sendo, no que se refere ao estado civil, temos que são os sujeitos casados os que nos demonstram uma média mais alta para este factor (44,88), muito embora tal valor se veja imediatamente seguido pela média pertencente aos profissionais solteiros. Os viúvos apresentam a média mais baixa (representada aliás por um N de apenas 1 sujeito).

Para a variável “profissão” nesta dimensão, é no grupo de Psicólogos que encontramos uma média superior às restantes (47,25). Os enfermeiros são, entre os três grupos profissionais, aqueles que expressam a média de valor mais baixo, ou seja, 43,42.

Quanto ao grau académico detido por este grupo amostral, observamos a existência de diferenças estatísticas entre as três classes de graduação (licenciatura, mestrado e doutoramento). Assim sendo, verificamos que são os sujeitos com grau académico ao nível do doutoramento os que demonstram, uma vez mais, a média mais elevada, com um valor de 46,50 pontos. Não obstante, os sujeitos com grau de mestre poder-se-ão afirmar com resultados muito próximos destes últimos. Em contrapartida, são os técnicos com grau de licenciatura os que nos “oferecem”, em termos comparativos, o valor média mais reduzido (42,68).

Quadro VII.V – Estudo das Variáveis X Dimensão Restrição Social

Variáveis	Teste Estatístico Aplicado	Valor obtido	p	n
Estado Civil	Anova	F = 2,675	<0,040	65
Profissão	Anova	F = 3,677	<0,031	65
Grau Académico	Anova	F = 6,014	<0,004	65

Quadro VII.V.1 – Frequências da Dimensão Restrição Social nas variáveis com valores estatísticos significativos

Variáveis	Restrição Social	
	N	Médias
Estado Civil	Solt. = 8 U. Fc. = 1 Cas. = 53 S/Div. = 2 Viuv. = 1	Solt. = 44,65 U. Fc. = 43,00 Cas. = 44,88 S/Div. = 36,00 Viuv. = 39,00
Profissão	Psi. = 8; A.S. = 20 Enf. = 37	Psi. = 47,25 A.S. = 45,45 Enf. = 43,42
Grau Académico	Lic. = 32 Mes. = 31 Dout. = 2	Lic. = 42,68 Mes. = 46,16 Dout. = 46,50

Legenda: Solt. – Solteiros; U. Fc. – União Facto; Cas. – Casados; s/Div. – Separados/ Divorciados; Viuv. – Viúvos; Psi – Psicólogos; A.S. – Assistentes Sociais; Enf. – Enfermeiros; Lic. – Licenciados; Mes. – Mestres; Dout. – Doutorados

Similarmente ao procedido para a amostra portuguesa, e com o objectivo de analisar a influência das principais variáveis na determinação do tipo de atitudes expressas pelos técnicos de saúde mental (no âmbito do que a OMI nos permite aceder), efectuamos, também aqui, na amostra de profissionais americanos, uma análise de

regressão múltipla, tomando como variável dependente cada uma das cinco dimensões desta escala (em separado) e como restantes variáveis (trabalhadas conjuntamente) todas aquelas onde foram entretanto encontradas diferenças significativas (“grau académico”; “profissão”; “trabalha ou trabalhou com doentes mentais”; estado civil”; “outras áreas de experiência”. Novamente foram também incluídas as variáveis sexo e idade) – *Quadro VII.X*.

Para as quatro dimensões, *Autoritarismo*, *Benevolência*, *Ideologia da Higiene Mental*, e *Etiologia Interpessoal*, não foram encontrados quaisquer valores estatisticamente significativos. Nenhuma das variáveis estudadas revelou poder determinante ou predictor nos resultados obtidos nestas quatro dimensões da OMI.

Para o factor Restrição Social alcançaram-se os valores em seguida expostos no quadro VII.X.

Quadro VII.X – Estudo da análise regressiva da dimensão *Restrição Social*, da OMI, para o grupo de sujeitos norte – americanos.

Variáveis	Mult. R	p	St. Error	β	n
Sexo Idade Profissão Se Trab./ou) Est.Civil G. Académico	0,528	0,007	3,93	Sexo = ns Idade = ns Profis. = ns Se trab./ou) = ns Est. Civil = ns G. Académ. = 0,284*	65

ns – estatisticamente não significativo

*para $p < 0,05$

Tendo em conta as variáveis, trabalhadas no seu todo, verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa com a variável dependente OMI *Restrição Social*, onde a variável independente grau académico se assegura como a de maior peso estatístico, para um $p < 0,05$. Temos, portanto, que estas seis variáveis, no seu conjunto, revelam componentes predictoras dos resultados obtidos na dimensão *Restrição Social*, explicando cerca de 53% da sua variação.

VII.3 – Análise descritiva dos resultados obtidos a partir da Escala de Diferencial Semântico: estudo correlacional e das diferenças estatísticas.

Amostra Portuguesa (N = 82)

À semelhança do procedimento realizado para o instrumento de avaliação anterior (OMI), como fase antecedente à aplicação dos devidos testes estatísticos na Escala de Diferencial Semântico foi usado o teste de *Kolmogorov – Smirnov* (como prova de normalidade da distribuição), no sentido de procuramos avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não uma distribuição normal dos seus resultados, entre esta amostra específica (sujeitos portugueses).

Os níveis de significância obtidos neste teste indicam que é aceitável a hipótese de normalidade das distribuições das variáveis, pelo que assim novamente optamos pela utilização, em todas as situações de testes paramétricos (Anexo III).

Propomos aqui debruçar-mo-nos sobre os valores encontrados a partir da aplicação da Escala de Diferencial Semântico, sendo que sequentemente os *Quadros VII.3.1. a VII.3.2.5* apresentam a estatística descritiva para os conceitos utilizados no presente estudo. A estes valores apresentados acresce-se ainda a informação comparativa dos resultados obtidos nos factores *Avaliativo* e *Potência* para cada um dos conceitos. Para tal foi aplicado o teste estatístico para duas amostras dependentes – o teste de T - Student.

No sentido de facilitar a visualização dos resultados, e de acordo com as questões orientadoras do nosso estudo, a apresentação dos conceitos aparece organizada, nos quadros VII.3.1 e VII.3.2, sob a forma de dois grandes grupos de palavras, que recordamos: um grupo de seis conceitos relacionáveis com a doença mental, enquanto entidade nosográfica (*psicose; alienação; insanidade; irrealidade; clivagem e alucinação*), e um segundo grupo de conceitos relacionáveis com as emoções e vivências despertadas pela doença mental grave (*ansiedade; confusão; irritação; medo; esgotamento; incapacidade*) (ponto VI.5 – Procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos).

Pela análise do *Quadro VII.3.1* verificamos que, relativamente ao grupo de conceitos relacionáveis com a doença mental enquanto entidade nosográfica, os valores gerais das médias obtidas no factor Potência mostram-se, todos eles, consideravelmente superiores aos valores gerais “exibidos” pelo factor Avaliativo. Analisando um pouco mais pormenorizadamente vemos que, no factor Avaliativo, o conceito *clivagem* é o que expressa a média mais elevada (16,91), seguido do conceito *irrealidade*. Já o conceito *insanidade*, ainda neste factor, é aquele que nos indica a média mais reduzida.

No factor Potência, o conceito que demonstra o valor média mais alto é o da *psicose* (27,67). A segunda média mais elevada pertence ao conceito *insanidade*, precisamente aquele que no factor Avaliativo apresenta a média mais baixa de todas. Ao conceito *irrealidade* é devida a média mínima (22,41).

Analisando cada um dos conceitos individualmente no que respeita à sua comparação entre os factores Avaliativo e Potência (através do T - Student), vemos que, para todos eles existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois factores.

Quadro VII.3.1 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a *doença mental enquanto entidade nosográfica*. T - Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 82)

	Avaliativo		Potência		T - Student	p
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão		
Psicose	13,01	3,57	27,67	4,18	-20,565	0,001
Alienação	14,96	4,82	24,98	4,51	-11,373	0,001
Insanidade	12,69	3,54	26,92	4,04	-21,209	0,001
Irrealidade	15,74	4,61	22,41	4,16	-8,712	0,001
Clivagem	16,91	4,73	23,59	3,95	-8,408	0,001
Alucinação	14,45	4,03	25,98	4,30	-14,497	0,001

Observando agora o *Quadro VII.3.2* constatamos que, relativamente ao grupo de conceitos relacionáveis com as emoções despertadas pela doença mental, os valores gerais das médias obtidas no factor Potência mostram-se, uma vez mais, todos eles, consideravelmente superiores às médias encontradas no factor Avaliativo.

Sob uma forma mais específica vemos que, no factor Avaliativo, o conceito *ansiedade* é o que expressa a média mais elevada (17,30, com um desvio padrão igualmente elevado: 3,91). O conceito com a segunda média mais alta é o *medo*.

Por outro lado, o conceito *esgotamento* é aquele que neste factor Avaliativo, nos mostra a média de valor mais baixo (12,43).

No que se refere ao factor Potência, o conceito que demonstra a média mais alta é o do *esgotamento* (26,85), precisamente o conceito que no factor Avaliativo exibiu o valor média mais baixo. A segunda média mais elevada pertence ao conceito *incapacidade*. Ao conceito *ansiedade* é devida a média mínima (23,00) – repare-se que este mesmo conceito no factor Avaliativo expressava justamente a média mais elevada.

Finalmente, analisando cada um dos conceitos individualmente no que respeita à sua comparação entre os factores Avaliativo e Potência (através do T - Student), vemos que, para todos eles existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois factores.

Quadro VII.3.2 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para as emoções/vivências despertadas face à doença grave; T - Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 82)

	Avaliativo		Potência		T-Student	p
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão		
Ansiedade	17,30	3,91	23,00	3,46	-7,745	0,001
Confusão	15,82	3,58	23,13	3,67	-10,813	0,001
Irritação	15,25	3,94	23,26	3,40	-11,865	0,001
Medo	16,46	3,72	24,62	3,68	-11,712	0,001
Esgotamento	12,43	3,33	26,85	4,28	-20,376	0,001
Incapacidade	12,70	3,49	26,19	3,88	-20,101	0,001

Para as etapas do estudo que em seguida apresentamos foram averiguadas a existência de correlações, mediante a aplicação do teste estatístico *R Pearson*, entre os 12 conceitos utilizados, os dois factores da Escala de Diferencial Semântico (Avaliativo e Potência), e as variáveis:

- “Idade”;
- “Anos de actividade profissional”;
- “Tempo de formação especializada em intervenção psiquiátrica”.

Para o estudo da existência de diferenças estatísticas foram analisados os 12 conceitos, os factores Avaliativo e Potência e as variáveis seguintes:

- “Sexo” (*T Student*);
- “Estado civil” (*Anova*);
- “Profissão” (*Anova*);
- “Grau de formação académica” (*Anova*);
- “Local de trabalho” (*Anova*);
- “Se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais” (*T Student*);
- “Se trabalha ou trabalhou com este tipo de pacientes, durante quanto tempo” (*Anova*);
- “Em que tipo de instituição” (*Anova*);
- “Formação especializada na área de intervenção psiquiátrica (sim ou não)” (*T Student*);
- “Qual formação especializada” (*Anova*);
- “Outras áreas de experiência em saúde mental” (*Anova*);
- “Modelo de intervenção institucional” (*Anova*);
- “Modelo de intervenção pessoal” (*Anova*).

No sentido de uma mais clara e facilitada apreciação dos resultados obtidos, optamos por somente apresentar os valores estatisticamente significativos, seja a nível das diferenças encontradas, como a nível de existência ou não de correlações. De outro modo, dado o considerável número de variáveis em estudo, a apresentação integral de todos os resultados obtidos tornaria a sua leitura seguramente muito mais densa e dispersante. Por esta mesma razão, decidimos igualmente, sempre que possível, apresentarmos os valores relativos às tabelas de frequências das variáveis em causa sob a forma textual. Não obstante, serão apresentados quadros de frequências para as variáveis cuja informação específica se revele mais complexa e/ou extensa.

De notar, neste contexto, que no estudo dos conceitos *psicose* e *ansiedade* não foram encontrados quaisquer resultados com significação estatística.

No estudo do conceito *alienação* - *Quadro VII.3.1* - foi somente encontrada a existência de diferenças com significado estatístico na variável “profissão” para o Factor *Potência*, sendo que, para um universo de 82 respostas, alcançaram-se os resultados seguintes, em termos de frequências: os enfermeiros (correspondentes a um

82,8% dos profissionais que não possuem formação psiquiátrica são devidos aos indivíduos com grau académico ao nível da licenciatura.

Quadro – VII.H.2 – distribuição da formação psiquiátrica especializada pelo grau académico

G. Acad./ Formação Especiali.	Total			Portugueses			Norte – Americanos		
	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.	Lic.	Mest.	Dout.
Sim (Port.= 28; NA=26)	32 (59,3%)	21 (38,9%)	1 (1,85%)	26 (92,7%)	2 (7,1%)	0	6 (23,1%)	19 (73,1%)	1 (3,85%)
Não (Port.=54; NA=39)	77 (82,8%)	15 (16,1%)	1 (1,08%)	51 (94,4%)	3 (5,6%)	0	26 (66,7%)	12 (30,8%)	1 (2,56%)

Ainda no âmbito do item ou variável “formação especializada em psiquiatria” apresentamos o *Quadro VII.H.3* referente aos valores de distribuição da existência (ou não) de formação diferenciada, pela existência (ou não) de experiência clínica com doença mental. O cálculo das percentagens neste quadro referenciadas foi efectuado com base no N relativo a cada um dos tipos de resposta (afirmativa ou negativa) à questão sobre o ter ou não formação psiquiátrica. Temos assim, por exemplo, para a amostra portuguesa, 28 respostas “sim” e 54 respostas “não” sobre a formação psiquiátrica especializada.

Daqui podemos, então, apurar que 74,1% dos técnicos portugueses (40 sujeitos entre 54) que não detêm formação psiquiátrica, não têm também qualquer experiência clínica na área de intervenção das patologias mentais. Constatamos ainda que 57,1% dos profissionais que possuem formação específica, possuem em paralelo experiência clínica com doenças mentais graves.

Quanto aos profissionais de saúde americanos vemos que 73,1% dos sujeitos (19 pessoas entre 26) têm formação específica e experiência clínica nesta área. Por outro lado, 66,7% dos técnicos que afirmam não deter formação a este nível, responderam não ter também experiência em intervenção psiquiátrica.

Quadro – VII.H.3 – distribuição da formação psiquiátrica especializada pela existência (ou não) de experiência clínica com doença mental

Formação especializ./ Exp. Clínica	Total		Portugueses		Norte – Americanos	
	Sim (N=54)	Não (N=93)	Sim (N=28)	Não (N=54)	Sim (N=26)	Não (N=39)
Sim	35 (64,8%)	27 (29%)	16 (57,1%)	14 (25,9%)	19 (73,1%)	13 (33,3%)
Não	19 (35,2%)	66 (71%)	12 (42,9%)	40 (74,1%)	7 (26,9%)	26 (66,7%)

1.6.1 – Se sim, que formação e durante quanto tempo

Tratando-se esta de uma questão que se subdivide em dois itens, entre os quais o tipo de formação recebida, organizámos a informação obtida em 4 categorias: *cadeira de pós graduação ou mestrado*, especificamente centrada na temática psiquiátrica; *curso de pós graduação ou mestrado* em psicopatologia; frequência de *curso de formação e/ou seminários* especializados em psicopatologia; e frequência de *estágios académicos e /ou profissionais*

Assim sendo (*Quadro VII.I*), partindo de um total de 54 respostas afirmativas, provenientes da questão imediatamente anterior, verificamos então que, em termos do tipo de formação recebida, e para uma amostra de 54 sujeitos, 48,2% destes indivíduos adquiriram formação especializada em cursos e seminários. A frequência de estágios académicos ou profissionais engloba apenas 16,7% dos 54 profissionais aqui referenciados.

Dos 28 sujeitos pertencentes à amostra portuguesa, 15 pessoas, correspondentes a 53,6% (deste total parcial) apontam como fonte de formação especializada a participação e frequência em cursos e seminários de psicopatologia. Todas as restantes categorias, tal como formuladas por nós, expressam valores percentuais semelhantes entre si.

Entre a amostra de profissionais norte – americanos, aqui constituída por 26 elementos, temos de forma equivalente aos dados já referidos para as situações anteriores que a maioria dos sujeitos (42,3%) também receberam formação proveniente de cursos e seminários. A estes acrescem-se 23,1% que indicaram uma cadeira de pós graduação ou mestrado enquanto veículo de formação psiquiátrica.

Quadro VII.3.1.4.1 – Frequências do conceito **Clivagem** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Clivagem	Potência	
	N	Média
Modelo Pessoal de intervenção (n = 82)	Biomédico = 5 Cogn. Comp. = 1 Psicodinâmico = 25 Rogeriano = 5 Sistémico. = 32 Indefinido = 14	Biomédico = 20,80 Cogn. Comp. = 18,00 Psicodinâmico = 24,52 Rogeriano = 27,60 Sistémico. = 22,96 Indefinido = 23,35

Para o conceito *alucinação* (*Quadro VII.3.1.5*) foi somente encontrada a existência de diferenças estatisticamente significativas no factor Avaliativo com a variável “tipo de formação especializada em intervenção psiquiátrica”. Neste âmbito, tendo em conta as quatro categorias por nós previamente delimitadas para o tipo de formação especializada (ponto VII.1, item 1.6.1), temos que, para um universo de 28 respostas, 4 sujeitos, com uma média de 12,25 afirmam ter recebido este tipo de especialização através de uma cadeira de pós graduação relacionada com esta área específica; Outro N de 4 sujeitos, desta feita correspondente a uma média de **16,25** (o valor mais alto entre todas as médias), recebeu este tipo de formação num curso de pós graduação especializado na área de intervenção psiquiátrica. Quinze (15) profissionais, com a segunda média mais alta de 15,60 receberam formação através da frequência em cursos específicos de formação ou seminários clínicos. Com o valor média mais baixo (**9,80**), temos um N de 5 sujeitos, cuja formação especializada foi adquirida através de estágios académicos e/ou profissionais.

Quadro VII.3.1.5 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Alucinação** (para os factores Avaliativo e Potência)

Alucinação	F. Avaliativo
Que formação especializada (n = 28)	F = 3,680 (p < 0,026)

Pela observação conjunta dos *Quadros VII.3.2.1* e *VII.3.2.1.1*, verificamos que para o conceito *confusão* foram encontradas diversas variáveis com as quais existem diferenças estatisticamente significativas nos factores Avaliativo e Potência da escala, a saber: variável “sexo” no factor Avaliativo; variável “local de trabalho” no factor

Potência; variável “se tem formação especializada com doentes mentais” no factor Avaliativo; e variável “que formação especializada” no factor Potência.

Sob uma forma resumida, temos que na variável “sexo” existem diferenças estatísticas entre o género masculino e o feminino, sendo que as mulheres expressam, no factor Avaliativo, uma média de valor superior à dos sujeitos do sexo masculino.

Quanto à variável “local de trabalho”, encontramos no factor Potência do conceito *confusão* que são os profissionais integrados na categoria “outros locais de trabalho” os que apresentam a média mais alta (25,69), sendo, porém imediatamente seguidos pelos técnicos que trabalham em Câmaras Municipais (25,33). Os sujeitos ligados ao ensino universitário mostram o valor média mais reduzido.

A estes dados acrescentam-se outros ainda, como sejam o facto dos sujeitos que afirmam não possuir qualquer formação especializada em intervenção psiquiátrica apresentarem uma média mais elevada, comparativamente aos que detêm efectivamente esse tipo de formação, no factor Avaliativo.

Entre os sujeitos que possuem formação especializada constatamos, para um N = 28, no factor Potência, que a média mais elevada (**28,25**) é devida aos profissionais que adquiriram a formação através da frequência de cadeiras de cursos de pós graduação ou mestrado. Por outro lado, o valor mais baixo (21,80) pertence aos sujeitos que afirmam ter recebido este tipo de formação mediante a prática de estágios académicos e/ou profissionais.

Quadro VII.3.2.1 – Estudo das Variáveis X Conceito Confusão (para os factores Avaliativo e Potência)

Confusão	F. Avaliativo	F. Potência
Sexo (n = 82)	T = -2,013 (p <0,047)	
Local de Trabalho (n = 82)		F = 2,793 (p <0,023)
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não) (n = 82)	T = -2,066 (p <0,042)	
Que formação especializada (n = 28)		F = 4,438 (p <0,013)

Quadro VII.3.2.1.1 – Frequências do conceito **Confusão** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Confusão	Avaliativo		Potência	
	N	Média	N	Média
Sexo (n = 82)	♂ = 20 ♀ = 62	♂ = 14,45 ♀ = 16,27		
Local de Trabalho (n = 82)			E. Univ. = 6 D. Sa. = 39 CAT = 6 IPSS = 12 C. Mun. = 6 Outros = 13	E. Univ. = 21,83 D. Sad. = 22,25 CAT = 24,16 IPSS = 22,25 C. Mun. = 25,33 Outros = 25,69
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não)	Sim = 28 Não = 54	Sim = 14,71 Não = 16,40		
Que formação especializada (n = 28)			Cd. P Gr. = 4 P. Grad. = 4 Cursos = 15 Estágios = 5	Cd. P Gr.=28,25 P. Grad. = 23,25 Cursos = 22,86 Estágios= 21,80

Para o conceito *irritação* (*Quadros VII.3.2.2 e VII.3.2.2.1*) foram encontradas duas variáveis com as quais existem diferenças estatisticamente significativas nos factores Avaliativo e Potência da escala, mais especificamente: variável “sexo” no factor Avaliativo e variável “profissão”, também no factor Avaliativo.

No que respeita à variável “sexo” existem diferenças estatísticas entre o género masculino e o feminino, sendo que as mulheres no factor Avaliativo expressam médias (15,83) de valor superior à dos sujeitos do sexo masculino.

Relativamente à variável “profissão”, observa-se também no factor Avaliativo que os psicólogos são os que nos apresentam as médias de valor mais elevado (16,68), em contraste com o grupo dos enfermeiros que nos “oferecem” claramente as médias mais reduzidas (14,02).

Quadro VII.3.2.2 – Estudo das Variáveis χ Conceito **Irritação** (para os factores Avaliativo e Potência)

Irritação	F. Avaliativo
Sexo (n = 82)	T = -2,421 (p < 0,018)
Profissão (n = 82)	F = 3,795 (p < 0,027)

Quadro VII.3.2.2.1 – Frequências do conceito **Irritação** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Irritação	Avaliativo	
	N	Média
Sexo (n = 82)	♂ = 20 ♀ = 62	♂ = 13,45 ♀ = 15,83
Profissão (n = 82)	Psi. = 29 A.Soc. = 19 Enf. = 34	Psi. = 16,68 A.Soc. = 15,26 Enf. = 14,02

Para o conceito *medo* (*Quadros VII.3.2.3 e VII.3.2.3.1*) encontrámos correlações significativas, no factor Potência, com a variável “idade”. A correlação mostra-se positiva, no sentido de que quanto maior a idade dos sujeitos maior a potência ou peso (resposta afectiva) atribuída ao conceito *medo*.

No estudo deste conceito encontraram-se ainda duas variáveis – “profissão”, no factor Avaliativo e “modelo de intervenção a nível institucional” no factor Potência – com as quais existem diferenças com significado estatístico.

Assim sendo, na variável “profissão” e para o conceito *medo* – factor Avaliativo – o grupo profissional que apresenta a média de valor mais alto é o dos psicólogos (17,93), cabendo ao grupo dos enfermeiros a média mais baixa (15,55).

Para a variável “modelo de intervenção institucional” é possível observarmos que, no factor Potência, é o modelo por nós designado como “indefinido” (onde couberam todas as respostas que explicitamente diziam não saber identificar qual o modelo usado na instituição onde os profissionais se encontravam integrados) aquele que nos mostra a média de valor superior (27,50). A segunda média mais elevada pertence ao modelo Cognitivo – Comportamental. Ao modelo Rogeriano é devida a média de valor mais baixo (22,00).

Quadro VII.3.2.3 – Estudo das Variáveis X Conceito **Medo** (para os factores Avaliativo e Potência)

Medo	F. Avaliativo	F. Potência
Idade (n = 82)		r = 0,308 (p < 0,005)
Profissão (n = 82)	F = 3,755 (p < 0,028)	
Modelo Institucional (n = 82)		F = 2,376 (p < 0,047)

Quadro VII.3.2.3.1 – Frequências do conceito **Medo** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Medo	Avaliativo		Potência	
	N	Média	N	Média
Profissão (n = 82)	Psi. = 29 A.Soc. = 19 Enf. = 34	Psi. = 17,93 A.Soc. = 15,84 Enf. = 15,55		
Modelo Institucional (n = 82)			Biomédico = 27 Cogn. Comp. = 4 Psicodinâmico = 13 Rogeriano = 2 Sistémico = 26 Indefinido = 10	Biomédico = 24,81 Cogn. Comp. = 25,50 Psicodinâmico = 24,84 Rogeriano = 22,00 Sistémico = 23,26 Indefinido = 27,50

No estudo do conceito *esgotamento* - *Quadros VII.3.2.4 e VII.3.2.4.1* encontramos a existência de diferenças estatísticas significativas com as variáveis “há quanto tempo trabalha com doentes mentais graves?” e “modelo pessoal de intervenção” ambas no factor Potência da escala. No que se refere à primeira aqui apontada, temos que, a média de valor mais baixo (**21,33**, para um N = 4) é a dos profissionais que trabalharam com doentes mentais durante um período de tempo compreendido entre os 6 meses e 1 ano. Por outro lado, a média mais elevada é apresentada pelos profissionais que trabalharam com doentes mentais num período de tempo superior a 1 ano e inferior a 2 anos (29,14).

Relativamente ao mesmo factor Potência a média mais elevada (29,40) é devida aos sujeitos que adoptam o modelo Biomédico. A segunda média mais alta pertence aos sujeitos “adeptos” do modelo Rogeriano, com 27,80 pontos. O modelo Cognitivo Comportamental surge-nos, por seu lado, com uma média consideravelmente mais baixa que todas as outras, isto é, com um valor de 10,00.

Quadro VII.3.2.4 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Esgotamento** (para os factores Avaliativo e Potência)

Esgotamento	F. Potência
Há quanto tempo trabalha c/ doentes mentais (n = 30)	F = 3,348 (p<0,035)
Modelo Pessoal (n=82)	F = 4,212 (p<0,002)

Quadro VII.3.2.4.1 – Frequências do conceito **Esgotamento** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Esgotamento	Potência	
	N	Média
Há quanto tempo trabalha c/ doentes mentais (n = 30)	< 6 m = 10 + 6 m = 4 1 - 2 A = 7 + 2 A = 9	< 6 m = 26,30 + 6 m = 21,33 1 - 2 A = 29,14 + 2 A = 27,77
Modelo Pessoal (n = 82)	Biom. = 5 Cg. Cmp. = 1 Psicod. = 25 Roger. = 5 Sistém. = 32 Indefi = 14	Biom. = 29,40 Cg. Cmp. = 10,00 Psicod. = 26,72 Roger. = 27,80 Sistém. = 26,78 Indef. = 27,21

Para o conceito *Incapacidade* (*Quadro VII.3.2.5.*) encontrámos correlações significativas, nos factores Avaliativo e Potência, com a variável “anos de actividade”. Para esta variável a correlação revela-se negativa no factor Avaliativo, mas positiva no factor Potência. Foi também encontrada neste conceito a existência de diferenças estatísticas significativas com a variável “há quanto tempo trabalha com doentes mentais graves” no factor Potência da escala de Diferencial Semântico. Relativamente a esta variável, temos que, para um universo de 30 sujeitos, e de forma crescente, a média de valor mais baixo (**21,33**, para um N = 4) é a dos profissionais que trabalharam com doentes mentais durante um período de tempo compreendido entre 6 meses e 1 ano; seguida dos técnicos que trabalharam com esta patologia durante um espaço de tempo inferior a 6 meses (N = 10; Média = 26,40). O segundo valor de média mais alto (N = 9; média = 28,11) é devido aos sujeitos com um tempo de trabalho superior a 2 anos. A média mais elevada é atribuída aos profissionais que trabalharam com doentes mentais num período de tempo compreendido entre 1 e 2 anos (N = 7; média = **28,57**).

Quadro VII.3.2.5 – Estudo das Variáveis X Conceito **Incapacidade** (para os factores Avaliativo e Potência)

Incapacidade	F. Avaliativo	F. Potência
Anos de Actividade (n = 82)	r = -0,234 (p<0,035)	r = 0,263 (p<0,017)
Há quanto tempo trabalha c/ doentes mentais (n = 30)		F = 3,518 (p<0,030)

À semelhança do procedido no estudo da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental Grave (OMI), também para esta presente escala – Diferencial Semântico – analisamos, entre a amostra de sujeitos portugueses, a influência das principais variáveis sobre os resultados obtidos. Assim sendo, efectuamos uma análise de regressão múltipla, tomando como variável dependente cada um dos 12 conceitos, para os dois factores Avaliativo e Potência, e como restantes variáveis independentes (trabalhadas conjuntamente) todas aquelas onde foram alcançados resultados significativos a nível estatístico, como sejam: sexo; idade; profissão; anos de actividade profissional; local de trabalho; se tem formação especializada; que formação especializada; se trabalha ou trabalhou com doentes mentais graves; durante quanto tempo trabalha ou trabalhou com doentes mentais; modelo pessoal de intervenção; modelo institucional de intervenção.

Para todos os 12 conceitos inclusos neste estudo não foram alcançados, em ambos os factores Avaliativo e Potência, quaisquer valores com significado estatístico.

Por tal facto, poderemos presumir que, entre esta amostra específica de profissionais, nenhuma das variáveis estudadas se assume como variável determinante ou predictora dos resultados.

Amostra Norte – Americana (N = 65)

Uma vez mais, antecedente à aplicação dos devidos testes estatísticos foi aplicado o teste de *Kolmogorov – Smirnov* (como prova de normalidade da distribuição), no sentido de procuramos avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não uma distribuição normal dos seus resultados, entre a amostra norte - americana.

Os níveis de significância obtidos neste teste indicam que é aceitável a hipótese de normalidade das distribuições das variáveis, pelo que assim novamente optamos pela utilização, em todas as situações de testes paramétricos (Anexo III).

Tal como realizado para a amostra de sujeitos portugueses, aqui igualmente nos debruçaremos, para a amostra norte – americana sobre os valores encontrados a partir da aplicação da Escala de Diferencial Semântico, sendo que sequentemente os *Quadros VII.3.3 a VII.3.4.7.1* mostram a estatística descritiva para os conceitos utilizados no presente estudo. A estes valores apresentados adiciona-se ainda a informação

comparativa dos resultados obtidos nos factores Avaliativo e Potência para cada um dos conceitos. Para tal foi novamente aplicado o teste estatístico para duas amostras dependentes – o teste T - Student.

A exposição dos conceitos aparece igualmente organizada, nos *Quadros VII.3.3* e *VII.3.4*, sob a forma dos dois grandes grupos de palavras: o grupo de seis conceitos relacionáveis com a doença mental, enquanto entidade nosográfica (*psicose; alienação; insanidade; irrealidade; clivagem e alucinação*), e o segundo grupo de conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertadas face à doença mental grave (*ansiedade; confusão; irritação; medo; esgotamento; incapacidade*) (ponto VI.5 – Procedimentos associados à preparação e organização do protocolo de instrumentos).

Pela análise do *Quadro VII.3.3* verificamos que, relativamente ao grupo de conceitos relacionáveis com a doença mental enquanto entidade nosográfica, os valores gerais das médias obtidas no factor Potência mostram-se, todos eles, consideravelmente superiores aos valores gerais expressados pelo factor Avaliativo. O mesmo já se havia constatado, nestes mesmos aspectos, nos sujeitos portugueses. De forma mais específica vemos que, no factor Avaliativo, o conceito *clivagem* é o que expressa a média mais elevada (17,72), seguido do conceito *irrealidade*. A mesma situação foi observada para a amostra portuguesa, no que diz respeito a estes mesmos dois conceitos.

Por outro lado, a *alienação*, ainda neste factor, é aquele que nos indica a média mais de valor mais reduzido, isto é, 15,03.

No factor Potência, o conceito que demonstra o valor média mais alto é o da *insanidade* (23,84), muito embora este valor mais elevado se encontre bastante próximo da segunda média mais alta, como seja a do conceito *alienação*. Ao conceito *clivagem* é devida a média mínima (21,86), em contraponto, repare-se, com o seu valor média homólogo para o factor Avaliativo, desta feita, a média mais elevada.

Analisando cada um dos conceitos individualmente no que respeita à sua comparação entre os factores Avaliativo e Potência (através do T - Student), vemos que, para todos eles existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois factores.

Quadro VII.3.3 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a *doença mental grave enquanto entidade nosográfica*. T - Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 65)

	Avaliativo		Potência		T -Student	p
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão		
Psicose	16,03	3,26	23,30	3,62	-10,027	0,001
Alienação	15,03	2,65	23,70	3,36	-13,517	0,001
Insanidade	15,52	3,70	23,84	3,27	-11,013	0,001
Irrealidade	17,20	3,13	22,03	4,19	-6,042	0,001
Clivagem	17,72	2,89	21,86	3,11	-6,737	0,001
Alucinação	17,03	3,88	23,04	3,62	-7,516	0,001

Observando agora o *Quadro VII.3.4* verificamos que, no que se refere ao grupo de conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertas face à doença mental, os valores gerais das médias obtidas no factor Potência mostram-se, uma vez mais, todos eles, superiores às médias encontradas no factor Avaliativo.

Sob um modo mais pormenorizado vemos que, no factor Avaliativo, o conceito *medo* é o que expressa a média mais elevada (20,30), com um desvio padrão igualmente elevado: 3,56. O conceito com a segunda média mais alta é o da *ansiedade*

À semelhança do grupo português, o conceito *esgotamento* é novamente aquele que neste factor Avaliativo, nos revela a média de valor mais baixo (16,20).

Relativamente ao factor Potência, o conceito que demonstra a média mais alta é o do *esgotamento* (24,07), precisamente o conceito que no factor Avaliativo exibiu o valor média mais baixo. A segunda média mais elevada pertence ao conceito *incapacidade*.

Ao conceito *ansiedade* é devida a média mínima (21,61). De reforçar que a coincidência destes resultados com os da amostra portuguesa uma vez mais aqui se mostram claros em vários dos seus aspectos.

Finalmente, analisando cada um dos conceitos individualmente no que respeita à sua comparação entre os factores Avaliativo e Potência (através do T -Student), vemos que, para todos eles existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois factores.

Quadro VII.3.4 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para as emoções/vivências despertadas face à doença mental grave; T - Student: comparação dos factores Avaliativo e Potência (N = 65)

	Avaliativo		Potência		T -Student	p
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão		
Ansiedade	18,41	3,03	21,61	3,06	-5,304	0,001
Confusão	17,83	3,43	21,63	2,95	-5,822	0,001
Irritação	17,26	3,73	21,96	3,18	-6,586	0,001
Medo	20,30	3,56	22,49	3,15	-3,109	0,003
Esgotamento	16,20	3,36	24,07	3,11	-12,025	0,001
Incapacidade	17,81	3,02	23,41	3,35	-8,524	0,001

Para as etapas do estudo em seguida apresentado, à semelhança do procedido para a amostra portuguesa, foram averiguadas a existência de correlações, mediante a aplicação do teste estatístico *R Pearson*, entre os 12 conceitos utilizados, os dois factores da Escala de Diferencial Semântico (Avaliativo e Potência), e as variáveis:

- “Idade”;
- “Anos de actividade profissional”;
- “Tempo de formação especializada em intervenção psiquiátrica”.

Para o estudo da existência de diferenças estatísticas foram analisados os 12 conceitos, os factores Avaliativo e Potência e as variáveis seguintes:

- “Sexo” (*T Student*);
- “Estado civil” (*Anova*);
- “Profissão” (*Anova*);
- “Grau de formação académica” (*Anova*);
- “Local de trabalho” (*Anova*);
- “Se trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais” (*T Student*);
- “Se trabalha ou trabalhou com este tipo de pacientes, durante quanto tempo” (*Anova*);
- “Em que tipo de instituição” (*Anova*);
- “Formação especializada na área de intervenção psiquiátrica (sim ou não)” (*T Student*);
- “Qual formação especializada” (*Anova*);
- “Outras áreas de experiência em saúde mental” (*Anova*);

- “Modelo de intervenção institucional” (*Anova*);
- “Modelo de intervenção pessoal” (*Anova*).

Reconfirmamos a opção de exposição dos resultados adoptada para o grupo amostral anterior no sentido de somente apresentarmos os valores estatisticamente significativos, seja a nível das diferenças encontradas, como a nível de existência ou não de correlações. Sempre que possível, apresentaremos os valores relativos às tabelas de frequências das variáveis em causa sob a forma textual. Não obstante, serão elaborados quadros de frequências para as variáveis cuja informação específica se revele mais complexa e/ou extensa.

Cabe ainda referir que no estudo do conceito *irrealidade* não foram alcançados resultados com significância estatística.

Para o conceito *psicose*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no factor Avaliativo da escala com as variáveis “Profissão”; e “Se tem formação especializada com doentes mentais”. Assim sendo, a partir da observação dos *Quadros VII.3.3.1* e *VII.3.3.1.1*, vemos que na variável “profissão” e para o factor Avaliativo, do conceito *psicose* são os assistentes sociais os profissionais que apresentam uma média de valor superior, seguidos dos enfermeiros e por último, com a média mais baixa, dos psicólogos.

Relativamente à segunda variável verificamos que os sujeitos que têm efectivamente formação especializada a nível de intervenção psiquiátrica são os que apresentam um valor média mais alto no factor Avaliativo do conceito *psicose*, em contraponto, portanto, com os técnicos que afirmam não deter este tipo de formação específica.

Quadro VII.3.3.1 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Psicose** (para os factores Avaliativo e Potência)

Psicose	F. Avaliativo
Profissão (n = 65)	F = 9,160 (p <0,000)
Se tem formação especializada doentes mentais (sim/ não) (n = 65)	T = 2,43 (p <0,018)

Quadro VII.3.3.1.1 – Frequências do conceito **Psicose** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Psicose	Avaliativo	
	N	Média
Profissão (n = 65)	Psi. = 8 A.Soc. = 20 Enf. = 37	Psi. = 14,87 A.Soc. = 18,35 Enf. = 15,02
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não)	Sim = 26	Sim = 17,19
	Não = 39	Não = 15,25

No estudo do conceito *alienação* (*Quadro VII.3.3.2*) foi somente obtida a existência de diferenças estatísticas com a variável sexo no factor Avaliativo. Assim sendo, temos que entre os sujeitos do sexo masculino (N = 20) e os do sexo feminino (N = 54), são os primeiros, aqueles que apresentam a média de valor superior ($\bar{X}$ = 16,25), “contra” a média feminina de 14,48.

Quadro VII.3.3.2 – Estudo das Variáveis **X** Conceito **Alienação** (para os factores Avaliativo e Potência)

Alienação	F. Avaliativo
Sexo (n = 65)	T = 2,578 (p < 0,012)

Para o conceito *insanidade* (*Quadros VII.3.3.3 e VII.3.3.3.1*) encontrámos correlações significativas, nos factores Avaliativo e Potência, com as variáveis seguintes: “trabalha(ou) com doentes mentais graves”; “se tem formação especializada em intervenção psiquiátrica”; “profissão”; “grau académico”; “modelo institucional” e “modelo pessoal” de intervenção. Para as duas primeiras variáveis, dada a simplicidade dos seus resultados descritivos não apresentaremos os seus resultados no quadro de frequências correspondente, optando por aqui expor essa informação textualmente: deste modo, refira-se que no que respeita à primeira variável, “se trabalha (ou) com doentes mentais”, existem diferenças estatisticamente significativas, no factor Potência, entre as respostas sim (N = 32) e não (N = 33), sendo que a média mais elevada é atribuída ao “não” com 24,63 pontos. A resposta “sim” apresenta a média de 23,03.

Relativamente à variável “se tem formação especializada com doentes mentais” encontram-se diferenças, para ambos os factores Avaliativo e Potência, entre as respostas dos sujeitos que efectivamente detêm este tipo de formação especializada e os

que a não têm: no factor Avaliativo: a resposta afirmativa (N = 26) tem a média mais alta (17,50) e a negativa (N = 39) apresentam a média de valor mais baixo (14,20); no factor Potência verificamos a situação inversa no sentido em que são as respostas “não” (N = 39) as que mostram a média de valor superior (24,92) e as respostas “sim” (N = 26) o valor de 22,23. Sobre a variável “profissão” observamos a partir do *Quadro VII.3.3.3.1* que, no factor Avaliativo, os assistentes sociais são entre os três grupos de profissionais os que mostram o valor média mais elevado (17,65), seguidos dos psicólogos e por último dos enfermeiros. Em termos do grau académico destes mesmos profissionais verifica-se que a média mais alta é devida aos sujeitos que possuem o grau de mestre (17,03), e a média mais reduzida expressa por parte dos técnicos que têm o grau ao nível da licenciatura.

Para a variável “modelo institucional de intervenção” no factor Avaliativo, é o modelo Psicodinâmico o que nitidamente nos oferece a média de valor mais elevado (19,50). Ao modelo biomédico cabe, no conceito *insanidade*, e para este mesmo factor, a média mais baixa (14,07). De notar que nesta variável os modelos Rogeriano e “indefinido” não encontram aqui qualquer expressão, uma vez não terem sido sequer mencionados ou seleccionados. Por último, na variável “modelo pessoal”, relativamente ao mesmo factor, constatamos que é novamente o modelo psicodinâmico o que alcança a média superior (18,66). De igual modo, o modelo biomédico realça-se, uma vez mais, como aquele que nos apresenta com a média mais reduzida (13,37).

Quadro VII.3.3.3 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Insanidade** (para os factores Avaliativo e Potência)

Insanidade	F. Avaliativo	F. Potência
Trabalha (ou) c/ doentes mentais (sim/não) (n = 65)		T = -2,019 (p < 0,048)
Se tem formação especializada doentes mentais (Sim/ Não) (n = 65)	T = 3,874 (p < 0,000)	T = -3,519 (p < 0,001)
Profissão (n = 65)	F = 7,500 (p < 0,004)	
Grau académico (n = 65)	F = 5,977 (p < 0,004)	
Modelo Institucional (n = 65)	F = 4,058 (p < 0,011)	
Modelo Pessoal (n = 65)	F = 3,036 (p < 0,017)	

Quadro VII.3.3.3.1 – Frequências do conceito **Insanidade** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Insanidade	Avaliativo	
	N	Média
Profissão (n = 65)	Psi. = 8 A.Soc. = 20 Enf. = 37	Psi. = 16,62 A.Soc. = 17,65 Enf. = 14,13
Grau académico (n = 65)	Lic. = 32 Mes. = 31 Dout. = 2	Lic. = 14,03 Mes. = 17,03 Dout. = 16,00
Modelo Institucional (n = 65)	Biomédico = 27 Cogn. Comp. = 27 Psicodinâmico = 2 Sistémico = 9	Biomédico = 14,07 Cogn. Comp. = 15,85 Psicodinâmico = 19,50 Sistémico = 18,00
Modelo Pessoal (n = 65)	Biomédico = 16 Cogn. Comp. = 33 Psicodinâmico = 3 Rogeriano = 2 Sistémico = 5 Indefinido = 6	Biomédico = 13,37 Cogn. Comp. = 16,75 Psicodinâmico = 18,66 Rogeriano = 16,00 Sistémico = 13,80 Indefinido = 14,16

Com o conceito de *Clivagem* - *Quadro VII.3.3.4* - somente a idade apresentou uma correlação positiva com significado estatístico, assim como diferenças significativas com a variável “em que tipo de instituições trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais”. Partindo da nossa organização por classes desta última variável, podemos perceber que o valor mais elevado é dado por 14 sujeitos cuja experiência se relaciona com a prática num hospital psiquiátrico (18,71) e o mais baixo por 3 sujeitos que trabalham em clínica particular.

Quadro VII.3.3.4 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Clivagem** (para os factores Avaliativo e Potência)

Clivagem	F. Avaliativo	F. Potência
Idade (n = 65)		r = 0,275 (p < 0,026)
Trabalha (ou) c/ doentes mentais – tipo de instituição (n = 32)	F = 3,425 (p < 0,046)	

No que diz respeito ao conceito *Alucinação* – *Quadro VII.3.3.5* foi encontrada diferença estatisticamente significativa com a variável “profissão”. Observamos então que, no factor Avaliativo, os assistentes sociais são, entre os três grupos de

profissionais, os que mostram o valor média mais elevado (18,75, de média), seguidos dos psicólogos (17,75) e por último dos enfermeiros (15,94).

Quadro VII.3.3.5 – Estudo das Variáveis X Conceito Alucinação (para os factores Avaliativo e Potência)

Alucinação	F. Avaliativo
Profissão (n = 65)	F = 3,853 (p <0,026)

Para o conceito *Ansiedade* obtivemos diferenças estatisticamente significativas com a variável “trabalha ou já trabalhou com pessoas com doença mental?”, tal como é apresentado no *Quadro VII.3.4.1*. Encontraram-se 32 sujeitos que responderam “sim”, e cuja média no factor *Avaliativo* foi de 19,34, contra o valor de 17,51 nos restantes 33 profissionais cuja resposta foi negativa.

Quadro VII.3.4.1 – Estudo das Variáveis X Conceito Ansiedade (para os factores Avaliativo e Potência)

Ansiedade	F. Avaliativo
Trabalha (ou) c/ doentes mentais (sim /não) (n = 65)	T = 2,528 (p <0,014)

O conceito *Confusão* - *Quadro VII.3.4.2* - apresentou diferenças estatisticamente significativas, no factor *Potência*, com o estado civil, sendo que as médias mais elevadas pertenceram aos sujeitos separados e em união de facto (26,00), e a mais baixa ao único sujeito viúvo da amostra Norte-Americana (18,00).

Quadro VII.3.4.2 – Estudo das Variáveis X Conceito Confusão (para os factores Avaliativo e Potência)

Confusão	F. Potência
Estado civil (n = 65)	F = 2,729 (p <0,037)

O conceito *Irritação* - *Quadro VII.3.4.3* - obteve diferenças estatisticamente significativas no factor *Potência* com as variáveis “sexo”, “estado civil” e com o facto de os sujeitos terem ou não experiência profissional com população com doença mental.

Relativamente à variável “sexo”, encontrámos que os elementos do sexo feminino obtiveram valores médios significativamente superiores, conforme indicado no quadro de frequências em baixo (*VII.3.4.3.1*). De igual modo, aqueles sujeitos que nunca tiveram qualquer experiência profissional com a população com doença mental alcançaram valores médios mais elevados (22,81) comparativamente com os profissionais com essa experiência (21,09), quer no tempo presente ou no passado.

O estudo da variável “estado civil” revelou que foram os sujeitos separados, apesar da baixa frequência (2 sujeitos), que obtiveram valores médios mais altos, contrapondo com o único sujeito viúvo.

Quadro VII.3.4.3 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Irritação** (para os factores Avaliativo e Potência)

Irritação	F. Potência
Sexo (n = 65)	T = -2,208 (p < 0,031)
Trabalha (ou) c/ doentes mentais (sim / não) (n = 65)	T = -2,253 (p < 0,028)
Estado Civil (n = 65)	F = 2,675 (p < 0,040)

Quadro VII.3.4.3.1 – Frequências do conceito **Irritação** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Irritação	Potência	
	N	Média
Sexo (n = 65)	♂ = 20 ♀ = 62	♂ = 20,70 ♀ = 22,53
Trabalha (ou) c/ doentes mentais (sim / não) (n = 65)	Sim = 32 Não = 19	Sim = 21,09 Não = 22,81
Estado civil (n = 65)	Solteiro = 8 União Facto = 1 Casado = 53 Separado = 2 Viúvo = 1	Solteiro = 20,37 União Facto = 23,00 Casado = 22,00 Separado = 28,00 Viúvo = 20,00

No estudo do conceito *Medo* - *Quadro VII.3.4.4* - a única variável que apresentou resultados com significado estatístico foi a variável “sexo”, no factor Avaliativo. Constatámos que os 20 sujeitos homens apresentaram uma média mais elevada: 22,05, contra 19,53 de média dos elementos do sexo feminino.

Quadro VII.3.4.4 – Estudo das Variáveis X Conceito **Medo** (para os factores Avaliativo e Potência)

Medo	F. Avaliativo
Sexo	T = 2,762
(n = 65)	(p < 0,008)

No que diz respeito ao conceito *Esgotamento* (*Quadro VII.3.4.5*) podemos verificar a existência de somente uma correlação positiva com a variável “idade”, tendo sido esta a única variável com a qual ocorreram resultados com significação estatística.

Tal resultado foi alcançado no factor Avaliativo da escala, sendo que à medida que a idade aumenta se constata, então, um aumento concomitante dos valores deste factor.

Quadro VII.3.4.5 – Estudo das Variáveis X Conceito **Esgotamento** (para os factores Avaliativo e Potência)

Esgotamento	F. Avaliativo
Idade	r = 0,269
(n = 65)	(p < 0,030)

Por último, o estudo do conceito *Incapacidade* - *Quadros VII.3.4.6* e *VII.3.4.6.1* - revelou diferenças significativas com várias variáveis. Com a variável “sexo”, constatou-se que os elementos do sexo feminino obtiveram valores médios mais elevados (18,33), no factor Avaliativo.

“Há quanto tempo trabalha com doente mentais” demonstrou, para o factor Potência, que os sujeitos com valores mais baixos são os que trabalham à menos de 6 meses (20,20), sendo aqueles que trabalham à mais de 1 ano mas à menos de 2 anos o grupo que obteve valores médios mais elevados (26,00).

Na variável “profissão” e para o conceito *Incapacidade* – factor Avaliativo – o grupo profissional que apresenta a média de valor mais alto é a dos assistentes sociais (19,80), cabendo ao grupo dos enfermeiros a média mais baixa (16,81).

Em termos do grau académico destes mesmos profissionais e para o mesmo factor verifica-se que a média mais alta é devida aos sujeitos que possuem o grau de mestre (18,93) e a média mais reduzida é expressa por parte dos 2 técnicos que têm o grau ao nível do doutoramento (15,00).

Quadro VII.3.4.6 – Estudo das Variáveis *X* Conceito **Incapacidade** (para os factores Avaliativo e Potência)

Incapacidade	F. Avaliativo	F. Potência
Sexo (n = 65)	r = -2,131 (p < 0,037)	
Há quanto tempo trabalha c/ doentes mentais (n = 30)		F = 4,209 (p < 0,014)
Profissão (n = 65)	F = 7,763 (p < 0,001)	
Grau académico (n = 65)	F = 5,008 (p < 0,010)	

Quadro VII.3.4.6.1 – Frequências do conceito **Incapacidade** nas variáveis com valores estatísticos significativos (para os factores Avaliativo e Potência)

Incapacidade	Avaliativo		Potência	
	N	Média	N	Média
Sexo (n = 65)	♂ = 20 ♀ = 45	♂ = 16,65 ♀ = 18,33		
Há quanto tempo trabalha c/ doentes mentais (n = 32)			< 6 m = 5 + 6 m = 2 1 - 2 A = 3 + 2 A = 22	< 6 m = 20,20 + 6 m = 23,50 1 - 2 A = 26,00 + 2 A = 22,63
Profissão (n = 65)	Psi. = 8 A.Soc. = 20 Enf. = 37	Psi. = 17,50 A.Soc. = 19,80 Enf. = 16,81		
Grau académico (n = 65)	Lic. = 32 Mes. = 31 Dout. = 2	Lic. = 16,90 Mes. = 18,93 Dout. = 15,00		

Uma vez mais, nesta etapa da presente investigação foi efectuada, para esta amostra particular de profissionais norte – americanos, o estudo da influência das principais variáveis sobre os resultados obtidos na Escala de Diferencial Semântico. Foi assim realizada uma análise de regressão múltipla, onde foram tomadas como variáveis dependentes (uma a uma) todos os 12 conceitos inclusos neste instrumento, para ambos os factores Avaliativo e Potência, e como variáveis independentes (trabalhadas conjuntamente) todas aquelas onde se obtiveram valores estatisticamente significativos, a saber: sexo; idade; estado civil; profissão, grau académico; se tem formação especializada; se trabalha ou trabalhou com doentes mentais; se sim, em que instituição; durante quanto tempo trabalha ou trabalhou; modelo pessoal de intervenção; modelo institucional de intervenção.

Para todos os 12 conceitos, em ambos os factores Avaliativo e Potência, não foram encontrados quaisquer resultados com significado estatístico, pelo que novamente concluímos que, entre esta amostra de sujeitos, nenhuma das variáveis estudadas é capaz de se assumir como variável determinante/influenciadora dos resultados entretanto obtidos com este instrumento de avaliação.

VII.4 – Estudo das correlações entre as cinco dimensões da OMI e o Factor Potência da Escala de Diferencial Semântico

Nesta etapa do nosso estudo propomo-nos averiguar, para ambas as amostras portuguesa e norte – americana, a existência de relação entre as cinco dimensões da “Escala de Opiniões sobre a Doença Mental” (*Autoritarismo, Benevolência, Ideologia da Higiene Mental, Restrição Social e Etiologia Interpessoal*) e o Factor *Potência* da “Escala de Diferencial Semântico”, para os 12 conceitos utilizados.

A incidência específica neste factor *Potência* prende-se com o nosso interesse na reflexão sobre aquela que é a expressão das respostas afectivas suscitadas pelos conceitos usados no estudo, analisando concomitantemente a sua eventual relação com as atitudes identificadas pelos cinco factores da OMI.

Assim sendo, procedeu-se à averiguação da existência de correlações mediante a aplicação do teste estatístico *R Pearson* entre as componentes atrás referenciadas.

No que respeita à amostra de profissionais de nacionalidade portuguesa, (n = 82) – *Quadro VII.4.1.* –, verificamos que existem correlações estatisticamente significativas entre a dimensão *Etiologia Interpessoal* da OMI e os conceitos *Psicose, Alienação e Insanidade* – dimensão esta que, repare-se, foi a que obteve o maior número de conceitos com os quais se correlaciona.

A dimensão *Autoritarismo* apenas encontra correlacionalidade com o conceito *medo*, do mesmo modo que a dimensão *Ideologia da Higiene Mental* somente apresenta correlação significativa com o conceito *incapacidade* (ambas correlações negativas).

As dimensões *Benevolência* e *Restrição Social* não se encontram correlacionadas com nenhum destes 12 conceitos, dos quais a *irrealidade*, a *clivagem*, a *alucinação*, a *ansiedade*, a *confusão*, a *irritação* e o *esgotamento* também não demonstram qualquer correlação com as dimensões da OMI.

Quadro VII.4.1 – OMI / Semântica – Factor Potência – Amostra Portuguesa (N = 82)

Conceitos Factor Potência	OMI Autoritarismo	OMI Benevolência	OMI Ideologia Hig. Mental	OMI Restrição Social	OMI Etiologia Interpessoal
Psicose					$r = 0,293$; $p < 0,008$
Alienação					$r = 0,241$; $p < 0,029$
Insanidade					$r = 0,221$; $p < 0,046$
Irrealidade					
Clivagem					
Alucinação					
Ansiedade					
Confusão					
Irritação					
Medo	$r = -0,232$; $p < 0,036$				
Esgotamento					
Incapacidade			$r = -0,328$; $p < 0,003$		

(para um nível de significância de 0,05%)

Na amostra de sujeitos norte – americanos (n = 65) – *Quadro VII.4.2.* – observamos a existência de um maior número de correlações com significado estatístico entre as cinco dimensões da OMI e os conceitos usados na Diferencial Semântico.

Deste modo, temos que o conceito *psicose* apresenta correlação estatística com a dimensão *Restrição Social*. Por sua vez, o conceito *alienação* encontra – se correlacionado com três das cinco dimensões a saber, *Autoritarismo*, *Restrição Social* e *Etiologia Interpessoal*.

O conceito *clivagem* correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com duas dimensões: *Benevolência* e *Etiologia Interpessoal*.

Para os conceitos *ansiedade* e *confusão* constatamos a sua correlação com apenas uma das cinco dimensões: *ansiedade* e *Restrição Social*; *Confusão* e *Ideologia da Higiene Mental*.

De notar, por fim, que os conceitos *insanidade*, *irrealidade*, *alucinação*, *irritação*, *medo*, *esgotamento* e *incapacidade* não apresentam qualquer correlação estatística com alguma das cinco dimensões da OMI.

Quadro VII.4.2 – OMI / Semântica – Factor Potência – Amostra Americana (N = 65)

Conceitos Factor Potência	OMI Autoritarismo	OMI Benevolência	OMI Ideologia Hig. Mental	OMI Restrição Social	OMI Etiologia Interpessoal
Psicose				r = 0,328; p < 0,008	
Alienação	r = 0,296; p < 0,017			r = 0,254; p < 0,041	r = 0,265; p < 0,033
Insanidade					
Irrealidade					
Clivagem		r = 0,260; p < 0,036			r = 0,400; p < 0,001
Alucinação					
Ansiedade				r = 0,249; p < 0,045	
Confusão			r = 0,336; p < 0,006		
Irritação					
Medo					
Esgotamento					
Incapacidade					

(para um nível de significância de 0,05%)

VII.5 – Estudo da variável Nacionalidade para as Três Dimensões da OMI e para a Escala de Diferencial Semântico (Factor Avaliativo e Factor Potência).

Cabe-nos aqui estudar o papel da variável nacionalidade sobre os resultados obtidos a partir da OMI e “Escala de Diferencial Semântico” nas duas amostras de sujeitos portuguesa e norte – americana. O teste estatístico utilizado foi o *T Student*. A escolha recai novamente pela utilização de um teste paramétrico, uma vez comprovada a distribuição normal das variáveis em estudo, para a amostra total de sujeitos (N = 147), através do teste de *Kolmogorov – Smirnov* (como prova de normalidade da distribuição) (Anexo III).

De sublinhar que no estudo desta variável na “Escala de Opiniões sobre a Doença Mental”, não foram utilizados a totalidade dos factores constantes na versão original deste instrumento, mas somente três das suas cinco dimensões. Tal decisão metodológica resultou subsequente ao estudo das qualidades psicométricas para ambas as amostras (ponto VI.7.2 do presente trabalho), portuguesa e norte americana, estudo este necessário pelo facto de um dos objectivos deste trabalho pretender analisar comparativamente os dois grupos de sujeitos, no que respeita aos valores por eles

obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados. Nesta medida, dada a constatação da existência de dois factores cuja distribuição e número de itens não se revelaram coincidentes nas duas versões da OMI (portuguesa e norte – americana), optamos por usar somente, em termos comparativos, as dimensões ou factores absolutamente idênticos na sua constituição: *Autoritarismo*, *Ideologia da Higiene Mental* e *Etiologia Interpessoal*.

A partir do *Quadro VII.5.1* verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três factores da OMI e variável nacionalidade, sendo que, no que respeita ao factor *Autoritarismo* é o grupo de profissionais norte – americanos os que demonstram a média mais elevada (52,07) e os portugueses os que detêm o valor média inferior. Quanto ao factor *Ideologia da Higiene Mental* observamos uma vez mais serem os técnicos de saúde mental americanos aqueles que expressam a média mais alta (30,67).

Finalmente, no factor *Etiologia Interpessoal* constatamos novamente valores de média superiores entre os profissionais norte – americanos (33,67).

Quadro VII.5.1 – Estudo da variável Nacionalidade nos 3 factores OMI (N = 147)

	OMI Autoritarismo		OMI Ideologia Higiene Mental		OMI Etiologia Interpessoal	
Variável Nacionalidade	T = -6,102 p <0,001		T = -8,278 p <0,001		T = -4,080 p <0,001	
Médias	Portug.	Norte – A.	Portug.	Norte – A.	Portug.	Norte – A.
	45,30	52,07	25,26	30,67	30,10	33,67

Relativamente ao estudo desta mesma variável, “nacionalidade”, mas desta vez, na Escala de Diferencial Semântico, nos factores *Avaliativo* e *Potência* apresentamos os resultados obtidos em dois quadros diferenciados: um primeiro (*Quadro VII.5.2*) para o grupo de conceitos relacionáveis com a doença mental grave enquanto entidade nosográfica e o segundo (*Quadro VII.5.3*) destinado ao grupo de conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertadas pela doença mental grave. O teste estatístico utilizado foi novamente o *T Student*.

Temos então para o primeiro grupo de conceitos (*Quadro VII.5.2*) que entre os seis conceitos dois deles: a *alienação* e a *irrealidade* não revelaram a existência de diferenças estatísticas significativas entre qualquer um dos seus factores e a variável nacionalidade.

Para o conceito *psicose* encontram-se diferenças com significado estatístico nos factores *Avaliativo* e *Potência*, de tal modo que se no primeiro factor (*Avaliativo*) são os profissionais norte – americanos os que expressam a média de valor mais alto (16,03), no factor *Potência* verifica-se a situação contrária, isto é, a média superior é devida aos sujeitos de nacionalidade portuguesa. No conceito *insanidade* observam-se, igualmente, diferenças estatísticas nos dois factores *Avaliativo* e *Potência*. Os profissionais norte – americanos expressam, no factor *Avaliativo*, a média de valor mais alto (15,52), em contraponto com os valores pertencentes ao factor *Potência* deste mesmo conceito que atribuem aos sujeitos de nacionalidade portuguesa a média mais elevada (26,92).

Para a *clivagem* observam-se diferenças estatisticamente significativas somente no factor *Potência*, no qual a média de valor mais elevado (23,59) é devida ao grupo de profissionais portugueses. No que se refere ao último conceito deste primeiro quadro, *alucinação*, encontramos diferenças significativas em ambos os factores: no factor *Avaliativo* os norte – americanos indicam a média superior (17,03), enquanto que no factor *Potência* são os portugueses aqueles que expressam o valor média mais elevado (25,98).

Quadro VII.5.2 – Estudo da variável Nacionalidade nos conceitos da Diferencial Semântico, nos factores Avaliativo e Potência – Grupo de conceitos que remetem para a doença mental grave enquanto entidade nosográfica (N= 147).

Conceitos	Factor Avaliativo		Factor Potência	
	T Student	Médias	T Student	Médias
Psicose	T= -5,285 p <0,001	Port.= 13,01 NA= 16,03	T= 6,658 p <0,001	Port.= 27,67 NA= 23,30
Alienação				
Insanidade	T= -4,707 p <0,001	Port.= 12,69 NA= 15,52	T= 4,975 p <0,001	Port.= 26,92 NA= 23,84
Irrealidade				
Clivagem			T= 2,896 p <0,004	Port.= 23,59 NA= 21,86
Alucinação	T= -3,912 p <0,001	Port.= 14,45 NA= 17,03	T= 4,411 p <0,001	Port.= 25,98 NA= 23,04

No estudo da variável nacionalidade para o segundo grupo de conceitos (*Quadro VII.5.3*) verificamos que apenas o conceito *ansiedade* não revela a existência de qualquer diferença estatística em nenhum dos factores da escala.

Analisando cada um deles individualmente, temos que no conceito *confusão* encontramos diferenças com significado estatístico nos dois factores Avaliativo e Potência, de tal modo que no Avaliativo os profissionais norte – americanos são os que apresentam a média de valor superior (17,83) e no Potência são os portugueses a expressarem a média mais elevada (23,13).

Para a *irritação*, temos novamente diferenças estatísticas nos dois factores, e onde curiosamente os valores obtidos se mostram bastante semelhantes aos do conceito anterior: no factor Avaliativo a média superior é devida aos técnicos americanos (17,26); no factor Potência este grupo de sujeitos mostra a média inferior.

Quanto aos três restantes conceitos, *medo*, *esgotamento* e *incapacidade*, verificamos, tal como se pode ver no *Quadro VII.5.3.*, que todos eles apresentam diferenças estatisticamente significativas nos dois factores da escala de Diferencial Semântico.

Desta feita, e de um modo dir-se-ia “homogéneo”, é possível constatar-mos que em todos estes três conceitos, no factor Avaliativo, o grupo de profissionais que expressa a média mais elevada é sempre os de nacionalidade norte – americana (*medo*: 20,30; *esgotamento*: 16,20; *incapacidade*: 17,81).

No que se refere ao factor Potência, para todos os conceitos, são sempre os profissionais de nacionalidade portuguesa os que detêm a média de valor superior (*medo*: 24,62; *esgotamento*: 26,85; *incapacidade*: 26,19).

Quadro VII.5.3 – Estudo da variável Nacionalidade nos conceitos da Diferencial Semântico, nos factores Avaliativo e Potência – Grupo de conceitos que remetem para as emoções/ vivências despertadas face à doença mental grave (N= 147)

Conceitos	Factor Avaliativo		Factor Potência	
	T Student	Médias	T Student	Médias
Ansiedade				
Confusão	T= -3,422 p < 0,001	Port.= 15,82 N.A= 17,83	T= 2,681 p < 0,008	Port.= 23,13 NA= 21,63
Irritação	T= -3,133 p < 0,002	Port.= 15,25 NA= 17,26	T= 2,365 p < 0,019	Port.= 23,26 NA= 21,96
Medo	T= -6,335 p < 0,001	Port.= 16,46 NA= 20,30	T= 3,702 p < 0,001	Port.= 24,62 NA= 22,49
Esgota- mento	T= -6,762 p < 0,001	Port.= 12,43 NA= 16,20	T= 4,382 p < 0,001	Port.= 26,85 NA= 24,07
Incapaci- dade	T= -9,333 p < 0,001	Port.= 12,70 NA= 17,81	T= 4,571 p < 0,001	Port.= 26,19 NA= 23,41

VII.6 – Estudo da influência das principais variáveis na OMI e Escala de Diferencial Semântico

Como fase última de todos estes procedimentos relativos à análise dos resultados alcançados, e com o objectivo de estudar, em ambas as amostras (N = 147), a influência/ relação das principais variáveis na determinação do que consideramos serem duas componentes fundamentais deste trabalho – a atitude expressa dos profissionais de saúde face à doença mental grave (OMI) e a resposta afectiva despertada pela doença mental (Factor Potência da Escala de Diferencial Semântico – cingido ao segundo grupo de conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências despertadas pela doença mental) – optámos por efectuar uma análise de regressão múltipla.

Centramo-nos somente no segundo grupo de conceitos (associáveis às emoções/ vivências despertadas pela doença mental grave) uma vez que o que essencialmente procuramos aceder é ao modo como o sujeito responde à sua própria emocionalidade emergente do contato com a realidade da pessoa que sofre de doença mental.

Não estaremos assim tão debruçados sobre a resposta afectiva perante conceitos directamente relacionáveis com a patologia mental, enquanto entidade diagnostica, (análise essa já contemplada em pontos anteriores deste estudo, mas fundamentalmente atentos à resposta face a conceitos que, não tendo necessariamente relação directa com a doença mental, não deixam, porém, de a ela fortemente se associar pela via das vivências por ela potencialmente despertadas. Relembremos que o “tema” sobre o qual orientámos todas as instruções de preenchimento do protocolo de instrumentos foi o da doença mental grave, ou perturbação psicótica.

Estabelecemos, então, como variáveis dependentes os três factores da OMI ¹⁰ (*Autoritarismo, Ideologia da Higiene Mental e Etiologia Interpessoal*) e o grupo de seis conceitos relacionáveis com as emoções/vivências face à doença mental (*ansiedade,*

¹⁰ Recordamos que esta decisão metodológica resultou subsequente ao estudo das qualidades psicométricas deste instrumento para ambas as amostras (ponto VI.7.2 do presente trabalho) portuguesa e norte americana, pelo facto de um dos objectivos deste trabalho pretender analisar comparativamente os dois grupos de sujeitos, no que respeita aos valores por eles obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados. Nesta medida, dada a constatação da existência de dois factores cuja distribuição e número de itens não se revelaram coincidentes nas duas versões da OMI (portuguesa e norte – americana), optamos por usar somente, em termos comparativos, as dimensões ou factores absolutamente idênticos na sua constituição: *Autoritarismo; Ideologia da Higiene Mental e Etiologia Interpessoal*.

confusão, irritação, medo, esgotamento e incapacidade) do factor Potência da Escala de Diferencial Semântico.

Para esta análise, utilizámos as seguintes variáveis independentes: “nacionalidade”, “profissão”, “modelo de intervenção pessoal”, “formação especializada em intervenção psiquiátrica”, “se trabalha ou já trabalhou com pessoas com doença mental”. A escolha específica destas variáveis relaciona-se directamente com os objectivos por nós propostos.

Enquanto método estatístico, usámos o modelo de regressão múltipla *Forward*, em que as variáveis independentes são incluídas progressivamente uma a uma, e com critério de paragem quando os níveis de significância são inferiores a 95%.

Sequentemente, observando cada um dos seguintes quadros individualmente, temos que, no estudo de regressão para a variável **OMI – factor Autoritarismo** (*Quadro VII.6.1*), as variáveis independentes “nacionalidade” e “profissão” assumem um peso tido como significativo. Mais constatamos no sentido de que a variável “nacionalidade” expressa sozinha um peso razoável no factor *Autoritarismo*, explicando cerca de 20% da determinação sobre esta dimensão.

De ter igualmente em conta que as variáveis “nacionalidade” e “profissão” tidas em conjunto também assumem um peso estatístico de alguma relevância (cerca de 26%), enquanto variáveis predictoras da dimensão aqui em estudo (*Autoritarismo*).

Quadro VII.6.1 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável OMI **Autoritarismo** (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,204	6,772	0,001
Nacionalidade Profissão	0,257	7,588 -2,119	0,001 0,002

Tendo a variável dependente **OMI Ideologia da Higiene Mental** sob estudo (*Quadro VII.6.2*), verificamos que somente a variável independente “nacionalidade” exhibe um peso de razoável determinância nesta dimensão da OMI (aproximadamente 32% da influência sobre a variável dependente). Todas as restantes variáveis sujeitas ao modelo de regressão múltipla não apresentaram qualquer nível de influência estatisticamente significativa.

Quadro VII.6.2 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável OMI **Ideologia da Higiene Mental** (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,321	5,409	0,001

No que respeita à terceira dimensão da OMI aqui analisada enquanto variável dependente – **Etiologia Interpessoal** – (*Quadro VII.6.3*) verificamos que os seus resultados são passíveis de ser influenciados e determinados por três variáveis principais, que no entanto se conjugam entre si de formas diversas. São elas as variáveis “nacionalidade”, “formação especializada em intervenção psiquiátrica” e “profissão”.

De modo mais específico sublinhemos que, uma vez mais, a variável “nacionalidade” demonstra por si só o peso mais elevado, constituindo-se isoladamente como o “modelo” estatístico predominante nos resultados obtidos no factor Etiologia Interpessoal da escala OMI. A tal acresce-se que esta mesma variável “nacionalidade” permanece nos dois outros conjuntos de variáveis predictoras, sempre com o valor mais alto de determinação. A variável “formação especializada” expressa também um peso relevante em dois dos três conjuntos de variáveis com valor estatístico significativo. No terceiro destes conjuntos a variável “profissão” deve igualmente ser levada em linha de conta, muito embora com um peso menos determinante do que as restantes variáveis aqui apresentadas. Repare-se, ainda, que neste terceiro modelo as três variáveis “nacionalidade”, “formação especializada” e “profissão”, tidas conjuntamente, influenciam aproximadamente 17% dos resultados da variável dependente, isto é, a percentagem mais forte entre os três modelos aqui apresentados.

Quadro VII.6.3 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável OMI **Etiologia Interpessoal** (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,103	6,772	0,001
Nacionalidade Forma. especializada	0,149	3,424 -2,448	0,001 0,006
Nacionalidade Forma. especializada Profissão	0,174	3,848 -2,431 -1,092	0,001 0,006 0,039

Debruçando-nos agora sobre o grupo de seis conceitos relacionáveis com as emoções e vivências potencialmente despertadas face à doença mental (*ansiedade, confusão, irritação, medo, esgotamento e incapacidade*) do factor Potência da Escala de Diferencial Semântico, verificamos que no estudo da variável dependente **medo** - *Quadro VII.6.4* - somente a variável “nacionalidade” apresenta um peso determinante enquanto variável predictor do conceito em estudo, muito embora não possamos deixar de referir que expressa uma percentagem de explicação da variável **medo** não muito elevada (apenas cerca de 9%).

Quadro VII.6.4 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Medo** – factor Potência (N=147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,086	-2,130	0,001

Tendo sob estudo a variável dependente **esgotamento** (*Quadro VII.6.5*), verifica-se novamente a predominância única da variável “nacionalidade”, enquanto componente predictor. Todas as restantes variáveis sujeitas ao modelo de regressão múltipla não apresentaram, uma vez mais qualquer nível de influência estatisticamente significativa.

Quadro VII.6.5 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Esgotamento** – factor Potência (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,117	-2,777	0,001

Tal como observado no estudo da variável anterior, também na variável **confusão** (*Quadro VII.6.6*) se repete o facto da sua magnitude ser significativamente determinada (em termos estatísticos) pela “nacionalidade” dos sujeitos constituintes das nossas amostras. Não obstante, apresenta uma grau de significância menos forte que o

da variável anterior, bem como uma percentagem de explicação da variação (R Square) igualmente inferior (somente cerca de 5%).

Quadro VII.6.6 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Confusão** – factor Potência (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,047	-1,503	0,008

O *Quadro VII.6.7*, relativo ao estudo de regressão para a variável **irritação**, confirma-nos a inequívoca predominância estatística da variável “nacionalidade” em função da qual o comportamento da variável dependente, aqui o conceito **irritação**, se vai modelando. Não podemos, contudo, deixar de referir a sua percentagem consideravelmente baixa, ou seja, apenas cerca de 4%.

Quadro VII.6.7 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Irritação** – factor Potência (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,037	-1,299	0,019

Por último e porque uma vez mais se obtiveram resultados extraordinariamente semelhantes entre os estudos das duas próximas variáveis dependentes – **incapacidade** e **ansiedade** – descreveremos em conjunto os valores alcançados (*Quadros VII.6.8 e VII.6.9*). Em ambas, a “nacionalidade” apresenta-se, diríamos invariavelmente, sob a forma de modelo estatístico único e preponderante na determinação do comportamento das variáveis dependentes (**incapacidade** e **ansiedade**). Ainda assim, o grau de significância relativo ao estudo para a variável **incapacidade** mostra-se claramente superior ($p < 0,000$) ao verificado no estudo para a variável **ansiedade** ($p < 0,012$), o mesmo sendo possível de assinalar no que diz respeito à percentagem de determinação da variável independente. Isto é, se para o conceito **incapacidade** a “nacionalidade”

explica cerca de 13% da sua variação, para o conceito **ansiedade** a mesma variável independente explica somente 4% dessa variação.

Quadro VII.6.8 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Incapacidade** – factor Potência (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,126	-2,780	0,001

Quadro VII.6.9 – Estudo do modelo de regressão *Forward* para a variável **Ansiedade** – factor Potência (N = 147)

Conjunto de variáveis independentes	R Square	B	Grau de Significância
Nacionalidade	0,042	-1,385	0,012

Capítulo VIII – Discussão dos Resultados

Tendo presente a quantidade considerável de dados disponíveis para reflexão optamos por organizar a sua discussão em seis pontos principais. Cada uma destas secções reportar-se-á à interpretação dos resultados referentes a cada um dos dois instrumentos de avaliação aplicados para as duas amostras (portuguesa e norte – americana), procurando concomitantemente ir ao encontro dos diversos objectivos de investigação entretanto delineados. A sequência de apresentação escolhida passa basicamente pela ordem segundo a qual foram sendo cumpridas os passos do tratamento estatístico.

A) Resultados obtidos a partir da aplicação da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental – OMI na amostra portuguesa:

Entre os sujeitos profissionais de saúde mental, os psicólogos são os que demonstram as atitudes mais autoritárias e restritivas face ao paciente com doença mental, no sentido de o considerarem como um indivíduo perigoso para a sociedade e cujas intervenção e tratamento são entendidas como devendo ser de natureza coerciva. Deste modo, estes profissionais consideram que o paciente deverá ser restringido na sua liberdade de acção durante e pós tratamento como forma de protecção da comunidade e próprias famílias de pertença. Com uma postura contrária surgem-nos os assistentes sociais, precisamente nestas duas mesmas dimensões, expressando, portanto, atitudes menos autoritárias e a defesa pelo desenvolvimento de estruturas de intervenção e tratamento mais abertos, logo menos restritivos da liberdade pessoal e social do doente. Estes resultados, sobretudo os referentes aos profissionais de psicologia, muito embora se assumam como contrários às primeiras investigações realizadas nesta área, nomeadamente os estudos pioneiros de Cohen & Struening (1962 e 1963) e ainda Rabkin (1975), encontram porém concordância com investigações mais recentes. Novamente Rabkin, em 1979, desta vez na sequência de um estudo replicativo de uma investigação de Wright & Klein (1966) terá já nessa altura salientado resultados contrastantes com os até então largamente divulgados. Neste âmbito, constatou que o grupo de técnicos de saúde mental avaliado expressava níveis significativos de estigmatização face à doença mental (não muito distintos dos demonstrados pela

comunidade geral), acrescida da convicção de que a hospitalização do paciente psiquiátrico é a melhor opção de intervenção.

Nesta mesma linha, Rossler et al (1996), numa investigação feita com finalistas de medicina, fez saber que as atitudes por estes sujeitos demonstradas face à pessoa com doença mental eram tão francamente negativas como as do público em geral. Assim sendo, sublinha o autor o facto de que os cursos de psiquiatria e o contacto frequente com este tipo de pacientes em nada terem sido capazes de alterar as atitudes destes futuros profissionais de saúde.

Dos nossos resultados sobressai também o facto de serem precisamente os técnicos de saúde mental que detêm experiência clínica com pacientes psiquiátricos (presente ou passada) e, sem destrição entre os grupos profissionais, os que expressam as atitudes mais negativas, autoritárias e restritivas perante o sujeito doente mental.

Curiosamente se com tais resultados pudéssemos hipotetizar que estes profissionais tendencialmente optariam pela actividade clínica noutra área de intervenção em saúde mental que não a psiquiátrica (dada as suas atitudes pouco favoráveis face ao doente psiquiátrico e seu processo de tratamento) deparamo-nos, porém, com a informação de que quando inquiridos se aceitariam trabalhar noutra área se tal lhes fosse proposto, a sua grande maioria (73,3% entre os profissionais que trabalham ou já trabalharam com patologias psiquiátricas) recusaria tal proposta, optando assim por continuar a exercer actividade clínica neste ramo. Pensamos que poderemos considerar pertinente, na observância destes dados, o facto da amostra destes sujeitos de nacionalidade portuguesa em si integrar um grupo de profissionais com um tempo médio de actividade profissional consideravelmente recente (6,8 anos), sendo que inclusivamente de um N de 82 sujeitos, 41,5% apresentam somente até 3 anos de experiência profissional. Repare-se ainda que os psicólogos são os que possuem uma menor média de anos de actividade (aproximadamente 5 anos).

A tal não se pode deixar de encontrar associabilidade com a média geral de idades dos profissionais da amostra portuguesa – cerca de 31 anos, com uma moda de 24 anos –, entre os quais, note-se, 51,72% dos psicólogos têm idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos.

Neste sentido será razoável questionarmo-nos se a preponderância de atitudes pouco favoráveis nos profissionais de psicologia face à pessoa do doente mental, isto é, autoritárias, estigmatizantes e restritivas, não se poderão de algum modo relacionar com uma experiência profissional algo incipiente, pouco amadurecida, repleta ainda de todas

as vicissitudes e vivências associáveis ao início de uma carreira profissional (insegurança, desconfiança, conhecimentos teórico práticos pouco consolidados e idealizações). Ao averiguarmos também a percentagem de existência de formação especializada em intervenção psiquiátrica entre este grupo de sujeitos (psicólogos) verificamos que cerca de 72,4% destes profissionais não possuem este tipo de formação.

Neste contexto, relembremos estudos referenciados por Wes Shera & Delva Taniliili (1996), os quais apontam a percepção dominante, por parte da maioria dos profissionais de saúde mental, de que muitos dos recursos disponíveis para o tratamento e intervenção neste tipo de população doente são tidos como desadequados às suas especiais necessidades e, ainda, o facto do treino profissional especializado nesta área ser igualmente entendido como insuficiente e pouco eficaz.

Um outro autor, Minkoff (1987) enfatiza um outro aspecto que julgamos da maior relevância, relacionado que está com a frequente escassez de meios de suporte emocional, especificamente dirigidos aos profissionais como forma de os ajudar a suportar e “transformar” todo um conjunto de dificuldades que se sabem presentes e sentidas no trabalho com doentes psicóticos, em virtude dos aspectos relacionais suscitados.

Voltando aos profissionais com experiência clínica em patologias mentais graves (dos quais sabemos que 46,7% são psicólogos, outros 46,7% enfermeiros e apenas 6,7% assistentes sociais) verificamos que, apesar dos valores elevados nas subescalas *Autoritarismo* e *Restrição Social* (quando comparados com os profissionais sem experiência), apresentam concomitantemente valores igualmente elevados na subescala *Benevolência*, isto é, com indicação de atitudes tidas como inerentes a uma postura encorajadora do processo de tratamento, associada a uma visão simpática e protectora do sujeito com doença mental. Sobressai aqui uma perspectiva por parte destes profissionais fundamentalmente humanista e religiosa – moral, algo paternalista, mas que simultaneamente, de acordo com os pressupostos de Cohen & Struening (1962), não deixam de em si integrar algum receio e medo, despertados pelo contacto com este tipo de pacientes. Não consideramos estes resultados necessariamente contraditórios entre si, mas antes a potencial expressão de contornos diferenciados pertencentes a uma mesma forma de lidar com a doença mental. O medo e o receio sentidos e vivenciados na relação com o doente psiquiátrico poderão certamente supor-se fundantes e/ou motivantes de atitudes autoritárias e de desejo de restrição de quem potencialmente é sentido como incomodativo e perturbador.

A história da loucura, ou as histórias sobre a relação do homem com a loucura, sublinha-nos exemplarmente esta componente, que tantas vezes se viu investida por leituras e posturas de natureza moralista, tantas vezes fortemente alimentadas por um medo ou pavor intensos, interna e externamente suscitados pelo louco.

Estudos de investigação clássicos, como os de Canter (1963) partiram, aliás, da hipótese de estudo de que sentimentos de medo e aversão face ao doente mental (facilmente traduzíveis em atitudes de autoritarismo) não são expressões exclusivas às pessoas da comunidade em geral, encontrando-se igualmente presentes nos profissionais especializados em saúde mental, logo nas pessoas que se presumem deter conhecimentos mais apurados e aprofundados sobre a patologia mental.

Ainda assim, não poderemos deixar de nos deter sobre estes dados do nosso estudo que nos indicam a prevalência de atitudes autoritárias, restritivas, encarceradoras perante a pessoa do doente mental. Por tal, podemos questionarmo-nos se o que aqui está presente neste olhar psiquiátrico contemporâneo não será de algum modo associável às posturas e atitudes outrora expressas e descritas pelo homem da idade clássica? Emergirá assim uma questão já por várias vezes discutida por Foucault, no sentido de podermos aqui observar parte de uma realidade psiquiátrica, espelho de uma modernidade que aparentemente não produziu ou criou uma verdadeira modernidade sobre a doença mental. Não deixa de ser surpreendente que, se a loucura esteve tão obstinada e intensamente ligada (a partir da metade do século XVII) à ordem e desejo do internamento, e por isso grandemente associada ao gesto que designava esses espaços asilares como local “natural” do louco, essa mesma postura parece agora adivinhar-se numa porção do que os nossos resultados nos mostram.

Saliente-se igualmente que os profissionais que detêm formação especializada no ramo psiquiátrico demonstram níveis superiores na dimensão *Benevolência* em paralelo com valores francamente superiores nas dimensões *Restrição Social* e *Etiologia Interpessoal*. A leitura que daqui poderemos obter, assente num primeiro momento nos pressupostos inerentes à escala OMI, é a de que, se ao mesmo tempo estes profissionais defendem a restrição da liberdade destes pacientes, posto que os consideram indivíduos ameaçadores e perigosos para a sociedade, não deixam igualmente de considerar que estes doentes deverão ser encorajados a tratarem-se e, assim, protegerem-se e protegerem a sociedade de si mesmos. Todavia, mais do que uma postura científico – profissional sobressai antes a perspectiva religiosa e moral, assente em considerações paternalistas e protectoras. Estes mesmos sujeitos (com formação especializada a nível

da intervenção psiquiátrica), quando indagados quanto aos factores etiológicos da doença mental reflectem a opinião de que o paciente não pode ser alheado da co – autoria e co – responsabilização daquelas que foram as suas escolhas ao longo do seu percurso desenvolvimental e, portanto, pela presença ou ausência de saúde mental.

Ponderando uma possível reflexão sobre estes dados, particularmente centrada no paralelismo de valores superiores nas dimensões *Benevolência* e *Restrição Social*, recordamos o dizer de Sampaio (2000) sobre como em qualquer processo de construção do conhecimento e, mais especificamente, de uma dada representação, (individual e social) se encontram sempre inevitavelmente envolvidos toda uma série de actividades cognitivas e processos intrapsíquicos, como sejam os mecanismos de projecção, identificação e as emoções (capítulo II.1, ponto II.1.1 desta dissertação). Como tal, se todo o processo de construção individual e social é inequivocamente atravessado por factores de natureza afectiva, garantes ingredientes do processo de identificação com o objecto, temos assim que, pelo e com o afecto, uma dada identificação ao sujeito individual e/ou social (neste caso, a loucura) não tem como não resultar tantas vezes ambivalente. Ou seja, ora expressa através de uma exteriorização carinhosa, sob uma conotação mais positiva, ora através de um desejo de supressão, portanto, sob um olhar mais negativo, preso que está aos afectos e emoções potencialmente mais dolorosos e desagradáveis.

Deste modo, ressalta a coexistência de dois “modelos” de “reacção” e resposta face à patologia psiquiátrica grave, que mais do que aparentemente contraditórios, são antes indicadores, talvez, da expressão desta ambivalência.

Uma vez questionada a existência, entre o grupo de profissionais portugueses, sobre experiências noutras áreas da saúde mental, constatamos que os técnicos com experiência clínica com crianças são os que mostram atitudes menos positivas face à pessoa que padece de doença psiquiátrica grave, bem como são os que mais nitidamente defendem a necessidade de restrição da liberdade destes pacientes em espaços de tratamento especializados. Os valores elevados obtidos por estes mesmos profissionais (com experiência em crianças) na subescala *Etiologia Interpessoal* fazem-nos ainda saber da sua tendência em considerar que a doença mental, muito provavelmente, é resultante de experiências interpessoais de má qualidade, com particular ênfase para as experiências vividas durante o período de vida da infância. Esta opinião advinda precisamente dos profissionais que possuem experiência nesta área específica não nos parece de todo incoerente. Aliás, não deverá ser descurada a importante informação

(obtida a partir da caracterização geral da nossa amostra) de que estes sujeitos aqui apontados são profissionais de psicologia, pelo que aqui se encontra consonância com o que já foi referenciado relativamente às atitudes expressas pelo grupo dos psicólogos.

Não se nos revela muito surpreendente os valores indicadores de atitudes autoritárias e restritivas por parte destes profissionais se ponderarmos a sua eventual identificação a uma atribuível fragilidade e necessidade de defesa e protecção das “suas” crianças contra indivíduos tidos como potencialmente ameaçadores e perigosos. Repare-se ainda como são estes mesmos profissionais os que demonstram o valor mais baixo na dimensão *Benevolência*, sublinhando assim uma atitude pouco assente em padrões paternalistas ou protectores da pessoa com doença mental e paralelamente pouco crente nas potencialidades terapêuticas dos processos de tratamento psiquiátricos existentes e disponíveis.

Por outro lado, temos ainda sobre esta variável (experiência em outras áreas da saúde mental) que os profissionais que afirmam deter experiência clínica na área da deficiência mental, a par dos técnicos que não possuem qualquer outro ou nenhum tipo de experiência clínica em saúde mental, são os que expressam atitudes menos autoritárias e estigmatizantes face à pessoa com patologia mental. Neste aspecto fazemos sobressair essencialmente o último grupo de profissionais, uma vez que apenas um N de 1 sujeito é correspondente à “classe” de técnicos com experiência em deficiência mental (cujos resultados tomamos, assim, como pouco relevantes).

Deste modo, temos que aos profissionais desprovidos de experiência em saúde mental, acrescidos à “classe” de técnicos com experiência em adolescentes, são devidas as atitudes menos restritivas, e portanto defensoras do investimento e desenvolvimento em estruturas de tratamento mais abertas para as pessoas que sofrem de patologia mental.

Ora as atitudes expressas por estes profissionais (sem experiência em saúde mental) poderão, em parte, ser discutidas pela ponderação de algumas componentes: na medida em que apresentam uma frequência de sujeitos (N = 50, dos quais: 9 são psicólogos; 16 são assistentes sociais e 25 são enfermeiros) muito semelhante à frequência de técnicos que nunca trabalharam com pacientes com patologia mental grave (N = 52, dos quais, por sua vez, 15 são psicólogos; 17 são assistentes sociais e 20 enfermeiros) não será de todo incongruente supor tratarem-se aproximadamente dos mesmos sujeitos, ou pelo menos a sua grande maioria. A ser assim, poderemos especular a ideia de que a ausência do contacto /confrontação, logo certa qualidade de

ressonância interna com o tipo de vivências e emoções potencialmente despertadas pelo doente psicótico (não sendo assim hipoteticamente “activados” mecanismos defensivos mais primários, despoletados pelo medo, receio, desconfiança, insegurança, etc que, de algum modo, poderão alimentar atitudes de natureza mais autoritária e de desejo de restrição, rejeição) “distancie” estes profissionais de reacções atitudinais de carácter mais negativo. Pudemos já verificar como são precisamente os profissionais que possuem experiência clínica com os pacientes psiquiátricos os que se revelam mais autoritários e com atitudes francamente menos favoráveis, como que nos assinalando o reverso de uma mesma moeda.

Por outro lado, temos também que os profissionais com experiência em população adolescente apresentam a mesma qualidade de atitudes (pouco autoritárias e pouco restritivas). Resultado ao qual, acrescentamos ainda o facto destes mesmos sujeitos considerarem que a etiologia da doença mental grave se deve grandemente à ocorrência de más experiências interpessoais durante o período da infância, como por exemplo parca atenção e amor parentais. Notemos, contudo, que estes profissionais correspondem a um N de apenas 2 elementos (2,4% da amostra) para um N total de 82 indivíduos. Como tal, a discussão daqui resultante encontrar-se-ia certamente limitada.

Finalmente cerca de 16% dos profissionais desta amostra (correspondentes a um N de 13 sujeitos) detêm experiência clínica na área da toxicodependência, sendo que as suas atitudes face à pessoa com doença mental revelam-se como as mais benevolentes, comparativamente a todos as restantes “classes” de experiências profissionais. Neste contexto, estes técnicos tendem a perspectivar o paciente psiquiátrico sob um modo paternalista e protector, ainda que não isentos de sentimentos de medo e insegurança. Etiologicamente crêem ainda que a doença mental se encontra seguramente associada a más experiências inter – relacionais, com especial importância para a qualidade das relações estabelecidas durante a infância.

B) Resultados obtidos a partir da aplicação da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental – OMI na amostra norte - americana:

Entre os profissionais de saúde mental da amostra de nacionalidade norte – americana, os psicólogos são novamente os sujeitos que demonstram atitudes mais restritivas face àquilo que entendem ser o modo como os pacientes com doença mental deverão ser intervencionados e tratados, uma vez a sua consideração de que se tratam de indivíduos potencialmente perigosos para a sociedade e suas próprias famílias.

Por contraste, os enfermeiros advogam com convicção a necessidade de desenvolvimento de contextos de tratamento menos restritivos para os doentes. Concomitantemente, este mesmo grupo de profissionais de enfermagem – através dos resultados obtidos na dimensão *Ideologia da Higiene Mental* – indica uma visão positiva da doença mental grave expressando assim confiança no nível e eficácia das intervenções dos profissionais especializados em saúde mental. Nesta mesma dimensão os psicólogos situam-se numa posição, diríamos, intermédia entre os três grupos de profissionais, não deixando, portanto, de revelar alguma resistência ao estigma tradicionalmente associado à doença mental grave, bem como uma postura de razoável confiabilidade nas possibilidades de tratamento deste tipo de doentes. Ainda assim, sublinhe-se o seu entendimento de que as pessoas com doença mental grave necessitam de medidas coercivas de tratamento.

Encontramos aqui razoável semelhança com os resultados obtidos na amostra portuguesa, particularmente no que diz respeito à dimensão *Restrição Social*. Frisemos contudo que por esta dimensão não podemos em rigor estabelecer uma ponte comparativa entre ambas as amostras, uma vez que a constituição de itens de cada uma das versões – portuguesa e norte americana – não é totalmente coincidente.

Constatamos também que os profissionais com elevado grau académico (ao nível do doutoramento) são igualmente os que apresentam atitudes de natureza mais restritiva e coerciva sobre a pessoa do doente mental, em claro contraste com as atitudes expressas pelos técnicos de saúde que detêm formação académica ao nível da licenciatura. Notemos que os profissionais doutorados são psicólogos e a grande maioria dos licenciados são enfermeiros (28 enfermeiros para um subtotal de 32 licenciados), fazendo-se aqui sublinhar a congruência dos resultados no que respeita aos aspectos anteriormente apontados.

Simultaneamente temos entre os profissionais mais graduados (mestres) uma atitude de maior encorajamento para o processo de tratamento psiquiátrico, enquanto via de intervenção eficaz neste tipo de pacientes. Não obstante, não deixam igualmente de ressoar uma visão do doente mental mais humanista e religiosa do que científica e profissional. Os técnicos com menor grau de formação académica (licenciados) não expressam concordância de atitudes com os doutorados, posicionando-se antes na vertente oposta: menos restritivos, mas também menos benevolentes. Ao ponderarmos sobre estes resultados observamos que os sujeitos doutorados inclusos nesta amostra são apenas dois para um total de 65 indivíduos, permitindo-nos, neste caso, sugerir a não

demasiada valoração sobre estes dados. Todavia, constatamos que mesmo assim os sujeitos com grau de mestre, desta feita com frequência muito equivalente aos licenciados (31 e 32, respectivamente), claramente apresentam valores superiores nestas duas dimensões (*Restrição Social* e *Benevolência*). Permanece assim a necessidade de reflexão sobre estes aspectos particulares. Maior pertinência é revelada por estes factos na sequência do estudo da análise de regressão múltipla que nos mostra como na dimensão *Restrição Social* a variável independente “grau académico” (em acção conjunta com as variáveis “sexo”, “idade”, “profissão”, “se trabalha ou trabalhou com doentes mentais” e “estado civil”) sobressai como a componente de maior peso estatístico na predição e determinação dos resultados alcançados nesta subescala, explicando conjuntamente cerca de 53% da variação.

Para melhor ponderação destes resultados adicionamos mais alguma informação relativa às características sociais e profissionais destes sujeitos. Sabemos, assim, que entre os 31 mestres, 18 indivíduos – correspondentes a 56,25% dentro do universo dos 31 sujeitos – detêm experiência clínica com pacientes psiquiátricos. Dos 32 licenciados (dos quais 28 são enfermeiros), 20 indivíduos (ou seja, 60,6%) nunca trabalharam com patologias mentais. Poderá transparecer, então, que os profissionais mais graduados e com experiência clínica em doenças mentais se assumem como mais restritivos e coercivos, ainda que simultaneamente expressem uma visão algo moralista e paternalista do doente mental. E por outra, que os técnicos menos graduados e sem experiência profissional na área da intervenção psiquiátrica demonstram atitudes mais liberais, porém menos benevolentes. Os resultados obtidos na dimensão *Benevolência* mostram-nos precisamente isto.

Já fizemos referência, no ponto anterior, relativamente aos resultados obtidos pela amostra de profissionais portugueses, a alguns estudos de investigação que também aqui nos poderiam auxiliar nesta discussão. Julgamos, todavia, ser desnecessária a sua repetição, posto que inerentemente aqui encontramos de novo uma mesma questão de fundo. Guimón (1999) refere-se à não linearidade da assunção ou presunção de que as atitudes negativas face à doença psicótica são frequentemente fruto da ignorância, ou ausência de conhecimento especializado. Tomar tal ideia como certa e segura implicaria naturalmente a negligência de todo um conjunto de variáveis indissociáveis daquelas que são as experiências e vivências individuais e, portanto, personalizáveis, da pessoa que está por “detrás” do profissional. Resultados de investigações várias (Eker, D, 1985; Fryer JH, 1988, etc., in Guimón, 1999) mostram como os técnicos de saúde mental

poderão, na verdade, não ser imunes aos estereótipos e pré – conceitos existentes e advindos das pessoas leigas na área. Não se poderá colocar, assim, de parte uma certa qualidade de universalidade do estigma e resistência à loucura, que, em dada medida, vai fazendo saber do seu potencial impermeável.

Repare-se que os profissionais que nunca trabalharam com pacientes com patologia mental, quando questionados sobre se aceitariam uma proposta de emprego no campo da intervenção psiquiátrica (alínea 1.5 do ponto 1 do capítulo VII), a sua grande maioria (74,2%) rejeitaria uma colocação desta natureza. O desejo mais ou menos assumido do não confronto com a realidade do louco não deixa de nos fazer pensar, recorrendo-nos de Hillert et al (1999, in Guímon, 1999), sobre a questão: Que quantidade e qualidade de distância face ao doente mental é considerável como óptima?

Na verdade, poucas são as evidências científicas que nos poderiam auxiliar nesta resposta, sendo que muitas das quais revelam carácter de contrariedade. Não obstante, alguns dados advindos de investigações sobre redes sociais e expressividade de emoções conseguem parcialmente tocar num ponto sensível desta questão, daqui fazendo emergir interrogações subsequentes. Será coerente os profissionais e investigadores de psiquiatria realmente esperarem que o público em geral, os estudantes de saúde e os próprios técnicos de saúde mental conseguem ser indiferentes ao facto de por exemplo os seus filhos estarem a ser cuidados por uma pessoa com história psiquiátrica grave conhecida? Na verdade, ponderamos um nível de questões que dificilmente serão linearmente respondidas sob um nível estritamente profissional. A velha máxima de que o caso individual e pessoal tem que ser tomado em consideração encontra aqui particular aplicabilidade. Contudo, Wolf, Pathare & Leff (1996 a; 1996 b) sublinham que com cada vez maior evidência se observa à infiltração das componentes ideológicas e de algum grau de auto – justificação no campo da investigação das atitudes psiquiátricas. Os autores vão ainda mais longe interrogando-se se, quando os resultados de alguns estudos de investigação indicam uma tendência para a não distanciação face aos doentes mentais e, portanto, a expressão de atitudes positivas, se não se deveria antes hipotetizar que tais resultados podem estar enviesados pela desejabilidade social.

A ambivalência por nós encontrada entre aquilo que, por um lado é a expressão de um desejo de restrição da liberdade do paciente psiquiátrico, mas por outro, a expressão também de uma postura benevolente, algo paternalista e protector de quem sofre da mente, talvez encontre aqui nestas considerações parte do seu lugar.

Entre os profissionais de nacionalidade norte – americana verificamos ainda que os sujeitos casados revelam ser os mais estigmatizadores e restritivos face a quem sofre de doença mental grave, no que à forma e métodos de intervenção e tratamento diz respeito. Subjacente a esta perspectiva está pois a crença na perigosidade potencial destes pacientes. Com um valor não muito diferenciado deste surgem-nos também os profissionais solteiros, muito embora a sua frequência ($N = 8$) seja bastante menor do que a dos casados ($N = 53$). Relativamente a este aspecto não teceremos considerações de maior, uma vez que seguramente o estado civil dos sujeitos não é *per si* variável explicadora ou diferenciadora deste ou daquele resultado. Concerteza que o que aqui está premente são todo um outro conjunto de características associadas a estes sujeitos (tal como aliás a análise regressiva nos demonstrou). Referimo-nos, por exemplo, ao grupo profissional de pertença, ao grau académico e ao facto de possuírem ou não experiência clínica no campo psiquiátrico. Os considerandos possíveis daqui serem retirados têm sido delineados ao longo da presente discussão.

Por fim, os técnicos de saúde americanos com experiência na área das crianças mostram-se como os mais benevolentes perante a pessoa com patologia mental. Expressam assim a opinião de que estes pacientes deverão ser tratados psiquiatricamente, muito embora a sua atitude se encontre mais assente em pressupostos moralistas e paternalistas do que científico – ideológicos. Recordemos que os sentimentos de medo e receio face ao indivíduo psicótico não deixam, porém, de se encontrar presentes. O N correspondente a esta “classe” de experiência profissional é contudo baixo, isto é, de somente 3 sujeitos. Os profissionais que não possuem qualquer experiência na área da saúde mental posicionam-se num nível intermédio de benevolência.

Antes de passarmos à discussão do item seguinte retomamos um ponto reflexivo iniciado já páginas atrás (página 329). Tanto os sujeitos da amostra portuguesa, como os da amostra norte – americana demonstram com clareza atitudes, perante o louco e a sua loucura, de natureza negativa, estigmatizante, excludora. Parece-nos fundamental determo-nos sobre a realidade que aqui transparece.

Neste sentido, perante um discurso psiquiátrico que dos nossos dados nitidamente emerge – o louco olhado como pessoa perigosa, ameaçadora, não grata à sociedade e suas gentes, logo “desejavelmente” entregue a tratamentos intra – muros –

somos levados a interrogarmo-nos se não estaremos a presenciar como que a expressão da emergência de um paradigma que, estando a ser “construído”, se aproxima bastante do paradigma biologizante da doença mental? A ser assim, não estaremos aqui a encontrar um eventual efeito exercido por este paradigma ao nível do registo inconsciente dos profissionais de saúde que, enfim, voltam a colocar o entendimento da loucura num plano que repõe a doença mental num lugar de quase imoralidade e desumanidade? Isto é, fazendo, então, potencialmente ressoar uma quase alienação do acesso compreensivo do funcionamento psíquico em sofrimento.

Mais acrescentaríamos, atrevendo-nos a dizer que se Foucault tivesse tido conhecimento da postura aqui emanesciente, pertence à nossa contemporaneidade (ainda que naturalmente restrita e limitada às nossas amostras – portuguesa e norte – americana), muito provavelmente clamaria o quanto parece o presente discurso estar perigosamente próximo daquele que outrora os alienistas de séculos anteriores convictamente ecoavam. O louco, se destituído da sua razão, não mais parece garantir o direito à sua palavra, à sua existência, uma vez que sendo vistos por quem deles trata como pessoa menor e inferior, apenas a exclusão aparentemente lhes resta e é generosamente oferecida. Qual nau dos loucos, por Foucault citada, que, realística e simbolicamente, tanto carregou e se encarregou da sua carga insana, levando-a para fora das cidades e comunidades. Os valores encontrados nas dimensões *Autoritarismo* e *Restrição Social*, em ambas as amostras de profissionais, revela-nos, sem dúvida, indícios de uma qualquer espécie de restauro inconsciente de um pensamento encarcerista.

C) Resultados obtidos a partir da Escala de Diferencial Semântico na amostra portuguesa:

Sob uma perspectiva geral e em termos dos dois grupos de conceitos estudados: um grupo de seis conceitos que remetem para a doença mental enquanto entidade nosográfica (*psicose, alienação, insanidade, irrealidade, clivagem e alucinação*) e outro grupo de conceitos que remetem para as emoções potencialmente sentidas e vivenciadas face à doença mental grave (*ansiedade, confusão, irritação, medo, esgotamento e incapacidade*) encontramos que o primeiro grupo de conceitos, no seu todo, desperta entre os profissionais portugueses uma resposta mais afectiva do que avaliativa. Nesta medida, as atitudes suscitadas pelo conjunto de palavras associáveis à doença mental grave expressam claramente uma tendência à atribuição de maior importância e peso

afectivos do que fundamentadas numa ponderação cognitiva e, diríamos, mais racional e intelectual desses conceitos. Não obstante, é possível verificarmos que os conceitos “clivagem” e “irrealidade” (por esta ordem) são os que detêm uma apreciação de carácter mais objectivo, sendo-lhes associadas qualidades de razoável agradabilidade, positividade e nível de importância. Por contraste, estes mesmos conceitos (através dos resultados obtidos na factor Potência) mostram-nos como as atitudes por si suscitadas não se mostram com grande peso /ressonância afectiva.

Relativamente ao grupo dos conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertadas perante a doença mental grave temos que mais uma vez a potência afectiva inerente a estas palavras claramente se “sobrepõe” à sua eventual avaliação cognitiva (boa ou má; bonita ou feia). Os conceitos relativamente aos quais os sujeitos atribuem melhores qualidades, pensando-os como bons, positivos e de grande importância são os conceitos de “medo” e “ansiedade”, sendo que este último, no factor Potência, é tido como de menor peso e valoração afectiva.

O esgotamento é entendido como uma vivência tendencialmente má, dolorosa e negativa, sendo que concomitantemente lhe é associado grande valor afectivo e emocional, no sentido de o “classificarem” como um conceito bastante sério, pesado e duro.

Ao procedermos a um estudo mais pormenorizado destes conceitos e sua relação com as variáveis por nós abordadas neste trabalho verificamos que entre os técnicos de saúde mental portugueses, os sujeitos do sexo feminino são os que atribuem aos conceitos “confusão” e “irritação”, no âmbito de uma visão mais objectiva e cognitiva, qualidades positivas e de importância relevante. Os elementos do sexo masculino, face a estes mesmos conceitos, tendem a não expressar tão claramente tal nível de qualidades. Notemos que o sexo feminino representa cerca de 75,6% da nossa amostra portuguesa, sendo que entre os profissionais de psicologia assume 82,7% desse grupo e 89,5% do grupo dos assistentes sociais.

Verificamos também que quanto maior a idade dos profissionais portugueses maior é o peso e potência afectivos associáveis aos conceitos “medo” e “insanidade”, tomando-os como vivências fortes, sérias e duras. Com o aumento da idade presumimos o aumento do número de anos de prática e exercício profissional, pelo que a ser assim poderemos hipotetizar que com o aumento de anos de experiência profissional ocorre a

tendência para uma resposta de maior “valor” afectivo perante o que estes conceitos fazem suscitar (associados que estão, neste estudo, à temática da doença mental grave).

De facto, constatamos a existência de uma correlação positiva entre o factor Potência do conceito “insanidade” e o número de anos de actividade, reforçando assim a ideia do impacto emocional e afectivo da “insanidade” à medida que se vai consolidando uma maior experiência profissional. No que a este conceito diz ainda respeito não nos é possível aceder a informação rigorosa relativa à diferenciação dos resultados consoante o grupo profissional de pertença (uma vez não terem sido alcançados dados com significância estatística): isto é, avaliarmos se os valores obtidos variariam no caso de se tratarem de profissionais de enfermagem, psicologia ou assistência social. Tal análise mais precisa resulta já possível no estudo do conceito “medo”, onde constatamos serem os psicólogos os profissionais que com maior clareza lhe atribuem qualidades mais favoráveis e positivas (em termos avaliativos). Tanto os enfermeiros, como os assistentes sociais encontram-se muito próximos entre si, ainda que ligeiramente abaixo da média global deste conceito no factor Avaliativo. Também aos psicólogos são devidos os resultados mais elevados no factor Avaliativo do conceito “irritação”, sendo que esta vivência/emoção aqui assume qualidades favoráveis e positivas. Aqui lembramos que os psicólogos estão representados, na sua maioria, pelo sexo feminino (82,7%, isto é, 24 mulheres para 5 homens), sendo que resultados muito semelhantes, foram alcançados neste conceito com a variável sexo.

Os técnicos de enfermagem, relativamente a estes dois conceitos (“medo” e “irritação”), apresentam os valores mais baixos entre os três grupos de profissionais tendendo assim para uma avaliação destas palavras mais negativa e com fracas qualidades.

Contudo é no conceito “alienação” que os enfermeiros lhe atribuem ou identificam uma maior potência e valoração afectiva, fazendo aqui denotar uma resposta mais emocional, mais assente nos afectos do que numa cognição racional. Notemos que entre as profissões aqui diferenciadas os enfermeiros são os que inequivocamente detêm uma formação de base biomédica que necessariamente transparecerá naqueles que são os modelos de intervenção psiquiátrica académica e profissionalmente adquiridos. Nesta medida, o tipo de relação técnico – paciente poder-se-á entender como tendencialmente fundamentada nos moldes biomédicos, supostamente distintos daqueles que, por princípio, os psicólogos e assistentes sociais implementam – e que com maior probabilidade procurarão um maior investimento numa carreira psicoterapêutica. Assim,

não será de todo incoerente aceitarmos como razoável uma resposta emocional mais pesada por parte de profissionais cuja “ferramenta” privilegiada de terapia não é a análise da relação, sendo que mesmo nos casos onde esta não se veja descurada, não deixa de paralelamente se ver mediada pelos “instrumentos” advindos da psicofarmacologia.

Ainda neste contexto, o que o doente alienado sente e faz sentir, num âmbito emocional, sobre os seus sintomas e sobre a sua doença são os potencial e comumente designados pela leitura médica de sinais subjectivos de doença – contrastantes, pois, com os tidos como objectivos, isto é, aqueles sinais e sintomas que claramente se inscrevem no discurso e modelo médicos. Ora, neste encontro entre a doença subjectivamente sentida e a doença científica e objectivamente diagnosticada a prática biomédica tende a transportar a primeira realidade para a segunda, fazendo desta o seu primordial objecto de interesse e acção. Deste modo, podemos inferir que perante tudo aquilo que o doente sente e faz sentir, o técnico inscrito e identificado a este modelo (neste caso os enfermeiros) como que fará uma espécie de triagem, retendo somente o que encontra eco e faz sentido no contexto do discurso e formação adquiridas. Assim, a ressonância afectiva interna do que é sentido na relação com o paciente poderá não encontrar facilmente um lugar neste registo. Este eco coloca-se na ordem do subjectivo, capaz de potencialmente despertar vivências tidas como pouco agradáveis. Aqui não poderemos deixar de recordar os valores expressos pelos enfermeiros face aos conceitos “medo” e “irritação”, sentindo-os como vivências/emoções negativas e dolorosas.

Constatamos que entre os profissionais que possuem formação especializada na área da intervenção psiquiátrica, aqueles que adquiriram esta formação pela via da frequência em cadeiras de pós graduações ou cursos de pós graduação atribuem aos conceitos “irrealidade”, “alucinação” e “confusão” a valoração mais alta nos factores Potência para o primeiro e terceiro conceito, e no factor Avaliativo para o segundo conceito. Não deverá aqui ser descurada a nota de que estes valores são correspondentes a um N real de 4 + 4 sujeitos (4 referentes à frequência em cadeiras de pós – graduação e outros 4 referentes à frequência em cursos de pós graduação especializados – para um “universo” de 28 respostas obtidas nesta questão), assumindo assim uma “qualidade” de resultados que entendemos meramente indicativa. Não obstante, refiramos o modo pelo qual o conceito “irrealidade” é lido sob uma óptica emocional, cujas características são sentidas como pesadas e duras. Por outro lado, a “alucinação”, sintoma inequivocamente associável às patologias psiquiátricas graves é antes percebido

sob um ponto de vista essencialmente cognitivo e objectivo, ao qual curiosamente são atribuídas qualidades, de facto importantes, porém positivas e de certa agradabilidade.

Quanto a este mesmo conceito observamos que os profissionais com uma leitura, dir-se-ia, contrária a esta, são todos aqueles que obtiveram formação especializada em intervenção psiquiátrica através da frequência em estágios académicos e/ou profissionais, portanto, sob uma vertente mais prática e com contacto real com pacientes com este tipo de patologias. As qualidades atribuídas a alucinação revelam-se, neste caso, negativas e dolorosas.

Poderemos discutir esta questão através do pressuposto de que o contacto directo com pacientes com perturbação psicótica, durante o período de formação e aquisição de conhecimentos (que sabemos, não ter sido na maioria dos casos, muito longo) presumivelmente suscitará no técnico de saúde toda uma ressonância interna associada à sintomatologia que ele vê, conhece e sente no paciente. Os fenómenos alucinatórios inscrevem-se num tipo de sintomatologia que dificilmente passa despercebida e face à qual não é de todo simples ficar-se indiferente. O sofrimento que se percepção inerente a esta sintomatologia resulta notório, sendo que o eco que no profissional ressoa, ou por outras palavras, a qualidade contratransferencial por ele vivenciada certamente não se poderá qualificar de agradável ou prazerosa. Por outro lado, esta ordem do sentir, pressupomos não ser facilmente “captável” pela via da aprendizagem de conteúdos estritamente teóricos, ainda que possam ser bastante rigorosos e elaborados.

Este aspecto eventualmente associado à hipótese dos profissionais com formação especializada a nível teórico se encontrarem inclusos nos 63,4% dos inquiridos portugueses que nunca trabalharam com patologias mentais graves poderia aqui assumir particular relevância. Ainda assim, o “olhar” que estes profissionais expressam face ao sintoma alucinação não deixa de nos causar alguma estranheza.

A um nível metodológico interrogamo-nos sobre o modo como este conceito poderá ter sido compreendido e conotado, uma vez que semiologicamente “alucinação” é inclusa nos manuais de diagnóstico psiquiátrico sob a denominação de “sintoma positivo”. Teríamos, assim, sob esta óptica, no que respeita especificamente ao quinto par de adjectivos “positivo – negativo” da escala de Diferencial Semântico, uma resposta tendencialmente induzida por um entendimento classificativo do conceito “alucinação”.

Reparemos também que os profissionais que não detêm qualquer tipo de formação especializada em intervenção psiquiátrica expressam uma atitude fundamentalmente avaliativa do conceito “confusão” (comparativamente aos sujeitos que possuem este tipo de formação), atribuindo-lhes, assim, qualidades de certa positividade e agradabilidade. Ora, recorrendo-nos, uma vez mais, aos dados sociodemográficos verificamos que dos 54 sujeitos sem formação especializada, 40 deles (isto é, 74,07%) não têm também qualquer experiência clínica e profissional com pacientes psiquiátricos. O trabalho clínico na área psiquiátrica, o contacto e relação estabelecidos com pessoas com doença psicótica, não tem como não causar, de forma, diríamos, inevitável, determinado nível de turbulência interna de sentimentos, afectos, emoções. Neste sentido, não poderemos deixar de discutir a não experienciação de tal ordem do sentir entre os profissionais que nunca tiveram a oportunidade de com estes doentes trabalhar. A perplexidade, o sentimento de confusão sentidos na relação com quem tem o poder de conseguir “corromper” a capacidade de compreensão e significação (ou seja, de atribuir sentido e significado à experiência, ao pensamento) não estarão supostamente presentes, atrevemo-nos a dizer, entre quem não “partilha” correntemente o seu quotidiano profissional com a psicose. “Confusão” será portanto um conceito lido e interpretado sob uma outra ordem de entendimento que não a resultante deste vivido contratransferencial. É uma questão, contudo, que não deixa de permanecer aberta à discussão.

No que respeita aos técnicos de saúde mental que trabalham ou trabalharam com pacientes com doença mental temos que, os sujeitos que têm entre 1 e 2 anos de exercício profissional nesta área são os que “respondem” ao “esgotamento” e “incapacidade” sob uma forma mais afectiva, sentindo-os enquanto vivências pesadas, duras e sérias.

Coincidentemente, os sujeitos com os segundos valores mais elevados, portanto, com resposta afectiva perante estes dois conceitos igualmente alta, são os que possuem mais de 2 anos de actividade profissional neste campo. São pois os profissionais com maior tempo de exercício clínico em intervenção psiquiátrica os que claramente expressam uma percepção mais emocional destes conceitos, conceitos estes que, relembramos, remetem para a vivência/ emoção potencialmente despertadas perante a pessoa com patologia mental.

A experienciação do sentir-se esgotado e mesmo incapacitado para lidar com pacientes tão difíceis é, como temos vindo a apontar, intrínseco e indissociável de quem

cuida e trata psiquiatricamente. Não são raras as considerações de fundo psicanalítico que nos lembram que um dos maiores receios de quem de perto priva com a loucura é o de que a loucura internamente sentida possa ser ou resultar do seu próprio enlouquecer.

Não são escassas as frequentes expectativas de que os técnicos de saúde mental deverão ter em si a especial "capacidade" ou "aptidão" de se manterem imperturbáveis e indiferentes, conseguindo preservar, durante todo o tempo, uma postura terapêutica ideal. É neste contexto que Hinshelwood (2004) sublinha o facto de, mais do que se tratar da possibilidade (efémera) dos profissionais não se sentirem afectados e perturbados pelos pacientes psicóticos, como que detendo em si um "poder" que na verdade não poderá ser coerente com a sua realidade interna, ser antes, entendível como uma eventual expressão de uma expectativa profissional super – egoica que deseja ou exige calma e sanidade mentais. Esta é seguramente uma das formas possíveis de se lidar com a reacção à vivência louca. Uma outra (ainda entre várias) é a de ser capaz de estar atento à sua ressonância, pensando na forma como essa perturbação é sentida e, sobretudo, o que significa e diz do paciente. Neste registo, incapacidade sentida e vivenciada pelo profissional aponta também para a incapacidade específica do doente mental – incapacidade de pensar, de simbolizar, de formar um senso de identidade.

Finalmente, no âmbito dos resultados alcançados nesta escala verificamos que os profissionais que consideraram o modelo de intervenção da instituição onde se encontram integrados como "indefinido", não conseguindo, portanto, identificar com clareza um corpo conceptual e prático no qual entendem fundamentada a acção da sua instituição, são precisamente aqueles que expressam, face ao conceito "medo", uma resposta de natureza mais emocional, no sentido de lhe ser associadas características de potência, dureza e seriedade. Os profissionais que pontuaram mais baixo neste conceito, e em termos de potência afectiva, são os que entenderam ser o modelo Rogeriano aquele que enquadra o tipo de intervenção na instituição onde trabalham. Este último resultado faz-nos, todavia, ponderar a pertinência e importância da sua discussão, uma vez que corresponde a uma frequência de apenas dois sujeitos, num total de 82 indivíduos.

Reportando-nos especificamente aos sujeitos que consideram o modelo institucional como indefinido (os quais sabemos serem na sua maioria psicólogos e assistentes sociais) e ao modo pelo qual percebem o conceito "medo", colocamos particular ênfase precisamente no facto destes profissionais não conseguirem identificar uma doutrina conceptual, na base da qual se organiza e orienta os modos de acção e intervenção da sua instituição. É aqui inevitável o considerando sobre a importância e

necessidade fundamentais dos modelos de exercício profissional, enquanto elementos chave na organização das actividades sociais e profissionais de todo o serviço que se presta a cuidar do outro, enquanto estruturadores dos conhecimentos gerais e específicos sobre os pacientes ou utentes de quem cuidam, enquanto componentes reforçadoras e confirmadoras das crenças que os profissionais têm sobre os seus utentes (daí a escolha deste ou daquele modelo de acção e não de outro). Todos os pressupostos e premissas que suportam um qualquer modelo revelam-se indispensáveis na formulação dos objectivos a atingir, no planeamento das técnicas e procedimentos que se desejam alcançar. Mas sobretudo, detêm um papel decisivo no modo pelo qual o profissional investe e participa na instituição, no modo como se identifica ao local de trabalho onde pertence, e no modo como a coesão institucional é sentida como mais ou menos frágil.

É neste âmbito que aqui queremos fazer sublinhar a questão do Ideal do Eu colectivo /institucional, tal como referenciado por Amaral Dias (1983) em “Espaço e Relação Terapêutica”. Ideal do Eu colectivo, cujo valor, sem dúvida, normativo e verdadeiramente criador é pilar essencial na dinâmica organizacional de uma instituição. Ora, se a percepção do profissional de saúde é a de ausência de clareza na definição do modelo, o Ideal do Eu institucional seguramente primará por certa fragilidade coesiva, pela parca capacidade contentora das dificuldades e inseguranças dos seus técnicos. Um modelo indefinido, potencialmente desconhecido, não oferece facilmente uma linguagem comum entre os seus profissionais, não predispõe um espaço onde os seus afectos e emoções mais dolorosos possam ser eficazmente trabalhados e elaborados. Logo, vivências como o medo face à loucura, entre outras igualmente complexas, poderão, assim, ocupar um lugar de grande peso e dureza emocionais, não no sentido de um seu reconhecimento consciente, integrativo e transformador, mas mais num plano da intolerabilidade e desejo de distância perante a loucura.

Temos também que os profissionais, cujo modelo pessoal de intervenção se define como biomédico atribuem ao “esgotamento” um peso e potência afectivos consideráveis, parecendo sobressair assim uma atenção e preocupação particulares face a esta vivência. Estes técnicos, sublinhe-se, são todos eles profissionais de enfermagem, e a trabalharem em instituições de prestação de cuidados de saúde. Reflectindo sobre as características próprias e específicas deste modelo, que se sabem francamente objectivas, assentes numa tecnicidade que se deseja e promove como rigorosa e científica, inferimos um tipo de relação entre o prestador de cuidados de saúde (neste

caso, os enfermeiros) e o paciente psiquiátrico que, não só tende a ser quase exclusivamente mediada pelas tarefas de administração de medicação e vigilância do comportamento do paciente internado, como é antes de mais, primordialmente gerida e “decidida” por uma outra figura situada no escalão hierárquico superior: a figura do médico. Neste tipo de relação estabelecida, que naturalmente começa pela prescrição de um determinado procedimento e intervenção pelo médico responsável, o técnico enfermeiro tende a emergir como figura subsidiária de um método de acção e tratamento que fundamentalmente espera que ele (o enfermeiro) o cumpra e faça cumprir. Recorramos aqui ao estudo de Aníbal Santos (2001), donde sublinhamos uma das suas principais conclusões: a de que o modelo biomédico se apresenta como aquele em que os profissionais de enfermagem referem um menor grau de satisfação profissional (Santos, 2001, p. 179). Na base de tal insatisfação poderão estar factores, tal como referidos por este autor, como sentimentos de baixa implicação pessoal na relação técnico – paciente, baixo poder de decisão e gestão da relação, tantas vezes vivenciadas sob uma forma quase mecânica, e percepção de fracas possibilidades de desenvolvimento e valoração pessoais.

Associadas a estas considerações poderemos subentender, por parte destes profissionais, maior sensibilidade e “predisposição” ao sentimento de esgotamento, advindo da conjunção das especiais características dos pacientes psiquiátricos graves com as condições profissionais e institucionais próprias dos contextos onde predominam o modelo biomédico. Assim, esgotado porque as premissas de acção e de tratamento dele “exigem” a prestação de cuidados a números consideráveis de pacientes difíceis, onde a relação de cuidados individual e personalizável não se pressupõe parte desse tratamento; Esgotado, porque a compreensão teórico – prática deste modelo nem sempre lhe facilita a transformação do seu vivido contratransferencial, o seu eco interno, desperto pelo sofrimento psíquico dos seus pacientes; Esgotado, porque sequentemente predisposto a um vivido depressivo, eventualmente relacionado com um terreno parco de valoração narcísica profissional. E ainda, porque o tipo de relação estabelecida entre o paciente e de quem dele directamente cuida (o enfermeiro) acontece sobre um modo em que o primeiro personagem vorazmente pede e exige o máximo do segundo, despojando este de qualquer sentimento de “gratificação”.

Dentro do estudo desta mesma variável, modelo pessoal de intervenção, acresce-se ainda que os profissionais que “advogam” o modelo Rogeriano (desta feita referente

a um N de 5 indivíduos, dos quais 2 psicólogos, e 3 enfermeiros) demonstram os valores mais altos no factor Potência do conceito “clivagem”, expressando assim uma resposta predominantemente emocional perante aquela que consideramos ser uma característica do funcionamento da personalidade da pessoa com perturbação psicótica. Estamos cientes, porém, que este conceito poderá assumir contornos com peso relativamente diferenciado consoante o modelo conceptual na base do qual é feita a leitura do fenómeno psicótico. Nesta medida, a sua interpretação é passível de ser elaborada tomando-a como uma componente do funcionamento dinâmico intrapsíquico do sujeito, portanto sob uma vertente de compreensão psicanalítica ou psicodinâmica. Ou, por outro lado, ser antes entendida sob uma ordem de natureza mais comportamental, acessível ao controlo e arbítrio do sujeito, enquanto medida de acção ou estratégia de acção mais ou menos intencional. Por tal, as atitudes “emanescerentes” poderão resultar distintas.

D) Resultados obtidos a partir da Escala de Diferencial Semântico na amostra norte – americana:

Em termos gerais, para os dois grupos de conceitos por nós aqui estudados (o grupo de conceitos: *psicose; alienação, insanidade, irrealidade, clivagem e alucinação*, associáveis à doença mental grave enquanto entidade nosográfica e o grupo de conceitos: *ansiedade; confusão; irritação; medo; esgotamento e incapacidade*, associáveis às emoções potencialmente despertadas face à doença mental grave) verificamos que, o primeiro grupo, à semelhança do que já havia sido notado para os sujeitos da amostra portuguesa, desperta nos profissionais norte – americanos respostas de natureza mais afectiva que avaliativa, demonstrando assim com clareza uma atitude cuja expressão basicamente assenta na atribuição de dureza, peso e seriedade afectivos.

Por outro lado, em termos avaliativos, observamos que a “clivagem” e a “irrealidade” não deixam de ser tendencialmente apreciados, por estes profissionais, sob uma óptica objectiva e cognitiva, com realce de qualidades de positividade e certa agradabilidade. O conceito “alienação” é entre este grupo particular de palavras aquele que suscita uma atitude menos favorável e menos positiva. Ainda neste agrupamento de conceitos os que despertam as respostas mais afectivas e emocionais são a “insanidade” e a “alienação”, face aos quais os técnicos de saúde americanos sentem seriedade, força e dureza.

Quanto ao grupo de conceitos que remetem para as emoções/vivências possivelmente despertadas perante a doença mental grave constata-se novamente que para todos esses conceitos a resposta de carácter afectivo predomina nitidamente sobre uma eventual percepção de natureza mais avaliativa e racional. Temos, assim, que para esta amostra de profissionais a atitude dominante associada à “leitura” destas palavras funda-se, na sua essência, numa ordem emocional, ordem esta do sentir que parece claramente sobrepor-se aquilo que eventualmente possam cognitivamente pensar sobre estes mesmos conceitos. Ainda assim, não poderemos deixar de apontar que os conceitos “medo” e “ansiedade” são os que, em termos avaliativos, recolhem uma maior valorização, indicando, portanto, uma certa tendência deste grupo de profissionais em dotá-los de qualidades tidas como boas, positivas e de alguma agradabilidade. Os conceitos “esgotamento” e “incapacidade” são, por seu lado, sentidos enquanto vivências de grande peso afectivo, de impacto forte, duro e sério.

Cumprindo as mesmas etapas de análise já anteriormente efectuadas para a amostra de profissionais portugueses, também aqui estudaremos a relação destes conceitos com todo o conjunto de variáveis contempladas neste trabalho.

Assim sendo, temos que, entre os técnicos americanos, os sujeitos do sexo masculino expressam face aos conceitos “alienação” e “medo” uma postura mais avaliativa e cognitiva do que os do sexo feminino, no sentido de que os homens os consideram como conceitos possuidores de boas qualidades, conotadas como positivas e de considerável importância.

Esta postura essencialmente avaliativa é, por outro lado, expressa de forma mais marcante pelo sexo feminino relativamente ao conceito “incapacidade”, atribuindo-lhe, desta feita, o mesmo tipo de qualidades delegadas pelo sexo oposto aos conceitos anteriores (“alienação” e “medo”). Já o conceito “irritação” desperta entre as profissionais de saúde uma resposta potencialmente afectiva (comparativamente ao sexo masculino), tomando-o como uma vivência pesada e dura.

Relativamente à variável idade, verificamos que, na sequência da obtenção de duas correlações positivas com os conceitos “clivagem” (factor Potência) e “esgotamento” (factor Avaliativo), é possível afirmar-mos que quanto maior a idade dos profissionais norte-americanos (inclusos nesta amostra) maior é o peso e potência afectivos atribuídos à “clivagem”, e maior é também a tendência a perceber o

“esgotamento” sob uma perspectiva objectiva e cognitiva (tomando-o como conceito com qualidades importantes, positivas e boas).

Repare-se como a amostra de sujeitos norte – americanos detém uma média de idades razoavelmente madura, cerca de 45 anos (média), cuja moda se situa nos 54 anos de idade. Ora, associado a este factor surge-nos também de uma forma esperada um valor médio elevado no que se refere ao número de anos de actividade profissional (cerca de 19 anos). Sendo assim, não será de todo incorrecto presumirmos que a maturidade profissional dos nossos sujeitos poderá em parte relacionar-se com estes resultados (muito embora seja feita a devida ressalva de que não alcançamos resultados estatísticos que nos permitam afirmar com segurança esta consideração).

Reparemos concomitantemente que, pela distribuição das idades pelo grupo profissional, são os enfermeiros aqueles que preponderantemente “ocupam” as classes etárias mais elevadas (19 enfermeiros entre os 40 e 49 anos; 13 enfermeiros com idades compreendidas entre os 50 e os 61 anos). Sabemos também que os modelos de intervenção pessoal dominantes entre os sujeitos desta amostra são o biomédico (com 24,6% das preferências) e o cognitivo – comportamental (com 50,8% das escolhas). Os profissionais de enfermagem são os que claramente apresentam as maiores frequências de distribuição nestes dois modelos.

Deste modo, poderemos nos questionar acerca do entendimento e conotação semânticos atribuídos ao conceito “clivagem” que, seguramente resulta diferenciado da conotação subjacente ao pensamento de outros modelos, como seja o modelo psicodinâmico. Neste, clivagem, será fundamentalmente lida enquanto conceito, inicialmente descrito por Freud (e depois desenvolvido por muitos outros autores), usado para designar um fenómeno psíquico muito particular, observável sobretudo no fetichismo e nas psicoses (Laplanche & Pontalis, 1990, p. 72). Dada a conceptualização teórico – prática na qual a maioria destes técnicos assenta a sua compreensão e intervenção profissionais pressupomos, então, que com grande probabilidade não terá sido esta a leitura fundante do conceito aqui em questão. Como tal, o peso e dureza afectivos sentidos face à clivagem não lhe estarão tanto associados ao seu entendimento enquanto mecanismo de defesa primário, psicótico, mas mais tendencialmente relacionado com um seu significado semântico geral: divisão de duas partes, desunião, desagregação.

O esgotamento, não obstante o facto de ser genericamente apreciado, pelo grupo amostral norte – americano (no seu todo), sob uma forma emocional, isto é, sentido

enquanto vivência forte e dura, surge-nos, também aqui, de um modo mais específico, avaliado e pensado em termos cognitivos e intelectuais. Uma vez mais não nos abstermos de aqui considerar as características sócio – demográficas e profissionais destes técnicos de saúde que, linhas atrás foram já referenciadas e, às quais acrescentamos ainda os dados de que 50,77% dos 65 indivíduos norte – americanos não possuem experiência clínica com patologias mentais, dos quais os enfermeiros sem experiência clínica psiquiátrica representam cerca de 67% dos 33 sujeitos que nunca trabalharam nesta área. Salientamos estas informações, porque cremos da sua importância quanto à forma como o esgotamento pode ser vivenciado em função da população com que se trabalha clinicamente.

Menzies (1988), a propósito dos prestadores de cuidados de saúde, descreveu-lhes uma ansiedade específica, particularmente advinda do contacto e testemunho do sofrimento, da mutilação e morte dos pacientes. Sofrimento, dor e morte estas, indiscutivelmente válidas e significantes quando a patologia em questão não é a física, mas uma outra, mais dificilmente objectivável e mensurável: a doença mental, a loucura. Ora, a par de um consciente desejo de cuidar e tratar não se encontram seguramente alheios certo nível primitivo de fantasias sobre a especificidade do sofrimento que o profissional tenta e procura aliviar.

No plano do inconsciente a doença encerra concepções que poderão não só encontrar-se distantes da realidade externa, como também longe do acesso inconsciente do sujeito. Assim, neste nível fantasmático poderemos concebê-la sob diversas formas de dor, perigo e dano. A especificidade da patologia (mental ou física) associada à “realidade” dessas fantasias faz ressoar diferentes qualidades e intensidade de vivências. Porque se “arquitectam” e organizam diferentes posturas defensivas, delas resultam, em potência, diferenciadas leituras e expressões “atitudinais”.

Na sequência desta reflexão encaramos, assim, a possibilidade do conceito esgotamento ter aqui feito sobrepor um resultado avaliativo (contrastante com a potência afectiva alcançada na amostra geral dos profissionais norte – americanos), porque presumível e fundamentalmente ditado por técnicos cuja experiência clínica e profissional não se encontra direccionada para a área psiquiátrica.

Ao procurarmos analisar as diferenças estatísticas eventualmente existentes entre os sujeitos pertencentes aos três diferentes grupos de profissionais (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros), relativamente às suas atitudes perante a generalidade

dos conceitos aqui estudados ficamos a saber que os assistentes sociais (representativos de cerca de 31% da amostra) são os que nitidamente denotam a percepção mais objectiva e racional dos conceitos “psicose”, “insanidade”, “alucinação” e “incapacidade”. A estes são associadas conotações tendencialmente positivas e de importância considerável. Os enfermeiros, comparativamente às restantes classes profissionais, expressam, na sua vez, perante estes mesmos conceitos uma avaliação cognitiva mais negativa e, portanto, pouco favorecedora em termos qualitativos.

Acrescido a estes resultados verificamos paralelamente que os conceitos “insanidade” e “incapacidade” suscitam por parte dos profissionais com grau de mestre (47,7% da amostra) uma leitura igual e preponderantemente fundamentada em princípios avaliativos e cognitivos – sobre os quais são destacadas qualidades, uma vez mais, favoráveis e positivas. Repare-se que dos 31 mestres, a sua maioria (17) são de facto assistentes sociais, justificando, assim, parte desta semelhança ou aproximação de resultados.

Os nossos resultados fazem-nos igualmente saber que os profissionais que efectivamente possuem formação especializada na área da doença mental grave lidam com os conceitos “psicose” e “insanidade” sob uma forma avaliativa, isto é, pensando-os sob uma forma essencialmente cognitiva e objectiva. “Psicose” e “insanidade” não deixam de poder ser tomados enquanto palavras sinónimas de uma mesma realidade psíquica – traduzível, em primeira instância, na vivência louca do humano. Como tal, não será de todo de surpreender resultados semelhantes entre si nestes dois conceitos.

Do mesmo modo, lembramos que 50% dos sujeitos que têm formação especializada em saúde mental são assistentes sociais e, 73,08% detêm o grau académico de mestre.

Já os profissionais que afirmaram não deter qualquer tipo de formação específica nesta área assumem, perante o conceito “insanidade”, uma qualidade de resposta fundamentalmente afectiva e emocional, sendo que neste sentido o sentem como algo pesado, duro e potente.

Entre os técnicos de saúde que trabalham ou já trabalharam com pacientes com doença mental, tendo, portanto, experiência clínica nesta área, verificamos entenderem o conceito “ansiedade” sob uma óptica preferencialmente racional, ao qual são associadas características tidas como relevantes, de certa agradabilidade e positividade.

Sabemos que entre estes profissionais (no seu total 32 sujeitos), a sua maioria (68,8%) trabalha ou já trabalhou nesta área durante um período de tempo superior a dois anos, o que naturalmente nos leva a tomar em linha de conta uma razoável consolidação da sua experiência prática. Acrescentemos também que a sua maioria são enfermeiros ($n = 15$) e assistentes sociais ($n = 10$), cujo modelo pessoal de intervenção e, em 50% dos casos (neste N de 32 sujeitos) cognitivo – comportamental.

Dentro deste conjunto de profissionais específicos ($N = 32$) obtivemos ainda o dado de que os sujeitos que trabalham ou trabalharam com população psiquiátrica num contexto hospitalar, mais precisamente num hospital psiquiátrico, tendem a avaliar a “clivagem” racional e cognitivamente, dela fazendo realçar boas qualidades.

Assinalemos, contudo, que o nível de significância presente neste resultado particular não é muito forte ($p < 0,046$).

Por fim, verificamos que os técnicos de saúde que classificam o modelo de intervenção da instituição onde trabalham como de natureza psicodinâmica entendem e lêem a “insanidade” sob um modo cognitivo e objectivo, avaliando-a como um conceito dotado de boas qualidades e de importância considerável. Note-se que este resultado, muito embora seja referente ao valor claramente mais elevado, corresponde, todavia, a uma frequência de somente 2 sujeitos (para um N total de 65 indivíduos).

Temos, contudo, que os profissionais que consideram os modelos biomédico e cognitivo – comportamental (cada um deles correspondente a 27 respostas cada) como o modelo de referência da sua instituição atribuem a este mesmo conceito “insanidade” qualidades tendencialmente dolorosas e negativas – ainda que sob uma perspectiva igualmente cognitiva e avaliativa.

No que respeita, ainda, a este conceito constatamos que os profissionais de saúde que pessoalmente “advogam” o modelo psicodinâmico (3 sujeitos) apresentam resultados semelhantes aos anteriores. Ou seja, expressam face à insanidade uma leitura fundada na cognição mais racional, pensando-a como um conceito com boas qualidades.

Esta postura é seguida de perto pelos profissionais cuja intervenção assenta no modelo cognitivo comportamental (33 sujeitos), assumindo aqui uma posição distinta da verificada na variável precedente (modelo institucional).

Os técnicos de saúde biomédicos (16 sujeitos), todos eles correspondentes, note-se bem, aos profissionais de enfermagem (que trabalham numa clínica de saúde) mantêm esta “ponderação” avaliativa, distinguindo-se, porém, pelo tipo de qualidades

associadas à “insanidade” – desta feita, tida como um conceito mau, negativo e muito pouco atraente.

Dada a natureza de todos estes resultados que, sempre que levam em linha de conta a especificidade das variáveis sociodemográficas e académico – profissionais desta nossa amostra, fazem insistentemente sobressair uma qualidade de atitudes marcadamente assentes numa expressão avaliativa, ou melhor dizendo, cognitiva e intelectual dos conceitos aqui estudados, consideramos pertinente e mais proveitosa elaborarmos uma sua reflexão conjunta e integrativa.

Nesta medida, começamos por sublinhar uma consideração que vai já tomando um lugar comum e recorrente no nosso exercício reflexivo: a “carreira” dos técnicos de saúde mental não é de todo isenta do poder de desgaste daqueles que são os recursos pessoais, mentais destes profissionais. Assim como também não é alheia às qualidades desses mesmos recursos. Por tais circunstâncias particulares é naturalmente compreensível a necessidade de criação de distância de pacientes que despertam no outro tão permanente e intenso nível de emoções, capazes, inclusivamente, de tão fortemente “assaltar” o próprio senso de identidade da outra pessoa.

Por outro lado, é sabido que a objectividade intrínseca e característica das abordagens científicas (dos conhecimentos científicos aprofundados e especializados) usualmente exigem a prática de distância emocional, portanto, a promoção da objectividade desapassionada. Assim, temos que as atitudes científicas resultam ideais como forma de suporte, de protecção e defesa emocionais. Ou seja, quanto maior a “tentação” pela cientificidade objectiva (e subsequente neutralização do seu valor afectivo), presumivelmente menor será o sentimento de vulnerabilidade emocional de quem cuida e trata de pacientes fortemente perturbados. Neste contexto, Hinshelwood (2004) adianta-nos importantes pontos de discussão ao oferecer-nos um exemplo sobre como a emoção humana tantas vezes se encontra acomodada ao carácter e molde do pensamento científico. É o caso de uma área específica do estudo das famílias dos pacientes esquizofrénicos onde se atenta para os efeitos considerados perniciosos que uma família altamente emocional poderá ter no evoluir psicótico do sujeito. Sob este pressuposto foi criado o conceito “High Expressed Emotion (HEE)” que se pretende objectivável e quantificável. Ora, o que Hinshelwood (idem, ibidem) faz questão de sublinhar é que, uma atitude que se deseja o mais objectiva e mensurável possível face ao entendimento da relação do e com o paciente psicótico, mostra como implicitamente

uma dita neutralidade da abordagem científica se torna capaz de reduzir a pessoa com doença mental e as relações por ela estabelecidas a um mero conceito generalizável e mensurável. Como que subtraindo a qualidade subjectiva intrínseca a qualquer relação. Levado ao seu extremo, temos como as experiências e relações interpessoais humanas podem ser tendencialmente reduzidas a um objecto, coisa quantificável, alheia aos vínculos relacionais e pessoais dos quais emergem.

Se esta conversão da “sensibilidade” para a objectividade poderá, sem dúvida, ser verdadeiramente útil nalguns pontos da investigação das relações humanas, pode, porém, incorrer no risco de se ver inconscientemente explorada por investigadores, prestadores de cuidados e técnicos de saúde mental.

Poderemos ir mais além, ponderando se tal distância emocional que, inclusivamente pode resguardar-se num espaço não percebido e não pensado pelo próprio profissional, e que facilmente encontra suporte nas exigências científicas e culturais, não poderá também ser reforçada pelos próprios pacientes que, por identificação projectiva, colocam no outro o seu intenso desejo de distanciamento da realidade dos seus afectos e das suas relações.

A extrema racionalidade, o “suposto” intelectualismo na forma como o devir da loucura humana é interpretada e lidada resultariam, então, particularmente fortalecidos. E, repare-se, como tal fortalecimento e reforço se podem descobrir legitimamente fundamentados por uma espécie de instância super egoica profissional, zeladora de um desempenho técnico ideal e salvaguardado de um eventual envolvimento emocional, indesejável e, sobretudo, incómodo e doloroso.

E) Resultados obtidos a partir do estudo correlacional entre as dimensões da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental e o factor Potência da Escala de Diferencial Semântico:

Pretendendo-se explorar a relação eventualmente existente entre aquelas que são as atitudes expressas pelos dois grupos de profissionais (portugueses e norte – americanos) face à doença mental grave, (identificadas pela escala OMI) e o seu tipo de resposta afectiva perante esta patologia (mensurável pela Escala de Diferencial Semântico – factor Potência) verificamos que:

Na amostra de técnicos de saúde portugueses as atitudes de natureza mais autoritária – que deixam, pois transparecer uma opinião sobre a pessoa com doença mental francamente negativa, inferiorizante, com convicção associada da necessidade

de aplicação de tratamentos coercivos – encontram uma correlação com significado estatístico (negativa) com a resposta afectivamente despertada pelo conceito “medo”. Isto é, quanto maior o peso, a seriedade e potência afectivos atribuídos ao “medo”, menor será a tendência na expressão de uma atitude autoritária perante o sujeito com patologia mental. Por outro lado, quanto maior for o autoritarismo demonstrado, menor parece ser a importância e dureza afectiva e emocional associadas a este conceito.

A loucura assume, sem dúvida, entre o humano, uma qualidade específica de sentimentos, alguns deles terríveis. O medo daqui advindo pode contudo ser “manejado” e lidado sob diferenciados modos. Pensamos que quanto maior a capacidade pessoal do profissional em estabelecer contacto emocional com os seus afectos, o seu “sentir”, assumindo-lhes o seu “nome”, reconhecendo as suas diferentes faces e “versões”, mais apto e capaz estará também para manter esse espaço de tolerância interna e, assim, não se ver tentado a desenvolver “técnicas” defensivas. Por outro lado, a expressão de uma atitude de carácter mais autoritário pode, com grande probabilidade, inscrever-se numa ordem e espaço mentais mais “exíguos”, menos flexíveis, por isso mesmo, férteis para o erigir desse expressar defensivo.

Hipotetizamos, então, que quanto mais intensa e presente é a atitude autoritária face à pessoa com patologia mental grave, menos acessíveis e conscientes estarão toda uma qualidade especial de emoções e afectos – como o medo, a ansiedade, a insegurança – porque precisamente escamoteados pela organização defensiva. Por tal, a sua potência afectiva (tal como mensurada pela Escala de Diferencial Semântico) apresenta-se-nos baixa e pouco importante.

Aqui sublinhamos com particular relevo esta questão, posto que julgamos inequívoca a consideração de que as características psicológicas pessoais dos profissionais (dentro das quais, a flexibilidade e disponibilidade internas não poderão de todo ser descuradas) se assumem como importantíssimas “variáveis” que podem efectivamente influenciar e “afectar” a qualidade de intervenção e eficácia dos técnicos de saúde mental.

Neste contexto, relembramos naturalmente parte dos conteúdos teóricos por nós expostos ao longo deste nosso trabalho.

Coderch (1995) salienta como a personalidade do psicoterapeuta (ou de quem se apresenta como prestador de cuidados mentais) não só afecta a aliança terapêutica estabelecida, ou a relação de trabalho, como influencia e determina também a natureza da transferência daí emanesciente. Ora, neste âmbito, sabemos das reacções

particularmente poderosas suscitadas pela transferência psicótica (tal como descrita e compreendida por autores como Bion (1954; 1956) e Rosenfeld (1987). Assim se sabe igualmente como na sua sequência o profissional de saúde se poderá sentir esmagado e incapaz de funcionar como continente de tal nível de emoções e sentimentos tão intensamente violentos e confusionais.

Deste modo, aquelas que são as suas “qualidades” pessoais que lhe permitirão, ou não, suportar, conter e transformar (em si e no outro) todos estes acontecimentos psíquicos, são nestas ocasiões, com este tipo de pacientes, colocadas sob duras provas.

Desta complexidade depende, em grande medida, o sucesso e eficácia terapêuticos. E acrescentamos: tanto no que respeita a uma relação e tratamento individual, como numa intervenção realizada em contexto institucional. Não ser capaz de instrumentalizar os intensos níveis de dor mental do psicótico, que com ele o profissional terá de partilhar, tolerar e elaborar, veda em parte a capacidade de compreensão de si próprio (sobretudo das suas partes mais primitivas e menos sãs), e veda também, a compreensão do outro, da pessoa doente.

Uma outra correlação de valor negativo mostra-nos que quanto mais forte for a convicção de que a pessoa que sofre de doença mental é tão humana quanto as pessoas ditas “normais”, com adopção de uma postura de confiança no nível e qualidade das intervenções dos profissionais de saúde mental, menor será, então, a tendência destes técnicos a reagirem afectiva e emocionalmente à “incapacidade” (não lhe associando, assim, qualidades de grande peso ou seriedade afectivos).

O conceito “incapacidade”, tido aqui no nosso estudo, enquanto vivência potencialmente despertada perante a realidade psicótica, logo, enquanto vivência contratransferencial, parece perder, então grande parte do seu impacto emocional à medida que aumenta o nível de confiança nas qualidades e “capacidades” das intervenções técnicas e profissionais.

O particular assento no grau de eficácia e sucesso evolutivos, capazes de serem alcançados no trabalho terapêutico com pacientes tão difíceis como estes (que tantas vezes fazem exaltar sentimentos de impotência e frustração), faz-nos pensar naquela que é a legítima necessidade dos profissionais de saúde mental em atribuírem significado e resposta a uma patologia que em si sublinha, precisamente, a ausência de significado.

Hinshelwood (2004) descreve esta situação como similar a um sentimento de vácuo, de absoluta ausência e vazio, perante o qual emerge a necessidade de o dotar e

preencher de significado. O sentido da acção/ intervenção e, sobretudo, o senso de identidade profissional resultariam frustrantes e praticamente inexistentes, caso não fossem empreendidos esforços nesse sentido. A falha da capacidade de atribuição de significado à experiência, tão presente no psicótico, como que conseguiria contaminar os profissionais e instituições que deste paciente pretendem cuidar. Contaminação esta, tão temida e, assim, tão capaz de justificar a eleição de atitudes e comportamentos defensivos.

O sentimento de incapacidade, presumível indicador da especial incapacidade da pessoa psicótica de formar símbolos, pensamentos, portanto, uma vez mais, espelho da ausência de significado, poderá ver-se eventualmente mais atenuado aquando o levantamento de uma “acção” defensiva. Esta “acção” defensiva, muito embora se possa revestir sob entendimentos vários, poderá também parcialmente inscrever-se num lugar fonte de satisfação, motivação e narcisismo profissionais.

Já o modo segundo o qual esta amostra de profissionais portugueses responde afectivamente aos conceitos “psicose”, “alienação” e “insanidade” (conceitos, aliás, todos eles possíveis de se revelar sinónimos de uma outra palavra com conotação bem mais significativa e mediática: a loucura) encontra associação com a opinião de que todo o sujeito é participante activo e co – responsável naquele que é o seu percurso de vida e, portanto pessoa nunca escusa da sua saúde ou doença mentais. Esta postura é aqui tanto mais forte quanto maior for a ressonância afectiva (em termos de dureza e seriedade) desperta por estes três conceitos.

Assim temos que o peso emocional atribuído à doença mental grave é tanto maior quanto mais presente está uma visão etiológica da patologia mental, fundamentalmente assente na importância dos aspectos internos do funcionamento do indivíduo, isto é, naquilo que poderíamos designar como a auto – determinação do paciente. Recordemos que, no que respeita aos resultados obtidos a partir da OMI, foram os profissionais com formação especializada em saúde mental quem, com maior preponderância, assumiram semelhante postura etiológica.

A atribuição de causalidade da doença mental a factores essencialmente externos, como sejam os sociais, poderá não somente ser interpretada como uma espécie de “reacção” desculpabilizante face ao sujeito que padece desta doença, como sequentemente se pode fazer acompanhar da ideia de que a ser assim, então a pessoa doente facilmente é tida como impotente e incapaz de enfrentar e lidar com a sua

própria dor mental (Herzlich, 1980; Paez, Pinilla & Itza, 1983). Ora, parece não ser essa a consideração aqui dominante, ou pelo menos, sempre que a resposta emocional despertada pela loucura se faz sentir dura e pesada. Neste sentido, uma postura de passividade, de desresponsabilização do indivíduo sobre o seu adoecer e processo de tratamento não resulta de todo reforçada pelos nossos resultados.

Diríamos que estando mais presente a noção daquele que é o impacto afectivo e emocional da doença psíquica, portanto mais atento aos seus próprios aspectos internos, mais facilitada parece também estar a compreensão de que a dor mental se prende mais com o “dentro” do que com o “fora”. E nesta sequência, também a compreensão sobre a sua origem mais se associará ao modo como o sujeito lida por dentro a perturbação, na vez da forma como por fora ele poderá, pelo outro, ser afectado.

Na amostra de profissionais norte – americanos constatamos uma maior diversidade de correlações, cuja análise nos permite observar, num primeiro ponto, que quanto mais expressivas são as atitudes autoritárias e restritivas face ao indivíduo com doença mental, no sentido de o entenderem como um paciente potencialmente perigoso para a sociedade e sua própria família e, ainda, considerarem que a sua patologia mental é não mais do que fruto das suas escolhas e opções de vida, maior será, então, a tendência da “alienação” despertar entre os sujeitos aqui estudados, uma resposta afectiva de maior força e dureza.

Parte das considerações por nós já elaboradas neste ponto da discussão, nomeadamente as referentes aos conceitos “psicose”, “insanidade” e também “alienação” (para a amostra portuguesa), pensamos encontrarem aqui semelhante aplicabilidade, posto que a não identificação de causalidade externa, logo factores familiares e sociais, enquanto agentes etiológicos da doença, transparece, tanto mais intensa, entre os profissionais norte – americanos quanto maior a dureza e seriedade emocionais despertadas perante esta realidade. A qualidade de ameaça, de perigosidade que aqui se mostra subjacente à pessoa do doente mental e que igualmente acompanha o peso emocional sentido face à alienação, surge-nos, no entanto, bastante mais clara e inequívoca do que entre a amostra de profissionais portugueses.

Neste sentido, parece-nos vantajoso aqui fazer integrar e associar os dados que se seguem, uma vez que pensamos confirmatórios de uma mesma leitura e vivência da patologia psiquiátrica grave. Referimo-nos aos resultados que nos ditam que o modo segundo o qual a “psicose” e a “ansiedade” são sentidos afectivamente é tanto mais

forte, quanto maior for também o desejo de ver os pacientes psiquiátricos restringidos, o mais possível, a instituições próprias e especializadas. Concerteza que aqui não podemos deixar de nos deter sobre esta ansiedade que cresce de mãos dadas com o desejo de restrição e rejeição. Ansiedade despoletada, não apenas pela vivência/ sentir contratransferencial (entre quem contacta e se relaciona directamente com doentes psiquiátricos), mas também pelo despertar do imaginário individual, colectivo, cultural que a loucura sempre em si encerra e encerrou – e que, claro, não necessita da experiência e confronto “in vivo” para fazer sentir a ameaça de uma doença que alheia a pessoa de si e do outro.

Ora, se alienação pode, por um lado, ser entendida sob uma compreensão que nos fala da não sociabilidade, da não relacionalidade do indivíduo psicótico, ou melhor dizendo, sob um modo que nos descreve como ele se “desvincula” dele mesmo, ou de partes suas muito significativas e vitais, por outro, e sob uma visão psicanalítica poderemos ser mais rigorosos descrevendo esta alienação como resultante da clivagem e projecção maciças. São estes mecanismos que conduzem à distorção e mutilação da identidade do sujeito (Hinshelwood, 2004). E é, em grande parte, com este lado da loucura que o outro não se quer identificar. A angústia do não ser: o grande perigo, a grande ameaça é essencialmente esta, e talvez não tanto o receio da violência física que eventualmente o doente poderá empreender. Será talvez esta clivagem e esta projecção que então “revivenciados” no outro o fazem desejar clivar a pessoa louca da comunidade, do convívio “são”, “projectando-o” para longe de si, para instituições que destas perturbações se propõem tratar.

Já aqui falamos por algumas vezes que o “simples” facto do nosso estudo incidir em profissionais de saúde não é por si só garante da obtenção de resultados (relativos a atitudes e comportamentos) díspares dos que são obtidos entre o público em geral.

Iniciámos o presente capítulo de discussão com a referência a algumas investigações que nos foram dando conta disto mesmo (Rabkin, 1979; Rossler et al, 1996, etc). De facto, tal como Hinshelwood (2004) tanto o refere ao longo da sua obra “Suffering Insanity”, não nos deveremos abster da consideração de que por trás do profissional de saúde está a pessoa humana, que seguramente em si não detém um qualquer especial poder de imperturbabilidade e impermeabilidade ao devir da loucura – e cujos “ruídos” se sabem tão facilmente estridentes.

Encontramos também que a “clivagem” é tanto mais sentida como pesada e séria, em termos emocionais, quanto mais “segura” for a adopção de uma perspectiva humanista e religiosa face à pessoa com doença mental, com o qual presumivelmente se comportarão sob uma forma paternalista e protectora. Não esqueçamos, porém, que dentro desta concepção, dir-se-ia, simpática, do paciente psiquiátrico, não deixam de igualmente caber sentimentos de receio e medo perante este mesmo tipo de paciente. A esta correlação com o conceito “clivagem” acresce-se uma outra, igualmente positiva, que nos indica que quanto maior a potência afectiva atribuída à “clivagem”, mais preponderante será a perspectiva, entre estes profissionais, de que a doença mental é, etiologicamente, produto do modo pelo qual o indivíduo rege e gere a sua própria vida.

Não poderemos deixar de assinalar a coerência aqui supostamente sublinhada entre uma perspectiva humanista assente em princípios religiosos e morais e a concepção etiológica da doença, segundo a qual o indivíduo é entendido como expressão e produto dos seus actos e pensamentos. Associando uma concepção a outra emerge um homem doente porque hipoteticamente predisposto e submetido à transgressão e “pecado” que não soube gerir, nem controlar. Daqui surgem reflectidos os poderes emergentes da autodeterminação do sujeito, seguramente encorajados pela imagem de um homem que se deseja e quer racional. Ora a “clivagem”, enquanto conceito oposto da unidade – unidade pela qual, evocando a filosofia do conhecimento de Kant, sob as palavras de George Frankl (2003, p. 218), toda a multitude de sensações e impressões estão ligadas num todo dotado de significado – faz então ressoar o contrário da racionalidade, o contrário do auto – controlo e arbítrio. Relembremos, neste sentido, que a grande maioria dos profissionais norte – americanos (50,8%) integram o modelo cognitivo – comportamental, enquanto corpo conceptual de entendimento e intervenção teórico – práticos. Nesta medida, sabemos que entre as suas principais características e premissas está o acento na racionalidade humana e no carácter de determinismo externo, associado a princípios de aprendizagem (como importantes elementos explicativos do comportamento funcional e disfuncional). Sob esta óptica, como lidar, então, com pacientes cuja racionalidade está tão manifestamente afectada e comprometida? Cujas capacidades de organização e realização de “tarefas” práticas e objectivas (enquanto, por exemplo, exercícios e técnicas de intervenção cognitivo – comportamental) poderá estar tão grandemente dificultada? Perante um sujeito psicótico, franco representante de uma natureza “descontrolada”, “desobediente”, irracional, que concerteza, pelos profissionais, não quer ser reconhecida dentro de si

mesmos (através do encontro com as suas partes mais primitivas, mais imaturas e infantis), diversos são os modos pelos quais se pode reprimir e combater esses “fantasmas” íntimos e internos. A reparação benevolente, portanto, paternalista e protectora poderá emergir como uma entre as possíveis. Reparação, note-se, aqui configurada sob o sentido Kleiniano, de afecto (amor = traduzível aqui em benevolência, protecção) que repara um outro afecto sentido como mau (ódio; ataque = traduzíveis aqui sob a forma de rejeição, opressão).

Finalmente, os resultados alcançados mostram-nos, ainda, que na presença de atitudes mais positivas perante a enfermidade mental grave, com concomitante expressão de um bom nível de confiança nas capacidades terapêuticas dos profissionais de saúde mental, o conceito “confusão” tende a ser vivenciado sob um modo particularmente emocional (ao qual lhe são associadas características pesadas e bastante duras).

O peso e dureza da “confusão”, enquanto vivência contratransferencial advinda do contacto e relação com o paciente com patologia psicótica não nos oferece estranheza. Temos já tecido algumas considerações a este respeito ao longo deste capítulo de discussão. Já no que se refere à correlação encontrada (entre a atitude positiva e bom nível de confiança nas capacidades terapêuticas e o conceito “confusão”) pensamos que aqui encontramos razoável consonância com um dos principais considerandos retirados por Theodosius (2003, in Hinshelwood, 2004) de um seu estudo sobre as emoções na prática dos cuidados de saúde: a ambiguidade entre o racional e o emocional no acto de cuidar e intervir no outro. O “serviço” psiquiátrico é sem dúvida exemplo excelente de um campo de intervenção onde a necessidade de preservação da sanidade mental e, naturalmente, da identidade pessoal e profissional diariamente se confrontam com a violência da loucura humana, com toda a multiplicidade de sentimentos e vivências que tal confrontação é capaz de evocar.

Este processo não deixa de exigir níveis altos de uma espécie de contorcionismo psicológico, posto que, se por um lado os profissionais de saúde podem com maior ou menor facilidade aceder e compreender o impacto emocional que o fenómeno psicótico exerce sobre eles próprios, por outro lado, por razões associadas às motivações inconscientes da prestação de cuidados, não deixam também que tal impacto (na nossa opinião, indiscutível) afecte a sua crença e confiabilidade nas potencialidades e capacidades terapêuticas do profissional de saúde mental e respectivas instituições.

Assim preservam o sentido e significado da sua acção profissional, como que resistindo ao peso estigmatizante, tão simultaneamente real e simbólico, intrínseco às patologias mentais graves.

Não queremos de todo duvidar das reais potencialidades das intervenções e tratamentos psiquiátricos existentes, caindo num excesso de tudo questionar e de tudo colocar em causa. Não obstante, não nos deveremos paralelamente inibir da discussão de um ou outro aspecto resultante dos nossos dados.

Questionamo-nos, assim, se intensas emoções e vivências confusionais, tantas vezes associados ao medo, à ansiedade e outros sentires dolorosos despertados pela doença mental grave, não poderão, em certa parte, fundar um funcionamento e agir profissionais particularmente focalizados e investidos na procura de sucesso e gratificação terapêuticos, como se de uma resposta e vassalagem a um ideal do eu profissional se tratassem. Ou melhor, a um ideal do eu normativo institucional. Daí um “real” optimismo e convicção nas capacidades terapêuticas e sua sucedânea eficácia em casos tão difíceis como estes.

F) Resultados obtidos a partir do estudo da variável nacionalidade:

A partir do estudo da variável nacionalidade, com a qual pretendemos explorar, sob uma base comparativa, os resultados obtidos pelas amostras conjuntas de profissionais de saúde mental (portugueses e norte – americanos = 147 sujeitos) apuramos que de facto existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de nacionalidades distintas, tanto no que se refere aos resultados obtidos a partir da OMI (mais especificamente nos três factores nesta etapa analisados: *Autoritarismo*, *Ideologia da Higiene Mental* e *Etiologia Interpessoal*), como também nos resultados alcançados no conjunto de conceitos integrados na Escala de Diferencial Semântico.

Neste âmbito, temos que na OMI os técnicos de saúde norte – americanos expressam invariavelmente valores média mais elevados em todos os três factores, mostrando-nos, assim, comparativamente ao grupo dos profissionais portugueses, uma postura e atitudes face à doença mental grave, de carácter mais autoritário, assentes na opinião de que as pessoas que desta doença padecem necessitam de intervenções e tratamentos profissionais coercivos. No que aos aspectos etiológicos diz respeito, os valores elevados apresentados pelos profissionais americanos fazem reflectir a opinião de que a patologia ou enfermidade mental é, em grande medida, imputável ao próprio

sujeito, enquanto indivíduo responsável e principal motor das suas opções, escolhas e percursos de vida.

Não obstante estas posições, ao analisarmos os valores alcançados por este grupo (norte – americano) no factor *Ideologia da Higiene Mental* encontramos dados aparentemente contrastantes com aqueles que os factores *Autoritarismo* e *Etiologia Interpessoal* nos proporcionam (com principal ênfase, porém, para o *Autoritarismo*).

Isto é, se por um lado, os resultados obtidos nestas duas últimas dimensões fazem-nos saber de atitudes mais negativas e, dir-se-iam, tendencialmente estigmatizantes da patologia mental, os valores superiores encontrados na dimensão *Ideologia da Higiene Mental* apontam-nos antes para uma perspectiva preferencialmente positiva da pessoa com doença mental, fundada numa visão profissional do tratamento psiquiátrico, com expressão de confiabilidade no nível e qualidade das intervenções dos profissionais de saúde mental e, concomitantemente, apoiada na crença das potenciais capacidades psicossociais integrativas do paciente psiquiátrico.

Paralelamente a estes dados, sabemos da preponderância do modelo cognitivo – comportamental, na base do qual cerca de 51% dos profissionais norte – americanos assentam o seu “molde” de intervenção e compreensão do comportamento e psiquismo humanos. No âmbito desta doutrina conceptual privilegia-se uma visão do sujeito extraordinariamente pragmática, em torno da qual é atribuído peso particular à interpretação activa do sujeito na construção do seu mundo e contexto relacionais. Grande ênfase é dado ao indivíduo tido como “pró – activo”, “dono” e gerente da sua acção e comportamento. Do mesmo modo, sob a égide do modelo cognitivo – comportamental procura-se uma real objectivação e clarificação das metas e objectivos a serem alcançados, onde, uma vez mais, a tónica é centrada no indivíduo como essencial responsável pela sua concretização.

Assim sendo, os valores superiores obtidos pelos técnicos de saúde americanos na dimensão *Etiologia Interpessoal* parecem encontrar razoável concordância com os pressupostos teórico – práticos pertencentes a este modelo que, sublinhe-se novamente, é representado pela maioria dos elementos desta amostra.

Esta suposição não encontra oposição com os valores apresentados pelos sujeitos da amostra portuguesa, posto que se a maioria destes profissionais advoga os modelos psicodinâmico e sistémico, tendencialmente privilegiarão uma perspectiva etiológica da doença mental, assente na compreensão e análise dos contextos relacionais internos (e

externos) do indivíduo. Leituras predominantemente desenvolvimentistas, à luz das teorias do inconsciente (enquanto instância deveras importante no entendimento e interpretação do funcionamento individual) farão seguramente parte do registo compreensivo da maioria destes últimos profissionais. Daí talvez, a valoração mais baixa nesta dimensão (*Etiologia Interpessoal*), comparativamente aos parceiros norte – americanos.

Associadas a estas considerações, residirão incontornavelmente aquelas que são as especificidades próprias dos referenciais históricos e culturais inerentes a cada uma das duas nacionalidades aqui abrangidas. Sem dúvida que se tratam de dois países de cultura ocidental, mas indubitável também será a consideração de que a sua organização e história sociais e culturais gerais assumem contornos diferenciados e particularizantes.

Este facto não pode obviamente deixar de se revelar componente influenciadora e interferente na leitura, percepção e interpretação das doenças e perturbações psiquiátricas. Nesta linha, é reconhecível na sociedade norte – americana a promoção e investimento numa cultura de carácter intensamente individualista, empreendedora da responsabilização do sujeito sobre o seu percurso e opções de vida. Recorramos a um simples exemplo que se prende com a sua quase ausente política de segurança social (enquanto serviço público que providencia e assegura cuidados básicos de saúde e educação). Neste campo, a orientação sócio – política americana, largamente aceite e integrada, é a de procura individual de meios e instituições privados, capazes de oferecer os cuidados necessários – por exemplo, mediante a compra de seguros pessoais de saúde. Presume-se, portanto, uma sociedade fundamentalmente pragmática, altamente produtiva, com francos desejos e expectativas elevadas no grau de eficácia pessoal e profissional. Assim sendo, o sujeito perturbado, potencialmente não produtivo e até perturbador do óptimo funcionamento da sociedade poderá, com relativa facilidade, inscrever-se no outro dentro de um espaço atitudinal tendencialmente coercivo e restritivo, porque convicto de que o doente mental deverá ser mantido sob controlo e organização (note-se os valores elevados no factor *Autoritarismo*).

No que respeita aos valores igualmente superiores, por parte dos técnicos americanos, na dimensão *Ideologia da Higiene Mental*, donde se destaca a convicção na boa qualidade e capacidade efectivas das intervenções profissionais especializadas, julgamos não ser alheio o facto destes profissionais de saúde todos eles se encontrarem integrados numa mesma instituição, a Clínica Mayo. Trata-se de uma instituição privada altamente reconhecida internacionalmente, não apenas pela sua filosofia de funcionamento, como também, pelo seu grande nível de investimento, eficácia e sucesso

das suas metodologias de intervenção e tratamento. Ainda que o serviço de psiquiatria se insira num vasto centro hospitalar, onde a cirurgia, entre outras especialidades, são mundialmente reconhecidas e prestigiadas, a especialidade psiquiátrica e seus respectivos profissionais não deixarão concerteza de usufruir e contribuir destes contexto e ambiente favorecedores. Neste sentido, recordamos, aliás, que a nossa amostra foi obtida de modo aleatório, abarcando, por isso, técnicos advindos de toda uma diversidade de serviços e unidades de cuidados de saúde, que não apenas a área psiquiátrica.

Através do estudo de regressão múltipla é-nos dado a conhecer que a variável nacionalidade se assume de forma inequívoca e invariável como componente francamente determinante e predictor dos resultados encontrados na escala de Opiniões sobre a Doença Mental (com referência específica às três dimensões estudadas na amostra total de sujeitos). Na generalidade dos casos, ainda que associada a outras variáveis, como sejam a profissão e a existência ou não de formação especializada na área de intervenção psiquiátrica, o facto é que a sua preponderância ou peso estatístico se apresentam sempre como mais fortes. Assim, particularizando os diversos resultados obtidos, notemos como as atitudes autoritárias, potencialmente estigmatizantes, expressantes de uma visão da pessoa com patologia psiquiátrica enquanto indivíduo “pertence” a uma classe distinta das pessoas ditas “normais”, parecem em certa parte depender, no nosso estudo, da nacionalidade relativamente à qual pertencem os sujeitos da nossa amostra. O país de origem e, portanto, as características culturais próprias de uma e outra nacionalidade não poderão deixar de ser aqui novamente ponderados. A estes factores acrescentam-se igualmente os diferentes grupos profissionais (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros), tal como indicado pelos nossos resultados, sendo que as variáveis nacionalidade e profissão, tidas conjuntamente assumem um peso predictor de cerca de 26% dos valores obtidos.

O entendimento daquelas que são as “razões” etiológicas da doença mental encontra também na variável nacionalidade um carácter de alguma determinância e influência, e que de um modo mais específico é capaz de ganhar uma predominância ainda maior quando associada à detenção ou não de formação especializada em saúde mental e, uma vez mais, aos diferentes grupos profissionais dos sujeitos.

De igual modo, mas desta feita sob absoluta exclusividade, o país de origem assume franca determinância no factor *Ideologia da Higiene Mental*, cuja essencial interpretação foi já explicitada algumas linhas atrás.

Ora, no sentido de melhor podermos discutir estes dados pensamos ser útil relembrar algumas informações sociodemográficas da nossa amostra. Assim sendo, da distribuição dos grupos profissionais de pertença pelo país de origem verificamos que, se por um lado existe certa proximidade de frequências entre os assistentes sociais e os enfermeiros portugueses e norte – americanos (19 assistentes sociais portugueses e 20 norte – americanos; 34 enfermeiros portugueses e 37 norte – americanos) existe, por outro, uma franca desigualdade de distribuição entre os técnicos de psicologia: 29 psicólogos portugueses para somente 8 norte – americanos. Tal disparidade amostral prender-se-á, uma vez mais, com as características da instituição norte – americana onde procedemos à recolha dos dados (Mayo Clinic em Rochester), e ao modo aleatório da selecção dos nossos sujeitos. Tratando-se de um grande complexo hospitalar que em si emprega aproximadamente um total de 1600 técnicos superiores de saúde (entre um total de cerca de 30000 funcionários), apenas cerca de 50 são profissionais de psicologia, encontrando-se estes dispersos pelos 16 edifícios de acolhimento e cuidados médicos.

No que à existência de formação especializada diz respeito, notamos, entre os profissionais de ambas as amostras, uma distribuição relativamente semelhante, sendo que 34,1% de portugueses e 40% de americanos possuem este tipo de formação e 65,9% de portugueses e 60% de norte – americanos afirmam não deter formação específica. Contudo, sublinhe-se que nesta área os profissionais estrangeiros possuem um tempo médio de formação (aproximadamente 4 anos) superior aos dos técnicos portugueses (cerca de 2 anos).

Não obstante a importância destas informações, onde poderíamos realçar parte da diferenciação dos resultados obtidos como sendo também devida à desigual distribuição dos grupos profissionais, nomeadamente dos técnicos de psicologia, dedicamos, no entanto, especial atenção aos aspectos culturais que, mais do que a profissão ou a existência de formação especializada em saúde mental, julgamos exercer aqui peso determinante.

São vários os estudos e investigações inter-culturais que têm feito sobressair com concretude e clareza a existência de diferenças significativas na forma como

diferenciadas culturas e nacionalidades identificam e descrevem as manifestações e perturbações patológicas da psique (Katz et al, 1988; Jilek, 2001, etc).

Ao debruçarmo-nos sobre esta componente particular – a cultura – pretendemos fundamentalmente evocar os aspectos de natureza inconsciente e simbólica, a si intrinsecamente associados. Estes aspectos poderão, então, emergir como elementos preciosos na compreensão do modo como a cultura pode e consegue interferir/influenciar a percepção, a leitura e atitude dos indivíduos face à patologia psiquiátrica grave.

O que aqui temos em jogo é seguramente uma trama complexa de variáveis, difíceis de mensurar em termos observacionais e objectivos, uma vez que o “background” cultural não é possível de se encontrar separado da especificidade dos processos psicológicos dos sujeitos individual e grupal. Todavia é sabido que este sujeito organiza-se e estrutura-se real e simbolicamente num seio ou sistema de referências particulares (valores, normas e vivências culturais), as quais por identificação, ele internaliza e integra. Cada país, independentemente da proximidade geográfica e de eventuais padrões de funcionamento comuns, claramente ostenta contornos sociais e culturais “personalizados” e únicos. É nesta medida que a identificação particularizante com o pensar e agir do seu contexto sócio – cultural ganha papel preponderante.

Consideramos, assim, sob esta óptica, que muito dificilmente não alcançaríamos resultados significativamente diferentes entre estes dois grupos de sujeitos.

Na continuação do estudo desta variável (nacionalidade), mas agora no contexto dos resultados obtidos na Escala de Diferencial Semântico temos que para o primeiro grupo de conceitos estudados (conceitos que remetem para a doença mental enquanto entidade nosográfica: *psicose, alienação, insanidade, irrealidade, clivagem e alucinação*) e no que se refere especificamente ao factor Avaliativo, são os profissionais norte – americanos quem, em todos os conceitos onde se constatarem diferenças com significado estatístico, obtiveram as médias mais elevadas. Desta feita, “psicose”, “insanidade” e “alucinação” tendem a ser lidos sob um modo mais avaliativo pelos sujeitos norte – americanos do que pelos portugueses. Comparando genericamente ambos os grupos amostrais das duas nacionalidades podemos observar que, se os técnicos de saúde portugueses pensam estes três conceitos com qualidades menos boas, negativas e algo dolorosas, os técnicos norte – americanos tendem antes a associar-lhes

qualidades de considerável importância e positividade. Aqui ponderamos o carácter intensamente pragmático da filosofia de acção e intervenção norte – americanos.

Sob o desejo de alcance de resultados efectivos objectiváveis, cujos “braços” se estendem, não só no campo de carácter sócio – económico e político, mas naturalmente também na área de cuidados de saúde (físicos e mentais), a interpretação e subsequente planeamento de acção sobre os “constructos” que evocam as vivências e padecimentos da mente humana poderão igualmente ver-se embebidos neste pragmatismo. Repare-se como historicamente a sociedade científica americana soube receber e integrar o conhecimento teórico – prático europeu (que durante tanto tempo dominou o campo investigacional da psiquiatria), conseguindo sequentemente transformar-se num dos centros de pesquisa e investigação psiquiátrica actuais mais importantes e sofisticados a nível internacional.

A importação e posterior desenvolvimento e aperfeiçoamento da denominada psicofarmacologia cosmética, sob a forma de drogas psicoactivas pós modernas, revelam um bom exemplo do que aqui acabámos de mencionar. Assim, a análise essencialmente avaliativa e racional de conceitos relacionados com uma entidade nosográfica, portanto, passíveis de se verem inscritos num sistema classificativo, objectivo e mensurável não entra, seguramente, em desacordo com um certo “estilo” norte – americano de leitura do real. Mesmo quando o que está a ser “avaliado” é algo que exalta a falha absoluta do contacto com o real – a loucura.

Por outro lado, no factor Potência acresce-se mais um conceito com o qual a variável nacionalidade encontra diferença estatística – a “clivagem” – passando, assim a quatro, entre seis conceitos, aqueles que detêm valores significativos. Assim, por comparação entre amostras, verificamos que face aos conceitos “psicose”, “insanidade”, “clivagem” e “alucinação” são, desta vez, os profissionais portugueses quem apresentam os valores mais altos, com isto demonstrando uma resposta de natureza mais afectiva do que os seus homólogos americanos. Por tal, estes conceitos, parecem fazer ressoar com mais intensidade vivências de maior seriedade, peso e dureza emocionais entre os técnicos de saúde portugueses. Uma vez mais colocamos a tónica nos aspectos sociais e culturais.

Nesta medida, a expressão dos afectos e emoções, para além das componentes “modeladoras” individuais e próprias de cada personalidade, enquadra-se, também num contexto mais lato que naturalmente se prende com uma dada estrutura e organização culturais, por sua vez “presas” à história e tradição dos valores e crenças transmitidos de

geração em geração. É neste preciso sentido que, tal como nos diz Quartilho (2001), a dimensão social e cultural se pode constituir como elemento mediador na forma como as doenças são experienciadas e vivenciadas (cognitiva e emocionalmente). A expressão dos afectos e emoções despertados por estas interpretações e experiências poderão, então, resultar distintas de país para país. Não acentuamos tanto aqui a hipótese da existência de diferenciados sentires e emocionalidades. Sublinhamos antes expressões e formas diversificadas no modo como tais afectos e emoções são exteriorizados e comunicados.

Não deveremos, porém, deixar de enfatizar que, uma vez comparados os resultados de todos os conceitos aqui analisados entre os factores Avaliativo e Potência em ambas as nacionalidades, o factor Potência é sempre e inequivocamente aquele que em si encerra os valores mais elevados. A resposta e ressonância afectiva por eles despertada é, portanto, claramente preponderante a uma resposta de carácter, eventualmente, mais avaliativo e cognitivo.

Não obstante, as características diferenciadoras de cada sociedade e cultura, próprias de cada uma destas duas nacionalidades (e que fazem, pois, transparecer e expressar destriças no modo como interpretam e lêem determinados fenómenos psíquicos), é contudo incontornável o facto de que a patologia mental grave, aqui representada por conceitos (alguns sinónimos, outros a ela associáveis em termos de sintomatologia compreensiva) não prescinde de sobre si suscitar reacções e vivências afectivas indubitáveis. Ainda que naturalmente possam assumir “caras” e expressões diversificadas. Tratando-se a loucura de um “fenómeno” tão humano, não há como não ser capaz de fazer despertar e exaltar aquilo que é, sem dúvida, indissociável do próprio homem, que são as suas emoções, os seus afectos (com todo o seu potencial amplificador ou inibidor da acção).

Relativamente ao segundo grupo de conceitos (associáveis às emoções/vivências eventualmente sentidas face à doença mental grave: *ansiedade, confusão, irritação, medo, esgotamento e incapacidade*) confirmamos, pela observação dos dados dos dois factores em ambas as amostras, a tendência de respostas mais afectivas do que avaliativas.

Analisando cada um dos factores em particular temos que, no factor Avaliativo, à semelhança do ocorrido no primeiro grupo de conceitos, os profissionais norte-americanos expressam uma maior tendência para a ponderação avaliativa e intelectual deste conjunto de palavras do que os seus colegas portugueses. Deste modo, a

“confusão”, a “irritação”, o “medo”, o “esgotamento” e a “incapacidade” são vivências que, em termos comparativos, despertam nos sujeitos americanos uma leitura essencialmente cognitiva e racional, assente na consideração das suas boas qualidades, elevado grau de importância e positividade.

Por outro lado, e no que ao factor Potência diz respeito, são os profissionais de saúde mental portugueses quem, novamente expressam, face a este conjunto específico de vivências, respostas de natureza emocional, portanto, inscritas numa ordem outra que não a da cognição mais intelectual. Nesta medida, as características de peso, dureza, potência e seriedade afectivos são aqui particularmente enfatizadas. Características e posturas estas que se encontram, então, mais atenuadas entre os profissionais americanos.

Pela análise de regressão múltipla efectuada ficamos, uma vez mais, a saber da importância da variável nacionalidade enquanto componente capaz de influenciar e determinar parte dos resultados apurados. No que a esta escala diz respeito esta variável reveste-se de exclusividade, uma vez que em nenhum dos conceitos analisados se fez acompanhar por qualquer outra variável predictor.

Deste modo, se diferenças existem nas leituras e vivências despertadas por estes conceitos, entre os profissionais das duas nacionalidades, sendo que os técnicos portugueses aqui mostram respostas de maior potência afectiva do que os seus colegas americanos, ao país de origem poderemos certamente atribuir até um máximo de cerca de 13% de explicação desta variância.

Perante este facto de que os técnicos de saúde portugueses vivenciam a doença mental sob uma forma mais pesada, mais séria e, diríamos nós, mais atenta afectivamente, não podemos deixar de pensar noutras variáveis intrínsecas às características particulares de cada uma das amostras em estudo. Referimo-nos, novamente, ao modelo de intervenção pessoal genericamente adoptado pelos nossos sujeitos: se os modelos psicodinâmico e sistémico representam entre os profissionais portugueses, respectivamente 30,5 e 39% das suas escolhas conceptuais, já entre os técnicos americanos o modelo cognitivo – comportamental e o biomédico recolhem respectivamente 50,8% e 24,6% das suas preferências.

Ponderamos assim que, consoante o modelo sob o qual os técnicos assentam a sua intervenção e, portanto, a forma particular como abordam e estabelecem relação terapêutica com o paciente, teremos um “acesso” um pouco diferenciado à forma específica como o profissional tende a usar e explorar os seus pensamentos e os seus

afectos. Neste âmbito, sabemos daquela que é uma das principais ferramentas e instrumento de trabalho do modelo psicodinâmico e, também em parte do modelo sistémico, que é a análise dos fenómenos transferenciais e contratransferenciais, logo a análise atenta do eco e ressonância afectivos presentes na relação técnico – paciente.

Por outro lado, partindo-se dos pressupostos teórico – práticos inerentes ao modelo cognitivo – comportamental, cuja forma de intervenção e estabelecimento da relação se rege num sentido francamente programado e orientado para todo um conjunto de tarefas e metas terapêuticas que visam conscientemente uma verdadeira engenharia do comportamento dirigida ao paciente, daqui tendencialmente resulta uma relação talvez parca de alguma introspecção pessoal (de parte a parte), logo, arriscaríamos dizer, também pautada de certa defensividade.

Tratando-se pois de uma acção directa e estruturalmente dirigida ao paciente – em que este é o alvo único de toda a intervenção: ele é o doente e o outro um técnico que lhe vai aplicar uma técnica específica – o terapeuta coloca-se, então, num lugar francamente protegido e distanciado de uma hipotética implicação pessoal. Estas considerações, assentes na ideia de uma distância interna entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, assumem, pensamos nós, uma intensidade bem mais preponderante quando o que está em causa é o modelo biomédico, no qual o técnico representa a figura principal do processo, cuja essência se centra na procura da máxima objectividade, eficiência e cientificidade. Mais do que em todos os outros modelos o pensamento e reflexão dos afectos não se constituem de todo como variável associável ao curso do tratamento. A sua análise, a ter lugar, penderá concerteza para uma ordem fundamentalmente avaliativa e intelectual, posto que deste modo, assim se enquadrariam o tipo e qualidade de resultados aqui obtidos.

Conclusões

Partindo dos objectivos traçados para esta investigação apresentamos, de forma igualmente sistemática, as conclusões que consideramos mais relevantes e pertinentes.

Sendo assim, temos que:

- Em termos genéricos, os profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa expressam, face à pessoa com patologia psiquiátrica grave, atitudes de carácter essencialmente autoritário, acompanhadas de parca confiança no potencial grau de eficácia dos tratamentos e terapêuticas disponíveis para este tipo de pacientes.

- Sob uma perspectiva de maior especificidade, temos que os psicólogos portugueses, inclusos no nosso estudo, são os que, comparativamente aos restantes grupos profissionais (enfermeiros e assistentes sociais), demonstram as atitudes mais autoritárias e restritivas, no sentido de tomarem o paciente psiquiátrico como um indivíduo perigoso para a sociedade, e como tal, cujo tratamento e intervenção são entendidos como devendo ser primordialmente coercivos.

- Nesta linha, sobressai também que são os técnicos de saúde com experiência clínica com doentes mentais quem igualmente expressam as atitudes mais negativas, autoritárias e restritivas. Não obstante estas posições, verifica-se, em paralelo, uma postura tendencialmente benevolente que não deixa assim de fazer transparecer uma perspectiva algo protectora e humanista da pessoa com enfermidade mental (ainda que, simultaneamente, esta postura em si integre algum receio ou medo pela pessoa do doente mental).

- Análoga posição ambivalente é também percebida entre os sujeitos com formação especializada na área de intervenção psiquiátrica, posto que: se por um lado, entendem que o doente psiquiátrico deve ser restringido da sua liberdade (uma vez tido como pessoa potencialmente ameaçadora e perigosa para o outro); por outro lado, paralelamente expressam uma postura paternalista e protectora. No que aos aspectos etiológicos da doença mental diz respeito, estes profissionais (com formação especializada m intervenção psiquiátrica) consideram que o paciente é autor e “intérprete” co – responsável e indissociável do seu próprio processo mórbido, conducente, portanto, à patologia da sua mente.

- O grau académico e o modelo de intervenção sobre o qual os profissionais portugueses fundamentam o seu conhecimento/acção não se assumem, neste estudo,

enquanto variáveis diferenciadoras das atitudes expressas perante a patologia psiquiátrica grave.

- Os conceitos que remetem para a doença mental enquanto entidade nosográfica (psicose, alienação, insanidade, irrealidade, clivagem e alucinação) despertam, entre a amostra geral dos profissionais de saúde portugueses, uma atitude/ resposta primordialmente afectiva, sendo que os conceitos aos quais são atribuídas características de maior potência, peso, dureza e seriedade são os de “psicose” e “insanidade”.

- Sobre os conceitos que remetem para as emoções/ vivências potencialmente sentidas face à doença mental grave (ansiedade, confusão, irritação, medo, esgotamento e incapacidade) verificamos novamente, em termos gerais, o predomínio de respostas afectivas sobre as avaliativas/ cognitivas. Neste âmbito, os conceitos que sobre si fazem recair as características de maior dureza, peso e seriedade afectivos são o “esgotamento” e a “incapacidade”.

Atendendo a uma leitura dos resultados mais específica encontramos a existência de diferenças e correlações estatisticamente significativas entre a larga maioria dos conceitos e variáveis estudados, dos quais sublinhamos os seguintes:

- Entre os conceitos relacionáveis com a doença mental enquanto entidade nosográfica:

* a resposta afectiva dada ao conceito “insanidade” (sentindo-o como pesado, duro e sério) correlaciona-se positivamente com a idade e anos de actividade profissional dos nossos sujeitos. Isto é, quanto mais elevados a idade e anos de actividade, maior é o peso e potência afectivos atribuídos a este conceito;

* o conceito “alienação” desperta, entre os técnicos de enfermagem, uma resposta francamente afectiva (sentindo-o como um conceito pesado e sério). Os profissionais de serviço social são, entre as três classes profissionais aqui abrangidas, os que, a este conceito, associam características de maior leveza e fragilidade.

- Entre os conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertadas face à doença mental grave:

* os psicólogos são os técnicos que com maior clareza avaliam o conceito “medo” sob um modo cognitivo e racional, atribuindo-lhes qualidades favoráveis e positivas.

* o conceito “irritação” é de igual modo avaliado sob uma forma preponderantemente cognitiva e objectiva pelos profissionais de psicologia. Por outro

lado, temos que os enfermeiros são quem, relativamente a estes mesmos dois conceitos (“medo” e “irritação”), expressam os valores mais baixos no factor Avaliativo, tendendo, então, para uma “apreciação” de carácter mais negativo e desfavorável.

* o conceito “confusão” desperta uma atitude fundamentalmente racional e cognitiva por parte dos profissionais que não detêm qualquer tipo de formação especializada em intervenção psiquiátrica. Como tal, a este conceito são-lhe associadas qualidades de certa positividade e agradabilidade.

* os técnicos de saúde que efectivamente possuem entre 1 e 2 anos, ou mais do que 2 anos de experiência clínica com patologias mentais, são aqueles que, perante os conceitos “esgotamento” e “incapacidade”, expressam respostas de natureza mais afectiva, sentindo-os, assim, enquanto vivências inequivocamente pesadas, duras e sérias.

* semelhante resposta afectiva ao “esgotamento” é notada entre os profissionais cujo modelo pessoal de intervenção é definido como biomédico (os quais, relembramos, são todos eles profissionais de enfermagem, colocados em instituições de prestação de cuidados médicos).

- A ressonância afectiva desperta pelos conceitos “psicose” “alienação” e “insanidade” correlaciona-se positivamente com a consideração de que o paciente é sujeito activo e co – responsável pelos seus próprios processos de saúde e doença.

- Relativamente aos profissionais de saúde norte – americanos, e em traços gerais da amostra, vemos, uma vez mais, que as atitudes face ao doente psiquiátrico grave sobressaem como autoritárias, mas também benevolentes (com uma ligeiríssima superioridade destas últimas). Isto é, tal como verificado na amostra geral portuguesa, entre os sujeitos americanos sobressaem atitudes que, se por um lado, expressam a consideração da pessoa do doente mental enquanto alguém que deve ser idealmente submetido a intervenções e tratamentos coercivos, por outro lado, não deixam de igualmente transparecer uma perspectiva moral e paternalista perante quem padece de patologia psiquiátrica.

- Particularizando os dados, constatamos, novamente, que os profissionais de psicologia são quem, comparativamente aos seus colegas enfermeiros e assistentes sociais, demonstram as atitudes mais restritivas, entendendo, assim, o paciente psiquiátrico grave como um perigo para a sociedade. Neste sentido, consideram que a

restrição da liberdade deste tipo de pacientes deve ser uma medida não escusa ao seu processo de tratamento. Por contraste, os técnicos de enfermagem mostram uma visão mais positiva da doença mental grave, advogando concomitantemente a necessidade de desenvolvimento de estruturas de tratamento menos restritivas para os doentes.

- Tendo em conta o nível ou grau de formação académica dos sujeitos norte – americanos apuramos que os técnicos com grau de formação mais elevado (mestres e doutorados) apresentam valores superiores nas dimensões Restrição Social e Benevolência. Ou seja, atitudes mais restritivas e coercivas, ainda que acompanhadas por posturas moralistas e paternalistas do doente mental. A situação contrária é exposta pelos profissionais com grau académico ao nível da licenciatura: menos restritivos, mas também, menos benevolentes e protectores.

- A variável grau académico (conjuntamente com o sexo, idade, estado civil, profissão e experiência clínica com patologias mentais) assume-se como a componente mais influente na determinação dos resultados relativos às atitudes mais, ou menos restritivas.

- Os profissionais americanos que não possuem experiência clínica com patologias mentais são quem, comparativamente com os colegas que detêm este tipo de experiência, mostram os índices mais elevados ao nível da benevolência (fundando, então, uma visão do doente mental predominantemente humanista e moralista).

- O facto de possuírem ou não formação especializada ao nível da intervenção psiquiátrica, bem como o modelo conceptual teórico – prático no qual baseiam a sua intervenção, não se revelaram variáveis capazes de imprimir diferenciação nas atitudes dos técnicos de saúde americanos face à doença mental grave.

- Ambos os grupos de conceitos estudados (seis conceitos que remetem para a doença mental grave, enquanto entidade nosográfica, e seis conceitos associáveis às emoções /vivências potencialmente sentidas face à doença mental grave) faz suscitar, entre os profissionais norte – americanos, respostas de carácter fundamentalmente afectivo. Para o primeiro agrupamento de conceitos, a “insanidade” e “alienação” sobressaem como os que despertam as atitudes mais emocionais. Para o segundo agrupamento, os conceitos mais fortes em termos de resposta afectiva são os de “esgotamento” e “incapacidade”.

Partindo da análise das diferenças estatísticas, verificamos que:

- Entre os conceitos relacionáveis com a doença mental enquanto entidade nosográfica:

* os conceitos “psicose”, “insanidade” e “alucinação” suscitam por parte dos profissionais de serviço social uma atitude nitidamente objectiva e racional, associando-lhes conotações de positividade e nível de importância elevado.

* “psicose” e “insanidade” destacam-se, uma vez mais, pelo modo como os profissionais, que efectivamente detêm formação especializada na área de intervenção psiquiátrica, os avaliam sob uma perspectiva essencialmente cognitiva e objectiva.

* por contraste, a “insanidade” suscitou uma resposta primordialmente afectiva e emocional por parte dos técnicos que não possuem qualquer tipo de formação específica na área das patologias mentais. Ainda este conceito “insanidade” é recorrentemente interpretado sob uma visão cognitiva e racional pelos sujeitos cujo modelo de intervenção pessoal é precisamente o Cognitivo Comportamental.

- Entre os conceitos relacionáveis com as emoções/ vivências potencialmente despertadas face à doença mental grave:

* os técnicos de saúde que têm experiência clínica com pacientes com doença mental lêem o conceito “ansiedade” sob uma óptica racional, pensando-o de acordo com as características de certa agradabilidade e positividade.

- Na amostra de sujeitos norte – americanos é constatada a existência de correlação positiva entre atitudes autoritárias e restritivas face ao indivíduo doente mental e a resposta emocional ao conceito “alienação”.

- O modo como os conceitos “psicose” e “ansiedade” são sentidos afectivamente é tanto mais forte, quanto maior é o desejo de ver os pacientes psiquiátricos restringidos a instituições próprias e especializadas.

- O conceito “confusão” tende a ser tanto mais vivenciado emocionalmente, quanto maior é a tendência de manifestação de atitudes mais positivas perante a enfermidade mental grave.

Sob uma base comparativa de ambas as amostras de profissionais de saúde portugueses e norte – americanos:

- Os sujeitos norte – americanos evidenciam, face à pessoa com doença psiquiátrica grave, atitudes mais autoritárias do que os seus homólogos portugueses.

- No que diz respeito aos aspectos etiológicos da doença mental, os profissionais americanos reflectem a opinião de que a patologia mental é imputável ao próprio paciente (enquanto pessoa responsável e principal motor das suas opções e percursos de vida), de forma mais preponderante do que os técnicos de nacionalidade portuguesa.

- Também os profissionais norte – americanos expressam com maior predominância um bom nível de confiabilidade na qualidade e tipo de intervenção/ tratamentos psiquiátricos, comparativamente aos seus colegas portugueses.

- Relativamente ao estudo dos 12 conceitos incluídos neste trabalho notamos que: para todos os conceitos (onde foram encontrados resultados significativos a nível estatístico) e para ambas as amostras gerais, as respostas e leituras de ordem afectiva e emocional apresentaram-se invariavelmente predominantes.

Contudo, ao compararmos os resultados entre os dois grupos amostrais das duas nacionalidades verificamos que, se cada um dos conceitos (com diferenças estatísticas) tende a ser ponderado sob um modo claramente mais avaliativo/ cognitivo pelos técnicos de saúde norte – americanos, esses mesmos conceitos tendem antes a ser preferencialmente interpretados sob uma leitura afectiva e emocional por parte dos profissionais portugueses. Ou seja, se os sujeitos norte – americanos expressam uma maior tendência para a ponderação avaliativa e intelectual dos conceitos estudados, já os seus colegas portugueses fazem evidenciar respostas fundadas nos afectos e emoções.

- Pelo estudo de regressão múltipla conclui-se, na presente investigação, que a variável nacionalidade assume francas qualidades determinantes e predictoras dos resultados encontrados na Escala de Opiniões sobre a Doença Mental e Escala de Diferencial Semântico.

Genericamente , nosso estudo permite-nos igualmente concluir que o modo como os profissionais de saúde expressam as suas atitudes perante a doença psicótica e, portanto, manifestamente lidam com quem desta doença sofre, encontra-se de facto associado ou relacionado com a ressonância interna que a loucura neles suscita.

Ora, na sequência do delineamento dos principais pontos ou referências conclusivas encerramos este trabalho com algumas considerações, naturalmente indissociáveis de um necessário espaço reflexivo sobre os resultados aqui obtidos.

A doença mental grave, a psicose, é de facto uma realidade específica, particular da mente, realidade essa que confere um peculiar modo de ser e de estar. A pessoa que adoece psicoticamente preconiza um sofrimento inequívoco, capaz de se espelhar (e potencialmente psicotizar) todo o contexto relacional no qual se envolve e integra – o seu lar, a família, as instituições, os profissionais que dele cuidam.

Se o estado “mórbido”, “pernicioso” do paciente psiquiátrico grave parece tão facilmente conduzi-lo e induzi-lo numa espécie de solidão sem nome, marginal de si e do outro, quem o rodeia parece-nos não ter como não se defrontar e reagir a esta tão específica realidade. Como diria Resnik (1986), o sofrimento emocional da mente não existe de todo isolado, pelo que o rebate desta dor no outro resulta praticamente incontornável.

A nossa especial atenção recai e incide na(s) pessoa(s) que, pela via profissional, se propõe(m) cuidar do paciente psiquiátrico. Por tal, paralelamente enfatizamos a pessoa real que está por detrás do profissional, que inevitavelmente inclui as suas características únicas enquanto pessoa, e engloba os aspectos diferenciais e personalizados da sua experiência de vida. São precisamente estas qualidades últimas que tantas vezes vão além daquele que é o papel e função do técnico de saúde como agente terapêutico, ultrapassando também as suas características profissionais ou grau e formação teórico – prática. Repare-se como o nível de formação superior, o facto de possuir efectiva experiência clínica com patologias mentais e, ainda ter conhecimentos especializados nesta área, não são de todo sinónimos de atitudes positivas ou favoráveis perante a pessoa que tem doença psiquiátrica severa.

A compreensão possível do fenómeno psicótico e dos factores a ele intrínsecos não poderão ser somente intelectuais, cognitivos, mas certamente emocionais, vivenciais, uma vez decorrentes da identificação do técnico e terapeuta aos aspectos que o “invadem” e “atingem”. Nesta medida, tal como Cassorla (1999) nos sublinha, a “forma de ser”, própria do terapeuta, sabe-se facilitadora ou dificultadora do contacto com determinados pacientes, sendo que sequentemente a necessidade do prestador de cuidados cuidar da sua própria mente impõe-se como absolutamente necessária.

Deste modo, julgamos imprescindível redundar na importância da promoção e manutenção consistentes e regulares de espaço e função de suporte, a serem disponibilizados aos prestadores de cuidados em saúde mental, capazes de oferecer aos profissionais (e futuros profissionais) contextos de trabalho securizantes, pensantes e transformadores.

Hinshelwood (2004, p.11) reforça-nos a reflexão descrevendo-nos quatro “princípios” essenciais para quem trabalha, ou pretende trabalhar com pessoas com patologia psicótica:

- estes pacientes afectam realmente quem deles cuida;
- estes efeitos/ vivências são emocionalmente desconfortáveis;
- estes efeitos / vivências poderão ser inconscientemente comunicados;
- o uso que o terapeuta pode fazer dos derivados da sua

contratransferência sobressai como instrumento privilegiado no trabalho com pacientes psicóticos.

Daqui não poderemos, naturalmente, deixar de fazer sobressair as potenciais implicações destes pressupostos no âmbito da formação académica e treino profissional dos técnicos de saúde mental. A estrutura, organização e qualidades relacionais dos tratamentos psiquiátricos não se acham seguramente alheios a todas estas componentes.

A acrescentar a estas considerações, e porque a intervenção em psicopatologia não pode realisticamente ignorar o quadro relacional que às atitudes de raiz social e cultural se encontra subjectivamente vinculado, não poderemos deixar de fazer a devida menção a uma das mais importantes variáveis aqui incluídas: a variável nacionalidade.

As diferenciações de posturas e atitudes dos profissionais consoante o seu país de origem resultaram, neste estudo, razoavelmente reforçadas. Não poderemos, contudo, deixar de notar que, se os sujeitos da amostra portuguesa tiveram proveniência de várias instituições de ensino superior de cidades igualmente diversas, os profissionais do grupo amostral norte – americano advieram todos eles de apenas uma única instituição, a Mayo Clinic de Rochester, Minnesota. As suas especiais características de funcionamento e filosofia de intervenção, associadas a metodologias de ponta, fazem-nos ponderar sobre a possibilidade das atitudes e opiniões dos seus profissionais (sujeitos da nossa amostra) perante a temática por nós proposta, expressarem particularidades não facilmente generalizáveis para a população geral de técnicos de saúde americanos.

Não obstante, assumimos aqui como primordial princípio do presente trabalho, o favorecimento de um espaço de reflexão dinâmico sobre a complexidade dos processos psicológicos que envolvem actualmente, não apenas o efectivo trabalho de intervenção profissional de quem cuida de pacientes tão difíceis como os psicóticos, mas também o próprio percurso e preparação técnicas (curriculares e práticas) desta classe de

profissionais, que seguramente estão sujeitos a uma actividade tão frequentemente sentida como insalubre.

É neste preciso contexto que não podemos encerrar o presente trabalho sem nos interrogarmos sobre a “qualidade” do conceito de doença mental – loucura – que, entre os sujeitos do nosso estudo, parece querer fazer-se adivinhar.

Julgamos incontestáveis os inúmeros avanços que desde há cerca de um século se têm alcançado e apurado no meio da intervenção psiquiátrica. Os progressos terapêuticos grandemente inaugurados por Pinel, seguidos no tempo pela profunda revolução farmacológica e a notável criação e evolução psicanalítica (enquanto “ferramenta” preciosa, proporcionadora do entendimento e comunicação com o doente psicótico) sobressaem como componentes estruturais de um trajecto sem dúvida profícuo.

No entanto, parece-nos que permanece, ou de algum modo está restaurada, uma questão extraordinariamente delicada: a leitura íntima da loucura, ou seja, o eco interno desta doença que parece continuar a fermentar o estigma, a rejeição e segregação. Sendo que tal impregnação, para além de não se encontrar exclusiva ao nosso país, está sem dúvida presente entre as pessoas profissionais que do doente mental se propõem cuidar. Como que nos mostrando que a subsistência de uma qualquer espécie de “racismo” perante o louco pode ser independente do conhecimento e formação científicas, ou pelo menos assumir parca influência sobre a leitura fantasmática da loucura.

A ser assim, a tónica fundamental está colocada nos aspectos internos do sujeito que, à revelia de toda a prossecução e evolução externa, teimam em se manter pouco alterados. A externalidade desta temática, seriamente representada pelos importantes factores culturais, sociais, políticos e científicos – enquanto elementos potencialmente facilitadores do pensamento e posturas reais e simbólicas – poderia hipoteticamente ser explorada mediante uma questão longitudinal (com a qual fechamos este trabalho): Que resultados teriam sido alcançados se este estudo tivesse sido realizado há décadas atrás?

Que diferenciações teriam sido encontradas?

Referências Bibliográficas

- Abdelmalek, A.; Gerard, J. (1999). *Ciências Humanas e Cuidados de Saúde – Manual dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Alanen, Yrjo O. (1997). *Schizophrenia – Its Origins and Need – Adapted Treatment*. London: Karnac Books.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes, in: C. Murchinson (Ed), *Handbook of Social Psychology*. Worcester Mass.: Clark University Press
- Amaral Dias, C. (1983). *Espaço e Relação Terapêutica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Amaral Dias, C. & Monteiro, J. S. (1989). *Já posso imaginar que faço*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Amaral Dias, C. (1988). *Para uma Psicanálise da Relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. (1995). *(A) Re – Pensar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. & Fleming, M. (1998). *A Psicanálise em Tempo de Mudança – Contribuições teóricas a partir de Bion*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. (2000). *Freud para além de Freud*. Lisboa: Fim de Século.
- Amaral Dias, C. (2003). *Modelos de Interpretação em Psicanálise*. Coimbra: Almedina.
- Amaral Dias, C. (2004). *Costurando as linhas da psicopatologia Borderland (Estados Limite)*. Lisboa: Climepsi.
- Antonak, R. F, & Livneh H. (1988). Measurement of Attitudes toward People with Disabilities. *Methods, Psychometrics and Scale*. Springfield.
- Aubry, T. D.; Tefft, B. & Currie, R. F. (1995). Public Attitudes and Intentions Regarding Tenants of Community Mental Health Residences who are Neighbours. *Community Mental Health Journal*, 31, nº 1, February.
- Austin, J.; Champion V. L. & Tzeng O. C. (1989). Cross-cultural relationships between self-concept and body image in high school age boys. *Archives of Psychiatric Nursing*, III, nº 4 (August), 234 – 240.
- Autor desc. (1985). Rumos da Psiquiatria Portuguesa nos últimos 50 anos – Algumas Notas sobre o Contexto Histórico, as Instituições e os Homens que os Conduziram. *Anais Portugueses de Saúde Mental*, Ano I, Vol. I. Texto lido na sessão de abertura das comemorações do XV aniversário do Dispensário e

Centro de Saúde Mental de Setúbal, e a coincidir com 40º ano do fim da Segunda Guerra Mundial.

- Azevedo e Silva (1981a). Violência e Hospital Psiquiátrico. Algumas Reflexões. In *Psicologia*, 4, II, 375 – 380.
- Badaracco, J. G. (1985). La Identificación y sus Vicissitudes en la Psicosis. La importância del Concepto de “Objecto Enloquecedor”. *Revista Latino Americana de Psicoanálisis*, 1, 207 – 217.
- Bamberg, M. (1997). Culture, Words and Understanding. *Culture and Psychology*, 3(2): 183 – 194.
- Barahona Fernandes, H. J. (1971). Actualidade da saúde Mental. *Saúde Mental Hoje*, 9, III, 5 – 23. Lisboa: D. Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Barahona Fernandes, H. J. (1984). A Psiquiatria em Portugal. In H. Barahona F. *Um Século da Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche Farm. Q.
- Bastide, R. (1950). *Sociologie et Psychanalyse*. Paris : PUF.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des Maladies Mentales*. Paris: Flammarion.
- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Science*.
- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J. & Weakland, J. (1962). A note on the double – bind. In *Double – Bind, The foundation of the Communicational Approach to the Family*. S. Ransom, Grune & Stratton (Eds) (1976).
- Bateson, G. (1978). The birth of matrix of double – bind and epistemology. In *Beyond the Double – Bind*. Milton M Berger (Eds) New York. Brunner & Mazel.
- Bercherie, P. (1981). Os clássicos franceses. *Análise psicológica*, 3(1), 405 – 422.
- Bercherie, P. (1981). A corrente psicodinâmica alemã. *Análise Psicológica*, 3(1), 423 – 440.
- Belleli, G. (1994). *L’Altra Malattia: come la società pensa la malattia mentale*. Napoli: Liguori Editori.
- Bernardi, B. L. (2002). Contratransferência: Uma perspectiva a partir da América latina. *Livro Anual de Psicanálise*, XVI, 215 – 234.
- Bentall, Richard, P. (2003). *Madness Explained – Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Press.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoria Geral dos Sistemas*. Editora Vozes (1977).

- Bhana, K. & Bhana, A. (1985). Relationship Between Study in Psychology and Conceptualization of Mental Illness. *Psychological Reports*, 57, 652.
- Bion, W. (1954). Notes on the Theory of Schizophrenia. In *Second Thoughts*, (1967), London: Heineman.
- Bion, W. (1956). Development of Schizophrenia Thought. In *Second Thoughts*, (1967), London: Heineman,
- Bion, W. (1958). On Hallucination. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 5.
- Bion, W. (1962). *Learning From Experience*. London: Heineman.
- Bion, W. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. London: Heineman (1967).
- Bion, W. (1974). *Brazilian Lectures, II*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Bion, W. (1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Billig, Michael (1991). *Ideology and Opinions*. London: Sage Publications.
- Bleandonu, G. (1990). *Wilfred Bion: 1897 – 1979, A vida e a Obra*. Rio de Janeiro: (1993).
- Bleichmar, N. & Bleichmar, C. (1992). *A Psicanálise depois de Freud – Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boehnlein, J. K. (1995). Comments on “Residents Perceptions of Transcultural Psychiatric Practice. *Community Mental Health Journal*, 31, 1, Fev, 87 – 89.
- Bornstein, M. H. (2002). Toward a Multiculture, Multiage, Multimethod Science. *Human Development*, 45, 257 – 263.
- Bowen, M. (1978). Il processo di poiezione d’immaturità nella formazione di un sistema schizofrenico. *Terapia Familiare*.
- Bowers, M. B. (1974). *Retreat from Sanity*. Baltimore: Penguin Books.
- Brockington, I. F.; Hall, P.; Levings, J. & Murphy, C. (1993). The Community’s Tolerance of the Mentally Ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93 – 99.
- Brown, G.; Birley, J.; Wing, J. (1972) Influence of familiy life on the course of schizophrenic disorders: a replication, *B. Rit. Journal*, 121, 245 – 258.
- Buckley, P. (1988). *Essential Papers on Psychosis*. New York: University Press.
- Byrne, B. & Campbell T. L. (1999). Cross Cultural Comparisons and The Pressumption of Equivalent Measurement and Theoretical Structure. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 30, 5, Sep., 555 – 576.

- Cabral, A.; Pauluca, O. (1989). Psicoanálisis y salud Mental – Intersección Contingente ou Necesaria? *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XLVI, 6, Nov., Dec., 981 – 986.
- Candeias, A. M. (1996). Contributos para a clarificação do conceito de atitude, *Psychologica*. 16, 63 – 82.
- Canter, F. M. (1963). The Relationship Between Authoritarian Attitudes, Attitudes Toward Mental Patients and Effectiveness of Clinical Work With Mental Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 124 – 127.
- Caplan, G. (1964). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, Rio de Janeiro: Zahar (1980).
- Carpenter, W. T.; McGlashan, T. H. & Strauss J. S. (1977). Treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry*, 134, 14 – 21.
- Carpenter, W. T.; Heinrichs D. W. & Hanlon T. E, (1987). A comparative trial of pharmacological strategies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*: 144, 1466 – 1470.
- Carvalho, C. F. (2000). Acerca das Estórias da História da Psicologia. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 221 – 224.
- Cassorla, R. (1999, Junho). *Psicanálise e Surto Psicótico: Considerações sobre Aspectos Técnicos*. Comunicação no II Encontro Latino-Americano sobre Patologias Graves – SBPRJ.
- Charles, D. & Bennet, S. In J. Howells (1975), *World History of Psychiatry*, New York: Brunner & Mazel Publishers.
- Cheng, H. & Page, R. (1995a). A Comparison of Chinese (in Taiwan) and American Perspectives of Love, Guilt and Anger. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 210 – 219.
- Cheng, H.; O'Leary, E. & Page, R. (1995b). A Cross – Cultural Comparison of the Worldviews of American, Chinese (from Taiwan) and Irish Graduate Counseling Students and Implications for Counseling. *Counseling and Values*, 40, 45 – 54.
- Coderch, J. (1995). *La Interpretación en Psicoanálisis, Fundamentos y Teoría de la Técnica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Coderch, J. (2001). *La Relación Paciente – Terapeuta, El Campo del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- Cohen J. & Struening. E. L. (1962). Opinions About Mental Illness In The Personnel of Two Large Mental Hospitals. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 64, 5, 349 – 360.

- Cohen J. & Struening, E. L. (1963). Opinions About Mental Illness: Mental Hospital Occupational Profiles and Profile Clusters. *Psychological Reports*, 12, 111 – 124.
- Cohen J. & Struening, E. L. (1965). Opinions About Mental Illness: Hospital Differences in Attitude for Eight Occupational Groups. *Psychological Reports*, 17, 25 – 26.
- Cohen, N. L. (1990). Stigma is in the eye of the beholder: A Hospital Outreach Program for Treating Homeless Mentally Ill People. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 255 – 258.
- Coimbra de Matos, M. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Analítica*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, J. O. & Davis, J. M. (1969). Antipsychotic Drugs. In L. Bellack & L. Loeb (Eds), *The Schizophrenic Syndrome* (pp 478 – 568), New York: Grune & Stratton.
- Costa, J. A. & Melo, A. S. (1994). *Dicionário da Língua Portuguesa*, 7ª Edição, Porto: Porto Editora.
- Costin, F. & Kerr, W. (1962). The Effects of na Abnormal Psychology Course on Student's Attitudes Toward Mental Illness. *Journal of Educational Psychology*, 53, 214 – 218.
- Cumming, E. & Cumming, J. (1957). Closed Ranks. In J . Cohen & E. Struening (1962). Opinion's About Mental Illness in the Personeel of Two Large Mental Hospitals, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 5, 349 – 360.
- Cuomo, D. & Ronacher, A. (1998). *Attitudes among College Studentes Towards Mental Illness*, Consultado em Maio de 2002 através de http://www.drury.edu/ess/irconf/paper 98/dcuomo_aronacher.html.
- Damon, W. (1981). *Social Cognitive Development*. Cambridge: University Press.
- De Rosa, A. (1994). La Società eil malato Mentale: Opinioni, Atteggiamenti, Stigmatizzazione e Pregiudizzi. In G. Belleli (1994), *L'Altra Malattia : come la società pensa la malattia mentale*. Napoli : Liguori Ed.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse Complementariste*. Paris: Flammarion.
- Dias, Cecília M. H. (2000). *Atitudes de técnicos superiores de reeducação e técnicos de reinserção social dos serviços prisionais perante a pessoa toxicodependente*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Diesfeld, K. (1994). Mental Health Law: innovations in education and representation. *Disability and Society*, 9, 3, 359 – 377.

- Dincin, J. (1993). Ending Stigma and Discrimination begins at Home. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 309.
- Dixon, C., R. (1967). Courses in Psychology and Students Attitudes Toward Mental Illness. *Psychological Reports*, 20, 50.
- Doane, J.; Fallon, I. & Goldstein, M. (1985). Parental Affective Style and the Treatment of Schizophrenia. *Archives Gen. Psychiatry*, 42, 34 – 42.
- Doise, W. (1984). Les Relations entre Groupes. In S. Moscovici, *Psychologie Sociale*, PUF : Paris.
- Doise, W. (1989). Constructivism in Social Psychology. *European Journal of Social Psychology*, 19, 389 – 400.
- Durham, W. (1991). *Co evolution – Genes, Culture and Human Diversity*, Stanford: Standford University Press.
- Edwards, C., P. (2002). Evolving Questions and Comparative Perspectives in Cultural/ Historical Research. *Human Development*, 45, 307 – 311.
- Eisenman, R. (1972). Creativity in Student Nurses and Their Attitudes Toward Mental Illness and Psychical Disability. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 218 – 219.
- Esnard, C. (1998). The social representations of mental disability in medico – social professionals. *European Journal of Mental Disability*, 5, 19, 10 – 24.
- Esteves, A. (1988). Hospitais Psiquiátricos. Criação, Evolução e Actualidade. *Revista de Psiquiatria*, 4, I, 203 – 211. Lisboa: Hopital Júlio de Matos.
- Eker, D. (1988). University Student's Toward Mental Patients in a Developing Country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 264 – 266.
- Fabrega, H. (1993). A cultural analysis of human behavioral breakdowns: an approach to the ontology and epistemology of psychiatric phenomena. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 99 – 132.
- Fairbairn, R. (1952). *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*, Lisboa: Vega (2000).
- Fallon, I.; Boyd, J.; Mc Gill, C. et al (1985). Family Management in the Prevention Of Morbidity of Schizophrenia. Clinical Outcome of a Two Year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887 – 896.
- Fan, C. (1999). A Comparison of attitudes Towards Mental Illness and Knowledge of mental Health Services Between Australian and Asian Students, *Community Mental Health Journal*, 35, 1.
- Ferreira, G. (1987). Evolução das Instituições Psiquiátricas e Cuidados de Saúde Mental em Portugal. *Saúde Mental Hoje*, I, Dez, 3 – 8, Lisboa: D. Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

- Figueira, G. (1990). *Do Hospital à Comunidade: Que Mudança?* Comunicação apresentada no Encontro Comunitário de Psiquiatria e Saúde Mental dos Concelhos de Loures, Mafra. Lisboa: Hospital Júlio de Matos.
- Foster, J. (2001). Unification and Differentiation: A Study of the Social Representations of Mental Illness, *Papers on Social Representations*, 10, 3.1 – 3.18. Consultado em Fevereiro de 2002 através de <http://www.swp.uni-linz.ac.at/psr.htm>.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. S. Paulo: Editora Perspectiva (1997).
- Frankl, G. (2003). *Os Fundamentos da Moralidade, Uma Investigação da Origem e Finalidade dos Conceitos Morais*. Lisboa: Bizâncio.
- Freeman, H. & Kassebaum, G. (1960). Relationships of education and Knowledge to Opinion's about Mental Illness. *Mental Hygiene*, 44, 43 – 47.
- Freud, S. (1910). *The Future Prospects of Psycho – Analytic Therapy*. Standard Edition, 11.
- Freud, S. (1911). *Psychoanalytical Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia*. Standard Edition, 12.
- Freud, S. (1922). *Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality*. Standard Edition, 18.
- Freud, S. (1923). *The Ego and The Id*. Standard Edition, 19.
- Freud, S. (1924). *The Loss of reality in Neurosis and Psychosis*. Standard Edition, 19.
- Freud, S. (1940). *An Outline of Psychoanalysis*. Standard Edition, 23.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*. Porto: Ed. Salesianas.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria – Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento
- Georgieff, Nicolas (1998). *A Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gilson, S., F. & Depoy, E. (2000), Multiculturalism and Disability: a critical prespective, *Disability and Society*, 15, 2, 207- 218.
- Goddard, C. (1997). Contrastive Semantics and Cultural Psychology: “Surprise” in Malay and English. *Culture and Psychology*, 3 (2), 153 – 181.
- Goldstein, M. (1985). Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the result of a fifteen year prospective longitudinal study. *Acta P. Scand.*, 71, 7 – 18.

- Gonçalves, O. & Machado, P. (1987). A Terapia como co – construção: das metáforas do cliente às metáforas do terapeuta. *Jornal e Psicologia*, 6, 2, 14 – 20.
- Gonçalves, O. F. (1990). *Terapia Comportamental: Modelos Teóricos e Manuais Terapêuticos*. Porto: Ed. Jornal de Psicologia.
- Graham, G. (1968). Effects of Introductory and Abnormal Psychology Courses on Student's Toward Mental Illness. *Psychological Reports*, 22, 448.
- Greenwald, A. G. (1968). On defining attitude and attitude theory. In A. G. Greenwald & T. C. Brook (Eds). *Psychological Foundations of Attitudes*. New York & London: Academic Press.
- Grinberg, L. (1957). Perturbaciones en la interpretación motivadas por la contraidentificación proyectiva. *Revista de Psicoanálisis*, 14, 23 – 28.
- Grinberg, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 43.
- Grinberg, L. (1973). *Introdução às Ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Grinberg, L. (1985) *Teoria de la Identificación*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Grinberg, L. (1990). *The Goals of Psychoanalysis, Identification, Identity and Supervision*. London: Karnac Books.
- Grinberg, L.; Grinberg R. (1998). *Identidade e Mudança*. Lisboa: Climepsi.
- Grotstein, J. S. (1977), The psychoanalytic concept of schizophrenia: I. The dilemma, *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 403.
- Grotstein, J. S. (1977). The psychoanalytic concept of schizophrenia: II. The reconciliation. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 427.
- Guimón, J.; Fischer, W. & Sartorius, N. (1999). *The Image of Madness – The public facing mental illness and psychiatry treatment*. Switzerland: Karger.
- Hall, P.; Brockington, I. F.; Levings, J. & Murphy, C. (1993). A Comparison of Responses to the Mentally Ill in Two Communities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 99 – 108.
- Hartman, H. (1958). *The Ego and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press.
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*. 31, 81 – 84.
- Hermet, M. C. (1981). O Open-Door ou os Asilos de Portas Abertas na Grã-Bretanha e em França. *Análise Psicológica*, 3 (1), 447 – 456.

- Herzlich C. & Pierret J. (1980). *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'hui*. Payot : Paris.
- Hewstone, M. & Moscovici, S. (1984). De la science au sens commun. In, S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hinshelwood, R. D. (1994). Integrity of the person and the day hospital: evidence from a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*, 15, 29 – 38.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering Insanity, Psychoanalytic Essays on Psychosis*. Great Britain: Brunner – Routledge.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York: Willey.
- Howells, J. (1975). *World History of Psychiatry*. New York: Brunner & Mazel Publishers.
- Hurme, H. (1997). Psychological Concepts, their Producers and Consumers, *Culture and Psychology*, 3(2), 153 – 181.
- Imbasciati, A. (2003). *Nascimento e a Construção da Mente*. Lisboa: Climepsi.
- Jilek, W. G. (2001). *Cultural factors in psychiatry disorders*. Paper presented at the 26th Congress of the World Federation for Mental Health. Consultado em Fevereiro de 2002 através de <http://www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html>.
- Jodelet, D. (1989). *Les Representations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Johannsen, W. J. (1969). Attitudes Toward Mental Patients – a review of empirical research. *Mental Hygiene*, 53, 2, April.
- Jovchelovitch, S. (1997). Peripheal communities and the transformation of social representations: queries on power and recognition. *Social Psychological Review*, 1(1), 16 – 26.
- Kagitcibasi, C.; Poortinga, Y. H. (2000). Cross – Cultural Psychology: Issues and Overarching Themes. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 31, 1, 129 – 147.
- Kalter, N. & Marsden, G. (1977). Children's Understanding of their Emotional Disturbed Peers. II. Etiological Factors. *Psychiatry*, 40 (1), 48 – 54.
- Kashima, Y. (2000). Conceptions of Culture and Person for Psychology. *Journal Of Cross – Cultural Psychology*, 31, 1, 14 – 32.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1984). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Katz, M; Maersella, A. et al (1988). On the expression of psychosis in different cultures: schizophrenia in an Indian and a Nigerian community. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 331 – 355.
- Keller, H.; Greenfield, P. (2000). History and Future of Development in Cross Cultural Psychology. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 31, 1, Jan., 52 - 62.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In M. Klein; P. Heimann; S. Isaacs & J. Rivière, *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press (1952).
- Kleinman, A. & Cohen, A. (1997). Psychiatry's Global Challenge – An evolving crisis in the developing world signals the need for a better understanding of the links between culture and mental disorders. *Scientific American*, 276, 3, March.
- Krech, D.; Crutchfield, R. S. & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in Society*. New York: McGraw Hill.
- Laing, R. D. (1969). *Self and Others*. London: Tavistock Publications.
- Lane, S. T. (1973). Semantic Differential Scales for Portuguese Speakers in Brazil, *International Journal of Psychology*. 8, 2, 147 – 152.
- Lansky, M. (1981). *Major Psychopathology and Family Therapy*. New York: Grune & Statton.
- Leff, J. (2000). *Cuidados na Comunidade – Ilusão ou Realidade?*, Lisboa: Climepsi.
- Leigh, D.; Pare, C. M. & Marks, J. (Eds.) (1977). *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria*. Lisboa: Roche lab.
- Leighton, A. H. (1982). *Caring for Mentally Ill People. Psychological and Social Barriers in Historical Context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levere, J.; Newman, F. & Jefferies, J. (1989). Focal family Therapy Outcome Study. I. Patient and family Functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 14, 641 – 647.
- Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic Books.
- Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. In J. Vala Monteiro (Ed.), *Psicologia Social*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 167 – 200.
- Little, T. (2000). On the Comparability of Constructs in Cross Cultural Research: a critique of Cheung & Rensvold. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 31, 2, March, 213 – 219.
- Looby, J.; Gerard, P. & Page, R. (s.d.) *Perceptions of Self among University Students in Two Cultures: The United States and The United States Virgin Islands*. Athens: University of Georgia.

- Lucas, R. (1999). Making Sense of Psychosis: Applying Analytic Theory to Clinical Practice in the Health Service Setting, *Institute of Psychoanalysis*. London.
- Lucas, R. (2003). Psychoanalytic Controversies – the relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 3 – 15.
- Luzes, P. (Org.) (2002). *Cem Anos de Psicanálise*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Luzes, P. (2004). *Do Pensamento à Emoção – Perspectivas Psicanalíticas*. Lisboa: Fenda.
- Mahatane, J. & Johnston, M. (1989). Unrealistic Optimism and Attitudes Towards Mental Health. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 181 – 182.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes. The Scientific Foundations of Psychotherapy*. USA: Basic Books.
- Manis, J. G.; Hunt, C. L.; Brawern M. J. & Kercher, L. C. (1965), Public and Psychiatric Conceptions of Mental Illness. *Journal Of Health and Human Behavior*, 6, 48 – 55.
- Mannoni, M. (1970). *O Psiquiatra, o seu “Louco” e a Psicanálise*. Porto: Edições Afrontamento.
- Manoleas, P.; Organista, K.; Velasquez, G. & McCormick, K. (2000). Characteristics of latino Mental health Clinicians: A Preliminary Examination. *Community Mental Health Journal*, 36, 4, August.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Mason, B. & Sawyerr, A. (2002). *Exploring the Unsaid, Creativity, Risks and Dilemmas in Working Cross – Culturally*. London: Karnac.
- Matos, M. (2002). Contratransferência y Contraidentificación proyectiva en los procesos de transformación. *Anuário Ibérico de Psicoanálisis*, VII – Interpretación y Cambio Psíquico, 137 – 155.
- Matos, M. (2004). *A emergência das representações na contra – transferência como factor de transformação no processo analítico*. Provas para Psicanalista Titular na Sociedade Portuguesa de Psicanálise. (Não publicado).
- McGuire, W. J. (1969). The Nature of Attitude Change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds). *Handbook of Social Psychology*. Rending Addison – Wesley.
- McGurk, H. (1978). *Issues in Childhood Social Development*. London: Methuen.

- Melo, M. S. & Ferreira, G. (1981). A Psiquiatria Comunitária na Evolução Histórica da Psiquiatria. *Análise Psicológica*, 3(1), 357 – 263.
- Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other works – Collected Papers of Donald Meltzer*. London: Karnac.
- Meltzer, D. (1998). *The Kleinian Development*. London: Karnac.
- Menninger, W. (1989). The Chronically Mentally Ill. In H. Kaplan & B. Saddock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (5º ed.), Vol.2, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Menninger, Karl (1953). The Contribution of Psychoanalysis to American Psychiatry. In B. Hall (Eds). *A Psychiatrist's world: the selected papers of Karl Menninger*, New York: Viking (1959).
- Menzies, I. (1988). *Containing Anxiety in Institutions*. London: Free Association Books.
- Milheiro, J. (1983). Sobre a Psicanálise nas Psicoses. *Análise Psicológica*, 4(III), 445 – 452.
- Milheiro, J. (1987). Psiquiatria na Comunidade. *Saúde Mental Hoje*, 1(I), Dez, 27 – 30, Lisboa: D. Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Milheiro, J. (2000). *Loucos são os Outros*. Porto: Fim de Século.
- Milheiro, J. (2003). *Adão e Eva no Deserto... um olhar psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Mijolla, A. & Mijolla – Mellor, S. (2002). *Psicanálise*, Lisboa: Climepsi..
- Minkoff, K. (1987). Resistance of mental health professionals to working with the chronic mentally ill. In A. T. Meyerson (Ed), *Barriers to treating the chronic mentally ill* (3 – 20). New Directions in Mental Helth Services, 33, San Francisco, CA: Jossey – Bass.
- Mirin, S. & Namerrow, A. (1991). Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1007 – 1013.
- Modell, A. H. (1993). *The Private Self*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Modell, A. H. (2001). O Eu privado e a Teoria Relacional. In E. Shapiro (Org.) *O Mundo Interno no Mundo Externo*, Lisboa: Climepsi.
- Morant, N. J. (1998). The social representations of mentally ill – health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information*, 37 (4), 663 – 685.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. (2ª Ed) PUF : Paris.
- Moscovici, S. (1963). Attitudes and Opinions. *Annual Review of Psychology*, 231 – 260.

- Moscovici, S. (1981). On Social Representations. In J. P. Forges (Eds.) *Social Cognition. Perspectives in everyday life*. London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1984). The myth of the lonely paradigm: a rejoinder. *Social Research*, 51, 939 – 67.
- Munné, F. (1989). *Entre el Individuo y la Sociedad – marcos y teorías actuales sobre el comportamiento inter personal*. Barcelona: PPU.
- Murray, M. G. & Steffen, J. J. (1999). Attitudes Of Case managers Toward People with Serious Mental Illness, *Community Mental Health Journal*, 35, 6, December.
- Nathan, T. (1986). *La Folie des Autres*. Paris: Durod.
- Neto, Felix, F. M. (1997). *Estudos de Psicologia Intercultural*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, JNICT.
- Novak, D. W. (1974). Children's reactions to emotional disturbance in imaginary peers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 462.
- Nunnally, J. (1961). *Popular Conceptions of Mental Health: their development and change*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ogden, T. H. (1992). *The matrix of the mind – object relations and the psychoanalytic dialogue*. London: Karnac.
- Oliveira, J. A. (1989). *Da Inovação à Instituição e da Instituição à Inovação. Viagem de Ida e Volta através da Psicose*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.
- Oliveira, R. A.; Paixão, R.; Page, R.; Carlton, J. & Uwah, C. (2003). Percepções de Estudantes sobre Psicoterapia, Psicoterapeutas e Psicoterapia de Grupo em dois países: Portugal e Estados Unidos da América. *Interacções*, 5, Out.
- Oliveira, S. P. S. (1999). *Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia – considerações psicodinâmicas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, S. P. S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interacções*, 3, Out.
- Osgood, C. E. (1964). Semantic Differential Technique in the Comparative Study of Cultures. *American Anthropologist*, 66, 171 – 200.
- Osgood, C. E.; Suci, G. J. & Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana: University of Illinois Press.

- Osgood, C., E.; Suci, G., J. & Tannenbaum, P. H. (1971). The Logic of Semantic Differentiation. In S. Saporta & J. R. Bastian (Eds) *Psycholinguistics. A book of readings*. New York: Holt, Reinhart & Winston.
- Outeiral, J. & Godoy, L. (2003). *Desamparo e Trauma – Transferência e Contratransferência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Paez, D., Pinilla & Itza (1983). Psicosociologia de las enfermedades mentales: representaciones sociales e interacciones en los módulos de Vizcaya. In Osasunketa, *Sociologia de la Salud*, Vitoria: Public. Del Gobierno Vasco.
- Paez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Page, R. & Berkow, D. N. (1991). Concepts of the self: western and Eastern Perspective. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 19, 83 – 93.
- Page, R. & Cheng, H. (1992). A Preliminary Investigation of Chinese and American Perceptions of the Self. *Psychologie*, 35, 25 – 20.
- Page, R. ; Paixão, R. & Oliveira, R. (1998). Estudo Factorial do Método de Diferenças Semânticas numa População Portuguesa. *Psychologica*, 20, 15 – 26.
- Paixão, R. (2002a). *Tendências Doutrinárias em Psicopatologia*. Textos de Apoio à cadeira Psicopatologia Infantil e Juvenil da Licenciatura de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Paixão, R. (2002b). *Atitude: uma revisão do conceito*, Textos de Apoio à cadeira Psicopatologia Infantil e Juvenil da Licenciatura de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pallazoli, M. S. (1978). *Paradoxe et Contre – Paradoxe*. Paris: ESF.
- Pereira, F. (1981). Da Psicocracia à História. *Análise Psicológica*, 3(1): 301 – 309.
- Pereira, F. (1981). Mendigos, Marginais e Loucos – Visões Aristocráticas, Visões Burguesas. *Análise Psicológica*, 3(1), 365- 385.
- Pereira, F. & Scharff, D. (2002). *Fairbairn and Relational Theory*. London: Karnac..
- Pereira, S. R. (1993). *A Reabilitação dos Doentes Mentais de Evolução Prolongada*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Perron, R. (s.d.) *História da Psicanálise*, Porto: Res Editora.

- Piaget, J. (1970). *Psychologie et Pédagogie*. Paris: Ed. Denoel.
- Piaget, J. (1979). *I meccanismi percettivi*. Florença: Giunti Barbelra.
- Pitt, S. (1997). *Values and the Nature of Mental Illness*. Consultado em 18 de Junho de 2003 através de (<http://www.franziska.ukgateway.net/concepts.htm>).
- Pratt, J. et al (1980). Sobre el contexto social del enfermar. In M. Kenny & De Miguel. *La Antropología Médica en Espana*. Barcelona: Anagrama.
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions About Mental Illness: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 77, 3.
- Rabkin, J. G. (1975). The Role of Attitudes Toward Mental Illness in Evaluation of The Mental Health Programs. In: M. Guttentag & E. L. Struening (Eds), *Handbook of Evaluation Research*, 2, 431 – 481, Beverly Hill: Sage Publications.
- Rabkin, J. G. (1979). Who is Called Mentally Ill: Public and Professional Views, *Journal of Community Psychology*, 7, 353 – 258.
- Racker, H. (1949). *Estudos sobre a Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi (1998).
- Ramsey, G. V. & Seipp, M. (1948). Attitudes and opinions concerning mental illness, *Psychiatry Quartely*, 22, 428 – 444.
- Rapaport, M. et al. (1978). Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated? *International Journal of Pharmacopsychiatry*, 13, 100 – 111.
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates – a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Rivière, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 304 – 320.
- Reiss, D.(1970). Varieties of Consensual Experience I. A Theory for Relating Family Interaction to Individual Thinking. *Family Process*, 10, 1- 28.
- Resnik, S. (1986). *La Experiencia Psicótica*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Rogers, C. R. (1961). The Process Equation of Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 27 – 45.
- Rogers, C. R. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with the schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1967). *Person to Person*. Lafayette: Real People Press.

- Rogers, C. R. (1974). *A terapia centrada no cliente*. Lisboa: Moraes Editores (1951).
- Rosenberg M. & Hovland C. (1960). Cognitive, Affective and Behavioral Component of Attitudes. In C. Hovland & M. Rosenberg. *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Component*. N. Haven: Yale University Press.
- Rosenfeld, H. A. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 332 – 337.
- Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- Rosnay, J. (1977). *O Macroscópio*. Lisboa: Arcádia.
- Rosseau, C.; Perreault, M. & Leichner, P. (1995). Resident's Perceptions os Transcultural Psychiatric Practice. *Community Mental Health Journal*, 31,1, Feb, 73 – 85.
- Rossler, W.; Salize H. & Trunk V. B. (1996). Die Einstellung von Medizinstudenten gegenüber psychisch. Kranken, Nervenartz: 67: 757 – 764. In J. Guímon,; W. Fischer; N. Sartorius (1999). *The Image of Madness*. Switzerland: Kareger.
- Sampaio, D.; Oliveira, A.; Vinagre, M. G. et al (2000). Representações Sociais do Suicídio em Estudantes do Ensino Secundário. *Análise Psicológica*, (2000), 2(XVIII), 139 – 155.
- Sampaio, D. (1985). *Tentativas de Suicídio na Adolescência: Interpretação Sistémica e redefinição de Estratégias Terapêuticas*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Santos, N. (1993). Esquizofrenia e Família – alguns aspectos de análise e intervenção terapêutica. *Psicologia*, IX, 1, 41 – 49.
- Sarason, S.B. (1988). *The making of na american psychologist: An autobiography*. San Francisco: Jossey Bass.
- Scheeffeffer, R. (1983). *Teorias de Aconselhamento*: São Paulo: Atlas.
- Schneider, K. (1968). *Psicopatologia Clínica*. S. Paulo: Ed. Mestre Jou.
- Searles, H. F. (1986). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*: London: Manesfield Library.
- Segal, H (1972). A delusional system as a defence against the re – emergence of a catastrophic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 393 – 401.

- Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.
- Shakespeare, T. (1994). Cultural representation of disabled people: dustbins for disavowal?. *Disability and Society*, 9, nº 3.
- Shapiro, E. R. (2001). *O Mundo Interno no Mundo Externo*. Lisboa: Climepsi.
- Shaw, M. E. & Wright, J. M. (1967). *Scales for the Measurement of Attitudes*, New York: McGraw – Hill Book Company.
- Shi – Xu, (1995). Cultural Perceptions: exploiting the unexpected of the other, *Culture and Psychology*, 1, 315 – 342.
- Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria – da era do manicómio à idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, J. A. (1981). Ensaio sobre um processo histórico da Psiquiatria. *Análise Psicológica*, 3 (1), 327 – 339.
- Singelis, T. M. (2000). Some thoughts on the future of cross – cultural social psychology. *Journal of cross – cultural Psychology*, 31, nº2, Jan.
- Smedslund, J. (1998). Social Representations and Psychologic, *Culture and Psychology*, 4(4), 435 – 454.
- Sousa, Bráulio, A. (1989). Sur la Dernière décennie de la Psychiatrie Portugaise, *Anais Portugueses de Saúde Mental*, Ano V, 5.
- Spadone, Ch. (1995). *La Maladie Mentale, Recherchers et Théories*. Flammarion: «Dominos».
- Spillius, E. B. (1989). *Melanie Klein Hoje – Desenvolvidos da teoria e da técnica*. vol I, Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Steiner, J. (1987). O Interjogo entre Organizações patológicas e as Posições Esquizo Paranoide e Depressiva. In E. B. Spillius, *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Swain, G. (1981). Da Ideia Moral da Loucura ao Tratamento Moral. *Análise Psicológica*, 3 (1), 341 – 355.
- Symington, N. (1999a). *A Experiência Analítica*. Lisboa: Climepsi.
- Symington, J. & Symington N. (1999b). *O Pensamento Clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi.
- Teixeira, J. A. C. (Ed) (1990). Fenomenologia e Psicologia. *Actas das Primeiras Jornadas de Psicologia e Psicopatologia Fenomenológicas e Existenciais*, Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada.

- Thakker, J.; Ward, T. & Strongman, K. T. (1999). Mental Disorder and Cross – Cultural Psychology: A Constructivist Perspective. *Clinical Psychology Review*, 19, 7, 843 – 874.
- Thomas, D. C. (1999). Cultural Diversity and Work Group Effectiveness: an Experimental Study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 30, 2, March, 242 – 263.
- Thurstone, L. L. (1931). The Measurement of Social Attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 249 – 269.
- Tzeng, O.; May, W. (1975). More than E. P. and A. in Semantic Differential Scales. An answer to questions raised by S. T. M. Lane. *International Journal of Psychology*, 10, 2, 101 – 117.
- Vala, J.; Monteiro, M. B. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vijver, F. J. & Leung, K. (2000). Methodological Issues in Psychological Research Culture. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 31, 1, Jan., 33 – 51.
- Volkan, V. D. (1994). Identification with the therapist's functions and ego building in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl 23), 77 – 82.
- Vujakovic, P.; Mathews, M. (1994). Contorted, Folded, Torn: Environmental Values, Cartographic Representation and the Politics of Disability, *Disability and Society*, 9, 3, 359 – 377.
- Watson, C.; Daly, W. K. & Zimmerman, A. (1980). Staff Attitudes and Treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2), 601 – 605.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 660 – 669.
- Wes Shera & Delva – Tauiliili, J. (1996), Changing MSW Students Attitudes Towards the Severely Mentally Ill, *Community Mental Health Journal*, 32, nº 2, April.
- Werner (1948) , In J. Rosnay. *O Macroscópio*. Lisboa: Arcádia.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narratives para fines Terapêuticos*. Barcelona: Paidós.
- Widlocher, D. (1994). A propôs de la croyance delirante. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 14, 249 – 269.
- Wiesel, F. A. (1994). Neuroleptic treatment of patients with schizophrenia. Mechanisms of action and clinical significance. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 65 – 70.

- Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T. & Leff, J. (1996). Community Attitudes to Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 168, 183 – 190.
- Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T. & Leff, J. (1996). Community Knowledge of Mental Illness and reaction to Mentally Ill People. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191 – 198.
- Wright, F. H. & Klein, R. A. (1966). Attitudes of Hospital and the Community Regarding Mental Illness. *Journal of Counseling Psychology*, 13, nº 1.
- Wynne, L.; Singer, T. (1963). Thought Disorders and familiy Relations of Schizophrenics – a classification of forms of thinking. *Archives General Psychiatry*, 9, 33 – 40.
- Zazzo, R. (1976). *As Debilidades Mentais*. Lisboa: Sociocultura, Divulgação Cultural.
- Zubin, J.; Oppenheimer, G. & Neugebauer, R. (1985). Degeneration Theory and the Stigma of Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 20, 1145 – 1148.

ANEXOS I

O questionário, para cujo preenchimento pedimos a sua colaboração, integra-se num estudo inter cultural que visa a elaboração de uma tese de doutoramento versada ao tema das atitudes sobre a *Doença Mental Grave* e, que se destina exclusivamente a fins de investigação.

Em todas as respostas que solicitamos garantimos – lhe o anonimato.

Pedimos–lhe também que responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, não havendo respostas correctas ou incorrectas, nem boas ou más respostas.

O que nos interessa é conhecer a sua opinião.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões colocadas.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Ela é muito importante para o nosso trabalho.

Sandra Paula Santos de Oliveira

Primeira Parte

1 - Sexo: M _ ; F _

2 - Idade: _____

3 - Estado Civil: _____

4 - Profissão: _____; Grau de formação académica: _____

5 - Ano em que terminou a formação: _____

6 - Local de trabalho actual: _____

7 - Há quantos anos exerce a actividade profissional: _____

8 - Trabalha ou já trabalhou com sujeitos doentes mentais graves?

SIM ____; NÃO ____ (se respondeu NÃO, passe à questão 9, por favor)

8.1. Se SIM, há quanto tempo trabalha (ou trabalhou) com este tipo de pacientes?

Menos de 6 meses ____; Mais de 6 meses ____; Mais de 1 ano ____; Mais de 2 anos ____.

8.2. Em que instituição(ões)? _____

8.3. Se ainda trabalha com doentes mentais graves, e se tivesse uma oportunidade de mudança para outra área, aceitaria essa proposta?

SIM ____; NÃO ____

9 - Se já não trabalha com estes pacientes, ou nunca trabalhou, se lhe propuséssem um emprego na área da doença psiquiátrica grave, aceitaria a proposta?

SIM ____; NÃO ____

10 - Recebe ou recebeu algum tipo de formação especializada nesta área?

SIM ____; NÃO ____

10.1. Se SIM, qual formação e durante quanto tempo?

11 - Em que outras áreas da saúde mental tem experiência? _____

12 - Modelo psicológico no qual assenta a sua intervenção (Biomédico, Cognitivo - Comportamental, Psicodinâmico, Rogeriano, Sistémico):

12.1. a nível institucional _____

12.2. a nível pessoal _____

ESCALA DE OPINIÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL

O questionário que em seguida irá responder, diz respeito a opiniões ou ideias sobre a doença mental e quem dela sofre. Quando falamos de doença mental, estamos a falar de um tipo de doença que leva os doentes aos hospitais psiquiátricos. Existe muitas diferenças de opinião acerca destas pessoas. Por outras palavras, muitas pessoas poderão concordar com as seguintes afirmações, enquanto outras poderão discordar. Com este questionário, nós queremos saber qual é a sua opinião acerca destas afirmações. Cada uma destas é acompanhada por seis escolhas:

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

Por favor, faça um traço em cima da resposta que para si é a mais adequada (p. ex. *Aprovo*). Pode ter a certeza que muitas pessoas concordarão com as suas escolhas. Não existem respostas certas nem erradas: estamos interessados unicamente na sua opinião. É muito importante que responda a todos os itens.

1 – O esgotamento nervoso é uma consequência normal nas pessoas que trabalham demasiado.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

2 – A doença mental é igual a qualquer outra doença.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

3 – Muitos dos pacientes nos hospitais psiquiátricos não são perigosos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

4 – Quando os pacientes saem dos hospitais psiquiátricos, apesar de parecerem bem, não devem ser autorizados a casar.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

5 – Se os pais amassem mais os seus filhos, haveria menos doenças mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

6 – É fácil reconhecer alguém que já teve uma doença mental grave.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

7 – Pessoas que são doentes mentais deixam que as suas emoções os controlem enquanto as pessoas normais pensam antes nas coisas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

8 – Pessoas que já foram pacientes num hospital psiquiátrico não são mais perigosas que a média dos cidadãos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

9 – Quando uma pessoa tem um problema ou uma preocupação é bom pensar nisso, mas deve-se manter ocupada com pensamentos mais agradáveis.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

10 – Apesar de não se aperceberem disso, muitas pessoas tornam-se doentes mentais para evitar os problemas difíceis da vida do dia a dia.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

11 – Existe algo nos doentes mentais que os torna mais fácil de distinguir das pessoas normais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

12 – Mesmo que os doentes nos hospitais psiquiátricos se comportem de forma engraçada, é errado rirmo – nos deles.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

13 – Muitos dos doentes mentais têm vontade de trabalhar.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

14 – Os filhos pequenos dos doentes que estão em hospitais psiquiátricos não devem ser autorizados a visitá-los.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

15 – Pessoas que são bem sucedidas no seu trabalho raramente se tornam doentes mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

16 – As pessoas não se tornam doentes mentais se evitarem os maus pensamentos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

17 – Os doentes dos hospitais psiquiátricos comportam-se como crianças em muitas alturas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

18 – Mais dinheiro dos impostos deveria ser gasto no cuidado e tratamento de pessoas com uma doença mental grave.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

19 – Um doente com problemas cardíacos só tem uma coisa errada com ele, enquanto um doente mental é completamente diferente dos outros doentes.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

20 – Os doentes mentais vêm de casas onde os seus pais mostraram pouco interesse pelos seus filhos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

21 – Pessoas que têm uma doença mental não devem ser tratadas no mesmo hospital das pessoas com uma doença física.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

22 – Qualquer pessoa que se tenta curar merece o respeito dos outros.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

23- Se os nossos hospitais tivessem médicos, enfermeiros e auxiliares melhor treinados, muitos dos doentes melhoravam mais rapidamente de modo a poderem viver fora do hospital.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

24 – Uma mulher será inconsciente se se casar com um homem que tenha tido uma doença mental grave, mesmo que este pareça totalmente recuperado.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

25 – Se os filhos de doentes mentais forem criados por pais normais, eles não se tornam doentes mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

26 – Pessoas que se tornam doentes de hospitais psiquiátricos nunca mais serão os mesmos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

27 – Muitos doentes mentais são capazes de trabalhar, não obstante terem graves distúrbios mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

28 – Os nossos hospitais psiquiátricos parecem mais prisões do que lugares onde os doentes mentais possam ser tratados.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

29 – Qualquer pessoa que está num hospital psiquiátrico não deve ser autorizado a votar.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

30 – A doença mental de muitas pessoas é causada pela separação/ divórcio dos seus pais durante a sua infância.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

31 – A melhor forma de lidar com os doentes nos hospitais psiquiátricos é mantê-los atrás de portas trancadas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

32 – Tornar-se doente num hospital psiquiátrico é tornar-se um fracasso na vida.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

33 – Os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ter direito a mais privacidade.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

34 – Se um doente num hospital psiquiátrico atacar alguém deve ser punido para não o voltar a fazer.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

35 – Se os filhos de pais normais forem criados por doentes mentais, eles provavelmente tornar-se-ão doentes mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

36 – Todos os hospitais psiquiátricos devem ser rodeados por cercas altas e guardas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

37 – A lei deve autorizar a mulher a divorciar-se do seu marido logo que este seja internado num hospital psiquiátrico com uma doença mental grave.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

38 – Pessoas que sejam incapazes de trabalhar por causa da sua doença mental devem receber dinheiro para as suas despesas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

39 – A doença mental é geralmente causada por alguma doença do sistema nervoso.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

40 – Doentes com uma grave doença mental já não são completamente humanos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

41 – Muitas mulheres que em tempos foram doentes num hospital psiquiátrico podem ser confiáveis como ama – secas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

42 – Muitos doentes nos hospitais psiquiátricos não cuidam do seu aspecto.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

43 – Os professores têm maior probabilidade de se tornarem doentes mentais do que os homens de negócios.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

44 – Muitas pessoas que nunca foram pacientes nos hospitais psiquiátricos são mais doentes do que muitos doentes mentais hospitalizados.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

45 – Apesar de que alguns pacientes poderem parecer bem, é perigoso esquecermo-nos por um momento que eles são doentes mentais.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

46 – Por vezes a doença mental é uma punição por maus actos.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

47 – Os nossos hospitais psiquiátricos devem ser organizados de forma a que o doente sinta o mais possível que está a viver como se estivesse em casa.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

48 – Uma das muitas causas da doença mental é a falta de força de vontade.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

49 – Existe pouco que se possa fazer pelos doentes dos hospitais psiquiátricos, excepto que eles estejam confortáveis e bem alimentados.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

50 – Muitos doentes mentais devem permanecer nos hospitais até estarem bem, mesmo que as portas estejam destrancadas.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

51 – Todos os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ser impedidos de ter filhos através de uma operação indolor.

<i>Aprovo plenamente</i>	<i>Aprovo</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que aprove</i>	<i>Não tenho a certeza, mas é provável que desaprove</i>	<i>Desaprovo</i>	<i>Desaprovo plenamente</i>
--------------------------	---------------	---	--	------------------	-----------------------------

Por favor volte atrás e certifique-se que não ficou nenhuma página ou afirmação por responder.

MUITO OBRIGADO

Segunda Parte**Escala de Diferencial Semântico**

Segue-se uma lista de conceitos. Coloque, por favor, uma (X) e só uma, na posição que julga ser indicada, relativamente ao significado que esse conceito tem para si.

Exemplo:

PSICOLOGIA

Bom	<u>X</u> _ _ _ _ _	Mau
Doloroso	_ _ <u>X</u> _ _ _	Agradável
Bonito	_ _ <u>X</u> _ _ _	Feio
Nada Importante	_ _ _ _ <u>X</u> _	Importantíssimo
Positivo	_ _ _ <u>X</u> _ _	Negativo
Feminilidade	_ _ _ _ <u>X</u> _	Masculinidade
Sério	_ _ _ <u>X</u> _ _	Engraçado
Leve	_ <u>X</u> _ _ _ _	Pesado
Mole	_ _ _ _ _ <u>X</u>	Duro
Forte	_ _ <u>X</u> _ _ _	Fraco
Activo	<u>X</u> _ _ _ _ _	Passivo
Rápido	_ _ _ _ <u>X</u> _	Lento

MEDO

Bom	-----	Mau
Doloroso	-----	Agradável
Bonito	-----	Feio
Nada Importante	-----	Importantíssimo
Positivo	-----	Negativo
Feminilidade	-----	Masculinidade
Sério	-----	Engraçado
Leve	-----	Pesado
Mole	-----	Duro
Forte	-----	Fraco
Activo	-----	Passivo
Rápido	-----	Lento

ESGOTAMENTO

Bom	-----	Mau
Doloroso	-----	Agradável
Bonito	-----	Feio
Nada Importante	-----	Importantíssimo
Positivo	-----	Negativo
Feminilidade	-----	Masculinidade
Sério	-----	Engraçado
Leve	-----	Pesado
Mole	-----	Duro
Forte	-----	Fraco
Activo	-----	Passivo
Rápido	-----	Lento

CONFUSÃO

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

IRRITAÇÃO

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

INCAPACIDADE

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

ANSIEDADE

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

ALIENAÇÃO

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

INSANIDADE

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

ALUCINAÇÃO

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

IRREALIDADE

Bom	_____	Mau
Doloroso	_____	Agradável
Bonito	_____	Feio
Nada Importante	_____	Importantíssimo
Positivo	_____	Negativo
Feminilidade	_____	Masculinidade
Sério	_____	Engraçado
Leve	_____	Pesado
Mole	_____	Duro
Forte	_____	Fraco
Activo	_____	Passivo
Rápido	_____	Lento

PSICOSE

Bom	-----	Mau
Doloroso	-----	Agradável
Bonito	-----	Feio
Nada Importante	-----	Importantíssimo
Positivo	-----	Negativo
Feminilidade	-----	Masculinidade
Sério	-----	Engraçado
Leve	-----	Pesado
Mole	-----	Duro
Forte	-----	Fraco
Activo	-----	Passivo
Rápido	-----	Lento

CLIVAGEM

Bom	-----	Mau
Doloroso	-----	Agradável
Bonito	-----	Feio
Nada Importante	-----	Importantíssimo
Positivo	-----	Negativo
Feminilidade	-----	Masculinidade
Sério	-----	Engraçado
Leve	-----	Pesado
Mole	-----	Duro
Forte	-----	Fraco
Activo	-----	Passivo
Rápido	-----	Lento

ANEXOS II

The questionnaire for which fulfilling we ask your collaboration is part of a cross-cultural study of investigation concerning attitudes about serious mental illness.

We guarantee you that your answers are anonymous.

We also ask you to answer according to what you usually do, feel or think about these matters.

There is no right or wrong answers. We are only interested in your opinion.

Please check and make sure that you answered every question.

Thank you very much for your collaboration.

It is very important for our work.

Sandra Paula Santos de Oliveira
(University of Coimbra, Portugal)

Part I

1. Gender: M _ ; F _
2. Age : _____
3. Marital status: _____
4. Profession: _____; Academic Degree: _____
5. Civil year of your graduation: _____
6. Present place of work: _____
7. How long do you practice your professional activity? _____

8. Do you presently work, or had worked with severe mentally ill patients?
YES __; NO __ (if your answer was NO, please go to question number 9)
 - 8.1. If your answer was YES, how long do you work (or worked) with this kind patients?
Less than 6 months __; more than 6 months __; more than 1 year __;
More than 2 years __.
 - 8.2. In what kind of institutions? _____
 - 8.3. If you're still working with mentally ill patients, and if you had the opportunity to change for another area would you accept that offer?
YES __; NO __

9. If you're not working anymore with this kind of patients, or never worked with them, and someone offer you a job in a psychiatric institution, would you accept that offer?
YES __; NO __

10. Do you have any kind of specialized formation or graduation in this area?
YES __; NO __
 - 10.1. If your answer was YES, what kind of formation, and how much time did it take? _____

11. Do you have any other kind of professional experience in mental health area?

12. Psychological model in which you base yourself your intervention (biomedical model; cognitive - behavioral model; psychodynamic model; rogerian model; systemic model)
 - 12.1. in an institutional level _____
 - 12.2. in a personal level _____

Opinions about Mental Illness Scale

Directions:

The statements that follow are opinions or ideas about mental ill and mental patients. By mental illness, we mean the kinds of illness which bring patients to mental hospitals, and by mental patients we mean mental hospital patients. There are many differences of opinion about this subject. In other words, many people agree with each of the following statements while many people disagree with each of the statements. We would like to know what you think about these statements. Each of them is followed by six choices:

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

Please check (☐) over the space provided that choice which comes closest to saying how you feel about each statement. You can be sure that many people, including doctors, will agree with your choice. There are no right or wrong answers: we are interested only in your opinion. It is very important that you answer every item.

1 – Nervous breakdowns usually result when people work too hard.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

2 – Mental illness is an illness like any other.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

3- Most patients in mental hospitals are not dangerous.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

4 – Although patients discharged from mental hospitals may seem all right, they should not be allowed to marry.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

5 – If parents loved their children more, there would be less mental illness.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

6 – It is easy to recognize someone who once had a serious mental illness.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

7- People who are mentally ill let their emotions control them: normal people think things out.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

8- People who were once patients in mental hospitals are no more dangerous than the average citizen.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

9 – When a person has a problem or a worry, it is best to think about it, but keep busy with more pleasant things.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

10 – Although they usually aren't aware of it, many people become mentally ill to avoid the difficult problems of everyday life.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

11 – There is something about mental patients that makes it easy to tell them from normal people.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

12 – Even though patients in mental hospitals behave in funny ways, it is wrong to laugh about them.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

13 – Most mental patients are willing to work.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

14 – The small children of patients in mental hospitals should not be allowed to visit them.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

15 – People who are successful in their work seldom become mentally ill.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

16 – People would not become mentally ill if they avoided bad thoughts.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

17 – Patients in mental hospitals are in many ways like children.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

18 – More tax money should be spent in the care and treatment of people with severe mental illness.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

19 – A heart patient has just one thing wrong with him, while a mentally ill person is completely different from other patients.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

20 – Mental patients come from homes where the parents took little interest in their children.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

21 – People with mental illness should never be treated in the same hospital with people with physical illness.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

22 – Anyone who tries to better himself deserves the respect of others.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

23 – If our hospitals had enough well trained doctors, nurses, and aides, many of the patients would get well enough to live outside the hospital.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

24 – A woman would be foolish to marry a man who had a severe mental illness, even though he seems fully recovered.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

25 – If the children of mentally ill parents were raised by normal parents, they would not become mentally ill.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

26 – People who have been patients in mental hospitals will never be their old selves again.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

27 – Many mental patients are capable of skilled labor, even though in some ways they are very disturbed mentally.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

28 – Our mental hospitals seem more like prisons than like places where mentally ill people can be cared for.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

29 – Anyone who is in a hospital for a mental illness should not be allowed to vote.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

30 – The mental illness of many people is caused by the separation or divorce of their parents during childhood.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

31 – The best way to handle patients in mental hospitals is to keep them behind locked doors.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

32 – To become a patient in a mental hospital is to become a failure in life.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

33 – The patients in mental hospital should be allowed more privacy.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

34 – If a patient in a mental hospital attacks someone, he should be punished so he doesn't do it again.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

35 – If the children of normal parents were raised by mentally ill parents they would probably become mentally ill.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

36 – Every mental hospital should be surrounded with a high fence and guards.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

37 – The law should allow a woman to divorce her husband as soon as he has been confined in a mental hospital with a severe mental illness.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

38 – People (both veterans and non – veterans) who are unable to work because of mental illness should receive money for living expenses.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

39 – Mental illness is usually caused by some disease of the nervous system.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

40 – Regardless of how you look at it, patients with severe mental illness are no longer really human.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

41 – Most women who were once patients in a mental hospital could be trusted as baby sitters.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

42 – Most patients in mental hospitals don't care how they look.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

43 – College professors are more likely to become mentally ill than are business men.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

44 – Many people who have never been patients in a mental hospital are more mentally ill than many hospitalized mental patients.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

45 – Although some mental patients seem all right, it is dangerous to forget for a moment that they are mentally ill.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

46 – Sometimes mental illness is punishment for bad deeds.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

47 – Our mental hospitals should be organized in a way that makes the patient feel such as possible like he is living at home.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

48 – One of the main causes of mental illness is a lack of moral strength or will power.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

49 – There is little that can be done for patients in a mental hospital except to see they are comfortable and well – fed.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

50 – Many mental patients would remain in the hospital until they were well, even if the doors were unlocked.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

51 – All patients in mental hospitals should be prevented from having children by a painless operation.

<i>Strongly agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Not sure but probably agree</i>	<i>Not sure but probably disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly disagree</i>
-----------------------	--------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------------

Please check back and make sure that you have not left out any statements or pages of statements.

THANK YOU VERY MUCH.

Part II**Semantic Differential Scale**

We introduce you a list of concepts. Please, place one (X) and only one, in the space provided which comes closest to the meaning you think about each concept.

Example:

PSYCHOLOGY

Good	<u>X</u> _____	Bad
Painful	__ <u>X</u> _____	Pleasurable
Beautiful	__ <u>X</u> _____	Ugly
Unimportant	_____ <u>X</u> __	Important
Positive	_____ <u>X</u> _____	Negative
Feminine	_____ <u>X</u> __	Masculine
Serious	_____ <u>X</u> _____	Humorous
Light	_ <u>X</u> _____	Heavy
Soft	_____ <u>X</u> _____	Hard
Strong	__ <u>X</u> _____	Weak
Active	<u>X</u> _____	Passive
Fast	_____ <u>X</u> __	Slow

FEAR

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

NERVOUS BREAKDOWN

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

CONFUSION

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

IRRITATION

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

DISABILITY

Good	_____	Bad
Painful	_____	Pleasurable
Beautiful	_____	Ugly
Unimportant	_____	Important
Positive	_____	Negative
Feminine	_____	Masculine
Serious	_____	Humorous
Light	_____	Heavy
Soft	_____	Hard
Strong	_____	Weak
Active	_____	Passive
Fast	_____	Slow

ANXIETY

Good	_____	Bad
Painful	_____	Pleasurable
Beautiful	_____	Ugly
Unimportant	_____	Important
Positive	_____	Negative
Feminine	_____	Masculine
Serious	_____	Humorous
Light	_____	Heavy
Soft	_____	Hard
Strong	_____	Weak
Active	_____	Passive
Fast	_____	Slow

HALLUCINATION

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

UNREALITY

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

ALIENATION

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

INSANITY

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

PSYCHOSIS

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

SPLITTING

Good	-----	Bad
Painful	-----	Pleasurable
Beautiful	-----	Ugly
Unimportant	-----	Important
Positive	-----	Negative
Feminine	-----	Masculine
Serious	-----	Humorous
Light	-----	Heavy
Soft	-----	Hard
Strong	-----	Weak
Active	-----	Passive
Fast	-----	Slow

ANEXOS III

Amostra Norte - Americana

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test para a Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMI) – Cinco Dimensões

		omiaut	omiben	omiidel	omiress	omieti
N		65	65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	52,0769	52,3077	30,6769	44,4615	33,6769
	Std. Deviation	5,40054	5,12324	4,16874	4,36991	4,95009
Most Extreme Differences	Absolute	,122	,077	,095	,138	,141
	Positive	,094	,039	,087	,066	,070
	Negative	-,122	-,077	-,095	-,138	-,141
Kolmogorov-Smirnov Z		,981	,619	,766	1,115	1,140
Asymp. Sig. (2-tailed)		,291	,838	,600	,167	,149

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test Para a Escala de Diferencial Semântico (Factores Avaliativo e Potência e 12 conceitos)

		medoaval	medopote	esgoaval	esgopote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	20,3077	22,4923	16,2000	24,0769
	Std. Deviation	3,56161	3,15794	3,36898	3,11402
Most Extreme Differences	Absolute	,104	,147	,101	,106
	Positive	,104	,147	,101	,066
	Negative	-,074	-,100	-,061	-,106
Kolmogorov-Smirnov Z		,836	1,182	,812	,851
Asymp. Sig. (2-tailed)		,487	,123	,525	,464

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (Continuação do quadro anterior)

		confaval	confpote	irriaval	irripote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	17,8308	21,6308	17,2615	21,9692
	Std. Deviation	3,43497	2,95047	3,73027	3,18183
Most Extreme Differences	Absolute	,103	,171	,141	,178
	Positive	,103	,171	,104	,178
	Negative	-,086	-,109	-,141	-,114
Kolmogorov-Smirnov Z		,830	1,211	1,136	1,236
Asymp. Sig. (2-tailed)		,496	,054	,151	,052

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		incaaval	incapote	ansiaval	ansipote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	17,8154	23,4154	18,4154	21,6154
	Std. Deviation	3,02020	3,35826	3,03569	3,06539
Most Extreme Differences	Absolute	,155	,149	,115	,132
	Positive	,100	,149	,066	,132
	Negative	-,155	-,139	-,115	-,114
Kolmogorov-Smirnov Z		1,251	1,203	,926	1,062
Asymp. Sig. (2-tailed)		,088	,111	,358	,210

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alieaval	aliepote	insaaval	insapote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	15,0308	23,7077	15,5231	23,8462
	Std. Deviation	2,65147	3,36212	3,70855	3,27982
Most Extreme Differences	Absolute	,159	,094	,101	,166
	Positive	,159	,094	,090	,166
	Negative	-,103	-,074	-,101	-,085
Kolmogorov-Smirnov Z		1,282	,760	,814	1,203
Asymp. Sig. (2-tailed)		,075	,611	,522	,052

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alucaval	alucpote	irreaval	irrepote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	17,0308	23,0462	17,2000	22,0308
	Std. Deviation	3,88494	3,62039	3,13349	4,19065
Most Extreme Differences	Absolute	,128	,145	,151	,176
	Positive	,096	,145	,093	,147
	Negative	-,128	-,086	-,201	-,176
Kolmogorov-Smirnov Z		1,029	1,167	1,119	1,415
Asymp. Sig. (2-tailed)		,240	,131	,061	,049

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		psicaval	psicpote	clivaval	clivpote
N		65	65	65	65
Normal Parameters(a,b)	Mean	16,0308	23,3077	17,7231	21,8615
	Std. Deviation	3,26424	3,62682	2,89130	3,11186
Most Extreme Differences	Absolute	,119	,134	,163	,117
	Positive	,119	,134	,108	,117
	Negative	-,074	-,119	-,163	-,152
Kolmogorov-Smirnov Z		,961	1,079	1,314	1,253
Asymp. Sig. (2-tailed)		,315	,195	,063	,054

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Amostra Portuguesa

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test para a Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMI) – Cinco Dimensões

		omiaut	omiben	omiideol	omiress	omietio
N		82	82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	45,3049	41,2439	25,2683	38,5732	30,1098
	Std. Deviation	7,54360	3,56790	3,73852	4,31200	5,49973
Most Extreme Differences	Absolute	,062	,149	,105	,068	,086
	Positive	,056	,149	,105	,045	,074
	Negative	-,062	-,106	-,093	-,068	-,086
Kolmogorov-Smirnov Z		,565	1,345	,954	,616	,776
Asymp. Sig. (2-tailed)		,907	,054	,323	,842	,584

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test Para a Escala de Diferencial Semântico (Factores Avaliativo e Potência e 12 conceitos)

		medoaval	medopote	esgoaval	esgopote
N		82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	16,4634	24,6220	12,4390	26,8537
	Std. Deviation	3,72577	3,68728	3,33369	4,28930
Most Extreme Differences	Absolute	,084	,109	,150	,129
	Positive	,084	,109	,125	,103
	Negative	-,082	-,076	-,150	-,129
Kolmogorov-Smirnov Z		,760	,987	1,359	1,166
Asymp. Sig. (2-tailed)		,611	,284	,052	,132

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (Continuação do quadro anterior)

		confaval	confpote	irriaval	irripote
N		82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	15,8293	23,1341	15,2561	23,2683
	Std. Deviation	3,58944	3,67763	3,94972	3,40315
Most Extreme Differences	Absolute	,085	,122	,096	,084
	Positive	,085	,122	,096	,084
	Negative	-,069	-,094	-,083	-,071
Kolmogorov-Smirnov Z		,770	1,101	,870	,764
Asymp. Sig. (2-tailed)		,593	,177	,436	,604

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		incaaval	incapote	ansiaval	ansipote
N		82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	12,7073	26,1951	17,3049	23,0000
	Std. Deviation	3,49775	3,88552	3,91795	3,46766
Most Extreme Differences	Absolute	,138	,090	,071	,127
	Positive	,138	,075	,069	,127
	Negative	-,110	-,090	-,071	-,084
Kolmogorov-Smirnov Z		1,254	,813	,646	1,320
Asymp. Sig. (2-tailed)		,086	,524	,799	,067

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alieaval	aliepote	insaaval	insapote
N		82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	14,9634	24,9878	12,6951	26,9268
	Std. Deviation	4,82392	4,51744	3,54404	4,04841
Most Extreme Differences	Absolute	,120	,135	,145	,114
	Positive	,093	,135	,111	,105
	Negative	-,120	-,074	-,145	-,114
Kolmogorov-Smirnov Z		1,089	1,225	1,317	1,036
Asymp. Sig. (2-tailed)		,186	,099	,062	,233

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alucaval	alucpote	irreaval	irrepote
N		82	82	82	82
Normal Parameters(a,b)	Mean	14,4512	25,9878	15,7439	22,4146
	Std. Deviation	4,03733	4,30186	4,61562	4,16615
Most Extreme Differences	Absolute	,118	,134	,078	,101
	Positive	,118	,134	,068	,101
	Negative	-,099	-,102	-,078	-,098
Kolmogorov-Smirnov Z		1,072	1,217	,705	,911
Asymp. Sig. (2-tailed)		,201	,103	,703	,378

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		psicaval	psicpote	clivaval	clivpote
N		82	82	82	82
Normal	Mean	13,0122	27,6707	16,9146	23,5976
Parameters(a,b)					
	Std. Deviation	3,57113	4,18125	4,73026	3,95924
Most Extreme	Absolute	,132	,135	,109	,142
Differences					
	Positive	,132	,126	,099	,142
	Negative	-,152	-,155	-,109	-,072
Kolmogorov-Smirnov Z		1,281	1,320	,990	1,290
Asymp. Sig. (2-tailed)		,054	,051	,280	,072

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Amostra Total

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test Para a Escala de Opções sobre a Doença Mental – três dimensões

		omiaut	omiihm	omietio
N		147	147	147
Normal	Mean	48,2993	27,6599	31,6871
Parameters(a,b)				
	Std. Deviation	7,46628	4,75783	5,53915
Most Extreme	Absolute	,114	,093	,114
Differences				
	Positive	,052	,093	,070
	Negative	-,114	-,065	-,114
Kolmogorov-Smirnov Z		1,311	1,122	1,317
Asymp. Sig. (2-tailed)		,054	,161	,053

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test Para a Escala de Diferencial Semântico (Factores Avaliativo e Potência)

		medoaval	medopote	esgoaval	esgopote
N		147	147	147	147
Normal	Mean	18,1633	23,6803	14,1020	25,6259
Parameters(a,b)					
	Std. Deviation	4,11486	3,61122	3,82804	4,04633
Most Extreme	Absolute	,074	,106	,109	,078
Differences					
	Positive	,074	,106	,109	,078
	Negative	-,069	-,066	-,107	-,078
Kolmogorov-Smirnov Z		,893	1,324	1,325	,951
Asymp. Sig. (2-tailed)		,403	,059	,060	,326

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (Continuação do quadro anterior)

		confaval	confpote	irriaval	irripote
N		147	147	147	147
Normal	Mean	16,7143	22,4694	16,1429	22,6939
Parameters(a,b)					
	Std. Deviation	3,64898	3,44687	3,96906	3,35892
Most Extreme	Absolute	,075	,108	,086	,115
Differences					
	Positive	,075	,108	,086	,115
	Negative	-,065	-,103	-,070	-,089
Kolmogorov-Smirnov Z		,911	1,248	1,047	1,311
Asymp. Sig. (2-tailed)		,378	,067	,223	,052

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		incaaval	incapote	ansiaval	ansipote
N		147	147	147	147
Normal Parameters(a,b)	Mean	14,9660	24,9660	17,7959	22,3878
	Std. Deviation	4,15523	3,90366	3,58639	3,35655
Most Extreme Differences	Absolute	,109	,115	,094	,121
	Positive	,109	,115	,049	,121
	Negative	-,087	-,088	-,094	-,096
Kolmogorov-Smirnov Z		1,321	1,318	1,140	1,336
Asymp. Sig. (2-tailed)		,061	,052	,148	,050

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alieaval	aliepote	insaaval	insapote
N		147	147	147	147
Normal Parameters(a,b)	Mean	14,9932	24,4218	13,9456	25,5646
	Std. Deviation	3,99914	4,08459	3,87083	4,02061
Most Extreme Differences	Absolute	,108	,109	,114	,121
	Positive	,108	,109	,090	,121
	Negative	-,105	-,078	-,114	-,082
Kolmogorov-Smirnov Z		1,313	1,318	1,328	1,121
Asymp. Sig. (2-tailed)		,064	,052	,057	,087

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		alucaval	alucpote	irreaval	irrepote
N		147	147	147	147
Normal Parameters(a,b)	Mean	15,5918	24,6871	16,3878	22,2449
	Std. Deviation	4,16073	4,26165	4,08044	4,16705
Most Extreme Differences	Absolute	,092	,124	,111	,132
	Positive	,092	,124	,086	,115
	Negative	-,088	-,076	-,111	-,132
Kolmogorov-Smirnov Z		1,112	1,142	1,342	1,298
Asymp. Sig. (2-tailed)		,169	,065	,055	,057

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
(Continuação do quadro anterior)

		psicaval	psicpote	clivaval	clivpote
N		147	147	147	147
Normal Parameters(a,b)	Mean	14,3469	25,7415	17,2721	22,8299
	Std. Deviation	3,74285	4,49366	4,02995	3,70001
Most Extreme Differences	Absolute	,111	,102	,133	,118
	Positive	,107	,079	,113	,118
	Negative	-,111	-,102	-,133	-,107
Kolmogorov-Smirnov Z		1,343	1,235	1,212	1,198
Asymp. Sig. (2-tailed)		,054	,095	,051	,093

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.