



**“NADA SOBRE NÓS SEM NÓS”: UMA ANÁLISE SOBRE A
INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL A
PARTIR DA EXPERIÊNCIA DOS SOBREVIVENTES**

JOÃO PEDRO RÔLO CORREIA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ H. ORNELAS

Coordenador do Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ H. ORNELAS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Lisboa

2024

Dissertação de Mestrado realizada
sob a orientação de José Ornelas,
apresentada no Ispa – Instituto
Universitário para obtenção de grau
de Mestre na especialidade de
Psicologia Clínica

Agradecimentos

Ao Prof. Ornelas, por toda a paixão que mostra por um mundo mais justo, mais humano, e desta se contagiar por todos os seus alunos.

Ao Prof. Luís Sá Fernandes, por toda a paciência e apoio em tornar meras ideias num projeto relevante para as injustiças que ambos defendemos.

Ao meu Pai, por ser o meu exemplo, o meu maior apoio, e o meu melhor amigo. Por ser o abraço que me conforta, e o abraço que nos celebra.

Aos Franciscos e ao Ian, por nos motivarmos uns aos outros a crescer, a sermos as melhores versões de nós próprios, e por festejarmos o *prime*.

A todos os meus amigos, que sabem quem são, pelo abraço que recebem e partilham.

À Filipa, por me deixar escrever em versos sem conta nas páginas que lemos na amizade que temos por este mundo fora.

À Dra. Catarina Ramos, pelo humano carinho que me contagia para além do consultório onde aprendi a sonhar.

Aos meus afilhados, Mariana, Carolina e Tiago, por me mostrarem ser capaz de amar incondicionalmente, e de me acrescentarem a mais do que jamais julgaria ser.

Ao Sr. Jorge Nunes, pelas palavras que me dá serem mais daquelas que recebe.

Ao meu irmão Francisco e à Sasha, por me darem a incansável esperança de zelar por construir um mundo melhor para o meu sobrinho Daniel.

À Mariana, por me agigantar, pois a tão grande mulher tinham de dar o nome de duas.

Obrigado.

Resumo

Enquadramento: Não existe evidência que suporte a participação de indivíduos com experiência de doença mental em revisão dos processos de Desinstitucionalização em Portugal, sobretudo em aspetos relativos à defesa dos seus direitos humanos. Sendo este dado importante para o processo de *empowerment* e conseqüente *recovery*, surge a necessidade de desenvolver investigações nesta temática. **Objetivos:** O principal objetivo da presente investigação foi refletir sobre a experiência vivida na Institucionalização Psiquiátrica através do contacto com experiências dos sobreviventes e do apoio que estes esperam a partir da comunidade e associações de saúde mental. **Método:** Participaram 5 (n=5) indivíduos com experiência de doença mental e experiência de uma ou mais institucionalizações psiquiátricas, com idades compreendidas entre os 36 e 59 anos, em que se implementaram entrevistas semiestruturadas para criação de Narrativas Episódicas como dado para a realização de uma análise temática reflexiva. **Resultados:** O resultado da recolha e análise de dados resultou em cinco grandes temas, entre eles, o Internamento como obstáculo ao empoderamento, o Internamento como tortura, a Liberdade e Autonomia como *empowerment*, o Acesso a informação médica e a Não-Recomendação do Internamento. **Conclusão:** Foram encontradas evidências sobretudo quanto a importância de acesso destes indivíduos a informação médica, e de como esta esteve limitada; à vontade de maior liberdade de escolha para decidir o apoio, priorizando o voluntarismo a ele associado. Acrescentamos a necessidade de contacto com estas narrativas para acelerar o processo de término de internamentos de longo prazo e deve ser investido nos serviços de saúde mental o apoio à habitação e vida independente.

Palavras-Chave

Institucionalização Psiquiátrica - Desinstitucionalização - Análise Temática Reflexiva - Narrativas Episódicas - *Empowerment*

Abstract

Background: There is no evidence that supports the participation of individuals that experience Serious Mental Illness in the processes of review of the Deinstitutionalization in Portugal, specially regarding the advocacy of their human rights. Being this an important factor to their empowerment and recovery, here lies the necessity of developing investigations in the area. **Goals:** The main goal of this investigation is to study how the Survivors of Psychiatric Institutionalization lived their experience in Portugal and the support they hope to get from mental health services and communities in the future. **Method:** Five individuals with experience of mental illness and experience of one or more psychiatric institutionalizations participated in this investigation with ages comprehended between 36 and 59 years. A thematic reflexive analysis was done through semi-structured interviews, resulting in the criation of Episodic Narratives as data. **Results:** From the selection and analysis of initial data derived five big themes: Institutionalization as an obstacle to empowerment, Institutionalization as torture, Access to Medical Information, Freedom and Autonomy as empowerment and the No-Recommendation of Institutionalization. **Conclusion:** Evidence was found regarding the importance of the access to medical information to these individuals and how this was restrained, the will of larger freedom of choice to decide support alternatives and the priority of the voluntarism associated with it. We add the necessity of contact with these narratives to accelerate the process of finishing with long-term institutionalizations and the further investment in mental health services especially independent residence.

Keywords

Psychiatric Institutionalization - Deinstitutionalization - Reflexive Thematic Analysis - Episodic Narratives - Empowerment

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	3
Dos Objetivos às Consequências da Institucionalização Psiquiátrica.....	3
A Desinstitucionalização como movimento.....	10
Do testemunho ao empoderamento.....	14
Métodos de Investigação.....	19
Objetivos e Questões de Investigação.....	19
Desenho da Investigação.....	19
Instrumento.....	22
Participantes.....	23
Procedimento.....	28
Resultados.....	30
<i>O Internamento como obstáculo ao empowerment.....</i>	<i>35</i>
<i>O Internamento como tortura.....</i>	<i>38</i>
<i>Liberdade e Autonomia como empowerment.....</i>	<i>41</i>
<i>Acesso a informação médica.....</i>	<i>44</i>
<i>A Não-Recomendação do Internamento.....</i>	<i>48</i>
Discussão.....	51
Principais Conclusões.....	51
Pontos fortes, limitações e recomendações futuras.....	55
Referências.....	57
Anexos.....	65
Anexo A - Guião.....	66

Anexo B - Consentimento Informado.....	68
Anexo C - Transcrição das entrevistas.....	71
Participante A	71
Participante B	105
Participante C	141
Participante D	168
Participante E.....	204

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização Sociodemográfica dos Participantes	24
Tabela 2 - Caracterização das Experiências de Institucionalização	26
Tabela 3 - Categorias ligadas ao tema Internamento como Obstáculo ao Empowerment	35
Tabela 4 - Categorias ligadas ao tema Internamento como tortura.....	38
Tabela 5 - Categorias ligadas ao tema Liberdade e Autonomia como Empowerment	41
Tabela 6 - Categorias ligadas ao tema Acesso a informação médica.....	44
Tabela 7 - Categorias ligadas ao tema Não-Recomendação do Internamento	48

Índice de Figuras

Figura 1. Temas Iniciais	30
Figura 2. Incidência de Sub-Temas na Institucionalização.....	31
Figura 3. Incidência de sub-temas na Desinstitucionalização.....	32

*“se as pedras da calçada pudessem falar
talvez também chorassem”*
-A.

Introdução

A institucionalização psiquiátrica em Portugal já sofreu diversas ondas de apoio a nível legislativo, em que o plano governamental procurou avançar o processo de Desinstitucionalização, no entanto diversos fatores tornaram como inevitável consequência a de um atraso relativo a outros países europeus na campanha para a mesma Desinstitucionalização. Este momento tem início ainda na segunda metade do século XX, e até hoje, são evidentes por investigadores estrangeiros as carências de prioridade e de financiamento dada às políticas de Saúde Mental no nosso país. (Palha & Costa, 2015)

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental de 2004-2010, a ausência de proliferação de alternativas à institucionalização podia fazer com que em diversos casos, a única opção apresentada fosse a do internamento, sobretudo se tivermos em conta lacunas no investimento estatal e assimetrias regionais no acesso a estas alternativas de apoio (Nogueira & Portugal, 2010). É então que podemos introduzir o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016, coordenado por Caldas (2007), em que nos são apresentados no levantamento de dados, de que à data, Portugal ainda teria cerca de 6000 indivíduos institucionalizados em Serviços de Saúde Mental, tanto do setor público como Hospitais Psiquiátricos, e outros locais do setor social como ordens religiosas. Este documento apresenta ainda uma estratégia para que ao decorrer das datas a que se propõe, que os indivíduos com experiência de doença mental “devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação” e de que também “devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam” (Caldas, 2007). No entanto, para Caldas de Almeida et al. (2015), não existe informação que apoie a ideia de que seja tida em conta a participação destes indivíduos nos processos de revisão e discussão de estratégias de defesa dos seus direitos humanos, e a participação dos utentes ou cuidadores na planeamento e implementação de atividades de saúde mental.

Este momento não se trata de uma primeira vez de que este dado é reconhecido, sendo já prevalente segundo Ornelas (2007), na década transata, de que os indivíduos com experiência de doença mental tem também sido deixados para trás no processo de encerramento das instituições.

Ainda assim, para Ornelas et al. (2013) Portugal está numa posição privilegiada para evitar cometer erros no processo de Desinstitucionalização como os que sucederam noutros países como os Estados Unidos da América, em que este processo, sem preparação da comunidade para receber e integrar os indivíduos que saíam destas instituições psiquiátricas, fossem desviadas para condições de sem-abrigo, encarceradas. Esta ideia é também apoiada por Palha & Costa (2015). Ainda podemos acrescentar a noção de *Transinstitucionalização* descrita por Talbott (2004), em que durante os processos de Desinstitucionalização, os indivíduos previamente inseridos em locais como Hospitais Psiquiátricos, recebiam formas análogas de tratamento noutras instituições, e estando a transitar de instituição em instituição de forma repetitiva, não eram reinseridas na comunidade, mas sim se mantinham institucionalizadas.

É importante mencionar que com a crise económica do fim da década de 2000, as entidades governamentais atuaram sobretudo quanto ao desinvestimento das políticas de saúde mental, por exemplo na extinção da Coordenação Nacional de Saúde Mental, órgão que teria como objetivo pôr em prática o Plano Nacional de Saúde Mental. Este projeto foi então colocado sob a alçada da Direção-Geral da Saúde, renomeado como Programa Nacional de Saúde Mental, no entanto, com capacidade executiva e autonomia financeira e administrativa ainda mais reduzidas que o anterior órgão. Logo, consequentemente, durante a década de 2010 os objetivos inicialmente traçados de criação de novos serviços de saúde mental, de novas modalidades de gestão, de criação de programas inovadores e de reinício de processos de Desinstitucionalização não foram alcançados (Caldas de Almeida et al. 2015).

Para Xavier et al. (2021) pode ser considerado que Portugal não beneficiou de um projeto de desinstitucionalização capaz de suprimir os objetivos propostos durante décadas, no entanto, podemos ainda referir que a capacidade de internamento psiquiátrico diminuiu significativamente, sobretudo em hospitais psiquiátricos, que por exemplo, diminuiu de residentes nestas valências em 2005 de 1109 indivíduos para 373 em 2016. Ainda assim, é destacada a relevância meramente quantitativa deste dado, não tecendo juízos qualitativos sob os mesmos pois é reconhecida a carência de estudos significativos sobre esta população.

Através deste trabalho procuramos explorar de que forma esta população vive a sua condição enquanto sobrevivente da Institucionalização Psiquiátrica em Portugal, para que

primeiro se reconheçam os desenvolvimentos históricos vividos através da sua experiência de Institucionalização, e também procurar entender de que forma foram afetados pelo processo de Desinstitucionalização e de que forma o pretendem desenvolver e participar, para que seja assim possível uma integração que culmine numa cidadania livre, plena e igualitária.

A presente dissertação segue uma estrutura dividida em quatro secções principais: a 1) Introdução, 2) Método, 3) Discussão e 4) Conclusão. Na primeira é introduzida a relevância do estudo e o respetivo enquadramento teórico em que são apresentadas as evoluções e dos movimentos de Institucionalização Psiquiátrica, tendo o nosso país como foco da revisão, aos movimentos de Desinstitucionalização e participação dos utentes em ambos os momentos. No capítulo seguinte são revistas as vantagens do método qualitativo utilizado, delineado o estudo e procede-se à caracterização da amostra. Na Discussão são apresentados diversos contributos dos participantes, analisados enquanto dados de investigação e é organizada a sua importância segundo temas de reflexão para as questões levantadas na segunda secção. Por último, a Conclusão consiste na consideração e sumarização dos pontos mais relevantes caracterizados no estudo, a identificação de limitações e recomendações futuras.

Enquadramento Teórico

Dos Objetivos às Consequências da Institucionalização Psiquiátrica

Este estudo surge também como forma de combate ao estigma e consequente marginalização do indivíduo com experiência de doença mental e institucionalização psiquiátrica. No nosso país esta experiência já foi retratada diversas vezes na ficção seja em livro ou cinema, sendo a mais recente o filme *Ordem Moral*, de 2021, que incorre em diversos erros biográficos, nem sequer se tratando da primeira vez que tal ocorre com a mesma história (Gonzaga 2009).

Ao lermos a biografia de Maria Adelaide Coelho da Cunha, entendemos a relevância do caso para a corrente contextualização histórica da institucionalização psiquiátrica em Portugal, sendo que no início do século passado esta tinha contornos absurdos para hoje em dia. Através da

influência e dos contactos do marido, esta mulher foi forçada a ser internada no Hospital Psiquiátrico Conde de Ferreira, no Porto, sendo que durante todo este internamento foi tratada de forma significativamente discriminatória, sendo permanentemente vigiada, e sem nunca ser provada a condição para qual seria justificado o seu internamento. Além disso, Gonzaga (2009) menciona como o internamento era favorável à família, que a queria afastar do círculo em que vivia, e ao mesmo tempo, ao hospital, pois o seu internamento tinha interesse financeiro. Após anos de luta jurídica foi finalmente libertada, no entanto, esta só terminaria, de certo modo, aos 74 anos, quando lhe foi finalmente retirado o estatuto de “louca-lúcida”, termo sem qualquer peso significativo médico, e apenas punitório. (Félix & Cunha-Oliveira, 2014)

Na literatura comum do nosso país encontramos poucos vestígios ainda atuais com informação relativa a esta população, no entanto, podemos destacar o trabalho desenvolvido por Gomes (2020) como peça de observação sobre o que foi o internamento psiquiátrico em Portugal tendo como pano de fundo o Hospital Miguel Bombarda, atualmente encerrado totalmente. Nesta obra, a autora faz uma recolha biográfica sobre 8 indivíduos que foram institucionalizados nesse local, tendo como ponto de partida objetos deixados por eles em depósito no Hospital, e então, abandonados.

A partir deste trabalho podemos recolher dados sobre a experiência da institucionalização no caso português, sendo que podemos dividi-lo em dois momentos para uma breve observação. Um primeiro momento em que falamos dos objetivos, e um segundo em que nos debruçamos sobre as consequências. Para Gomes (2020), um dos objetivos do internamento seria o de este como opção terapêutica em si como finalidade, o que choca com o objetivo da literatura atual, em que é defendida a reabilitação psiquiátrica como meio para a integração destes indivíduos na sociedade, sendo também esse o plano no nosso país (Palha & Marques-Teixeira, 2012). Ainda mesmo antes da segunda metade do século XX já autores como Sobral Cid (citado por Gomes, 2020) punham em causa o modelo afirmando que: “o internamento prolongado de um esquizofrénico, longe de ter qualquer utilidade, lhe é em regra extremamente nocivo, pois que, favorecendo as tendências autistas, de certo modo consolida a sua desinserção do mundo real”.

Aqui entramos noutra aspecto que para Porter (2003) era em si mesmo um dos objetivos da institucionalização psiquiátrica: o afastamento destes indivíduos da sociedade. Para o autor, já

mesmo antes dos asilos psiquiátricos como os conhecemos terem aparecido no final do século XIX, estes já eram postos de parte das comunidades, sendo que era comum a existência de conventos monásticos que recebiam e tratavam dos ditos “lunáticos” através da caridade e da fé durante a Idade Média. Ainda podemos ir até antes destes mesmos locais sendo que nos tempos da Grécia Antiga a loucura era uma “responsabilidade doméstica”. Assim podemos observar como sempre houve segregação ainda mesmo do estudo psiquiátrico em si. Sendo assim, como poderia ser possível a coexistência destes com os opressores? Para Foucault (cit. por Porter, 2002)

“Institutionalization, however, robbed madness of all such empowering features and reduced it to mere negation, an absence of humanity. Small wonder, that madhouse inmates were likened to, and treated as, wild beasts in a cage: denied reason, that quintessential human attribute, what were they but brutes?”

Logo, partindo da sua desumanização, condenados a serem reduzidos a uma condição mental, os ditos “loucos” eram tornados alvos para serem casos de estudo médico. Longe dos holofotes do discernimento público, foi possível experimentar hipóteses de tratamento sem escrúpulos como a lobotomia. No famoso Hospital Miguel Bombarda este foi um procedimento comum, sendo que o prestígio de tal avanço no estudo da psiquiatria graceou Egas Moniz com o Prémio Nobel para a Fisiologia e Medicina em 1949. No entanto, este tratamento rapidamente deixou de ser utilizado. Os seus resultados eram questionáveis, sobretudo pela fraca eficácia e pela desregulação emocional provocada aos que a ela eram sujeitos: estávamos numa instabilidade entre apatia e euforia, entre falta de iniciativa e de inibição que fazia crer que este tratamento não era a promessa que parecia ser. A contradição está também presente na descoberta destes resultados, sendo que estes já vinham de encontro com o que já tinha sido desenvolvido após o famoso caso de Phineas Gage, mais de 70 anos antes (Faria, 2013). É deste modo que o próprio estudo da psiquiatria e a existência de asilos psiquiátricos com a natureza destes na altura é posto em causa por Porter (2003) quando afirma que “the asylum was not instituted for the practice of psychiatry; psychiatry rather was the practice developed to manage its inmates”.

Ainda assim, durante os primeiros cem anos do Hospital Miguel Bombarda (1848-1948), cerca de um quarto das admissões eram a “requerimento da família” (Gomes, 2020). Um dos

outros objetivos da institucionalização para as famílias dos doentes era não apenas uma alternativa ao cuidado mais necessário nestes indivíduos, sendo que eram muitas vezes apoiados exclusivamente pela família, mas sim como a única opção terapêutica da altura. Sendo que esta escolha partia não apenas de um cuidado médico para com o doente, mas sempre baseado na noção deste se poder tornar um perigo para a sociedade, encorajando os demais cidadãos para fazer encaminhar estes indivíduos para estas instituições, na crença que estas os poderiam curar. (Porter, 2003)

Tendo em conta esta última citação, podemos acrescentar de que outro dos objetivos da institucionalização em Portugal não era apenas para os indivíduos com doença mental, mas também para pessoas em condição de sem-abrigo. Gomes (2020) apresenta-nos dados dos anos 40 em de que para a Polícia da época seria “preciso acabar com o aspecto indecoroso da mendicidade para podermos enfim apresentar a capital do império, aos olhos dos naturais e dos estrangeiros, como uma verdadeira cidade europeia e não uma aldeia marroquina”. Estes Asilos de Mendicidade eram, ainda, considerados como “o caixote de lixo social”, sendo que os indivíduos com doença mental estariam em condições de agravamento de doença nestes locais.

Por último, mas não limitando a lista, podemos adicionar outro aspecto importante para estes objetivos da institucionalização. Até aos anos 70, a homossexualidade era ainda vista como patologia do foro mental, reconhecida até pelo DSM, e Portugal não foi exceção em apresentar consequências disto, sendo que Gomes (2020) apresenta-nos o caso de Valentim, homem diagnosticado com “Psicopatia Constitucional”. A este diagnóstico é ainda acrescentada a característica de que este é “Inverso Sexual - Odeia as mulheres, tem alucinações”. Segundo Rosario (2015), sobretudo após a 2ª Guerra Mundial, era comum a perseguição da Homossexualidade, logo, comunidades como a LGBTQIA+ eram levadas a serem mais discretas, e consequentemente, marginalizadas. Neste caso apresentado, o indivíduo em questão teve mesmo de emigrar para a Alemanha Ocidental, pelo que não apenas por uma vez, mas duas, foi perseguido pela Polícia de Vigilância e Defesa do Estado do regime do Estado Novo, e também lhe foi retirado o seu passaporte. Aqui então começamos a entrar pela noção de que estes internamentos não eram apenas motivados por questões médicas, mas também envolviam questões políticas ou religiosas. Este tipo de caso vai de encontro com os relatos recolhidos por

Manuel (1974), em que era frequente a ameaça aos presos políticos de que estes teriam três opções: “falar, morrer ou enlouquecer”.

Já apresentados alguns aspetos introdutórios por detrás da institucionalização psiquiátrica podemos então entrar nos elementos consequentes desta, sobretudo para os indivíduos que a passaram em primeira pessoa. Durante o período em que esteve em funcionamento (1848-2011), o Hospital Miguel Bombarda teve mais de 66 000 indivíduos institucionalizados nos seus registos. (Gomes, 2020) Estes indivíduos não tiveram todos o mesmo tipo de experiência, pelo que pelos claros progressos feitos na psiquiatria aspetos como a lobotomia deixaram de ser praticados há já largas décadas, no entanto, há vários pontos em comum que deixaram vestígios ainda nos dias de hoje.

De um modo geral, podemos referir de como a institucionalização psiquiátrica, ao mesmo tempo que reconhecia a doença e a sua necessidade de cuidado diferente, também desumanizava o paciente e o reduzia a esta condição. Para Gentis (1972):

“o hospital vive na ilusão, mantida a todo o custo, de que existe um verdadeiro hiato qualitativo, entre os que tratam e os que são tratados, de que não há entre eles nenhuma medida comum, de que são, de essência diferente, de que não são do mesmo mundo, nem da mesma natureza”

Esta ideia levava a comportamentos discriminatórios como por exemplo quanto à valência do seu discurso. Para Porter (2002) durante muito tempo, a psiquiatria olhava para as palavras do doente esquizofrénico como sem ter algum significado, pois o que diziam eram apenas “cries of distress” e não pistas para a natureza da sua doença. O mesmo autor prossegue apresentando casos de institucionalizados de que relatavam a desistência da tentativa de comunicação por esta não servir de nada, pois não seria respeitada, e de que mais tarde em relatórios esta recusa em comunicar provava a sua contra-produtividade na terapia. Gomes (2020) acrescenta ainda que até ao final do século XIX, o acesso a papel e caneta era frequentemente vedado a doentes psiquiátricos pois isto os podia “sobreexcitar”. No entanto, estas vedações a direitos que julgaríamos básicos não passavam apenas pela comunicação, mas também ao cultivo da própria

identidade. A autora refere também que era costume a inexistência de espelhos em maior parte da área hospitalar, pois se pensava que estes poderiam partir estes espelhos e usá-los como objeto de violência. Por último podemos também listar os depósitos e os respetivos registos, pelo que durante este momento ressalto um exemplo em que uma indivíduo é registada com “um par de brincos (sem valor)”: em que o conteúdo em parênteses nos mostra que até em pequenos pertences estes indivíduos eram tratados como menos importantes. Nas palavras da autora: “O parêntesis burocrático leva-me pensar [sic] que os nossos objetos nada significam sem nós, para lhes explicarmos a valia e as razões por que os guardamos connosco”. Ainda neste aspecto da impossibilidade de desenvolver a identidade podemos referir Goffman (2017) em que nestas instituições o indivíduo institucionalizado, estava sujeito a uma “mortificação do self” pelo que este era retirado de todos os papéis que podia, assim como outro qualquer indivíduo, desempenhar numa vida em sociedade e era então reduzido ao papel institucional de “doente” (Chow & Priebe, 2013). Deste modo, podemos começar por falar de uma das maiores consequências da institucionalização psiquiátrica, que foi a desumanização a que eram sujeitos os indivíduos institucionalizados durante grande parte da história.

Outro aspecto que tenciono relevar é a discriminação de género no sistema de institucionalização psiquiátrica. As mulheres institucionalizadas foram historicamente discriminadas no tratamento nestas instalações, sendo mais alta a tendência neste grupo para tratamentos errados ou serem sujeitas a mais forças coercivas do que os homens na mesma situação. Este grupo estaria mais vulnerável a ser alvo de comportamentos abusivos, tanto emocionais como físicos, serem sujeitas a medicação forçada, e até também a eletrochoques. Sabendo que durante grande parte da história existia a separação dentro do mesmo hospital entre indivíduos de sexo masculino e indivíduos de sexo feminino, mesmo com a integração destes em espaços comuns a autora analisa a experiência de mulheres internadas, sendo que ainda são frequentes sentimentos de medo perante homens, sobretudo com medo destes serem perigosos e poderem comportar-se de modo violento ou abusivo sexualmente, assim ainda aumentando mais a sua marginalização e estigma dentro do sistema. (Friehe, 2020)

Sendo assim, não apenas existiam estas diferenças no tratamento, mas também, conseqüentemente na sexualidade de cada indivíduo. Afastados da sociedade e enclausurados, esta população estava também condenada a uma dessexualização. Quer fosse por estarem

afastados dos antigos parceiros, ou por estes estarem institucionalizados também, estas relações iam sendo quebradas, e com acesso a poucas pessoas, restando apenas as que estavam na mesma situação, a procura por novos parceiros também estaria dificultada. Estes fatores, misturados também com efeitos secundários do próprio tratamento, farmacológico ou abusivo podiam até criar algum tipo de disfunção sexual nestes indivíduos. Deste modo, podemos iniciar a notar de como a vida sexual, vertente essencial no desenvolvimento da identidade qualquer indivíduo estava também então comprometida. (Wright et al. 2007)

No decorrer do século XX os Hospitais Psiquiátricos começaram a proliferar, no entanto, o avanço na psiquiatria limitava-se a uma gestão dos sintomas, que podiam surgir do próprio internamento e não da condição médica (Porter, 2003). Neste sentido, estes locais tornavam-se apenas como depósitos de indivíduos que, com o agravar da sua doença, e com o internamento como única opção terapêutica, os enchiam. Para Gomes (2020) “Em vez de tentar curar, admite-se que a sobrelotação e as más condições transformaram a instituição em armazém de doentes incuráveis, em mero asilo”.

A mudança do Manicómio Bombarda para Asilo Psiquiátrico Bombarda que só mais tarde em 1948 seria conhecido como Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda mostrava então em Portugal um reconhecimento da ineficiência do internamento como método terapêutico. Este aspecto levou a que mais tarde a opinião pública, não apenas em Portugal, mas sobretudo lá fora, estivesse a conhecer cada vez mais as condições desumanas a que estavam sujeitas estes indivíduos, seja pelo jornalismo ou ficção, e levou a que se começasse o movimento de Desinstitucionalização. (Fish, 2011) Com o decorrer deste processo nos EUA, vários hospitais psiquiátricos foram fechados e os seus antigos pacientes ficaram a viver em sociedade, no entanto, com a falta de apoio para a sua integração em comunidade e auxílio para o quotidiano, muitos destes acabaram por voltar a ser institucionalizados, desta feita em sistemas prisionais e não hospitais psiquiátricos. (Lain, 2023)

Este momento fez crescer a ideia errónea de elevada delinquência ou de perigosidade de indivíduos com experiência de doença mental. O que para autores como Warburton & Stahl (2020) inaugura um movimento pendular entre a negligência institucional e a negligência comunitária. Nas palavras dos autores: “When a society fails to take care of humans with SMI

[*Serious Mental Illness*] in either setting, the pendulum will continue to swing between these two extremes”.

A Desinstitucionalização como movimento

Durante a segunda metade do século passado, assistimos a uma crescente valorização da Saúde Mental com vista à sua integração na comunidade. Podemos tentar marcar um início deste período com a promulgação do *Community Mental Health Construction Act* nos E.U.A. em 1963. Sendo que daqui surgiram diversos programas de apoio comunitário complementares a instituições hospitalares direcionados a várias populações tais como os indivíduos a receber tratamento para doenças do foro da saúde mental a longo prazo. A este movimento podemos chamar de *Desinstitucionalização* (Ornelas, 1996).

Apesar da grande esperança depositada no movimento, segundo Talbott (2004) este acabou por falhar em diversos aspetos, transformando a *Desinstitucionalização* em *Transinstitucionalização*, ou seja, os utentes de instituições como hospitais psiquiátricos passaram a entrar num sistema rotativo entre várias outras instituições e não foram integrados na comunidade. O autor reflete que este acontecimento se deveu a faltas de consenso e planeamento sobre o processo de *desinstitucionalização*, impossibilitando o desenvolvimento das estruturas ao ritmo necessário, fazendo com que todo o sistema se tornasse um não-sistema.

Mais recentemente, para Klein (2015) o processo de desinstitucionalização nos EUA tem vindo a não conseguir oferecer o apoio e serviço necessário para indivíduos com experiência de doença mental, refletindo até que existe a preocupação em que este apoio esteja a ser dado já tardiamente em locais como urgências hospitalares e até penitenciárias. Logo, temos ainda uma crescente necessidade de avaliar os processos de desinstitucionalização não apenas tanto a nível global assim como no nosso país, sobretudo tendo cada vez mais em conta a experiência dos envolvidos de modo mais direto. Existe ainda uma sobrecarga na família sobre os cuidados prestados, e esta pode também afetar os familiares (Aldridge, 2000)

Em Portugal este movimento seguiu com o ritmo evolutivo da psiquiatria americana e europeia embora relativamente atrasado. Durante os anos 60 e 70 do século transato foram

repeatedamente propostas instituições extra-hospitalares, no entanto, estas nunca chegaram a ser criadas. No decorrer da década de 1980 a Saúde Mental foi progressivamente integrada nos Centros de Saúde, assim entrando nos cuidados de saúde primários, no entanto, este momento apesar de ser um progresso também reforçava o tratamento da saúde mental em ambulatório, sendo assim contrário ao movimento da *Desinstitucionalização* (Alves & Silva, 2004). A partir do final dos anos 80 começam finalmente a surgir equipamentos sociais com atividade nos níveis que tinham sido negligenciados pelo estado tais como centros de formação, de emprego apoiado ou residências de treino de autonomia tais como proposto por Ornelas (1989). Apesar dos claros progressos comparados com o passado século, Portugal ainda está muito atrasado ao nível proposto por si durante as últimas décadas. Assim como nos EUA, anteriormente referido, existe ainda uma grande sobrecarga nas famílias para tentar corresponder às necessidades não suprimidas pelo Estado e o seu apoio às instituições que podem aliviar essa sobrecarga. Estas mesmas instituições dependem também bastante de financiamento estatal e podemos ainda acrescentar uma assimetria regional bastante marcada. (Nogueira & Portugal, 2010). Por outro lado, temos de destacar a emergência de movimentos de pessoas com experiência de doença mental que tem levado a que participem em reuniões e até mesmo na direção de instituições da qual usufruem, participem em seminários e congressos e também, por exemplo, o *Centro de Empowerment e Ajuda Mútua*, que é dinamizado por indivíduos com experiência de doença mental. (Ornelas, 2007)

No entanto, apesar de claros progressos na resposta direta a esta comunidade, existem ainda entraves sociais da verdadeira integração e participação dos indivíduos com experiência de doença mental grave, como por exemplo o estigma relativo à doença. Este estigma não está apenas presente na mente de grande parte da sociedade portuguesa como a representação desta comunidade é significativamente negativa, sendo que os jornais portugueses tendem a representar a patologia, especialmente como a esquizofrenia, como perigosa (Rodrigues-Silva, et al. 2017), sendo esta comunidade significativamente mais provável de ser vítima do que perpetrador (Brekke, et al. 2001). Para Dias-Neto et al. (2017), a representação da doença mental nos media portugueses foi afetada pela crise económica do início do século presente, sendo que houve um crescimento nas notícias sobre o tema da saúde mental, sendo de um lado mais reportada, sendo isto considerado positivo, mas noutro lado com conotação negativa sobretudo acerca de falhas no

tratamento e investigação, e ainda a mostrar a esquizofrenia como perigosa. Para estes autores, serão necessários vários progressos relativamente ao estigma, indo em conta com a análise comparativa realizada por Climent (2018) com outros países, em que este apresenta a marginalização deste estrato social, diretamente influenciada pelos *media*.

O estigma relativo à saúde mental faz parte do quotidiano de quaisquer indivíduos com experiência de doença mental em forma de estereotipização, preconceito e discriminação que influencia diretamente a procura de trabalho digno, de acesso a cuidados de saúde, e de isolamento social. Este comportamento exemplifica-se na ideia errónea já supramencionada de que os indivíduos com experiência de doenças mentais como a esquizofrenia serem perigosos, assim a partir deste estereótipo, surgirá um preconceito social que levará ao afastamento social, tanto a partir do próprio indivíduo, como do resto da comunidade. Esta questão é tal modo impactante que pode mesmo levar estes indivíduos a evitarem a procura de ajuda, para não incorrerem na rotulagem enquanto indivíduo com doença mental, o que consequentemente diminuirá a sua probabilidade de *recovery*. (Maiorano et al. 2017; Climent, 2018)

Para Corrigan et al. (2005), para combater o estigma, são necessários trabalhos a 3 níveis: de protesto, educativos, e de contacto. Daqui surge o movimento de ex-institucionalizados referido por Chamberlin (1984) que introduz a noção de *Self-determination*, defendendo que estes indivíduos merecem os mesmos direitos que quaisquer outros sobretudo aquando a sua escolha de como podem ser ajudados e se sentir mais confortáveis. Com base neste movimento reforça ainda a necessidade de que para criar uma verdadeira integração na comunidade, o que é costume ser objetivo do sistema de saúde mental de qualquer país, esta só poderá acontecer fora do próprio sistema de saúde mental. No nível educativo, podemos dar o exemplo recente da Organização Mundial de Saúde, que delineou *Guidelines on Desinstitutionalization* (OMS, 2023) para que se possa reverter a prática injusta da institucionalização através da formação a profissionais da área, e que seja respeitado o estatuto dos indivíduos com experiência de institucionalização enquanto sobreviventes, assim merecendo o devido acesso a informação e consequente oportunidade para a participação completa no processo de desinstitucionalização. Este movimento implica também a participação dos estados-membros a que estes tomem ação direta para abolir todos os modelos de institucionalização que ainda estão vigentes, e realoquem os seus investimentos para o processo de apoio à desinstitucionalização. (Minkowitz, 2024). E

por último, a nível de contacto podemos utilizar a família como referência, sendo que este contacto com a doença diretamente com quem dela padece influencia significativamente o estigma, reduzindo-o, apesar de poder não significar necessariamente a importância por estes dada relativamente a empowerment e auto-determinação. (Sousa et al., 2012)

No panorama atual, podemos ainda reconhecer este movimento pendular sobretudo a nível político. Na discussão partidária moderna são frequentes as contradições tanto de um lado como do outro do espectro político. Podemos fazer uma análise através do caso estadunidense dos discursos de Donald Trump em não apenas o seu conteúdo, mas também a resposta seja suficiente para entender este paradoxo. Dos seus discursos, num claro espectro político de direita, vemos uma caracterização dos indivíduos com experiência de doença mental como um perigo para a sociedade, focando sobretudo na já discutida ideia errónea de criminalização e de que estes não são como pessoas ditas “normais” (Blaser, 2019). Este discurso acarreta também um apoio ao desinvestimento no que seria o trabalho em comunidade, mas sim um foco na Institucionalização Psiquiátrica. Simultaneamente, a corrente mais forte de combate do lado do espectro político de esquerda, que afirma o seu apoio a maior apoio tanto institucional como comunitário para a saúde mental no geral, critica também o próprio Donald Trump, tentando estabelecer um rótulo deste sendo “lunático” ou mentalmente instável. Ou seja, no âmbito geral, este acontecimento nada faz para melhorar a imagem dos indivíduos com experiência de doença mental como sendo passíveis de confiança em tomada de decisão, seja ela na sua própria vida ou em atividade política ou outros lugares de poder. (Turner, 2024)

Para Solomon & Petros (2020), este fenómeno pode ser olhado duma perspetiva em que são criadas duas correntes de pensamento: a anti-Institucionalização, e a anti-Desinstitucionalização. Para os autores, ambas as correntes tem o mesmo objetivo, o de encontrar o melhor cuidado para os indivíduos com experiência de doença mental, no entanto, divergem significativamente no seu processo. De um lado, a anti-Institucionalização segue a recomendação internacional por parte da Organização Mundial de Saúde (2023), que preconiza uma autonomia de direito à decisão do tratamento que estes indivíduos devem ter, e a outra corrente defende o regresso a maior hospitalização para que estes possam ser mais controlados e regularizados, como por exemplo na toma de medicação.

Esta cisão na corrente de pensamento pode ser entendida através de Churchill et al. (2007), que evidencia vários problemas a nível internacional relativos ao tratamento em comunidade atualmente oferecido. Para os autores, este tipo de cuidado peca nos resultados ao que se tinha proposto em fatores como por exemplo a hospitalização do indivíduo com experiência de doença mental e da adesão deste mesmo ao próprio tratamento, seja ele farmacológico ou não. No entanto, o problema não está apenas no indivíduo que está sujeito ao tratamento, mas sim também nos profissionais e nos decisores políticos. Aos primeiros falta consenso entre diferentes grupos de profissionais, e aos segundos falta fiscalização, pois em realidade, alterações da lei não tem levado a alterações comportamentais diretas. A ambos, este problema pode estar latente de uma ausência de informação adequada. A nível académico pois então falta estudar a sensação de coerção existente, a relação terapêutica e o efeito do tratamento nos familiares/cuidadores, sendo necessária uma maior prioridade para os testemunhos e da experiência dos pacientes.

Retomando a questão central deste momento, e centrando-a num Portugal mais atual, podemos reconhecer que este está atrasado relativamente a outros países europeus no movimento da Desinstitucionalização, sendo que o atraso no desenvolvimento de novas instalações e alternativas ao internamento tornava esta como única solução apresentada e possível. (Palha & Costa, 2015). Não existindo também a preparação da comunidade para acolher esta população e a integrar no seio comum, é considerado ainda que esta deve também fazer parte do processo de Desinstitucionalização (Cordo, 2003). Mais recentemente podemos considerar também Xavier et al. (2021), e acrescentar que Portugal, por falta de planeamento, não foi capaz de alcançar os objetivos a que se propôs durante este processo.

Do testemunho ao empoderamento

Segundo Rappaport (1995), para que exista a integração de indivíduos com experiência de doença mental na comunidade é necessária a criação de narrativas coletivas (*communal narratives*). Este momento faz parte do processo a que chama *empowerment* (empoderamento), que define como um processo intencional e contínuo centrado na comunidade, envolvendo

respeito mútuo, consciência crítica, cuidado e participação de grupo, em que indivíduos que requeiram valor igualitário de recursos ganham melhor acesso e controlo sobre esses recursos. Estes últimos são por exemplo, a habilidade de contar a sua própria narrativa através da sua experiência pessoal e idiossincrática, e ter acesso à partilha e influência da mesma na narrativa comunitária. É deste modo que surgem os grupos de apoio mútuo que tanto conhecemos (vulgarmente popularizados nos EUA, por exemplo) que criam a capacidade de neste contexto, os indivíduos possam alterar a sua narrativa pessoal e coletiva com recurso a apoio social e emocional. Através deste processo, os indivíduos com experiência de doença mental podem finalmente atingir outro momento, o *recovery*, que se define pelo fortalecimento da sua independência e controlo sobre decisões importantes nas suas vidas, e pela sua livre participação na vida em comunidade através do desempenho de papéis profissionais ou familiares. (Ornelas, 2007)

Este *empowerment* é considerado um processo contínuo e não um simples evento, e deve ter no seu centro aspetos como a responsabilidade dada aos indivíduos com experiência de doença mental na gestão dos seus tratamentos, e no respeito pelo seu papel enquanto colegas e colaboradores em vez destes serem apenas recipientes passivos de apoio. (Salzer, 1997)

Segundo Rappaport (2000), podemos ainda dividir as narrativas em três dimensões: as culturais, dominantes numa sociedade mais em geral; as comunitárias; e as pessoais, que se influenciam mutuamente e interagem sobre si. As narrativas culturais podem ser descritas como as representações difundidas por exemplo por meios de comunicação social nacionais, que podem então depois ser interiorizadas; as comunitárias referindo-se a histórias comuns a indivíduos de um contexto partilhado, como as partilhadas por indivíduos da mesma área de residência ou frequentadores de uma determinada organização; e as histórias pessoais são as representações cognitivas de eventos exclusivos à vida de um determinado indivíduo.

É neste sentido que o já apresentado movimento liderado por Chamberlin (1990) pode ser reintroduzido pois uma das estratégias principais para o empoderamento do indivíduo com experiência de doença mental e conseqüente experiência de institucionalização psiquiátrica é considerada a capacidade de estes poderem contar a sua perspectiva de vida e que esta seja reconhecida como a mais relevante, colocando para segundo plano a narrativa construída pelos

médicos e até pelos próprios psicólogos. Este tipo de movimento, no entanto, segundo autores como Dain (1989) tinham várias dificuldades em desencadear mudanças sociais significativas. Ainda assim, para o autor, este modo de ação provocou na mesma uma certa atenção dos próprios médicos e da sociedade em questionar o voluntarismo. Devemos ainda acrescentar que movimentos como este defenderam não apenas a erradicação da compulsividade nos internamentos psiquiátricos e a autonomia para estes escolherem e desenvolverem os apoios que necessitam, mas também a da participação deste na comunidade em que se insere, em igualdade de direitos com os restantes cidadãos, a serem respeitados com dignidade e a desenvolver relações significativas com os seus elementos (Fitzsimmons & Fuller, 2002).

Neste seguimento, podemos considerar o poder das narrativas não só apenas numa primeira instância, para o próprio bem-estar do indivíduo, sobretudo se esta for reforçada com uma visão positiva (Rappaport, 1995), mas também como veículo de mudança política. Segundo Hammack & Pilecki (2012) as narrativas veiculadas por figuras de autoridade e reverência como agentes governamentais também podem ser consideradas como narrativas de comunidade, ou até narrativas culturais, sendo que estas são relevantes no reforço dado à valência da narrativa individual. Para os autores, o contacto com narrativas pode servir então para construir novas representações do passado, abarcando nestas a reconciliação de injustiças sofridas por outros elementos da mesma comunidade. No entanto, para os mesmos, este fenómeno é apenas possível se estas forem construídas através de solidariedade e de contacto com estas próprias experiências.

O contacto inicial destas experiências culmina nas instituições de saúde mental, e historicamente a criação de grupos de ajuda mútua começou em consequência dos movimentos de desinstitucionalização de Chamberlin (1990). Para autores como Brown (2009) organizações lideradas e geridas pelos consumidores beneficiam os mesmos no seu *empowerment* através do seu papel de decisão e controlo, assim podendo se manifestar em outras áreas pessoais, cria ligações sociais igualitárias, próximas e amigáveis, entre os mesmos, e a entreaajuda gerada das atividades auxilia não apenas quem recebe o apoio de um dos elementos, mas também o elemento que apoia.

Segundo Jorge-Monteiro & Matias (2007), o conceito de *recovery* é ainda discutido na literatura, podendo ser encarado para os investigadores como um processo, mas para os familiares

um resultado. No entanto, é considerado pelos autores de que este objetivo, constituindo-se por uma atitude favorável à criação de contextos de intervenção na saúde mental, focando-se sobretudo no reforço de esperanças face ao futuro e no apoio à participação social plena de indivíduos em desvantagem psicossocial. É ainda considerado que um obstáculo a este processo tem sido a prevalência histórica de instituições de saúde mental que acabam por segregar os indivíduos com experiência de doença mental em contextos que rodeados apenas de profissionais de saúde e de outros indivíduos em condição semelhante, desfavoreceram a ligação a familiares e amigos. Outros autores como Eklund (1999) consideram que a criação de uma identidade coletiva é um fator importante para a mudança social através do *empowerment*, no entanto esta só é facilitada pelo fomento da visão crítica e holística do contexto em que os elementos da comunidade vivem, para que sejam então tidas em conta as diferenças de capacidade de participação, e as restrições a ela associadas. Ainda segundo a autora a capacidade de cada indivíduo participar na comunidade em que se insere reflete também a competência desta última, sobretudo quanto à habilidade desta em produzir ações que provoquem mudanças na mesma.

Outro tipo de contribuição para a formulação de narrativas culturais sobre indivíduos com experiência de doença mental é a presença destes testemunhos em formato de livro. Podemos evidenciar obras como *The Center Cannot Hold: My journey through madness* de Elyn Saks (2007). O contacto com testemunhos escritos, assim como transcrições de entrevistas, não são apenas capazes de criar uma ligação forte entre investigador e entrevistado, mas também entre leitores. (Stein & Mankowski, 2004)

Para Abreu (2021), tem sido crescente a introdução no mercado de livros redigidos por indivíduos com experiência de doença mental descrevendo como venceram as suas patologias, no entanto, este fenómeno peca ainda por se restar a testemunhos internacionais e não da realidade portuguesa. Apenas com uma breve pesquisa nas bibliotecas municipais, e cadeias livreiras mais presentes no mercado português reparamos como são escassos estes relatos na nossa língua. Procurando ainda ser uma base introdutória para o tema da saúde mental, os relatos que existem passam pela generalidade e apenas descrevem situações que podemos de chamar de mais ligeiras, embora simultaneamente importantes para a consciencialização advinda da publicação. A literatura que vai sendo editada em Portugal nesta área resume-se a textos teóricos, redigidos por quem trata e estuda a doença, e não por quem a experiencia.

Na raiz deste fenómeno podemos introduzir noções de medo de possíveis repercussões, ou de contínua redução da individualidade ao diagnóstico, e também desconfiança perante as instituições que claramente toldam o poder de decisão do indivíduo, e a sua subsequente *recovery*. Este sentimento vem de já uma certa história longa com a desvalorização dos seus testemunhos, como já foi argumentado acima. (Hui, 2021)

Neste sentido, voltemos a debruçar-nos nas narrativas, agora sobre *community narratives*. Estas são também influenciadas pelo contexto em que o indivíduo está inserido, logo, fazendo esta parte de um tecido social que sistematicamente os ignora, sentir-se-ão mais longe do *empowerment*. Para Rappaport (2000), o esforço para alterar as narrativas comunitárias tem de passar não só apenas pelos indivíduos visados, mas também pelos outros. Logo, para que um indivíduo possa fazer parte duma comunidade, este tem de ser capaz de poder contar a sua própria história, e que esta seja recebida com respeito pela sua diversidade (McMillan, 1996). Para autores como Fisher & Spiro (2010) esta capacidade de poder ser ouvido e contar a própria narrativa é relevante pois o indivíduo desenvolve a sua identidade através também de com quem se relaciona, logo ao ser-lhe dificultada a experiência sobre a sua própria perspetiva, o indivíduo torna-se alienado do seu *self*.

Segundo Nelson et al. (2017) o futuro desenvolvimento da Psicologia Comunitária passa pelo envolvimento direto dos utentes e sobreviventes da Psiquiatria. Este estudo surge de modo a tentar entender como se experienciou a Institucionalização Psiquiátrica em Portugal e de como os indivíduos sobreviventes esperam ser apoiados pelas comunidades e associações de apoio à saúde mental no processo de Desinstitucionalização. Sendo assim, é aqui proposto recolher e refletir sobre a experiência destes indivíduos tendo como principal fonte a sua narrativa contada por si próprios, valorizando assim a sua perspetiva. Esta necessidade origina da ainda prevalente ausência dos indivíduos na tomada de decisão sobre o desenvolvimento da desinstitucionalização, sobretudo a nível político. Este acontecimento pode provir também a partir de estigmas e estereótipos relacionados com a sua condição (Charles et al., 2016) ou até de culpabilização da vítima da institucionalização sobre o insucesso da mesma (Kelly & McKenna, 1997).

Métodos de Investigação

Neste capítulo apresentamos a pertinência e o objetivo do estudo, descrevendo como este sucede, e da caracterização dos instrumentos e participantes. Foi detalhado, o procedimento para que possa ser replicável, no qual se destaca o uso da análise temática. Por último, tecem-se breves considerações de caráter ético que estiveram presentes ao longo da investigação.

Objetivos e Questões de Investigação

Esta investigação tem como intenção a de contribuir para o desenvolvimento de contextos empoderadores, facilitando então a liberdade e cidadania plena para indivíduos com experiência de doença mental e conseqüente institucionalização psiquiátrica, colaborando diretamente com os indivíduos desta população. Sendo que este estudo exploratório tenta responder à questão: como é a experiência de um sobrevivente da psiquiatria em Portugal?

Deste modo, para este objetivo, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- De que modo foi vivida a **Experiência de Institucionalização Psiquiátrica** destes indivíduos?
- Qual é atualmente o **apoio esperado** pelos indivíduos com experiência de doença mental pelas associações de saúde mental e demais concidadãos?

Desenho da Investigação

Para responder às questões de investigação formuladas, foi optado por um método qualitativo, tendo-se recorrido à entrevista em profundidade para poder recolher dados detalhados e contextualizados sobre perceções, vivências e reflexões. Estas entrevistas procuram criar Narrativas Episódicas como materiais seguindo Flick (1997), que assume que esta facilita a

recolha de dados. Segundo Mueller (2019) esta é a melhor abordagem para contextualizar a experiência do entrevistado assim respeitando a sua própria visão, oferecendo a estes a oportunidade de escolher o conteúdo e detalhes da sua experiência. Este método potencia a exploração de fenómenos sociais complexos através de *storytelling*, sendo que esta é uma forma essencial de comunicação para permitir ao indivíduo associar e criar significado à sua própria experiência. (Mueller, 2019)

A transcrição destas entrevistas torna-se então o seguinte passo fulcral, pois é ela a capaz de transformar o material proveniente da oralidade para uma componente escrita. Esta tarefa não exige grande preparação técnica, no entanto, este fator não a torna simples, pois é necessária uma dispensação de tempo alargada para que se possa constituir uma transcrição que abarque também uma interpretação do que é dito em coerência com a entrevista em si, para além da simples reprodução de cada palavra. (Azevedo et al. 2017)

O uso da investigação narrativa e dos métodos qualitativos para validar e ampliar as vozes dos cidadãos em desvantagem psicossocial tem sido defendido sobretudo nesta população já desde Rappaport (1995), pois é através do conhecimento e contacto com este tipo de histórias que pode então refletir e alterar as narrativas comunitárias vigentes.

Podemos então reintroduzir nesta reflexão os três tipos de narrativas enunciadas por Rappaport (2000): as culturais, as comunitárias e as pessoais, que se influenciam mutuamente e interagem sobre si. Ainda para o autor, o *empowerment* ocorre quando as narrativas que sustentam positivamente a história de vida de um indivíduo são reforçadas. (Rappaport, 1995) Aqui recai mais uma vez a importância deste método de investigação, pois, como já referido anteriormente, Portugal continua a manifestar posições e a ter presente no seu tecido social narrativas que desencorajam a participação plena na comunidade de indivíduos com experiência de doença mental. (Dias-Neto et al., 2017; Rodrigues-Silva et al., 2017) Neste sentido, havendo um défice na informação que sustente a participação dos indivíduos com experiência de doença mental em momentos de discussão de processos de revisão de direitos humanos, internamentos compulsivos, e de planeamento e implementação de atividades de saúde (Caldas de Almeida et al., 2015), é consequentemente relevante o contacto com os testemunhos destes indivíduos,

sobretudo para desenvolvimento de novas narrativas não apenas pessoais, mas comunitárias e culturais.

Para Stein & Mankowski (2004), a investigação qualitativa através da recolha de testemunhos na população de indivíduos com experiência de doença mental torna possível que no processo do estudo a ligação entre o investigador e a população em estudo seja potenciada, mas também que o desenvolvimento do projeto possa ser um importante veículo para a transformação social. Deste modo, podemos considerar a relevância desta investigação não apenas para a formulação de possíveis respostas às questões de estudo já anteriormente colocadas, mas também para dar seguimento ao processo de morfologia da narrativa comunitária ou cultural vigente.

Partindo da escolha de métodos qualitativos para esta entrevista, foi decidido utilizar a análise temática reflexiva, a partir duma abordagem qualitativa. Esta segue a estrutura proposta por Braune & Clarke (2006; 2019) no sentido em que os temas a serem analisados resultam a partir da seguinte estrutura: familiarização com os dados, produção de códigos iniciais, encontro de temas e revisão dos mesmos, definição e nomeação desses temas e produção do relatório. O primeiro passo é dado através da transcrição das entrevistas na íntegra, a sua leitura, e registo de ideias de modo livre, prosseguindo para a identificação de características mais pertinentes para que os possamos encaixar em códigos provisórios. De seguida será feito um mapa temático da análise e refinação de aspetos de cada tema para que se os nomeie e defina. Finalmente a análise final surge através de um *inductive approach*. Logo, a reflexão origina de temas provenientes dos dados, e não a partir de seleção de dados para encaixar em temas previamente definidos, assim respeitando mais a colaboração dos entrevistados. Este processo está descrito no capítulo seguinte (Resultados).

A utilização de uma *investigação narrativa* e sobretudo de métodos qualitativos ocorre no sentido ao descrito por Elliott (2005), em que este desenho permite não apenas ter em conta as histórias de vida de elementos de comunidades em que estes estejam em desvantagem, mas também valorizar as mesmas, podendo então deste modo contribuir para a transformação das narrativas comunitárias e culturais dominantes.

A valência deste modo de ação ganha corpo também se for tomado em consideração o poder transformativo das narrativas comunitárias e como estas podem influenciar positivamente a

narrativa pessoal. Para Rappaport (2000), a narrativa pessoal é claramente influenciada pela comunitária, sendo que esta primeira se constitui na negociação entre o contexto em que se insere na comunidade, sobretudo se tivermos em conta a possibilidade do indivíduo em poder contar a sua história, e de que esta seja recebida e envolvida no tecido social. Esta capacidade é então uma ferramenta importante no processo de *empowerment*, no entanto, para o mesmo autor é necessário ter em conta que este processo não é facilmente conseguido a modo individual, sendo que torna-se então compulsório um esforço coletivo, envolvendo visão crítica, e claro, o contacto com estas narrativas, para que, num ambiente colaborativo se produzam alterações no tecido narrativo comunitário dominante.

Instrumento

Para a recolha de dados recorrer-se-à a entrevistas semiestruturadas para que as respostas dadas sejam as mais amplas possível, possibilitando a exploração e aprofundamento das informações fornecidas pelos participantes. Nessa perspetiva, constrói-se um diálogo fundamentado na liberdade de expressão de ideias, experiências e emoções provenientes, tendo em vista o significado destas experiências particulares (Moré, 2015).

Estas entrevistas decorrem com base no guião presente em Anexo (ANEXO A), desenvolvido e utilizado na investigação em que este projeto se insere: “*A Desinstitucionalização em saúde mental em Portugal: Um estudo exploratório sob o signo da mudança transformativa*” do Doutorando Luís Sá Fernandes sob Orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz. O objetivo deste instrumento trata-se de documentar histórias de indivíduos que tenham sobrevivido a institucionalizações psiquiátricas e de através destes dados procurar criar dados sobre as implicações da institucionalização psiquiátrica vivida em primeira pessoa, e para considerar uma perspetiva colaborativa aos fatores decisivos na Desinstitucionalização em Portugal.

Esta recolha foi feita através de encontros presenciais, num clima que garantisse a confidencialidade e o conforto necessários à participação adequada dos envolvidos. Aos participantes foi facultado também uma declaração de consentimento informado, e que esta foi

assinada pelos mesmos antes de se prosseguir à entrevista. Este documento apresenta-se em anexo. (ANEXO B)

Quanto à duração das mesmas, aproximando estas ao minuto, pode ser considerado de que estas tiveram a média de 61,8 minutos (ou de 01h01m48s), sendo a mais curta de 43 minutos, e a mais longa de 79 minutos.

Após a realização das mesmas, estas foram transcritas, e para garantir a anonimidade e participação do indivíduo consignando o seu direito à privacidade, o resultado deste passo foi devolvido ao participante para que o mesmo pudesse alterar parte do que contribuiu, e então confirmasse a transcrição final a usar no projeto. Assim sendo estes documentos encontram-se em anexo, já com a alteração de quaisquer menções que pudessem ser identificáveis, como por exemplo o nome do participante, substituído então por um pseudónimo. Devemos acrescentar de que após este passo, foram eliminadas as gravações de áudio e vídeo resultantes da entrevista, a modo de garantir uma participação de acordo com o consentimento informado.

Ainda relativamente à transcrição, estas foram realizadas procurando seguir as indicações de Azevedo et al. (2017), de modo a universalizar e uniformizar o material resultado da mesma.

Participantes

Foi utilizada uma amostra propositiva, um método de amostragem não probabilístico, que se foca nas características das pessoas escolhidas (APA, 2021), neste caso a condição de ser um indivíduo com experiência de doença mental e de este ter uma ou mais experiências de institucionalização psiquiátrica.

A amostra foi constituída por cinco (n=5) indivíduos com experiência de doença mental, residentes no distrito de Lisboa. Procurou diversificar-se a amostra quanto ao sexo, à idade e ao nível de educação, com o objetivo de identificar as semelhanças e as diferenças no percurso de vida destes indivíduos. A dimensão da amostra (n=5) resulta de um compromisso entre um volume de dados suficientes para poder refletir e procurar dar resposta às questões do presente

estudo e do tempo necessário para poder completar este projeto dentro do ano letivo, tendo em conta sobretudo o elevado dispêndio de tempo de todos os processos de investigação.

A amostra é composta por um grupo de participantes que frequentam a mesma instituição particular de solidariedade social (IPSS), em Lisboa, a AEIPS, e que participam também no estudo ao qual este está associado: “*A Desinstitucionalização em saúde mental em Portugal: Um estudo exploratório sob o signo da mudança transformativa*” do Doutorando Luís Sá Fernandes sob Orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz.

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica dos Participantes

Participante	Sexo	Idade	Situação Habitacional	Habilitações Literárias	Situação Profissional	Diagnóstico reportado*	Recebe pensão?
A	Feminino	59	Casa própria, individualmente	Licenciatura	Reformada	Depressão; Esquizofrenia Paranóide	Sim
B	Feminino	52	Residência de Grupo	Licenciatura	Desempregado	Psicose Esquizofrénica	Sim
C	Masculino	36	Casa própria, individualmente	Ensino Secundário	Estudante	(nada a registar, informação não facultada)	Não
D	Masculino	40	Casa própria, com familiares	Ensino Básico	Desempregado	Síndrome obsessivo-compulsivo gravíssimo; Depressão mórbida	(nada a registar)

E	Masculino	48	Residência de Grupo	Ensino Secundário	Desempregado	Esquizofrenia	Sim
---	-----------	----	---------------------	-------------------	--------------	---------------	-----

* Este é o apresentado pelo participante durante a entrevista

A amostra procurou não discriminar por sexo, no entanto, a participação de mais do que um foi vista como relevante, sendo que 2 participantes são mulheres, e 3 são homens. A média de idades dos participantes é de 47 anos (M=47), sendo que o participante mais novo tem 36 anos, e o mais velho, 59.

Sendo a questão habitacional um dado relevante para a consequente discussão dos temas a refletir, este foi tido em conta. 60 % dos participantes (3 pessoas) residem, em casa própria, que estes são proprietários ou herdeiros, ainda a destacar que 2 destes participantes residem individualmente, e o outro, com a família, neste caso os progenitores. Os outros 40 % (2 pessoas) habitam em residências de grupo da instituição que frequentam, a AEIPS.

Quanto às habilitações literárias, esta amostra também é diversa sendo que apenas um indivíduo (20 %) tem apenas o Ensino Básico concluído, sendo que os restantes concluíram o Ensino Secundário. E ainda 40 % dos participantes concluiu também o Ensino Superior.

À data destas entrevistas, 60 % dos participantes encontravam-se desempregados, enquanto um destes se encontrava a completar os estudos a tempo inteiro, e outro já estava em situação de reforma.

Sendo este um projeto em que a experiência de doença mental é interpretada como um dado relevante e necessário para a inclusão do participante, este também é tido em conta, e apresentado para evidenciar a diversidade de diagnósticos, não para utilizar cada um destes para a análise dos dados, mas para considerá-los como objeto diversificador da amostra, enriquecendo assim a mesma. É necessário ter em conta que o diagnóstico aqui registado não se trata de encaixar no perfil de cada indivíduo uma patologia presente no DSM-V (APA, 2013), mas sim de que a noção deste é importante para que o próprio indivíduo seja capaz de contar a sua própria narrativa pessoal (Rappaport, 1995). Neste sentido evidenciamos que estes diagnósticos não são

rótulos assumidos como dado de personalidade do indivíduo, mas sim a informação prestada e dada pelos médicos que acompanharam cada indivíduo, e que este facultava ao entrevistador. Deste modo, podemos tentar congregiar os dados considerando que 60 % da amostra facultava a informação de que experienciou ou experienciava doença mental no espectro da esquizofrenia, 40 % no espectro da depressão, e ainda um dos indivíduos não facultava esta informação por esta ter lhe sido vedada pelos próprios médicos que o acompanharam. Considerando que apesar desta informação não se poder identificar, é considerado na mesma, tendo em conta a sua experiência de vida, que este indivíduo se assume como indivíduo que já experienciou doença mental, assim não o excluindo da amostra.

Por último podemos ainda considerar que quanto a serem beneficiários de pensões ou subsídios, sejam elas de sobrevivência, de inserção ou outras, este dado é relevante ainda para a discussão dos dados, logo é também inserido. Nesta amostra 60 % dos participantes assumem ser beneficiários de ao menos um subsídio, 20 % não são beneficiários de nenhuma, e outro participante não facultava esta informação, pelo que não está registada.

Caraterização das Experiências de Institucionalização

Sendo a experiência de institucionalização psiquiátrica o dado mais relevante para consideração nesta amostra, podemos sistematizar os dados não apenas pela existência de um ou mais institucionalizações, mas a duração das mesmas, e o cariz involuntário ou voluntário das mesmas. Procurando que esta investigação possa traçar considerações sobre o estado mais atual possível da Institucionalização e Desinstitucionalização em Portugal, é também apresentada a data da mais recente experiência de institucionalização psiquiátrica. Esta informação é sintetizada na Tabela 2.

Tabela 2

Caraterização das Experiências de Institucionalização

Participante	Número de Institucionalizações Psiquiátricas	Internamento Involuntário?	Duração da última institucionalização	Data de saída da mais recente Institucionalização
A	3	Apenas no último	9 meses	2011
B	3	Sim, sempre	6 meses	2013
C	2	Nunca	4 meses	2018
D	2	Nunca	1 semana	2019
E	2	Nunca	2 semanas	2014

De um modo breve podemos sumarizar de que 40 % dos participantes tiveram 3 experiências de Institucionalização, e os restantes 60 % apenas duas. Esta diferença pode ser atenuada tendo em conta que, por exemplo, os participantes B e C tiveram diferente número de experiências de institucionalização, no entanto, a duração total foi semelhante. Sendo que estes participantes reportaram experiências de Institucionalização diversas e em datas diferentes, de modo a tornar mais atual este estudo é ainda demonstrada a duração da última institucionalização, sendo a mais curta de 1 semana, e a mais longa de 9 meses.

No entanto, não importa apenas considerar a duração das institucionalizações, mas sim ter em conta que cada uma destas experiências acarreta diversas idiosincrasias que tornam este fator ser importante, mas não podendo ser reduzido a tal, devemos ter em conta fatores como a compulsividade e outros que desenvolveremos mais para a frente do presente estudo. (Tomás & Rebelo, 2022)

Quanto à compulsividade podemos considerar que 80 % dos participantes apresentam pelo menos uma experiência de Institucionalização voluntária, e de que 60 % registam apenas Institucionalizações voluntárias. No entanto, 40 % destes indivíduos registam pelo menos uma

experiência de Institucionalização involuntária, sendo que apenas um participante mostra involuntarismo em todas as suas experiências de Institucionalização (3).

Para centrar este projeto de investigação na atualidade do nosso país, é também apresentada a data da saída da mais recente experiência de Institucionalização, sendo que a mais antiga é de 2011, e a mais recente de 2019.

Procedimento

Este projeto está em seguimento com o trabalho “*A Desinstitucionalização em saúde mental em Portugal: Um estudo exploratório sob o signo da mudança transformativa*” do Doutorando Luís Sá Fernandes sob Orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz.

A presente investigação iniciou-se com o desenvolvimento de pesquisa documental sobre o tema da Institucionalização Psiquiátrica, sobretudo em Portugal, através do levantamento de artigos, relatórios e de livros. Deste modo foi possível realizar o enquadramento teórico presente no primeiro capítulo do presente documento.

O desenho do presente estudo tem como base um delineamento exploratório, sendo usadas como base para recolha de dados entrevistas individuais com indivíduos que tem experiência de institucionalização psiquiátrica consequente de um diagnóstico de doença mental, e que pretendem partilhar a sua experiência enquanto Sobreviventes da Psiquiatria em Portugal. Sendo que os participantes deste estudo partilham ainda entre si terem apoio da mesma instituição de apoio à saúde mental, a AEIPS. A seleção dos participantes foi realizada pelo Doutorando do projeto supracitado, sendo que foi procurado ter em conta a diversidade dos contributos, e de modo a que este estudo possa ser útil também ao mesmo.

As entrevistas a estes participantes foram então conduzidas pelo Doutorando, em *setting* apropriado à privacidade e confidencialidade dos mesmos. Seguindo este dado, a presença do investigador foi inicialmente discutida, no entanto, para garantir esta mesma privacidade, sendo que os participantes, já conhecedores do Doutorando, e mantendo um clima de conforto que

facilite o decorrer das entrevistas, esta não se sucedeu, pelo que este dado ajudou a confidencialidade dos dados mais tarde analisados pelo mesmo.

Facultadas as entrevistas dos participantes ao investigador, este procedeu à transcrição das mesmas, a modo individual. Para este passo, sendo que se trata de um momento dispendioso de tempo (Azevedo et al., 2017), recorreu ao programa de software *GoodTape.io*, que produziu um rascunho inicial do material de discurso. Sendo este bastante rudimentar, facilitou parcialmente, mas ainda importante, à transcrição. O investigador procedeu então à reescrita de todo o discurso, escutando as entrevistas repetidamente, de modo a aproximar ao máximo o discurso oral com o verbal. Este processo foi repetido para todas as entrevistas, sendo que cada uma delas pode ser estimada que a cada 10 minutos de entrevista seria necessária 1 hora no processo de transcrição. Deste modo, podemos considerar que a transcrição mais breve se realizou aproximadamente em 4 horas, e a mais longa em 7 horas. Devemos considerar ainda que este trabalho não foi feito ininterruptamente, pelo que sendo necessária atenção ao detalhe, a repetição de várias partes do discurso, e de formatação, este procedimento foi repartido por vários dias, intercalando entre eles outros momentos relevantes ao estudo como familiarização com artigos e outros materiais de interesse académico através dos temas resultantes das entrevistas. Terminada a transcrição inicial, os materiais presentes no programa de software supramencionado foram eliminados, à luz da confidencialidade proposta nos momentos seguintes de devolução das transcrições, negociação dos conteúdos por parte dos participantes e de confirmação da transcrição como dado.

Após a gestão dos dados brutos da transcrição, foram realizadas leituras sucessivas e feita uma análise temática reflexiva, tendo presente as questões de investigações e os temas resultantes da revisão de literatura e de acordo com a análise temática reflexiva proposta por Braun & Clarke (2006; 2019).

Resultados

Seguindo a estrutura desenvolvida por Braun & Clarke (2006;2019), sendo que o primeiro passo, de familiarização com os dados, surge durante e após a transcrição das entrevistas realizadas aos participantes. Este processo, mesmo sendo dispendioso a questão de gestão de tempo, é um passo fulcral para a análise decorrida em consequência, e assim foi respeitada. A leitura do seu conteúdo não foi apenas realizada numa primeira instância, mas sim também nos passos seguintes, em que se revisitavam os temas retirados por associação livre na releitura dos excertos aos quais estes pudessem estar associados.

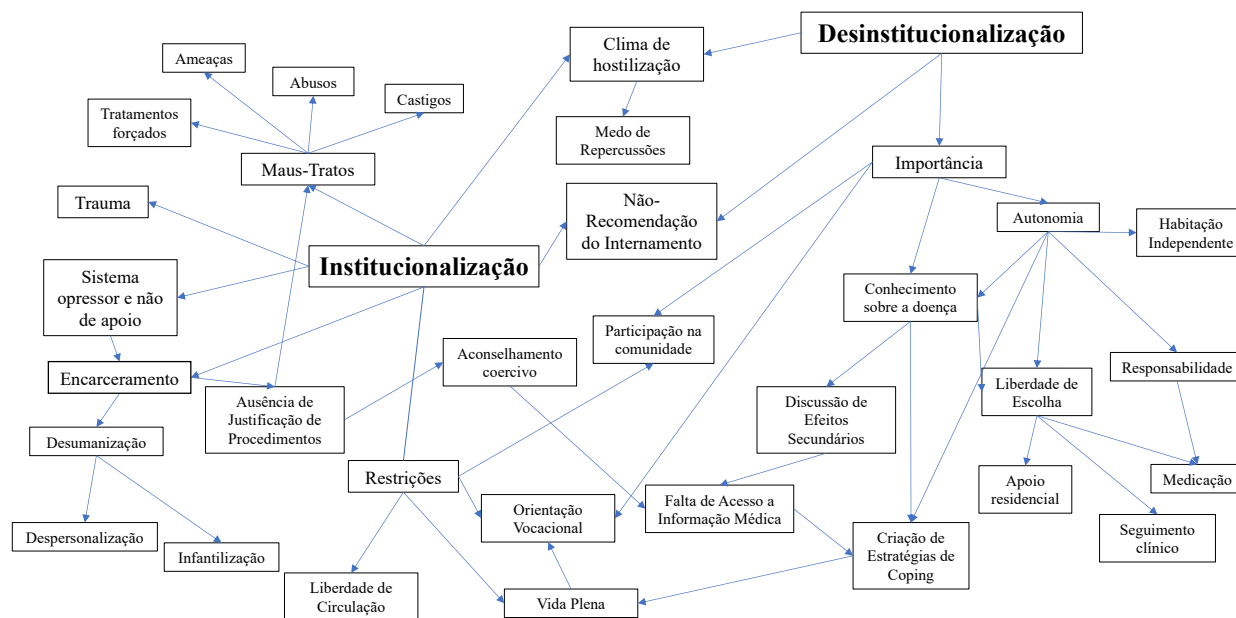


Figura 1. Temas Iniciais

Após a transcrição das entrevistas na sua totalidade, foi registado um código inicial de temas possíveis a serem refletidos, no entanto, estes sofreram claras alterações mediante também a pertinência dos mesmos à relevância do estudo, e também de serem ou não aspetos comuns

entre os participantes. Este momento transitório está sistematizado de modo rudimentar na figura 1. Este está dividido nos dois momentos que caracterizam os participantes, o de *Institucionalização* e o de *Desinstitucionalização*, sendo que deles surgem diversos temas: no primeiro momento, de este como um sistema opressor e passível de trauma associado, das restrições provenientes do mesmo e dos maus-tratos sofridos; e num segundo momento de importância de autonomia, conhecimento sobre a doença, de orientação vocacional e de participação na comunidade. Estes temas influenciam-se entre si, e como é tentado evidenciar na figura, de por exemplo, temas serem presentes em ambos os momentos, como o destes poderem ter sido considerados como climas de hostilização, e de como conceitos como a participação na comunidade e a orientação vocacional serem evidentes como parte integrante do apoio ao indivíduo com experiência de doença mental, e de como estes lhes estão parcialmente ou totalmente vedados na experiência de Institucionalização.

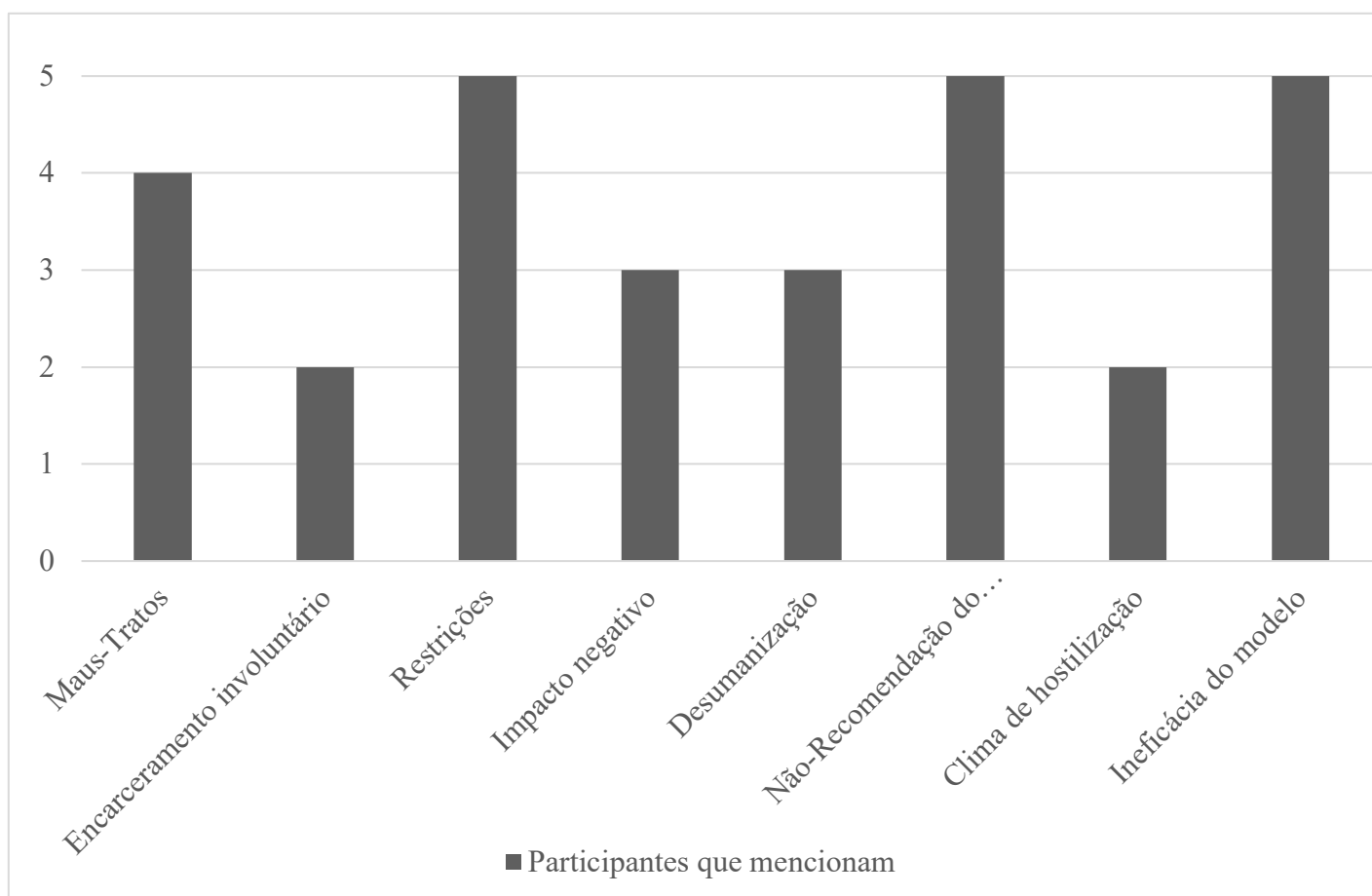


Figura 2. Incidência de Sub-Temas na Institucionalização

Sendo estes temas iniciais extensos, surge a necessidade de codificá-los num sistema mais simples, facilitando assim a reflexão a eles associada. Deste modo, vários temas foram reduzidos a menções integrantes na discussão de outros que se mostraram mais pertinentes mediante sobretudo o aspecto comum entre os participantes. Neste sentido, foi possível reduzir os temas iniciais, e apresentar a incidência destes temas mais reduzidos para poder considerar a relevância destes para o momento posterior.

Ainda assim, devemos acrescentar que estes sub-temas foram ainda revistos segundo a sua prevalência e o conteúdo presente nas transcrições das entrevistas, e então se prosseguiu a uma reflexão inicial, levando à criação de dimensões suficientemente distintas entre si tendo em conta a sua relevância para o estudo presente.

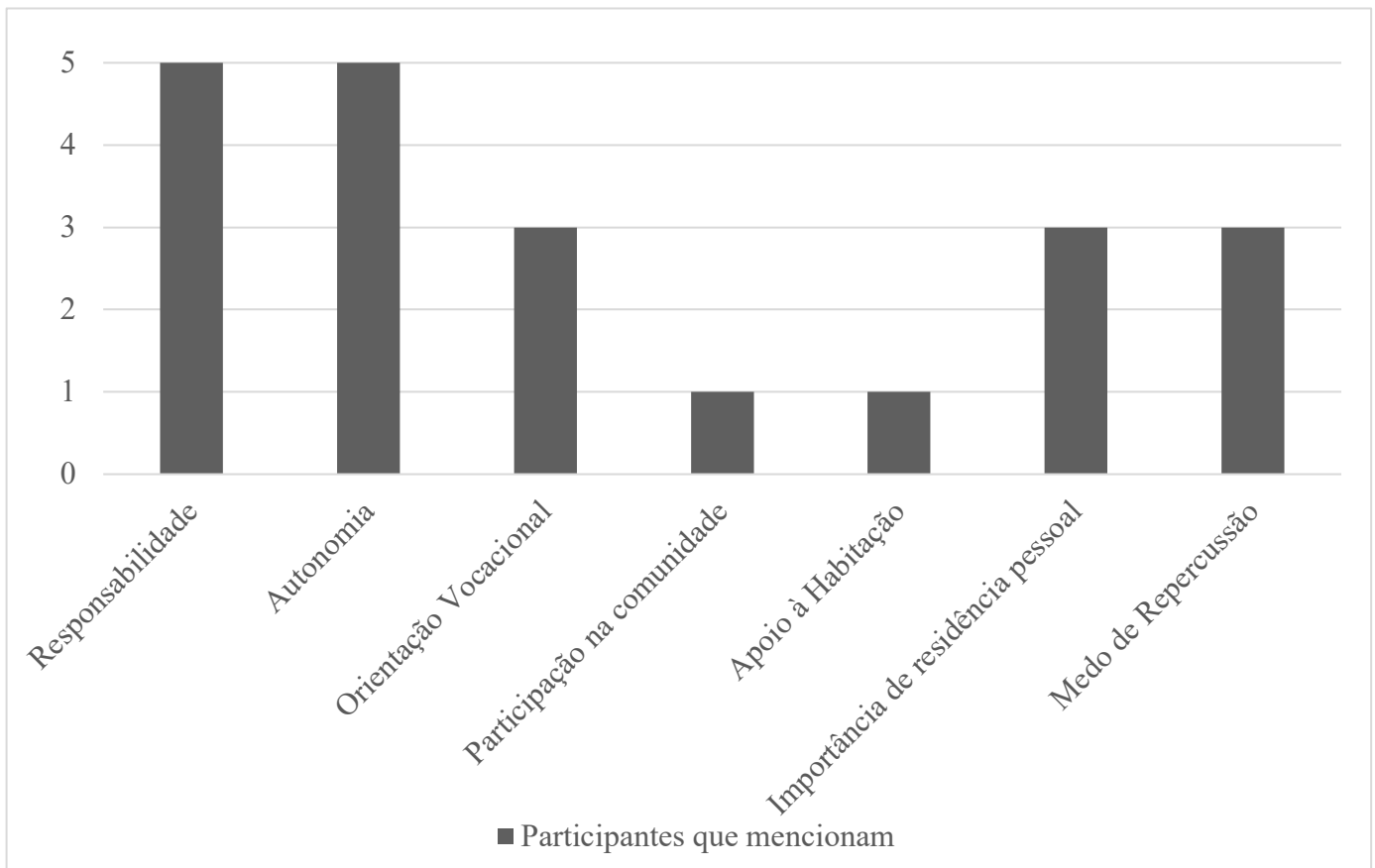


Figura 3. Incidência de sub-temas na Desinstitucionalização

De seguida é apresentada a reflexão destes temas em três momentos: o primeiro em que o foco se insere na experiência de Institucionalização, em que discorremos sobre as suas implicações ambíguas e injustas que também o tornam como um sistema opressor e não de apoio; no segundo em que a atualidade de pós-Institucionalização é tomada em consideração e se prestam indicações sobre as vontades dos participantes nesta fase da sua vida; e na terceira em que se tecem semelhanças entre estes momentos em dois temas-chave, o do acesso a informação médica e a não-recomendação do internamento como forma de tratamento.

Ainda antes de apresentarmos os resultados devemos procurar explicar a constituição de cada dimensão como separada das restantes. Em primeiro lugar, apresentamos *O Internamento como obstáculo ao empowerment* a partir das considerações deste como ineficaz e desnecessário, exemplos desta consideração podem ser dados como

- *“foi muito difícil, eu já andava deprimido morbidamente e parece que nessa semana, parece que ainda fiquei mais ou pelo menos em parte, olhe, não sei”, (D, pág. 14)*

- *“Porque aquilo não estava a dar resultado nenhum. Estava a ver a inteligência a andar para trás...” (E, pág. 4)*

que se distinguem do cariz mais pesado e punitivo que constitui o tema seguinte, do Internamento como tortura.

Nesta seguinte dimensão exploramos por exemplo, os maus-tratos descritos pelos participantes, dado que mesmo sendo um óbvio entrave ao *empowerment* do indivíduo, considerámos isolar num tema distinto, sobretudo se tivermos em conta os vários relatos que podemos exemplificar como

- *“Porque eles me amarraram, amarraram à cama e ainda fiquei uma noite e meia amarrada à cama. (...) Eu não queria ficar no CHPL. Eles então amarraram-me” (B, pág. 7)*

- *“De manhã enfiavam-nos numa casa de banho a mim e a outros. Também era individualmente, mas para se tomar banho tinham que estar ali. Aquilo parecia-me uma tortura” (D, pág. 6)*

A dimensão de Liberdade e Autonomia como *Empowerment* surge em contraste com o impacto negativo descrito da Institucionalização Psiquiátrica, e da vontade dos indivíduos em poderem ser responsáveis pelo seu próprio tratamento, sobretudo a nível de liberdade de escolha aliada à tomada de decisão, e da confiança para poderem ser capazes de gerirem os seus pertences e medicação, e de residirem independentemente.

- *“Agora sou eu que faço a minha medicação que é muito bom, porque sei o que é que tomo. (...) Gosto muito mais de ser eu a gerir o meu dinheiro.” (E, pág. 16)*

- *“Qual é o significado de estar a viver por si próprio? É um sonho realizado.” (C, pág. 13)*

No entanto, fortemente ligado a este tema surge um fator crucial para que se desenrole: o Acesso a Informação Médica. Ao realizarmos a análise temática reflexiva observámos a existência de situações onde, por exemplo, estava presente uma injustificação dos procedimentos na Institucionalização, desvalorizando o indivíduo

- *“Recebiam donativos de roupas e tinham que sempre usar as roupas dos donativos. Porquê? Não se explicava.” (B, pág. 10)*

- *“Sente-se pior. Agora como é que a gente sabe se é isso que está a ajudar ou não está a ajudar a sentir-se pior, não é? Mas gosta de ter isso ou...? Já pedi aos psiquiatras que me seguem, mas acho que eles não aceitam essa ideia. De quê? De retirar? Não, de que isso falhou.” (D, pág. 3)*

- *“Disse que eu tinha psicose, tinha experiência de doença mental, que precisaria tomar medicação. Não disse se eu podia ou não podia trabalhar, mas deu a entender que eu não ia ter a grande independência.” (B, pág. 7)*

levando a que este então tivesse ao seu alcance menos estratégias de empoderamento como a liberdade para escolher o seu tratamento, podendo encarar o conselho médico como autoritativo e uma atitude coerciva:

- *“Eu segui esse conselho. Mas e se você tivesse dito lá nessa reunião “Não, mas eu queria ir para o meu próprio apartamento” Acha que ela tinha dado alta na mesma ou tinha... Acho que não. Tinha me posto na residência” (B, pág. 20)*

- *“Não, a única hipótese que me davam era ser internado.” (C, pág. 6)*

Logo, sendo este fator relevante para o momento de Desinstitucionalização, e mostrando não apenas evidências no momento da Institucionalização, mas transitando para momentos posteriores, vindo a influenciar o desenvolvimento de estratégias de empoderamento, de acesso a alternativas de tratamento e de conhecimento sobre a doença, constituiu-se como uma dimensão distinta.

Por último, constituiu-se a dimensão de Não-Recomendação do Internamento como forma de tratamento, sobretudo tendo em conta a direta afirmação deste em cada participante, mas também da caracterização deste como encarceramento, e injustificado mesmo podendo ser positivo:

- *“Faz-me lembrar prisão, faz-me lembrar... Prisão em tempo quase perpétuo, porque não sabemos em que momento é que vamos ser libertados, não sabemos quando é que é o futuro da saída, não nos programam, não nos definem prazos, saímos quando sairmos, ou seja, não sabemos... Como é que eu vou dizer? O futuro é uma incógnita sempre, é uma incerteza. É mais ou menos isto. O futuro é uma incerteza” (A, pág. 4)*

- *“foi uma experiência que foi positiva, mas eu mesmo não penso em estar lá outra vez.” (C, pág. 9).*

Esta dimensão ganha força também na consideração das diretivas internacionais, que é aqui então replicada pelos participantes, assim tornando estas ainda mais relevantes e importantes de seguir a nível nacional.

De seguida então procedemos uma análise mais extensa aos resultados, inserindo antes de cada um uma tabela que amplia em categorias mais abstratas o resumo de dados provenientes da mesma análise.

O Internamento como obstáculo ao empowerment

Tabela 3

Categorias ligadas ao tema Internamento como Obstáculo ao Empowerment

Internamento como Obstáculo ao *Empowerment*

Tratamento ambíguo	Ineficácia do Modelo
Restrições à liberdade de circulação	Inexistência de fio condutor
Impacto negativo imediato do Internamento	Tratamento Desnecessário
Marginalização	Sistema opressor e não de apoio

Ao rever as entrevistas dos participantes, podemos obter dados ambivalentes a várias vertentes do tratamento, sendo que podemos então pensar que o próprio internamento em si, como tratamento terapêutico para indivíduos com experiência de doença mental, apresenta questões de ambiguidade contraintuitiva e injusta que tornam o mesmo um obstáculo ao empoderamento do indivíduo.

Sendo assim, podemos primeiramente observar esta ambiguidade diretamente pelo tratado pelos técnicos tanto dentro da mesma instituição: *“os enfermeiros respeitaram-me. Simpatizei com alguns, fui bem tratada por alguns, fui muito maltratada por outros”* (A, pág. 18); como de uma para outra: *“Não há um tratamento dos utentes”* (referindo-se ao CHPL, mas no *“Fernando Fonseca, fui muito bem tratado, isso é que era 5 estrelas”* (E, pág. 5). De seguida, podemos observar diferenças injustas nos planos de tratamento por exemplo quanto à questão de liberdade de circulação, sendo que enquanto uns estavam severamente restritos: *“Não. Diziam-me que eu tinha psicose e esquizofrenia, que precisava de ser tratada, que não podia sair do espaço dos corredores da casa e dos quartos. A tentar tratar da minha medicação.”* (B, pág. 14) e *“Dependente porque as pessoas não me deixavam trabalhar, estudar, sair quando estava encarcerada, internada. Não me deixavam ir ao jardim, não me deixavam estudar, trabalhar, não me deixavam ter uma casa própria, estava internada, fechada em quatro paredes”* (B, pág. 16); outros tinham maior grau de liberdade: *“Podia ir ao supermercado. Eu também tive um bom comportamento. E já foi uma regra desde o início porque eu também estava no hospital de dia. Podia ir ao Minipreço, podia dar uma volta. Um certo horário por dia.”* (C, pág. 7), o que era de facto um apoio para a evolução no tratamento *“Apanhar ar. Caminhar um bocado. Esses 4 meses foram muito mais fáceis.”* (C, pág. 8).

Outra questão em que podemos observar este obstáculo ao empoderamento, centra-se sobretudo a nível contraintuitivo relativamente ao impacto que o internamento provocava nestes indivíduos, sendo que este seria prejudicial ao estado de espírito: *“Desanimou-me muito. (...) eu sentia-me muito triste, abandonada pelas pessoas”*, (B, pág. 17), *“parecia que ia enlouquecendo”*, (D, pág. 6), *“Eu estava-me a sentir muito mal, muito perseguido”* (E, pág. 4) *“Porque foi só o susto de ser internado que eu não gostei nada”* (E, pág. 9); no entanto, poderia ainda ser positivo: *“Aceitei. Eu lutei muito, respirei muito e tive atenção a pensar nas causas que me levaram também a ficar lá. E consegui... pensar na vida de uma maneira também... algo diferente”* (C, pág. 6), o que nos leva a mais uma vez reparar na própria ambiguidade. Ainda assim, podemos constatar como este modo de tratamento em vez de se destinar a reeducar e preparar os indivíduos para a sua reinserção na comunidade, como objetivava, ainda mais os marginalizava: *“Eu acho que é uma forma de oprimir as pessoas com a experiência de doença mental. Eu acho que o sistema institucionalizado tende sempre a perseguir as pessoas com a experiência de doença mental porque a pessoa é diferente. E quando não se consegue identificar a razão da diferença, não se consegue explicar a razão da diferença, as pessoas são perseguidas, são oprimidas, são caladas, rotuladas, silenciadas”*. (B, pág. 5) e *“Não é nenhum apoio. Não é apoio. É pelo contrário, é uma intrusão, uma invasão da minha privacidade, dos meus direitos”* (B, pág. 17).

Estas questões estão então ligadas também à eficácia do modelo, que assim era posta em dúvida: *“Começaram a tirar a medicação eu disse “ótimo, estou-me a sentir bem”. Um dia ao fim de uma semana, uma semana e tal, a psicóloga vira-se para...a psiquiatra, a tal “macaca de arame” vira-se para mim e diz “você está muito melhor, não há dúvidas a medicação está-lhe a fazer bem” e eu, ingénua disse, “Doutora, sabe porque é que eu estou tão bem? Porque não estou a tomar nada” eu... eu... fingi que tomava, não tomava...”* (A, pág. 16), *“Eu antes de ser institucionalizada era capaz de estudar, era capaz de ter trabalhos temporários, era capaz de ter muita autonomia intelectual.(...) e depois da institucionalização já não conseguia ser tão criativa, já não conseguia escrever com a letra tão bem escrita...(...) fiquei uma sombra do que eu podia ter ficado”*(B, pág. 18), *“foi uma experiência que foi positiva, mas eu mesmo não penso em estar lá outra vez”* (C, pág. 9), *“Portanto não acha que o ter lá estado tenha ajudado de nenhuma forma a se melhorar. Não”* (D, pág. 11) e *“foi muito difícil, eu já andava deprimido*

morbidamente e parece que nessa semana, parece que ainda fiquei mais ou pelo menos em parte, olhe, não sei”, (D, pág. 14) e “Porque aquilo não estava a dar resultado nenhum. Estava a ver a inteligência a andar para trás...” (E, pág. 4)

Sendo assim, podemos então considerar que o tratamento dado aos utentes pecava não só pela ambiguidade, mas este fator acabaria por mostrar a inexistência de um fio condutor, que se manifestaria também, por exemplo, na adequação temporal do planeamento do mesmo: “*eu nunca soube quando é que ia acabar a minha eternidade... Eu nunca soube adivinhar o dia de amanhã eu nunca soube, nunca soube em que altura é que me iriam libertar do hospital de dia” (A, pág. 20), e também pelo seu cariz em si, já ambíguo para o utente, chegando a podê-lo descrever como “voluntário à força” (A, pág. 16).*

Segundo Vargas-Moniz et al. (2013), em Portugal, esta prática de internamentos de longa-data sem prazo ainda se encontra enraizada nos sistemas de saúde mental nacionais. Deste modo, é possível comparar estas experiências com as já descritas anteriormente (Gomes, 2020) de como o internamento existiria como uma finalidade terapêutica e não como meio de tratamento. Logo, esta noção foi, de certo modo, transportada para os tempos modernos. Se recuarmos a Chamberlin (1984) podemos reintroduzir a noção de que o internamento não podia ser universalizado a todos os indivíduos com experiência de doença mental, nem o inverso em que se devesse erradicar esta prática, pois podia ser útil a alguns, desde que fosse sempre voluntária. Este dado torna-se relevante neste caso, pois podemos considerar que esta ideia de ineficácia do modelo é reproduzida nestes testemunhos, chegando mesmo a colocar a existência do mesmo em causa.

O Internamento como tortura

Tabela 4

Categorias ligadas ao tema Internamento como tortura

Internamento como tortura

Clima de ameaça	Obstrução do direito à privacidade
Castigos desumanizadores	Obstrução ao desenvolvimento da identidade pessoal, despersonalização
Testemunhar Maus-tratos como clima de medo	Equiparação a encarceramento
Restrição à liberdade de circulação	Ausência de liberdade de escolha

Assim como já introduzido, os movimentos de Desinstitucionalização foram fortemente apoiados pela opinião pública não apenas pelo conhecimento de histórias familiares, mas também através da ficção, tendo iniciado este processo nos anos 60, nos EUA, e mais tarde em Portugal, sobretudo depois do fim da ditadura salazarista. Este processo foi motivado por observações da falha do modelo terapêutico (Ornelas, 1996), que procuraram então servir como impulsionador para a mudança do sistema, e também por uma maior preocupação com direitos humanos em geral (Palha & Marques-Teixeira, 2012), através de movimentos como os descritos por Chamberlin (1990).

Seria então de esperar que as melhorias vindas do processo de Desinstitucionalização não pegassem e fossem tão facilmente evidenciáveis através dos testemunhos aqui inseridos. No entanto, podemos referir vários exemplos de atitudes e comportamentos que espelham ainda o carácter penitenciário dos asilos psiquiátricos do início do século XIX. Em questões de maus-tratos podemos referir a ainda existência de ameaças e castigos desumanizadores: *“você está muito melhor” pois doutora, não estou a tomar nada. Estou sem medicação nessa altura ela disse aí, internamento compulsivo. A partir daí meteram-me um processo, tribunal...”* (A, pág. 16), *“Porque eles me amarraram, amarraram à cama e ainda fiquei uma noite e meia amarrada à cama. (...) Eu não queria ficar no CHPL. Eles então amarraram-me”* (B, pág. 7), *“De manhã enfiavam-nos numa casa de banho a mim e a outros. Também era individualmente, mas para se tomar banho tinham que estar ali. Aquilo parecia-me uma tortura”* (D, pág. 6) *“A ameaçarem e tal, que iam entrar e não sei o quê, e às vezes até chegavam a entrar mesmo, e depois aquilo era horrível”,* (D pág. 7). E ainda podemos acrescentar os que eram sofridos pelos colegas: *“uma senhora um bocadinho mais nova que eu, que por qualquer motivo não sei puseram-lhe amarrada à cama num colete de forças e eu revoltei-me e olhei para ela e perguntei-lhe “Porque*

é que obedeces?” perguntei-lhe “Porque é que obedeces? Porque é que não te revoltas” perguntei-lhe e ela mantinha-se tranquila, passiva na cama com os braços sem gesticular, três ou quatro dias, três ou quatro dias presa à cama...” (A, pág. 18), “Havia outra senhora que também queria sair. Queria que não a obrigassem a ficar no espaço, nos corredores e eles pegavam nela, eram agressivos com ela e davam a injeção à força”, (B, pág. 7), “eram obrigado a tomar medicação” (B, pág. 11), sendo que não tratando uma prática de maus-tratos diretamente inflingida nestes indivíduos entrevistados, era ainda passível de inflingir indiretamente: “Vi os meus direitos violados e os direitos dos meus colegas violados e também sofri, também sofri de ver os outros serem violados...” (B, pág. 11).

No entanto, estas práticas de maus-tratos estendiam-se também à obstrução à liberdade de direitos como os de livre circulação: “Não me deixavam ir ao jardim, não me deixavam estudar, trabalhar, não me deixavam ter uma casa própria, estava internada, fechada em quatro paredes” (B, pág. 16), “Só poder sair quando quisesse é que não.” (E, pág. 5) e ao direito de privacidade: “o dia a dia do hospital era uma espécie de rotina criada pelos técnicos e enfermeiros que me davam tempo para sentir-me espiada ou mesmo espiada por um lado, observada...” (A, pág. 13), “**Então sente que a violação dos direitos humanos neste exemplo que está a dar era... A confidencialidade.**” (B, pág. 10), “**Sentia que não tinha privacidade? Não, não, não havia grande privacidade.**” (D, pág. 7), “Eu estava-me a sentir, muito mal, muito perseguido...” (E, pág. 4). Ainda neste sentido podemos acrescentar restrições ao desenvolvimento da identidade pessoal, manifesto por exemplo em comportamentos de despersonalização: “**Não podia usar a sua própria roupa? Não. Tinha roupas partilhadas dos donativos do CHPL. Recebiam donativos de roupas e tinham que sempre usar as roupas dos donativos**” (B, pág. 10), “**Você não podia usar a sua própria roupa? Não, não. Eu para estar ali tinha de usar umas túnicas ali, andava ali parecia, nem sei o quê (...) que é para dizer, “não espera aí, as túnicas não são boas porque fazem sentir o D como...” Pois, ainda mais doente.**” (D, pág. 8).

Outra questão que também corrobora a noção de tratamento ineficaz e injusto é a de consequente equiparação deste com a ideia de encarceramento, seja pela ideia de perpetuação: “Faz-me lembrar prisão, faz-me lembrar... Prisão em tempo quase perpétuo, porque não sabemos em que momento é que vamos ser libertados, não sabemos quando é que é o futuro da

saída, não nos programam, não nos definem prazos, saímos quando sairmos, ou seja, não sabemos... Como é que eu vou dizer? O futuro é uma incógnita sempre, é uma incerteza. É mais ou menos isto. O futuro é uma incerteza.” (A, pág. 4), “Não, eu nunca soube quando é que ia acabar a minha eternidade... Eu nunca soube adivinhar o dia de amanhã eu nunca soube, nunca soube em que altura é que me iriam libertar do hospital de dia.” (A, pág., 20); seja pela ausência de escolha ao internamento à força: “**O que é que sentiu quando de repente tinha a polícia à sua porta para levar? Senti-me oprimida, que os meus direitos estavam a ser violados. (...) Olhe, tive que ficar internada uns 5, 6, 7 meses...**” (B, pág. 8), e aqui damos ênfase à conjugação verbal utilizada, mostrando impotência perante a inevitabilidade do internamento forçado, “**Acha que o cortar a liberdade é uma forma de intervenção justa para aquilo que tinha feito? Eu acho... Eu não tive outra alternativa**” (C, pág. 6). Esta impotência para protestar é para Saks (2007) uma característica presente nos moldes do internamento pelo que este, restringindo as capacidades do indivíduo para se empoderar, restringe também a esperança no tratamento, e a consequente vontade em obedecer ao mesmo.

Liberdade e Autonomia como empowerment

Tabela 5

Categorias ligadas ao tema Liberdade e Autonomia como Empowerment

Liberdade e Autonomia como Empowerment	
Responsabilidade na tomada de decisão	Apoio habitacional
Desenvolvimento das próprias estratégias de empoderamento	Habitação Independente
Liberdade de circulação	Possibilidade de contar a sua experiência e de esta ser valorizada
Apoio Vocacional	

À luz do apresentado pela teoria de Rappaport (1995), cabe-nos refletir se as vontades de maior liberdade e autonomia como processo para o *recovery*, assim como o apresentado por Chamberlin (1984), também se evidenciam nestas entrevistas.

Neste sentido, os dados apontam-nos a que a vontade para uma maior liberdade para os indivíduos com experiência de doença mental está presente em diversificadas áreas, no entanto, a mais importante podemos centrá-la em questões de autonomia, sendo que estes evidenciam a vontade de querer ser responsáveis por si em tomadas de decisão: **“Na sua opinião quem é que deve ser a pessoa responsável pela gestão da sua saúde mental? Eu própria.”** (A, pág. 26), **“Tenho que ser eu própria”**, (B, pág. 23), **“Eu próprio.”** (C, pág. 18), e também em criação de estratégias de *empowerment* e as atividades da vida quotidiana: **“crio o equilíbrio sozinha e regulo-me a mim própria”** (A, pág. 25), **“eu é que não me obrigo a ir como eu não me quero sentir, não quero ter regras, eu quero vou quando vou...”** (A, pág. 25), **“É respeitada a minha vontade, sim. Quando estou em baixo, dão-me liberdade de estar fechada no quarto. Para estar a gerir a minha questão.”** (B, pág. 22) **“Eu gosto mais de fazer o que eu sei, eu gosto de cumprir as responsabilidades, então eu gostava muito de poder estar sempre livre.”**, (C, pág. 9), **“Eu acho que poderia ser eu próprio a gerir só isso”** (D, pág. 23), **“Agora sou eu que faço a minha medicação que é muito bom, porque sei o que é que tomo. (...) Gosto muito mais de ser eu a gerir o meu dinheiro.”** (E, pág. 16).

Para que esta liberdade seja plena, também estão subjacentes não apenas os direitos a que os indivíduos lhes sejam dados, mas também o papel de apoio por parte das associações ou outras instituições que prestem funções análogas. Desta forma, o apoio a ser requisitado pelos utentes, não passa pela coerção já anteriormente criticada, prevalente em momentos de qualquer tipo de controlo, mas sim de liberdade, aliando a confiança à responsabilidade: **“gosto sempre de dar uma volta, gosto sempre de estar atual, de ter privacidade, também gosto muito de estar no meu canto”** (C, pág. 8), **“Eu acho que devíamos ter acesso à rua.”** (C, pág. 10) **“Sente que é livre de fazer o que quiser quando quiser ou sente que se tentar ir por um caminho diferente vão agarrá-lo? Não em relação a isso, não.”** (D, pág. 23), **“É deixar-me tomar conta da minha medicação, preocuparem-se comigo...”** (E, pág. 22); como também passa por apoio na orientação vocacional: **“A Associação ajudou em me dar a liberdade e o apoio necessário para conseguir fazer a minha vida completamente diferente do que estava no passado, e deu-me uma perspetiva**

para eu caminhar para a frente” (C, pág. 18), *“Olhe, que me ajudem a encontrar um caminho, assim caminho para que eu possa ter uma vida melhor e mais autônoma, o máximo possível.”* (D, pág. 28), *“arranjar um curso como deve ser, um curso que realmente valha a pena.”* (E, pág. 22); e integração na comunidade: *“Espero que me incentivem a tornar-me cada vez mais participante da comunidade. Quero que não desistam de mim”* (B, pág. 22).

No seguimento do apoio a ser dado pela instituição podemos também considerar que sendo também importante o apoio na habitação: ***“Este apoio habitacional mais individualizado, ajuda de alguma forma? Sim, em algumas coisas sim”*** (D, pág. 26); a vontade mostrada por estes indivíduos é a de maior independência, sobretudo se esta envolver a possibilidade de ter a própria residência pessoal: *“É a primeira vez na minha vida que não tenho que pagar renda. Portanto, estou, sinto-me uma rainha”* (A, pág. 7), *“então a minha vitória é não ter que necessitar despertador. Isso é uma grande vitória. E a outra vitória é ter um certo sentimento de equilíbrio financeiro, essa parte também é muito importante: ter a casa paga...”* (A, pp. 21-22), *“Ter uma casa própria, isto foi a coisa que revolucionou a minha vida”* (A, pág. 24), ***“Qual é o significado de estar a viver por si próprio? É um sonho realizado.”*** (C, pág. 13), *“Eu queria fazer a minha vida. Eu queria... Estar em casa. Estar com os meus.”* (C, pág. 16), ***“Pense nisso pode ser uma hipótese, mas se houvesse apoio gostava de ir? Gerir a sua própria casa... Gostava de ir.”*** (E, pp. 20-21).

No entanto, ainda existem outros entraves ao *empowerment* que podemos também destacar, como medos de possíveis repercussões caso falemos sobre o que experienciamos: *“Não sei. Mas eu tenho medo de responder isso. (...) tenho medo de perder a pensão de sobrevivência. Não sei se está garantida, mas é um medo que eu tenho sempre.”* (A, pág. 2), *“Eu mesmo assim tenho algum medo. De quê? De represália.”* (B, pág. 21), mostrando ainda posições de clara inferiorização perante figuras de reverência adquirida: *“Eu não quero dar cabo da carreira da médica.”* (A, pág. 26), ***“Sim, não podia dizer isso senão o que é que eu fazia? Não, era estar a morder a mão que quem me dava de comer.”*** (E, pág. 16). Exemplos destes suportam a ideia de que estes indivíduos mais uma vez, estão ainda impossibilitados de uma plena liberdade para contar a própria narrativa, sendo esta evidente também em: *“Há momentos que eu não posso falar e que não posso revelar determinadas coisas.”* (B, pág. 13)

Deste modo, é-nos possível considerar que a liberdade destes indivíduos foi e ainda é de certo modo condicionada ao ponto de impedir que estes consigam ser capazes de criar as suas próprias narrativas, mas sobretudo, de que estas sejam recebidas pela comunidade, respeitadas e de que sejam relevantes para o progresso nesta área. Assim como defendido por Cordo & Fonseca (2003), não é preciso apenas “desinstitucionalizar” o utente, mas também, de preparar a comunidade para o acolher e integrar, sendo estes relatos importantes para tal. Apenas assim será possível evitar o pêndulo da negligência já anteriormente introduzido por Warburton & Stahl (2020). Consequentemente é então vontade destes indivíduos, que a sociedade os permita “*não sermos internados nunca mais na vida, não sermos obrigados a tomar medicação à força. Temos direitos de educação, a habitação independente, educação independente, suporte de inter pares, e criação de integração de suporte de inter pares na comunidade, gerir os suportes de inter pares. Nós podemos ser, ganhar dinheiro com prestadores de suporte de inter pares, direitos de emprego.*” (B, pág. 24).

Acesso a informação médica

Tabela 6

Categorias ligadas ao tema Acesso a Informação Médica

Acesso a Informação Médica	
Ausência de conhecimento sobre a doença	Justificação dos tratamentos
Coercividade na escolha médica	Clima de hostilização que impossibilita o pedido de auxílio
Importância da Liberdade de escolha	Criação de estratégias pessoais de empoderamento

Para Rappaport (1995), para que haja *empowerment*, é preciso criar condições para que o indivíduo com experiência de doença mental seja capaz de contar a sua própria narrativa. Ora, tendo isto em conta, fazem parte destas narrativas os eventos e detalhes que estes mesmos possam destacar para construir não só a própria narrativa, mas a sua identidade. (Mueller, 2019)

Sendo assim, entramos neste tópico pois evidenciamos claros entraves a este processo nas suas palavras.

Inicialmente podemos destacar o conhecimento sobre as condições da doença, vital para a narrativa de cada um destes indivíduos pois é a mesma que acaba por os influenciar no quotidiano, e sem o entendimento parcial desta, criam-se entraves também ao desenvolvimento de estratégias de *coping*. Neste sentido, vemos que este processo não é desencadeado pelos próprios, mas sim pelos agentes médicos que os rodeiam: *“Faltava autenticidade às pessoas para explorar os assuntos. Só falavam sobre as doenças, mas não tentavam, não, parecia que era quase um jogo de “esconde-esconde”, ou não vamos revelar aquilo que sabemos ou só revelamos isto, ou só revelamos aquilo que ficou sentido...(..) [a psiquiatra] punha-nos a falar sobre os sintomas das esquizofrenias e das doenças psiquiátricas, era a única que nos dava algumas luzes sobre isso, mas de resto tudo o resto era... sei lá, a preocupação era tomar o iogurte, comer a fruta...”* (A, pág. 21), *“Disse que eu tinha psicose, tinha experiência de doença mental, que precisaria tomar medicação. Não disse se eu podia ou não podia trabalhar, mas deu a entender que eu não ia ter a grande independência.”* (B, pág. 7), *“Não, eu sei. Mas eles disseram alguma coisa, algum diagnóstico, ou seja, “tem diagnóstico disto”? Nunca lhe disseram? Não.”* (C, pág. 1), *“Eu tenho síndrome obsessivo-compulsivo gravíssimo. O gravíssimo é você que acrescenta ou é o médico que diz? O médico. E uma depressão mórbida também e nem sei se mais alguma coisa. Penso eu, não sei se agora é impressão minha, mas olhe, eu nem sei o que lhe dizer.”* (D, pág. 1), *“Isso até hoje é um caso muito misterioso. Mas sabe-me dizer assim algumas das palavras que lhe disseram? Desconfio que seja esquizofrenia porque eu li num papel uma vez que era para eu ir à junta médica”* (E, pág. 1)

A partir dos mesmos intervenientes surge não apenas a questão supracitada, mas também outra igualmente ou até de mais relevante destaque. Partindo da sua figura de autoridade enquanto apoio diretivo, o corpo médico ou outros em seu redor, podem ter o poder de aconselhar o indivíduo com experiência de doença mental a tomar decisões de grau elevado que impactam a sua vida, como a de um internamento. Deste modo, o indivíduo necessita de estar munido de maior grau de informação, sendo que não estando, pode incorrer numa dinâmica de submissão coerciva na sua tomada de decisão, o que está presente em vários momentos como: *“Por exemplo, pessoas que estavam a levar injeções. “O que é isso que me estão a dar?” Havia?*

*Sim, perguntavam, as pessoas reagiam e perguntavam “o que é isso que me estão a dar” **O que é que eles respondiam?** Ah, é importante para si, é para o seu bem-estar, para a sua saúde, para a sua qualidade de vida, precisa tomar isto” (B, pág. 14-15), “Eu segui esse conselho. **Mas e se você tivesse dito lá nessa reunião “Não, mas eu queria ir para o meu próprio apartamento” Acha que ela tinha dado alta na mesma ou tinha...** Acho que não. Tinha me posto na residência” (B, pág. 20), “Eu acho... Eu não tive outra alternativa” (C, pág. 6) “**Olha, ou vamos fazer um internamento ou há aqui outra alternativa que podemos fazer. Não**” (D, pág. 14), “Não, a única hipótese que me davam era ser internado.” (E, pág. 7).*

Desta ação era então consequentemente influenciado o *empowerment* de cada indivíduo, sendo que mesmo tendo como objetivo o *recovery* dos mesmos, era deste modo claramente desimpulsionada. Sendo que a limitação da informação não se restava apenas às possibilidades para uma vida plena: “nunca tive uma conversa, nunca vi interesse nenhum de alguém a perguntar “o que é que pretendes para a tua vida” uma pergunta que fazia sentido terem me feito, “ou quais são os teus projetos para o futuro”...” (A, pág. 20), “Sabe, a minha vida foi-me apresentada sem perspectivas de futuro e é um pouco isto que eu sinto. Foi-me apresentado um dia-a-dia que eu não sabia porquê, mas que tinha que ser aquilo e eu nunca me questionava sobre, “Mas o que é que é isto, encher chouriços?” (A, pág. 21), “Não, não me deram esperança de melhoria.” (E, pág. 8); como também estava presente na justificação dos tratamentos e respetivos procedimentos: “para mim, foi enfrentar o hospital de dia, sem saber até quando, sem saber por que motivo, sem saber, sem... Sem ter sido... Como é que eu devo dizer? Sem ter sido acarinhada, sem ter sido.... Confortada, sem ter sido... Foi uma coisa fria. O hospital de dia foi um processo de... “Vou encher chouriços”” (A, pág. 5), “**não podia usar a sua própria roupa?** Não. Tinha roupas partilhadas dos donativos do CHPL. Recebiam donativos de roupas e tinham que sempre usar as roupas dos donativos. **Porquê?** Não se explicava.” (B, pág. 10), “Não. Diziam-me que eu tinha psicose e esquizofrenia, que precisava de ser tratada, que não podia sair do espaço dos corredores da casa e dos quartos. A tentar tratar da minha medicação.” (B, pág. 14), “Pois, eu acho que me ajuda, não sei bem como.” (D, pág. 3), “**Ou até o D dizer que não quer, o D pode decidir..** Sim, sim, mas eles aí até falam em desligar que se pode sempre desligar, mas nem falam em retirar. “É a mesma coisa” eles dizem que é a mesma coisa...” (D, pág. 15). E também na apresentação e discussão de efeitos secundários e de possíveis alterações: “Eu

*penso que os medicamentos psiquiátricos daquela altura ainda eram se calhar um ensaio laboratorial, se calhar ainda não estava muito bem estudado. Eu engordei, só para lhe dar uma ideia, quando comecei a tomar essa medicação engordei 10 quilos, fiquei deformada com a porcaria da medicação” (A, pág. 12), “mas também com a medicação mudei um bocado, se calhar, engordei um bocado devido...à vida, como é que consigo explicar, fez o meu físico ficar diferente. O físico... de um jovem de 36 anos, estou um bocado mais velho, portanto, não sei se foi o terceiro medicamento, ou se engordei por minha própria natureza, então não tenho tanta mobilidade em termos de flexibilidade, não sou tão ativo, em termos da energia, mas estou num plano de nutrição e dieta, que vou ficar melhor, mas acho que... **Mas eles explicaram que a medicação tinha esse efeito secundário, ou não?** Não sei se é de mudar medicação, há quem diga que pode ser dos comprimidos, mas eu tenho de tomar diariamente, acho que é assim que acerta a minha rotina, eu tomo todos os dias.” (C, pág. 13), “**Sente-se pior. Agora como é que a gente sabe se é isso que está a ajudar ou não está a ajudar a sentir-se pior, não é? Mas gosta de ter isso ou...?** Já pedi aos psiquiatras que me seguem, mas acho que eles não aceitam essa ideia. **De quê? De retirar?** Não, de que isso falhou.” (D, pág. 3), “e não estou a mentir. Eu sei bem o que isso era, estava melhor do que estou hoje, doutor. **E quando diz isso ao médico, ele diz que não, é?** Acho que não acreditam assim. Infelizmente, mas pronto.” (D, pág. 29).*

É então possível evidenciar a importância do acesso à informação médica como um direito de elevado relevo para o *empowerment* do indivíduo, sendo que este também pode ser manifestado pelo próprio como por exemplo em: “*A vida, pelo menos para mim, é muito mais segura, porque também sou responsável pelo meu corpo, não é?*” (C, pág. 18), “*Agora sou eu que faço a minha medicação que é muito bom, porque sei o que é que tomo*” (E, pág. 16). Este direito deve ser então encarado como essencial, para que se evite criar um clima de hostilização do ambiente, que claramente impactará a capacidade do mesmo de contar a própria narrativa, como podemos evidenciar em: “*Nem sei, ignorei sempre até onde foram os segredos ou as informações daquele internamento*” (A, pág. 21).

Por fim, podemos concluir no mínimo num aspecto, que passa pelo aspecto contraditório deste comportamento limitativo seguindo a base apresentada por Rappaport (1995). Seria então praticamente impossível esperar que estes indivíduos desenvolvessem processos de *empowerment*, sendo que se encontravam numa dinâmica em que não lhes era explicada nem a

sua condição enquanto indivíduos que padecem de uma condição médica, nem das implicações que esta tem e de como lidar com elas. Estes casos fazem até lembrar um mundo kafkiano, no entanto, bastante real. Condenados à marginalização, sujeitos a tratamentos injustificados, com os seus direitos retirados de si sem qualquer razão aparente.

A Não-Recomendação do Internamento

Tabela 7

Categorias ligadas ao tema Não-Recomendação do Internamento

Não-Recomendação do Internamento	
Internamento como Encarceramento	Ineficácia do modelo
Injustificável mesmo podendo ser positivo	Obstrução aos Direitos Humanos
	Importância da Habitação Independente

Após a análise de grande parte dos temas aqui discutidos, existe ainda um outro, que se torna de certo modo uma abordagem em tom de síntese da reflexão até aqui realizada. Tendo em conta as questões deixadas em aberto, há, no entanto, um consenso entre os entrevistados de que o internamento, ao menos nos moldes que estes indivíduos tiveram contacto, não seja recomendável para outros em situações análogas.

Primeiramente, podemos referir o contexto com que é encarada a institucionalização, sendo que o internamento, quando considerado como forma de encarceramento: *“Faz-me lembrar prisão, faz-me lembrar... Prisão em tempo quase perpétuo, porque não sabemos em que momento é que vamos ser libertados, não sabemos quando é que é o futuro da saída, não nos programam, não nos definem prazos, saímos quando sairmos, ou seja, não sabemos... Como é que eu vou dizer? O futuro é uma incógnita sempre, é uma incerteza. É mais ou menos isto. O futuro é uma incerteza”* (A, pág. 4), deixa de ter o cariz de suporte que objetiva, logo, é assim

retirada a sua relevância enquanto tratamento: *“Não é nenhum apoio. Não é apoio. É pelo contrário, é uma intrusão, uma invasão da minha privacidade, dos meus direitos.”* (B, pág. 17), *“Portanto não acha que o ter lá estado tenha ajudado de nenhuma forma a se melhorar. Não.”* (D, pág. 11).

Conseqüentemente, podemos até ainda retirar das suas palavras a afirmação direta desta conclusão em: *“Não recomendo a ninguém.”* (D, pág. 7), *“Não recomendava a ninguém...”* (E, pág. 4), sendo que estas afirmações podem não ser suficientes para desvalorizar o internamento como forma de tratamento a uma primeira vista, podendo ser pessoais e isoladas, no entanto, podemos considerar que esta ideia é corroborada em: *“foi uma experiência que foi positiva, mas eu mesmo não penso em estar lá outra vez.”* (C, pág. 9). Este testemunho é de elevada importância pois põe em causa o sistema não apenas pela sua eficácia, mas sim aquando da base de fundamento da institucionalização de qualquer indivíduo, pois a considera em si, intrinsecamente, uma marginalização do indivíduo ao restringir a sua liberdade: *“Eu gosto mais de fazer o que eu sei, eu gosto de cumprir as responsabilidades, então eu gostava muito de poder estar sempre livre.”* (C, pág. 9).

Por último, podemos acrescentar que esta experiência também não é recomendada por estes indivíduos pelo cariz traumático que pode sujeitar ao indivíduo: *“o seu futuro era incerto... Como eu já lhe disse, era um buraco negro.”* (A, pág. 20); afastando uma possível recuperação: *“Ninguém tem que passar por isso. Se não passarem é melhor para a vida ser melhor também.”* (C, pág. 20), *“Não vá para lá. A única coisa que aquilo presta é para uma má experiência para não repetir.”* (E, pág. 11).

Deste modo, esta contribuição leva-nos a repensar o conceito de internamento, e de suportar ainda mais veementemente a erradicação deste tipo de institucionalização, lançando ainda um desafio à psicologia e psiquiatria clínica de reabilitação psicossocial de como então mudar os internamentos ainda vigentes no nosso país. Além disto, lança ainda a reflexão para a sociedade em geral de como estes indivíduos foram conseqüentemente marginalizados e discriminados pelos sistemas de saúde e demais instituições durante décadas em que o suposto apoio objetivado pelas entidades governamentais negligenciou os seus direitos enquanto cidadãos de pleno direito, e de como esta comunidade falhou na sua integração. Em melhores palavras, ou

seja, que esta contribuição sirva para os indivíduos participantes em decisões governamentais e demais cidadãos *“contemplem os nossos direitos. Permitirem-nos não sermos internados nunca mais na vida, não sermos obrigados a tomar medicação à força. Temos direitos de educação, a habitação independente, educação independente, suporte de interpares, e criação de integração de suporte de interpares na comunidade, gerir os suportes de interpares. Nós podemos ser, ganhar dinheiro com prestadores de suporte de interpares, direitos de emprego.”* (B, pág. 24)

Deste modo, é-nos apresentado testemunhos fortes sobre as necessidades desta população, e de que esta não se torna independente sem a solidariedade e empenho da comunidade que a envolve. Este aspecto é referido por Hammack & Pilecki (2012), enfocando na construção de narrativas como efeito de mudança social, sendo através da participação destes indivíduos que esta pode ser ainda mais eficaz.

Em suma, podemos considerar que para esta população o internamento psiquiátrico tem variados e claros aspetos negativos, e mesmo os positivos que possa acarretar não justificam a restrição de direitos universais a ela associada; que para estes indivíduos a liberdade de decisão, circulação e de acesso a informação são fundamentais para o seu consequente *empowerment* e de que a sua participação nos processos e alterações legislativas deve ser tido em conta.

Discussão

Principais Conclusões

Considerando que Portugal está numa posição privilegiada para não cometer erros no processo de Desinstitucionalização (Ornelas et al., 2013), é importante reconhecer erros nestes processos, e como perspetivam Nelson et al. (2017), inserir os indivíduos com experiência de doença mental nestes mesmos.

Deste modo, através deste trabalho podemos tecer algumas considerações sobre como esta evolução se deve então proceder. Apesar do claro desenvolvimento no processo de libertação dos indivíduos ainda residentes em Hospitais Psiquiátricos em Portugal (Xavier et al. 2021), devemos ter em conta a perspetiva destes utilizando como exemplo os participantes deste estudo. Se dermos ênfase à contribuição de que esta forma de suposto tratamento não deve ser replicada, deve ser acelerado processo de retirada destes serviços e de investimento noutros que ficaram para trás como o de residências de apoio, ou mesmo com maior grau de independência (Caldas de Almeida et al. 2015). Sobretudo se para autores como Vargas-Moniz et al. (2013) a hospitalização de longo curso, sem vista a prazo para alta médica ainda seja uma prática comum no nosso país. A ideia de que este modo de tratamento não se trataria de um apoio não é recente, pelo que já era defendido por Chamberlin (1984) há décadas, no entanto, este era ainda apenas duvidado pelo seu carácter de generalização. No entanto, um fator muito importante ainda para a autora era a ideia de voluntarismo associado ao modo de tratamento. O que estas contribuições acabam por indicar é que mesmo este possa ser positivo para o indivíduo com experiência de doença mental, esta experiência costuma ser caracterizada como um obstáculo ao empoderamento do indivíduo, sobretudo quanto os moldes desnecessários e injustos em que se pratica, chegando mesmo a serem considerados como torturantes. Este desenvolvimento acaba por estar presente também em Santos Mesquita & Costa Maia (2016), sobretudo considerando de que os indivíduos nestas instituições as encaram com sentimentos de insegurança, medo e desconforto.

Deste modo, deve então ser salvaguardada a liberdade do indivíduo em poder circular, ser responsável pela própria medicação, e de poder estar inserido na comunidade em que se reside.

Estas conclusões vão à luz de Hansson (cit. por Strauss et al., 2013) em que afirma que a satisfação com o tratamento psiquiátrico pode ser evoluída através da participação do indivíduo no planeamento da mesma e da diminuição dos níveis de coerção a ela associada (Aluh et al., 2024).

Ao estabelecermos contacto com estas experiências evidenciamos não apenas o que é esperado por estes utentes no futuro, mas é importante tomar conhecimento do passado, pois incluindo este tipo de experiências pouco presentes na narrativa cultural é-nos possível evitar que comportamentos e atitudes que desenvolveram um sistema opressor, e que ainda mostram vestígios do mesmo, se voltem a repetir. Neste sentido é importante ressaltar a noção de Rappaport (2000) de que este comportamento pode provocar transformações sociais. Esta ideia é ainda defendida por Hammack & Pilecki (2012), sobretudo se considerarmos a necessidade de solidariedade a ter com esta população. Assim, se tivermos em conta a ausência de informação que mostrasse a participação destes indivíduos nos processos de revisão e discussão dos internamentos compulsivos e de defesa de direitos humanos já introduzida por Caldas de Almeida et al. (2015), podemos considerar que esta ausência é ainda mais marcada, e podemos lançar a reflexão sobre a deliberação desta ação como uma continuidade do processo de infantilização do indivíduo com experiência de doença mental, barrando assim mais uma vez o apoio ao seu desenvolvimento da sua autonomia.

Assim entramos noutra aspecto, em que centrado no acesso a informação médica podemos considerar que não só durante a Institucionalização este direito foi severamente restringido, mas ainda está presente mesmo já num momento posterior. Se para Rappaport (1995), o indivíduo com experiência de doença mental deve ter o direito em poder contar a própria história, e de que esta ação impulsiona o seu processo de *empowerment*, através do inverso é possível traçar um claro obstáculo a esta evolução. Ou seja, através, por exemplo, do pouco conhecimento sobre a doença transmitido pelos técnicos de saúde, impossibilitando a criação de estratégias de *empowerment* pessoais e autónomas podemos considerar que esta ação influenciou esta população, desencorajando o seu tratamento. Não apenas neste momento, mas se considerarmos a ausência de apresentação de todas as alternativas ao indivíduo, limitando assim o seu poder de decisão, entramos num clima de aconselhamento imparcial por parte dos mesmos técnicos, mais uma vez reduzindo a capacidade do indivíduo a se poder tornar mais autónomo.

Este aspecto é relevante sobretudo se tivermos em conta de como o *empowerment* de cada indivíduo presente numa comunidade reflete a competência desta mesma comunidade em criar processos de mudança e transformação na mesma (Eklund, 1999). Sendo assim, a identidade coletiva que é traçada através destas considerações é a de que as comunidades que rodeiam os indivíduos com experiência de doença mental em Portugal carregam uma identidade coletiva que consiste na opressão de elementos da mesma. Devemos ainda acrescentar que para Ornelas et al. (2010) devem ser apoiados o acesso a informações, serviços e outros recursos de apoio à saúde mental destes indivíduos, de um modo imperativo para a continuidade dos processos de Desinstitucionalização. Logo, podemos assim evidenciar a necessidade do alargamento deste acesso num momento presente, mas de como o podemos tornar mais forte se considerado o passado de restrições que foram sujeitos a esta população. Esta noção é defendida também no trabalho de Aluh et al. (2024), evidenciando a importância de melhorar significativamente a experiência de tratamento psiquiátrico em Portugal através da partilha de toda a informação disponível, assim também aumentando um sentimento de justiça presente no procedimento.

Quanto ao apoio esperado pelas instituições de apoio à saúde mental, podemos considerar de que o apoio a ser prestado atualmente, no mínimo, na que os participantes se inserem, é positivo, no entanto, podemos acrescentar de que o direito a residir em habitação própria, sendo um dado marcante e importante para o indivíduo com experiência de doença mental, deve ser priorizado. Logo, deste modo, a aposta em equipas de apoio domiciliário (EADs) ganha aqui fundamento considerável ao investimento. Ainda assim, devemos destacar que é esperado destas instituições não apenas este fator, mas de que devem ser encorajados programas de apoio vocacional, não apenas a nível formativo, mas também à de criação de emprego, sendo este apoiado ou não. Aqui podemos considerar a noção de educação apoiada descrita por Unger (1993), em que devem ser utilizados recursos comunitários não apenas na habitação, mas também na educação do indivíduo com experiência de doença mental, pois sendo este capaz de mostrar as suas capacidades assim as de qualquer outro indivíduo, é ainda capaz de mudar a perceção sobre si e a da comunidade sobre esta população.

Outro aspecto a ter em conta, sobretudo se considerado o transato parágrafo, é o de cariz especial que se deve encarar a autonomia, sobretudo a nível de liberdade de escolha e tomada de decisão, de confiança no indivíduo como capaz de ser responsável pelas suas decisões e pelas

consequências que advêm, de criar as suas próprias estratégias, e de que estas sejam respeitadas, e de poder ser responsável pela gestão dos seus pertences e da sua medicação.

Podemos acrescentar que sendo importante o investimento em habitação de apoio para esta população, este deve atuar a nível transitório apenas, assemelhando-se ao considerado por Goering et al. (1992) de que estas instalações, mesmo sendo positivo o apoio formal oferecido pela instituição, esta deve servir a possibilidade da criação de ligações sociais com família e amigos de cada indivíduo, sendo este fator potenciador de *empowerment* pois cria nestes cuidados informais uma ligação mais humana do indivíduo, e não apenas como este sendo o elemento passivo de um apoio. Para outros autores como Kloos & Shah (2009) a habitação apoiada depende ainda de fatores ambientais como a comunidade em que este está inserida, sendo fator relevante para o *recovery* a relação com a comunidade envolvente, sendo que a presença de profissionais de saúde no local não aparenta estar potenciar a ligação com a mesma comunidade.

À luz destas conclusões podemos corroborar a importância destes testemunhos segundo Vargas-Moniz et al. (2013), que reitera a relevância do contacto com estas histórias de vida para a possível transformação da comunidade. Ainda assim, ressaltam os autores uma questão, de como a transição para a comunidade pode não ser sinónima ao processo de integração na mesma, pelo que defendem que os programas de apoio a saúde mental se devem estender por estratos sociais diversificados. Esta noção pode ser ainda descoberta em Cordo & Fonseca (2003), em que assumem que não basta apenas retirar o indivíduo dos serviços em que está institucionalizado, mas também de desinstitucionalizar a comunidade que os acolhe. A esta atitude podemos traçar um paralelismo com o pêndulo já anteriormente introduzido por Solomon & Petros (2020), assumindo que a negligência da comunidade para integrar os indivíduos com experiência de doença mental deve ser tomada em conta, sobretudo quando movimentos que voltam a defender a prática da hospitalização destes voltam à discussão, para que esta não se volte a se verificar.

Outro aspecto relevante é de que este trabalho entende de que a ausência destes indivíduos dos processos em que os impliquem direta ou indiretamente vai contra as recomendações de Ornelas et al. (2010). Para os autores, é relevante cultivar nesta população níveis de participação nos serviços de saúde mental, seja a nível pessoal, comunitário ou organizacional. Pelo que podemos observar, esta lacuna já evidenciada por Xavier et al. (2021)

continua presente, e deve ser encorajada e facilitada esta própria participação, para que seja ainda promovido o cariz ativista destes indivíduos, à luz do defendido por Chamberlin (1984), em que num estado mais avançado estes indivíduos sejam os próprios porta-vozes destes movimentos, assim reforçando a defesa dos direitos humanos, facilitando o seu *empowerment* e garantindo possibilidades de *recovery*.

Pontos fortes, limitações e recomendações futuras

Esta investigação procurou seguir um modelo que se aproximasse de um carácter colaborativo com uma população em desvantagem psicossocial, como esta dos indivíduos com experiência de doença mental e experiência de institucionalização psiquiátrica e apesar de já se tratar de um avanço, sobretudo apoiado nas noções de Nelson et al. (2017) e Ornelas et al. (2010) de inserir as experiências dos indivíduos para melhorar a investigação na Psicologia Comunitária, não consideramos ainda se tratar de um estágio final do mesmo.

Podemos considerar como ponto forte a participação destes indivíduos através dos seus testemunhos, pois não apenas estes são relevantes (Rappaport, 1995), como também procuram se afastar do já defendido por Chamberlin (1984) de evitar que sejam outros indivíduos, mesmo sendo médicos ou psicólogos, a falar por esta população, e podemos considerar que esta aproximação foi, no mínimo, encorajada. Ainda neste sentido, podemos visitar Palha & Costa (2015) sobretudo quanto ao apresentado que a esta população não tenha sido facilitado o processo de envolvimento e discussão dos projetos de revisão de direitos humanos e planeamento e implementação de serviços de saúde mental.

Ainda podemos considerar que outro ponto forte desta investigação foi o de esta, através do contacto com as narrativas pessoais desta população, foi, como anunciado por Stein & Mankowski (2004), potenciado o envolvimento do próprio investigador com a causa, iniciando assim mais consciencialização e força motriz para ação de transformação social de que este projeto procura desenvolver.

No entanto, podemos considerar ainda de que, sendo uma amostra reduzida, não obstante que a esta podemos traçar bastante relevância aos seus testemunhos sobretudo pela riqueza dos

mesmos, a discussão de temas relevantes à mesma poderia ser claramente mais extensa pelo que diversos temas iniciais foram explorados de forma pouco substancial, e de que foram então focados temas ainda relevantes, no entanto, menos do que os esperados inicialmente. Esta limitação ocorre por exemplo da gestão de tempo decorrente da transcrição de entrevistas, que apesar de ser um passo muito importante de familiarização de dados, é ainda muito dispendioso (Braun & Clarke, 2006; 2019).

Um aspecto importante deste estudo é a utilização de um instrumento e de uma base de um projeto de maior alcance e grau de interesse: “*A Desinstitucionalização em saúde mental em Portugal: Um estudo exploratório sob o signo da mudança transformativa*” do Doutorando Luís Sá Fernandes sob Orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz. Este dado eleva a prevalência desta investigação na área em estudo, no entanto, podemos considerar que a independência para delinear as questões de investigação, sendo afetada, inverte o processo de criação das mesmas. Ou seja, estas foram geradas a partir do guião e das entrevistas decorrentes do mesmo, adequadas a partir da base inicial de enquadramento do tema geral: o da Desinstitucionalização em Portugal.

Por fim, podemos considerar que este projeto procurando ser útil para o estudo desta área, pode e deve ser claramente replicado, não apenas com maior amostragem, mas também seguindo a continuidade temporal subjacente à Desinstitucionalização como processo em constante evolução. Não apenas este dado deva ser alvo de destaque, mas também deve ser tida em conta a constante participação da amostra nas investigações que decorram nesta área, sendo então assim encorajada a procura por desenvolvimentos de investigações nesta área que recorram à recolha de narrativas dos sobreviventes, e de que os resultados sejam partilhados com as instituições de apoio à saúde mental e mesmo entidades governamentais.

Referências

- Abreu, J. L. P. (2021). *Pequena História da Psiquiatria - Os desafios das doenças mentais*. Dom Quixote.
- Aldridge, S. L. (2000). How the First Wave of Deinstitutionalization Saved My Mother From the “Snake Pit”. *Schizophrenia bulletin*, 26(4), 933-938
- Alves, F., & Silva, L. F. D. (2004, May). Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. In *Actas do V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*. Associação Portuguesa de Sociologia (APS)
- Aluh, D. O., Diaz-Milanes, D., Azeredo-Lopes, S., Barbosa, S., Santos-Dias, M., Silva, M., ... & Caldas-de-Almeida, J. M. (2024). Coercion in Psychiatry: Exploring the Subjective Experience of Coercion Among Patients in Five Portuguese Psychiatric Departments. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1-20.
- American Psychological Association (2021). *APA dictionary of psychology*. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/>
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). Transcrever entrevistas: questões conceptuais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 159–168
- Blaser, A. W. (2019). Trumpian Normalcy, Global Disability, and World Peace. *Peace Review*, 31(4), 439-448.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597.

- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., & Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52(10), 1358-1366.
- Brown, L.D. How People Can Benefit from Mental Health Consumer-Run Organizations. *Am J Community Psychol* 43, 177–188 (2009)
- Caldas, A. (2007). Relatório da Comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental. *Ministério da Saúde*
- Caldas de Almeida, J., Mateus, P., & Tomé, G. (2015). Joint Action on Mental Health and Well-Being Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care. *Lisbon: Europe Union Reports*.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 56
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. *The journal of Mind and Behavior*, 323-336
- Charles, J. L., & Bentley, K. J. (2016). Stigma as an organizing framework for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Social Work in Mental Health*, 14(2), 149-173.
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). International experiences of using community treatment orders. *London: Institute of Psychiatry*.
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13, 1-14.
- Climont, E. V. (2018). Newspaper portrayal of mental illness in England, Canada, Portugal, Spain and Japan= Representación de las enfermedades mentales en periódicos de Inglaterra, Canadá, Portugal, España y Japón. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 176-187

- Collins, B. M., & Stam, H. J. (2014). A transnational perspective on psychosurgery: beyond Portugal and the United States. *Journal of the History of the Neurosciences*, 23(4), 335-354.
- Cordo, M., & Fonseca, F. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família*
- Dias Neto, D., Figueiras, M. J., Campos, S., & Tavares, P. (2017). Impact of economic crisis on the social representation of mental health: Analysis of a decade of newspaper coverage. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 736-743
- Eklund, L. (1999). *From citizen participation towards community empowerment*. Tampere University Press.
- Elliott, J. (2005). Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches.
- Faria Jr, M. A. (2013). Violence, mental illness, and the brain—A brief history of psychosurgery: Part 1—From trephination to lobotomy. *Surgical neurology international*, 4
- Félix, G., & Cunha-Oliveira, J. (2014) Psiquiatria, Ideologia E Poder: A Propósito Do Caso Maria Adelaide Da Cunha. *II Jornadas De História Da Psiquiatria E Saúde Mental*, 33.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), 481-499.
- Fish, J. (2011). Overcrowding on the ship of fools: Health care reform, psychiatry, and the uncertain future of normality. *Hous. J. Health L. & Pol'y*, 11, 181.
- Fisher, D., & Spiro, L. (2010). Finding and using our voice: How consumer/survivor advocacy is transforming mental health care. *Mental health self-help: Consumer and family initiatives*, 213-233.
- Flick, U. (1997). *The episodic interview*. Methodology Institute.
- Gentis, R. (1972). *Os muros do asilo*

- Goering, P., Durbin, J., Foster, R., Boyles, S., Babiak, T., & Lancee, B. (1992). Social networks of residents in supportive housing. *Community Mental Health Journal*, 28, 199-214.
- Goffman, E. (2017). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Routledge.
- Gomes, C. (2020). *Coisas de loucos: o que eles deixaram no manicómio*. Tinta da China.
- Gonzaga, M. (2009). *Maria Adelaide Coelho da Cunha: doida não e não!: um escândalo em Portugal no início do século XX*. Bertrand Editora.
- Hammack, P. L., & Pilecki, A. (2012). Narrative as a root metaphor for political psychology. *Political Psychology*, 33(1), 75-103.
- Hui, A., Rennick-Egglestone, S., Franklin, D., Walcott, R., Llewellyn-Beardsley, J., Ng, F., ... & Slade, M. (2021). Institutional injustice: Implications for system transformation emerging from the mental health recovery narratives of people experiencing marginalisation. *Plos one*, 16(4), e0250367
- Jorge-Monteiro, F., & Matias, J. (2007). 25 Attitudes from professionals and people with mental illness towards recovery-a way to define effective interventions?. *Social Change in Solidarity: Community Psychology Perspectives and Approaches*, 261.
- Kelly, L. S., & McKenna, H. P. (1997). Victimization of people with enduring mental illness in the community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(3), 185-191.
- Kloos, B., Shah, S. A Social Ecological Approach to Investigating Relationships Between Housing and Adaptive Functioning for Persons with Serious Mental Illness. *Am J Community Psychol* 44, 316–326 (2009)
- Lain, C. B. (2023). The Road to Hell is Paved with Good Intentions: Deinstitutionalization and Mass Incarceration Nation. *Wm. & Mary L. Rev.*, 65, 893

- Manuel, A. (1974). *PIDE: a história da repressão*. Jornal do Fundão.
- McMillan, D. W. (1996). Sense of community. *Journal of community psychology*, 24(4), 315-325.
- Minkowitz, T. (2024). Deinstitutionalization as Reparative Justice: A Commentary on the Guidelines on Deinstitutionalization, including in Emergencies. *Laws*, 13(2), 14.
- Moré, C. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *CIAIQ2015*, 3.
- Mueller, R. A. (2019). Episodic narrative interview: Capturing stories of experience with a methods fusion. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919866044
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2017). Creating transformative change in community mental health: Contributions from community psychology.
- Nogueira, C., & Portugal, S. (2010). As associações de apoio a pessoas com doença mental e o seu papel na desinstitucionalização psiquiátrica: contornos de uma história recente. *I Jornadas de História Da Psiquiatria E Saúde Mental*, 41.
- Ornelas, J. (1989). Do romantismo da loucura a sua transinstitucionalização- Apresentação de um projecto comunitário com esquizofrénicos. *Análise Psicológica*, 7, 583-587
- Ornelas, J. (1996). Sistema de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14, 331-339
- Ornelas, J. H. (2007). Psicologia comunitária: contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise psicológica*, 25(1), 5-11.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M, & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of*

- Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Retrieved <date>, from <http://www.gjcpp.org/>.
- Ornelas, J., & Vargas-Moniz, M. (2014). Formação em Psicologia Comunitária e os seus contributos pedagógicos para a Participação Cívica. *Educar em Revista*, (53), 39-58.
- Palha, A., & Marques-Teixeira, J. (2012). The emergence of psychiatry in Portugal: from its roots to now. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 334-340
- Palha, F., & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I-O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções e utentes, familiares/cuidadores e técnicos.
- Porter, R. (2003). *Madness: A brief history*. OUP Oxford.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *American Journal of community psychology*, 23, 795-807
- Rodrigues-Silva, N., Falcão de Almeida, T., Araújo, F., Molodynski, A., Venâncio, Â., & Bouça, J. (2017). Use of the word schizophrenia in Portuguese newspapers. *Journal of Mental Health*, 26(5), 426-430
- Rosario, V. A. (2015). Cultural Competence and LGBT Issues in Psychiatry. *Psychiatric Times*, 32(7)
- Saks, E. R. (2007). *The center cannot hold: My journey through madness*. Hachette UK.
- Salzer, M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 24(5), 425-434.
- Santos Mesquita, C., & Costa Maia, Â. (2016). When the safe place does not protect: Reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 741-748.

- Stein, C. H., & Mankowski, E. S. (2004). Asking, witnessing, interpreting, knowing: Conducting qualitative research in community psychology. *American Journal of Community Psychology, 33*(1–2), 21–35.
- Strauss, J. L., Zervakis, J. B., Stechuchak, K. M., Olsen, M. K., Swanson, J., Swartz, M. S., ... & Oddone, E. Z. (2013). Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Mental Health Journal, 49*, 457-465.
- Sousa, S. D., Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 34*, 186-197.
- Solomon, P., & Petros, R. (2020). Finding common ground for diverging policies for persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1193-1208.
- Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric services, 55*(10), 1112-1115.
- Tomás, M. A. R., & Rebelo, M. T. D. S. (2022). Everyday life after the first psychiatric admission: a portuguese phenomenological research. *Journal of Personalized Medicine, 12*(11), 1938.
- Turner, P. R. (2024). The Evolution of Self-Determination for People with Psychotic Disorders. *Ethics and Social Welfare, 18*(1), 71-87
- Moniz, M. J. P. V., Costa, D. D., & Ornelas, J. H. P. (2013). Desinstitucionalização de seniores com doença mental: A implementação de um modelo de transição e integração na comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 10*, 8-13.
- Unger, K. V. (1993). Creating supported education programs utilizing existing community resources. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 17*(1).
- Vieira F, Sena e Silva F (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/1n9a-yb44

- Xavier M, Narigão M, Domingos P, Matos Pires A, Gago J, Barreto H, Sena e Silva F., (2021). Programa de Desinstitucionalização em Saúde Mental. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/336m-zg39
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the sexual isolation of people with serious mental illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98
- Warburton, K., & Stahl, S. M. (2020). Balancing the pendulum: rethinking the role of institutionalization in the treatment of serious mental illness. *CNS spectrums*, 25(2), 115-118.

Anexos

Anexo A - Guião

ANEXO 2. CÓPIA DO GUIÃO DE ENTREVISTAS A SOBREVIVENTES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL

INSTRUÇÕES PARA A ENTREVISTA:

1. Cumprimentar o/a entrevistado/a
2. Apresentação do entrevistador e explicação do estudo recorrendo ao consentimento informado de participação
3. Recolha do consentimento informado de participação devidamente assinado
4. Preenchimento da informação:
 - a. Data
 - b. Número de ID do entrevistador
 - c. Número de ID do entrevistado
 - d. Sinalizar se é a 1ª entrevista (baseline) ou uma 2ª entrevista (follow-up)
5. Iniciar a entrevista

DADOS DEMOGRÁFICOS:

1. Qual é a sua idade?
2. Qual a sua habilitação literária?
3. Qual o seu diagnóstico psiquiátrico?
4. Onde vive atualmente?
5. Qual a sua situação profissional?
6. Quais os apoios de saúde mental que atualmente recebe?
7. Que outros apoios públicos recebe?
8. O seu histórico de institucionalização psiquiátrica?

Nº de institucionalizações psiquiátricas	Local	Duração	Voluntário ou internamento compulsivo

QUESTÕES:

Fase	N	Questão
1. Introdução dos princípios da entrevista	1	Nesta entrevista irei perguntar de forma repetida para recontar a/sua/sua experiência/as com o internamento psiquiátrico, a saída do internamento e o regresso à comunidade, sente-se confortável que abordemos este tópico?
	2	Qual o significado de institucionalização/internamento psiquiátrico para si? E o significado de comunidade?
2. A noção do/a entrevistado/a sobre o assunto e como a sua biografia se relaciona com o mesmo	3	Olhando para trás na sua vida, qual foi a sua primeira experiência com a institucionalização psiquiátrica? Poder-me-ia contar um pouco sobre essa situação, por favor?
	4	Qual foi a sua experiência mais significativa com o internamento psiquiátrico? Pode me, por favor, falar um pouco sobre essa situação?

	5	Houve alturas em que sentiu que não foi bem tratado, que os seus direitos como cidadão, como ser humano foram violados? Pode-me falar um pouco sobre esses momentos?
3. O significado do assunto para o quotidiano do/a entrevistado/a	6	Pode-me falar um pouco sobre um dia normal da sua vida e como a sua experiência vivida de saúde mental influenciou o seu dia-a-dia?
	7	Olhando para o seu percurso que impacto teve o internamento psiquiátrico, ter estado institucionalizado/a na sua vida?
	8	Que diferenças consegue identificar que ocorreram na sua vida antes e depois da institucionalização psiquiátrica?
4. Focar as questões centrais do problema em estudo	9	Olhando para trás, como foi/ foram os processos de desinstitucionalização, de transição do internamento psiquiátrico para a comunidade ou outra solução? Podia, por favor descrever um pouco esses processos?
	10	Como foi o seu primeiro contacto com organizações comunitárias de saúde mental?
	11	Como no seu dia a dia gere situações que possam ser um risco para a sua saúde mental?
	12	Se sentir que precisa de apoio o que normalmente faz? A quem recorre e para que tipo de apoio?
5. Abordar tópicos mais gerais referentes ao tema em estudo	13	O que espera que as organizações comunitárias de saúde mental façam em relação à sua saúde mental? E as outras formas de suporte que referiu na questão anterior?
	14	Na sua opinião, quem deve ser a pessoa responsável pela gestão da sua saúde mental? Quem deve poder decidir sobre as intervenções necessárias?
	15	Que desenvolvimentos no futuro gostaria que ocorressem no sistema de saúde mental que contribuissem para a melhoria da sua situação e das outras pessoas com experiências similares?

Anexo B - Consentimento Informado

ESTUDO
A Desinstitucionalização da saúde mental em Portugal: Um
estudo exploratório sob o signo da mudança transformativa
ESTUDO 3 – Narrativas dos sobreviventes



Consentimento Informado

CONVITE

Estamos a convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação enquadrado no Centro de Investigação APPsYCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, do ISPA – Instituto Universitário e no âmbito de uma Bolsa de Investigação de Doutoramento UI/BD/152280/2021 de Luís Sá Fernandes, com a orientação da Prof^a Doutora Maria João Vargas Moniz.

Antes de aceitar participar é importante que compreenda o objetivo desta investigação, o que a mesma significa e assinar o consentimento informado de participação.

Leia, por favor, com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter através do contacto fornecido.

Qual é o propósito do estudo?

Com este estudo, pretendemos explorar e documentar as histórias pessoais de sobrevivência à institucionalização psiquiátrica em colaboração com as pessoas que a viveram na primeira pessoa. Através da recolha de narrativas episódicas, queremos explorar o impacto da institucionalização e os fatores decisivos para a desinstitucionalização em saúde mental. Pretendemos ainda, num segundo momento deste estudo, apresentar e discutir os resultados da análise das narrativas em grupos focais constituídos por sobreviventes da experiência de institucionalização psiquiátrica, de forma a sistematizar a informação sobre estas experiências na perspetiva dos sobreviventes. Esperamos através do presente estudo consolidar o conhecimento científico acerca destas experiências de desinstitucionalização e direitos humanos em saúde mental. Pretende-se igualmente, publicar e divulgar os resultados desta investigação de forma a contribuir para a prevenção da institucionalização psiquiátrica e promoção informada da desinstitucionalização em saúde mental em curso em Portugal.

Como vou participar?

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito que lhe será fornecido. A participação consiste na resposta a uma entrevista gravada em áudio e/ou vídeo ou vídeo e áudio através da aplicação ZOOM, num local que garanta a sua privacidade. A gravação será posteriormente guardada no arquivo da equipa de investigação, ao qual apenas o investigador principal e orientadora terão acesso. Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar. Será antecipadamente marcado um dia, local e hora para a realização da entrevista. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Cabe a si aceitar participar e é livre de abandonar o estudo em qualquer altura. A sua desistência não terá qualquer tipo de represálias e não irá afetar o suporte ou tratamento que recebe na organização que utiliza.

É possível que da sua participação possa surgir algum desconforto em falar sobre a sua experiência de institucionalização ou internamento psiquiátrico. Se durante a sua participação se sentir incomodado/a pode emitir a sua opinião acerca das perguntas formuladas ou metodologia, pode realizar uma pausa, ou solicitar algum tipo de apoio.

Benefícios em participar?

Os potenciais benefícios que podem resultar da sua participação é o contributo para o aumento do conhecimento sobre a experiência de desinstitucionalização em saúde mental, que poderão resultar na influência para a construção de políticas públicas em saúde mental representativas das perspetivas das pessoas com experiência vivida de doença mental. Existe ainda o benefício direto de um voucher no valor de 20.00€, como forma de agradecimento pelo tempo despendido e conclusão da sua participação no estudo, com o apoio do Centro de Investigação.

Informação para contacto

Se tiver quaisquer questões sobre esta investigação, por favor contacte Maria João Vargas-Moniz ou Luís Sá Fernandes através do número de telefone 21 881 17 00 ou através dos contactos de correio eletrónico maria.moniz@ispa.pt ou luis.safernandes@ispa.pt. Para informações adicionais sobre o consentimento informado ou os seus direitos enquanto participante, por favor, não hesite em contactar.

A minha participação será confidencial?

Será mantida confidencialidade em toda a informação pessoal que fornecer ao longo da sua participação. A informação individualizada partilhada será restringida à equipa que esta envolvida nesta investigação. A sua experiência fará parte da informação recolhida neste estudo e será apresentada de forma global sem identificar os/as participantes, pelo que se garante a confidencialidade da informação dada. Como participante tem o direito de, a qualquer momento, pedir ao investigador que não revele os seus comentários ou afirmações. O Consentimento de participação com a sua assinatura será arquivado em separado da restante informação, ao qual será atribuído um código de identificação. Quando as transcrições forem concluídas, as gravações áudio, vídeo ou zoom serão destruídas e apenas as transcrições anonimizadas com os pseudónimos serão mantidas.

Anexo C - Transcrição das entrevistas

Participante A

(Página 1)

Professor - Ok. Estamos a gravar, sendo que esta é uma entrevista sobre este tema, que vamos usar para o estudo, mas também serve como entrevista-teste para que me possa dar feedback e ajudar-me a construir uma coisa como deve ser, que venha a decorrer naturalmente. Antes de começar com as questões ligadas, quero fazer algumas questões demográficas.

A - Ok.

P - Pronto.

A - Perante isto quero algo...

P - Não é para desarmar ninguém.

A - Mas desarmou.

P - Quer que eu apareça também?

A - Não, não, não.

P - Quer que eu grave sem imagem?

A - Sem imagem, sim.

P - Deixa-me ver como é que eu consigo gravar assim.

A - Sim, sem vídeo.

P - Não sei se... Pronto.

A - Não sei se me continua a gravar.

P - Eu acho que continua. Espere lá, vamos fazer assim. Vamos fazer vídeo, mas eu vou filmar...

A - Ah, não. Pode tapar. Tapar assim, tem que ser algo mais leve...

P - Mais leve.

A - Mais leve. Mais leve.

P - Não lhe faz falta os lenços?

A - Não, não, não. Tenho aqui um papel.

P - Está tudo. Ok. Então pronto. Peço desculpa pelas perguntas demográficas. Ok. Qual é a sua idade?

A - Cinquenta e nove.

P - Cinquenta e nove, uma jovem. As suas habilitações literárias?

A - Licenciatura.

P - Licenciatura. Não precisa dizer em quê.

(Página 2)

A - Sim, nem eu sei.

P - Qual foi o diagnóstico psiquiátrico que lhe foi realizado?

A - Esquizofrenia Paranóide, mas também pode pôr o primeiro. Esse é o segundo. O primeiro foi depressão.

P - Vou aqui escrever isso. Paranóide, segundo. E primeiro, Depressão?

A - Hm, hm.

P - Onde vive atualmente?

A - Lisboa.

P - Não. É mais... está a ver se está numa... mais se está numa casa própria... Não, não... A pergunta é que não é boa. Está a ver? Acho que é preciso fazer um teste. Agora vou fazer uma nota.

A - Casa própria. Sim. Quer dizer, eu julgo que é casa própria.

P - Vou pôr “vive de forma independente”. Ou seja, não tem... Não é numa... A casa é sua. É uma habitação individual. Vive lá a A só.

A - Certo.

P - Ok. Pronto. Qual é a sua situação profissional?

A - Reformada.

P - Reformada. Recebe algum apoio de saúde mental? PSI? A reforma?

A - Sim.

P - Qual é? É a PSI?

A - Pensão de invalidez se não estou em erro.

P - Pensão de invalidez. Não é a pensão de inserção...

A - Não. Não, mas doutor. Não sei. Mas eu tenho medo de responder isso.

P - Ninguém vai saber que isto é seu.

A - Está bem.

P - Está bem. Percebe? E aqui vou reconhecer somente que recebe uma pensão. Eu estou a reconhecer o quê? Nada, Reformas, Pensão de invalidez, ou PSIs...

A - Ok.

P - Depois isto serve para no final. Ah, entrevistei 20 pessoas, 10 vivem de pensões, 15 vivem por casas próprias. Não é uma... Recebe mais algum outro apoio público?

A - Sim. Também não me recordo. A pensão... tenho medo de perder a pensão de sobrevivência. Não sei se está garantida, mas é um medo que eu tenho sempre.

P - Mas não há nenhum momento que as pessoas saibam que isto é seu, percebe? Quando a informação aparecer nem a sua idade está associada à licenciatura.

(Página 3)

Aparecem “X licenciados, a idade média X” ... Isto posso lhe garantir. E agora começamos a entrar numa... Eu gostava de saber, por exemplo, o histórico de

institucionalização psiquiátrica. Ou seja, quantas vezes a institucionalizada foi internada?

A - Olhe, eu vou lhe dizer que perdi a conta.

P - Perdeu? Mas pode-me dizer as últimas... Do mais recente para o mais antigo?

A - Eu só me lembro...

P - Ou os melhores...

A - Eu só me lembro a última.

P - Então, quando é que foi?

A - Foi em 2010 ou...2011.

P - E sabe-me dizer a duração?

A - Acho que foram 9 meses, ou mais.... Estive no hospital de dia...

P - Mas esteve mais de um ano internada no hospital?

A - Sim. Depois o hospital fechou.

P - Mas lá dentro do hospital, 9 meses?

A - Sim, talvez, talvez.

P - E agora, esta é uma.

A - Mas... Posso é não ter a certeza. Mas tudo bem.

P - Este foi voluntário ou...

A - Involuntário. Foi compulsivo.

P - Compulsivo. Pronto. O que é que eu lhe queria perguntar? Em que local?

A - Santa Maria.

P - Santa Maria. Hospital Santa Maria. E agora, queria lhe perguntar. Quando você me diz, perdi a conta dos outros internamentos? Foram mais de 50?

A - Também não.

P - Foram mais de 10?

A - Talvez mais de 3.

P - Foram mais de 3. Mais de 3. Sabe-me dizer os locais? Para ter uma ideia.

A - Acho que foi sempre no Santa Maria.

P - Santa Maria...

A - Foi sempre... Os internamentos foram sempre no Santa Maria.

P - Nunca esteve em hospital particular? Por exemplo, o Hospital de Setúbal?

A - Nunca. Não, não, não.

(Página 4)

P - Nunca esteve nem no CHPL? Júlio de Matos?

A - Não, também não.

P - Miguel Bombarda?

A - Não. Só Santa Maria.

P - Sempre num hospital geral. Certo. Ok. Vou pôr aqui que é para saber. Sempre em hospitais gerais. E lembra-se a duração destes?

A - Oh, não. Mas talvez meses, talvez 3, 4 meses. Não sei.

P - Cada um 3/4 meses?

A - Por aí. À volta disso.

P - E algum deles foi voluntário? Todos são compulsivos?

A - Só o último é que é compulsivo. Ok.

P - Então estes são todos voluntários. Procurou e ficou. Ok. Primeira pergunta. Nesta entrevista eu vou perguntar de forma repetida para contar experiências relacionadas com institucionalização, com internamento psiquiátrico, com a saída do internamento e o regresso à comunidade. Sente-se confortável que falemos deste

tema?

A - Sim. Embora não esteja... Mas tenha a sensação que me estejam a fugir as ideias da cabeça.

P - É o normal. Eu acho que quando conversámos, as ideias.... Você é uma pessoa que eu acho que quando a conversa começa, depois as ideias começam e as luzes acendem. Não se preocupe. Portanto, eu queria... As primeiras perguntas são mais gerais e depois vamos falar da sua experiência. Apesar de isso já ter a sua perspectiva. Mas na sua perspectiva, qual é o significado para si da institucionalização psiquiátrica? O que é que é para si isto? O que é que significa?

A - Prisão.

P - Pode elaborar, pode dizer o que quiser.

A - Faz-me lembrar prisão, faz-me lembrar... Prisão em tempo quase perpétuo, porque não sabemos em que momento é que vamos ser libertados, não sabemos quando é que é o futuro da saída, não nos programam, não nos definem prazos, saímos quando sairmos, ou seja, não sabemos... Como é que eu vou dizer? O futuro é uma incógnita sempre, é uma incerteza. É mais ou menos isto. O futuro é uma incerteza.

P - Vou entrar num... Agora lembro-me...

A - Num buraco negro.

(Página 5)

P - Num buraco negro. Não sei se não foi a si que uma vez tinha ouvido esta expressão. Não sei bem como é que saiu de lá. E... Muito bem. E outra coisa que eu queria saber era... A Gigi and the Front, a Lucy Cossack, você sabe quem são, elas fizeram um artigo dois ou três anos atrás, em que elas diziam uma perspectiva que eu achei muito engraçada então eu incluí aqui nesta pergunta que eu lhe vou fazer, que é... Elas diziam assim... Eu leio as políticas, e as políticas dizem “Vamos fazer a transição para a comunidade, saúde mental para a comunidade. Mas o que acontece é que eles nunca descrevem o que é comunidade”. Portanto, a comunidade

pode ser a pessoa estar numa vida plena em sociedade, ou pode ser a pessoa estar noutra...

A - Num hospital de dia...

P - Exato. Portanto, eles tinham de demandar que se descrevesse o que é comunidade. Portanto, na sua opinião, já que nos explicou um bocadinho o que é institucionalização psiquiátrica, o que é que para si significa comunidade?

A - A comunidade, para mim, a saída que me apontaram como... Como é que disse? Como... Palavra certa, agora mesmo.

P - Do quê?

A - A palavra que disse da comunidade. A comunidade, para mim, foi enfrentar o hospital de dia, sem saber até quando, sem saber por que motivo, sem saber, sem... Sem ter sido... Como é que eu devo dizer? Sem ter sido acarinhada, sem ter sido... Confortada, sem ter sido... Foi uma coisa fria. O hospital de dia foi um processo de... “Vou encher chouriços”, vou... Vou ficar aqui a matar o tempo. Mas eu sabia que não era obrigada, mas como um animal domesticado, portanto, como animal domesticado, ia metodicamente, e à hora, pontualmente, à hora do hospital de dia. E isto para lhe dizer que... Uma doença muito obediente.

P - E o que é que para si seria, então, o que é que devia significar comunidade?

A - Comunidade, para mim, devia significar... Olhe, eu uso uma metáfora... Isto tenho medo que se repita, porque a minha metáfora já...

P - Não há problema.

A - Não, é que ela pode se repetir, porque, bom... Eu costumo dizer que a psiquiatra é “macaca de arame”. Acho que já disse isto, assim.

P - Não estou a recordar.

A - E a psicóloga é a “macaca peluda”. O doutor conhece a experiência do macaco bebé, que tem duas mães: a mãe de arame, que lhe dá o alimento, e a psicóloga que lhe dá o conforto, o afago. E, portanto, o que é que se verificou com a experiência? Que essa

história do instinto maternal, de quem dá o alimento, é que fica com a criança. Não é verdade. O macaco precisou...Ia se alimentar da macaca de arame, mas depois ia para a mãe peluda. Isto para lhe dizer, para mim, que a psiquiatra, do ponto de vista é a “macaca de arame”, e a psicóloga, para mim, é a “macaca de pelo” que me ouve, que me escuta, que me conforta, que me dá uma palavra amiga. E é desta maneira que eu encaro a psiquiatra e a psicóloga. Mas, agora, a propósito desta história, que também lhe contei, uma assistente social, depois irei lhe falar dela no final, perguntou-me: “então, e uma assistente social, o que será para si?” E eu disse, perguntei-lhe assim, a brincar, porque, de repente, tive um laivo, e disse “quer mesmo saber? Seria a junção das duas.” Portanto, o ideal seria que a macaca de arame, fosse, ao mesmo tempo, a mãe-peluda. Portanto, não desdobrar os papéis, e uma só pessoa assumir esse papel de dar o alimento e dar o conforto e o afeto.

P - Ok. E o que é que acha, por exemplo, na definição das políticas...

A - Mas olhe aqui para nós, a assistente social não é propriamente a mais certa. Provavelmente, se calhar, não será. Se calhar será um colega da AEIPS, se calhar, poderá ser. Para não entender tudo o que é comunidade, eu diria, estar integrada, de facto, a AEIPS é um sítio de boa integração.

P - Fale do que é comunidade.

A - Mas, pronto, em termos de hospital de dia, as pessoas tinham relações, era um relacionamento frio, gélido, as pessoas não eram sinceras, não eram autênticas, estavam ali, as pessoas que pareciam que estavam à espera da reforma também, via-se pessoas... A desmotivação era tanta nas pessoas queriam-nos dar, oferecer comunidade, mas davam- nos, davam-nos, davam-nos... Como é que eu devo dizer, as pessoas davam-nos indiferença, frieza...

P - Comunidade é o contrário disso para si.

A - Também para mim, comunidade, dentro do contexto do hospital de dia, tem um pouco a ver com isso.

P - Mas saia do hospital de dia, já que o hospital...

A - A comunidade, então nesse aspeto a comunidade para mim é a família também. Para além dos sítios institucionais, a família é outra instituição muito importante. Já alguém falava, Salazar, por exemplo, família, pátria, e mais já não sei o quê, e Fado.... Desculpe lá estar a falar nisto. E para lhe dizer, então, a família, a minha família, após a morte dos meus pais, desmoronou-se. Também posso dizer, os meus pais faleceram com 87 anos, ambos, quase um ano de diferença do outro, e as casas até onde eu estou, onde eu vivo, é

(Página 7)

a casa que os meus pais adquiriram. É por os ter a eles que não tenho que pagar uma renda de casa. É a primeira vez na minha vida que não tenho que pagar renda. Portanto, estou, sinto-me uma rainha, estou a ver as pessoas aflitas a pagar os empréstimos, e já tenho a casa paga, portanto, não há uma despesa que eu tenha, mensal, que eu tenha. Neste sentido, espero estar a responder-lhe,

P - A casa é sem dúvida uma coisa que é...

A - Agora, o que é que está a acontecer? O que é que está a acontecer? Eu tenho um certo receio que a família, apesar de tudo, embora tenham interpretado as intenções dos meus pais, em relação a quem ficaria com a casa, eu tenho receio que esteja a ser motivo de inveja entre os irmãos e não sei se vou acabar de ter uma irmã mais velha a tomar conta dela na minha casa, não sei quê. Porque a gente agora começa a ver quem é que vai morrer primeiro. Eu já tenho 59, a outra tem 67, o outro tem 70. Portanto, a gente começa a pensar quem é que vai primeiro?

P - E depois também há outras coisas para pensar...

A - Quem é que vai garantir o apoio para as pessoas. Portanto, há este... este espectro.

P - É engraçado falar nisso. Normalmente essa preocupação não é a preocupação da pessoa com esta experiência. Normalmente essa preocupação é a preocupação dos familiares em relação à pessoa. No seu caso, já inverteu o seu paradigma. É que você é que está preocupada em quem é que vai tomar conta dos seus irmãos. O que

é um sentimento que eu acho que é muito engraçado. Mas pedia-lhe agora, se tem disponibilidade, fazemos uma viagem um bocadinho mais ao passado.

A - Ok.

P - E perguntava-lhe assim, olhando para trás na sua vida, qual foi assim a primeira experiência que teve com a Institucionalização Psiquiátrica?

A - Vou-lhe falar da primeira situação em que teve que tomar medicação psiquiátrica. Pode ser?

P - Pode. Mas não se esqueça que eu estou...

A - Pode repetir a pergunta então?

P - Qual foi a primeira, olhando para trás, a sua primeira experiência com a Institucionalização Psiquiátrica? Ou seja, quando é que de repente a sua vida era...

A - Eu vou começar mesmo pela questão da depressão.

P - Vá por aí. Vá por aí que depois eu vou ajudar a...

A - E vou dizer porque é que é depressão. Porque para mim as causas que me conduziram à depressão, à chamada depressão, tiveram simplesmente a ver com questões de....

(Página 8)

Desculpe lá o assunto. Política e sexo. Tinham a ver com estas duas coisas. E pode imaginar o que é estar na faculdade, achar-se que pode se estar a ser tentada de ser vítima de atropelamento, e no primeiro ano em que se está na faculdade, sou vítima de duas tentativas de atropelamento. E isso foi aquilo que me levou à doença. Foi isso que me fez pensar. Então agora quem é que vai acreditar que esta pessoa me tentou matar? Porque eu fiquei com... No primeiro sítio foi uma senhora, por acaso foi uma senhora que nunca mais me esqueci, uma senhora negra que disse, corre que senão ele mata-te. Um carro que ia a passar e acelerou para me atropelar. E ficaram duas pessoas feridas no princípio da rua. E a outra situação foi a sair da faculdade precisamente no regresso, conheciam o meu percurso e quando dei um grupo de andebol, que politicamente era

completamente de opiniões, eram campos opostos políticos, portanto as coisas nunca correram muito bem. E, portanto, até lhe posso dizer que fui estigmatizada por ter reputação, sei lá de comunista ou pronto, fui rotulada com isso. Nunca me deram acesso aos testes, só na véspera do teste, por exemplo, de geometria só soube no dia anterior. Há muita coisa. E os testes, por exemplo os meus colegas estudavam os testes. E passavam os anos assim com a papinha feita, pertenciam ao grupo da elite da faculdade, vinham as origens, nunca as origens da pessoa nunca são ignoradas.

P - Ok. Muito menos no contexto em que vivemos, não é? E na faculdade, muito relacionado também com as questões políticas.

A - E a razão que para mim, teve a ver com perseguições de natureza homossexual e de... e de... Eu fui peça de xadrez de um tabuleiro de... entre estudantes e professores para ver que foi assim uma coisa aplicada. A situação que me levou... Agora, o que é que me levou à depressão foi pensar no seguinte: “ Quem é que vai acreditar naquilo que eu tenho para contar? Ninguém vai acreditar na minha história, quem é que vai acreditar que me queriam atropelar?” Eu pensei, ninguém vai acreditar nisto. Eu.... Inclusive minha família chegou a fazer terapia familiar: o meu pai, a minha mãe e eu. A minha mãe berrava muito comigo, bem, não era muito comigo, era é que eu agora tenho uma situação que vai estragar a entrevista...

P - Não estraga nada, não estraga. Porque eu não revelo...

A - Eu sou gémea. E esse aspecto de ter sido gémea fazia com que o comportamento de uma fosse misturado não fosse separado. Conclusão, a minha irmã fazia muitos disparates, toda a vida fez muitos disparates tolos, tolices, tolices.

P - Deixe-me só pará-la para lhe dizer uma coisa. Quando a entrevista terminar eu depois vou transcrever a entrevista toda no papel. Tintim por tintim, como falámos.

(Página 9)

Depois vou-me sentar consigo e vou-lhe mostrar o papel e a A vai me dizer, esta parte acrescentamos isto, esta parte cortamos, “não quero isto”, portanto sintá-se livre de falar à vontade.

A - Pronto, estava a falar da questão. Bom, quando a minha irmã entrou, quando chegámos à universidade, ela foi estudar para o Porto e eu fiquei em Lisboa. No primeiro ano em Lisboa na faculdade de ciências foi maravilhoso. Eu estudava, ia às aulas durante o ano cuidava dos meus pais durante era eu que lavava que cozinhava.... Mas ainda me recordo de estar nas férias a estudar e a minha mãe me dizer assim, “oh A vem ver este filme que é muito giro” e eu lembro-me de dizer, “Mãe obrigada, mas estou a estudar”. Isto para dizer que a minha relação com a minha mãe nessa altura, quando a minha irmã acabou por sair para o Porto para estudar para uma faculdade e eu senti-me muito bem em minha casa, em casa dos meus pais. Quando eu entrei em depressão e a minha mãe conheceu-me bem, quando eu entrei em depressão a minha mãe ficou assustada. Então fez terapia, fizemos terapia familiar o meu pai, a minha mãe, eu, o doutor...

P - Não vale a pena.

A - Pois, nós tivemos várias reuniões de terapia familiar e os meus pais entravam sempre a discutir um com o outro. Entretanto, antes disso fizeram uma entrevista pessoal. A pergunta que eu não me esqueço que me fizeram foi, “O seu pai agride alguém na sua casa a si ou à sua esposa ou à mãe? há agressão em casa? Se não, não há agressão?”. Não havia e depois a outra coisa muito importante... O que eu ia dizer? Outra coisa muito importante...

P - Siga e depois quando se lembrar a gente retoma.

A - Bom, as coisas ficaram resolvidas, ficou claro que não havia violência na família e então as coisas ficaram resolvidas com as discussões familiares entre os meus pais e eu permanecia ali naquele contexto, fomos gravados, filmados e eu permaneci naquele contexto sempre silenciosa, uma espécie de pressão, de cataclismo, não sei se é assim que se diz, e então a minha irmã convidam a minha irmã para aparecer na reunião e falar e a minha irmã entra lá nessa reunião de terapia familiar e começa a insultar os meus pais de tudo: “Ah os meus pais castraram a minha irmã, os meus pais não sei que mais”, ela tinha uma visão completamente distorcida da minha mãe. Quando foi feito o resto da terapia familiar, a última sessão foi da seguinte maneira: os meus pais já tinham acabado

de discutir qualquer coisa e depois perguntam-me “a A o que é que pensa disto tudo, o que é que pensa?” e eu disse “o problema é deles” ou “eles que se entendam”, eles que se entendam de género: o problema não é da minha natureza é na relação entre eles e eu não

(Página 10)

tenho nada a ver com o assunto. Eles que são adultos que se entendam, eu também já me sentia adulta e, portanto, achava que não era chamada para a contenda, porque inclusive embora seja vulgar aquele ditado...

P - O ditado da colher... “Entre marido e mulher não se mete a colher...”

A - Mas isso é quando o casal de facto não transgride as normas de facto isso é a melhor coisa que pode acontecer a menos que haja mesmo violência, a menos que haja mesmo agressão ou coisas assim do género.

P - Sim, sim. E, portanto, depois o primeiro contacto da A, ou seja, a A recorda-se o primeiro contacto que teve com a institucionalização psiquiátrica ou seja, quando percebeu que não era só a medicação mas era que iam me internar que ia ficar internada e o que é isto afinal eu vinha procurar apoio...

A - Olhe, houve um episódio. Eu naquela altura quando falei com o meu primeiro psiquiatra. O meu primeiro psiquiatra suicidou-se. Quando falei com esse meu primeiro psiquiatra ele perguntou-me “Eu tive um acidente”, disse-me ele. Convidou-me para o seu consultório dele particular e disse-me assim numa conversa íntima pessoal “Bem, eu fui vítima de atropelamento. Eu fui vítima de um acidente sabe alguma coisa sobre isto?”

P - Perguntou-lhe a si?

A - Perguntou-me. E o que é que eu percebi? Que aquilo que se passava e já era a minha suposição, que aquilo que se passava na faculdade ia parar aos gabinetes dos psiquiatras, e foi isso que eu achei que acontecia naquela altura. As perseguições de natureza como eram questões homossexuais e política era tudo o mesmo bolo.

P - Ok. E ia sempre de... Era a pessoa a discriminar era a pessoa *non grata*, é isso?

A - Era tudo um jogo. Era tudo e estava tudo já preparado para que as coisas acontecessem naquele formato. O bolo já estava podre.

P - Ok, já percebi o que quer dizer.

A - Tanto na faculdade como na psiquiatria, entre os psiquiatras também não devem ter sido muito leais entre uns e outros, as formas como as mulheres tratavam eu acho que era a forma como a mulher tratava o psiquiatra e eu não quero...

P - A mulher dele? E você porque é que sabia como é que a mulher tratava o psiquiatra? Porque ele falava da vida...

A - Eu estava, uma vez ele levou-me para uma consulta de toxicod dependência achando que se calhar o tabaco era toxicod dependência e então convidou-me para ir às Taipas e um dia estou a falar com ele e a mulher telefona-lhe e pergunta “Onde é que estás?” e ele “Agora estou numa consulta, agora estou numa consulta...” e percebi que a mulher o

(Página 11)

massacrava. Acontece que depois quando sofreu o acidente ele vira-se para mim e diz “Foi a minha mulher que me ajudou”, conclusão ele acabou por dizer, percebeu que se calhar tinha revelado uma mulher chata, mas que depois foi aquela mulher que o salvou do coma.

P - Sentiu necessidade de compensar, “Ok, tu assististe esta conversa de telefone, mas também te vou dar o outro lado da minha mulher que ela é que me ajudou” ...

A - E também saber em medida que eu estava metida na questão do acidente, provavelmente ele achou que o acidente também não era assim um acaso. Podia ter sido por mando de alguém.

P - Como é que vai daí depois para o seu primeiro internamento?

A - Doutor tenho de ir à casa de banho, e posso ir para um cigarro também já agora doutor?

P - Pode, mas deixe-me só dizer que ainda não passámos esta pergunta.

A - Quantas são?

(pausa e retoma)

A - Ok, simultaneamente com a faculdade também tive um trabalho de entrevistadora acho que era do INE que me convidaram a trabalhar sem me esforçar sem eu fazer cunhas, tinha pessoas que tinham cunhas estavam convencidas para ficar com o lugar de estagiários a efetivos, e a mim convidaram-me para ser efetiva como entrevistadora sem eu ter simplesmente ter-me.... Sendo eu própria. É verdade que tinha 22, 23 anos tive que estudar para ter notas para entrar na faculdade tive que repetir para ter notas suficientes para entrar, portanto fui obrigada a repetir e por volta do 12o, 11o, entrei um pouco atrasada, quer dizer, em relação às idades entrei um bocadinho mais atrasada.

P - Mas foi lá no seu tempo. E pronto a pergunta era esta. Primeira experiência de institucionalização psiquiátrica.

A - Bom, para mim a questão da consulta já era para mim uma forma de institucionalização psiquiátrica.

P - Porquê? O que é que sentia?

(Página 12)

A - Por achar que que éramos os falhados da sociedade, éramos os *losers*, como se costuma dizer e, portanto, senti-me uma... uma... eu perdi o norte e eu passei a depender do dole, porcarias e depois tinha convulsões de virar a cabeça para cima...

P - Aquela coisa dos olhos?

A - E de fumar... Eu penso que os medicamentos psiquiátricos daquela altura ainda eram se calhar um ensaio laboratorial, se calhar ainda não estava muito bem estudado. Eu engordei, só para lhe dar uma ideia, quando comecei a tomar essa medicação engordei 10 quilos, fiquei deformada com a porcaria da medicação depois fiz um disparate, porque os meus irmãos achavam que o ambiente familiar em casa era mau, o que não era verdade os meus pais comigo foram impecáveis, nunca me censuraram nunca me castigaram. Tive uma cena no 12o ano sem querer escrevi uma carta de amor a um professor com idade avançada, foi assim um escândalo, e a minha mãe ia-me agredir, mas o meu pai que julgou que eu é que ia agredir a minha mãe e agarrou-me no pulso de

tal maneira que penso que terá causado uma luxação no pulso tal foi a força que ele fez. Mas aparte disso nunca tive cenas de violência não me recordo mesmo que tenham havido eram coisas pequenas.

P - Na família?

A - Sim, dentro do contexto familiar. É verdade que na minha adolescência na vida com a minha mãe éramos alvo de parte da minha mãe, a minha mãe vivia sempre em fúria, mas a minha mãe era... eu olhava para a minha mãe e via, era uma senhora muito gorda, de hábitos... era... como é que eu devo dizer a palavra? Não sei se era uma pessoa, uma pessoa que era compulsiva a comer, não sei era obesa...

P - Não vamos diagnosticar.

A - Não vamos falar da minha mãe. Pronto. Qual é então a pergunta?

P - Respondeu-me muito bem mas gostava que explorasse mais um bocadinho. O primeiro contacto tinha sido com este tipo de institucionalização psiquiátrica não achava que tinha sido a entrada no primeiro internamento, mas sim a entrada nas consultas de psiquiatria. Mas perguntava-lhe se podia explorar mais um bocadinho isto para além das consultas, os outros contactos, também com o hospital, com o internamento...

A - Eu penso que na primeira vez que tive acho que não fiquei internada na primeira vez, e se fiquei não me recordo. Não me recordo na altura da depressão não me recordo de ter pedido qualquer internamento. Não sei a minha psiquiatra diz-me que eu tive uma série de internamentos sem eu ter consciência de quando estive e só me lembrar do último e mal.

(Página 13)

P - Não, podemos ir diretamente a isso. Eu vou fazer uma pergunta e você vai perceber onde é que eu quero ir em vez de estarmos a tentar fazer de ordem cronológica. Vou-lhe perguntar como lhe tinha explicado, interessa-me muito o nosso estudo recolher este retrato do que possam ser experiências dolorosas na institucionalização, interessa-me perceber este retrato depois já vamos à outra

parte. Portanto eu perguntaria qual foi as experiências mais significativas que mais marcaram a A em termos de internamento psiquiátrico.

A - Eu só lhe posso dizer...

P - Comece-me a falar dessa experiência que está lá dentro e vai ver que vamos chegar à outra...

A - A forma como eu encarava o dia a dia do hospital era uma espécie de rotina criada pelos técnicos e enfermeiros que me davam tempo para sentir-me espiada ou mesmo espiada por um lado, observada... Fui obrigada a tomar... só me recordo, só consigo lembrar do último internamento que eu tive, o internamento compulsivo.

P - Fale-me desse.

A - Eu estava a viver nas mercês na casa, uma casa. Eu fiz a experiência de ter uma relação homossexual com uma rapariga depois quando vim do Porto os meus pais quiseram comprar uma casa, tentaram compraram uma casa nas mercês para eu ficar com ela as coisas correram mal e uma relação homossexual com uma rapariga foi nessa altura que eu apesar de tudo tentei acabar os estudos fiz o estágio na escola de Queluz, na escola Padre Alberto e nessa altura a minha colega entra na minha vida, eu começo-me a dar mal com ela, começo-me a perceber que ela era uma oportunista que começa-me a me maltratar, agredir, era uma pessoa passiva que não se arrumava, outras coisas que me irritava e na altura em que eu estava a fazer o estágio ela em vez de me apoiar solidamente pelo contrário começava a berrar comigo tal como a minha mãe tinha feito em alguma fase da minha vida. Pois eu estou a encontrar uma mulher completamente grosseira de tal ponto que tentei o suicídio. Fui muito bem tratada nessa tentativa, nesse coma. Entrei em coma não sei durante se foram dois ou três dias, se foi uma semana. Só nos relatórios encontrei alguns documentos que falam nisso, mas eu nem sei quantos dias foram de coma e recordo-me que nessa altura fui tratada, recordo-me de estar no hospital e recusei a visita da minha mãe porque a minha mãe estava triste estava um bocado desapontada com a filha que era homossexual e isso acaba por deixar marcas.

P - Outros tempos, não?

A - Claro, e então recusei a minha mãe. E a minha mãe ficou muito chocada mas eu não levei aquilo a mal. Depois dessa relação, separámo-nos, falhei o estágio, o orientador do estágio convidou-me a desistir de dar aulas embora gostasse muito aliás, a forma de ele seleccionar entre mim e um colega meu, a forma de seleccionar foi para construir um objeto a partir de um plano, portanto uma caixa. e como eu fui a pessoa que dava as instruções. e o meu colega ia repetindo aquilo que eu ia fazendo e o orientador disse bom, você vai ficar com o 9o A, que era a melhor turma e o outro vai ficar com o 9o H ou I. Quando se vê a turma do 9o A meninos próprios com a idade certa, sem preocupações de telefones sem telemóveis, dispostos a ouvir, interessados... No 9o H, adolescentes já fora da idade preocupados com as hormonas... o A olha para o B, o B olha para o C, e depois como se não bastasse e é uma coisa que eu também suspeito que aconteceu, na cadeira do professor puseram-lhe uma cadeira com um pénis desenhado e eu disse assim “como é que eles perceberam” e saiu assim porque eu também achava o mesmo, mas pronto. Trata-se pelo facto de sabe o que é que eu fiz? Não me sentei ao lado dele porque percebi que ele sabia que eu tinha lá o desenho e eu o que é que eu fiz? Não me sentei ao lado dele, fiquei na cadeira de trás a impressão que foi que eu estraguei entornei o caldo como é que se diz?

P - “Entornei o caldo”, tem uma expressão que é assim.

A - “Tive o caldo entornado” e penso que foi isso que aconteceu. E pronto foi aí que o professor lhe terá dito e eu percebi e também perguntei ao meu colega se ele era homossexual perguntei-lhe frontalmente ao meu colega e ele disse “sim também sou”. Aquilo foi tudo... o professor disse a nota mínima que eu dou é 14, a nota que eu lhe dei foi 14 e em relação a mim convidou-me a desistir de dar aulas, embora eu gostasse e tive colegas professores que se interessaram com as minhas fichas de exercícios construídas pela minha imaginação. Foi muito agradável e ainda me recordo disto também como oferecer flores a mim própria.

P - Ainda bem, é para isto que servem estas coisas.

A - Estava numa reunião de delegada do grupo de matemática. “Vamos fazer uns jogos matemáticos que o nome é que vamos dar ao acontecimento?” E eu sem antes de ninguém se pronunciar digo em voz alta “Ludomate!”. Ficou tudo... Todos gostaram da ideia Ludomate. E então o professor, o orientador também para dar uma para lucrar acrescentou: “Ludomate N”

P - Para você não ficar só com os louros ele tinha que acrescentar Ludomate N.

A - Mas ficou e foi o título que deram à conferência, aos jogos e à atividade. Pronto foi assim que isto aconteceu, o que aconteceu também na altura em que eu estava a dar aulas

(Página 15)

nesse ano em que eu era alunos da escola do padre Alberto Neto foi uma coisa, foi uma altura em que também começaram alguns professores por fumar o cigarro dentro da sala, nós antes fumávamos na sala de professores e o engraçado é que por acaso via pessoas dizer “é na sala de professores que se tem conversas interessantes” não se conversa nada... E pronto, e depois fui obrigada na transição do semestre do primeiro para o segundo semestre ou trimestre, fui obrigada a ir fumar para a rua, puseram-nos a fumar na rua e os meus colegas do grupo de matemática de vários colegas solidários, puseram-se ao meu lado a fumar cigarros como eu, do género “estamos na mesma”

P - Então eu vou lhe fazer perguntas agora diretas que o tempo vai voando. Está a falar muito bem, ou seja, eu tenho receio que daqui a bocado a associação se fecha e nós ainda estamos aqui. Pronto eu vou lhe fazer perguntas diretas e a A responde como quiser. Falou que na sua recordação, no último internamento este de 2010 de nove meses 2010-2011 nove meses aqueles que recorda bem o compulsivo. Vou lhe fazer perguntas diretas sobre isto por exemplo normalmente o internamento compulsivo as pessoas são buscadas vão ser recolhidas pela polícia...

A - Provavelmente isso deve ter sido depois da minha tentativa de suicídio.

P - Foi direta de um lado para o outro?

A - Não sei se terei sido direta, mas deve ter sido quase. É capaz de ser a lógica da coisa.

P - Ou seja, a senhora tentou o suicídio e agora tem que ficar aqui um período...

A - Provavelmente depois deve ter havido alguma coisa por meio para depois dar no internamento compulsivo.

P - Mas sempre no Santa Maria, ou seja, na tentativa de suicídio fica lá...

A - Isso aí também não sei se foi no Santa Maria ou se foi no Capucho não sei não me recordo. Mas não foi de imediato. Fui para casa e depois então é que fui para o internamento.

P - E lembra-se como é que foi?

A - Olhe sabe uma coisa que me lembro...

P - Por si própria, ou foi a polícia?

A - Não sei se terá sido a família.

P - Às vezes é.

A - Não sei se foi a minha irmã, a minha irmã também é da área de psicologia e da saúde mental. O que é que terá sido? Eu acho que ela me terá internado no... recordo-me por uma coisa a questão das mercês e que me faz pensar nas mercês e da minha colega é que eu acho que tomava Aldol. Não, tomava Risperdal. Estou-me a lembrar pela medicação,

(Página 16)

tomava Risperdal e então na altura em que eu estou a tomar Risperdal consegui alterar para retirar toda a medicação anterior e prescreverem nova medicação, então é a partir daí. Então quando começam a retirar a medicação eu começo-me cada vez a sentir-me melhor.

P - Claro.

A - Senti-me cada vez melhor e estava...

P - Mas fora ou dentro?

A - Dentro do hospital, no internamento compulsivo, nessa altura ainda não era compulsivo. Eu já lhe explico porque é que passou a ser compulsivo.

P - Então foi voluntário.

A - Foi voluntário à força. Começaram a tirar a medicação eu disse “ótimo, estou-me a sentir bem”. Um dia ao fim de uma semana, uma semana e tal, a psicóloga vira-se para...a psiquiatra, a tal “macaca de arame” vira-se para mim e diz “você está muito melhor, não há dúvidas a medicação está-lhe a fazer bem” e eu, ingénua disse, “Doutora, sabe porque é que eu estou tão bem? Porque não estou a tomar nada” eu... eu... fingi que tomava, não tomava...

P - Ah, você não estava a tomar, estava a fazer a... fingir... não sei se como fazia nos filmes guardava debaixo da língua, deitava fora...

A - Não sei, fingia. Quando ela me diz assim foi um tempo de uma semana que eu não fui mentindo e ela diz-me “você está muito melhor” pois “doutora, não estou a tomar nada”. Estou sem medicação nessa altura ela disse aí, internamento compulsivo. A partir daí meteram-me um processo, tribunal...

P - Você teve que ir a tribunal?

A - Fui a Sintra, Tribunal de Sintra porque a casa estava nas mercês. Fui ao tribunal, não ouviram os meus pais, puseram os meus pais... deixaram os meus pais e a mim num canto do corredor, só os psiquiatras é que entraram, e eu entrei na sala de audiências. E ainda por cima, fui de uma forma ridiculamente vestida que estava a chover e estava com uns sapatos de uma coisa horrível, de ponto de vista de roupa estava tal que parecia mesmo uma...

P - Mas estava no hospital ou estava em casa?

A - Fui do hospital para o tribunal.

P - E essa roupa que arranjou...

A - Foi do hospital...

(Página 17)

P - Daquilo que arranjou, tentou arranjar uma roupa que fosse bonita para fazer o seu caso valer, depois chegou ao tribunal, não teve direito...

A - Olhei para a advogada de defesa, olhou para mim e terá dito “donde é que terá vindo esta?” E fecharam a porta.

P - Mas a advogada consultou-a, falou consigo?...

A - Não, não me consultou, não me falou, não me dirigiu a palavra.

P - Os seus pais não falaram consigo, a sua irmã não entrevistou...

A - Acho que não estava cá.

P - Neste processo você não foi achada nem ouvida.

A - Nem vista nem ouvida.

P - E aí passou a uma medida de internamento compulsivo e depois do tribunal vai para o hospital, já com o internamento compulsivo.

A - Penso que sim, terá sido aí nessa altura.

P - E agora pergunto-lhe diretamente, lembra-se neste internamento compulsivo, nestes nove meses que lá esteve...

A - Não sei se estou a fazer confusão também com o hospital de dia, mas se não for nove meses foram dezoito meses. Não sei precisar muito bem.

P - Não tem de se lembrar que depois revemos isto, se se lembrar mais tarde. A minha pergunta é, ou seja, à luz dos direitos humanos de hoje em dia houve sem dúvida alturas em que se sentiu que não foi bem tratado em que os seus direitos como cidadã e como ser humano foram violados, queria que me falasse um pouco. A situação no tribunal, claro, mais outras situações? Por exemplo posso fazer perguntas. Ameaças? “Ou tomas isto ou vai-te acontecer isto”.

A - Não, não, sim houve uma altura em que penso que as pessoas respeitavam, os internados respeitavam o hospital, quando terão percebido que eu fazia batota com a medicação creio que se gerou uma onda de comportamento próxima daquela que eu estava a ter, então parece que valia uma espécie de sobrelevação, do género “vamos fazer como tu” ...

P - Acha que criou um movimento aos colegas?

A - Criei uma forma de obrigar os enfermeiros a serem agressivos, porque eu tive mais..

P - Está se a culpar, a si própria, das agressividades das pessoas?

A - Não, não, porque a enfermeira quando a informação da médica chegou à enfermeira, a enfermeira fechou-me o gabinete e disse “vá toma esta medicação”. Fui chamada, a medicação era sempre em ambiente de café, de leite com café e era dada nessas

(Página 18)

circunstâncias. Nessa altura então a enfermeira fecha-me na sala e desde a medicação da manhã obriga-me a tomá-la à frente dela e com ela à frente, isto aconteceu, não sei pelo menos duas ou três vezes depois o que é que eu também percebi e percebi porque é que tinha a antipatia de uma enfermeira. Questões religiosas, mas é isto quando ela percebeu que eu era atea e ela era evangélica as coisas eu percebi que era maltratada por ela.

P - Quando diz maltratada, o que é que isso significa?

A - Ignorava-me, não me fitava, tentava evitar ser ela a atender-me e eu tinha uma certa simpatia, precisamente porque era uma pessoa indiana, tive filhos indianos na minha família por afinidade, e pronto fiquei muito triste. Mas de qualquer maneira resisti, depois por acaso até os enfermeiros os auxiliares ficaram ainda hoje um dos auxiliares me pergunta por acaso de uma forma um pouco agora um pouco grosseira porque ele já foi mais delicado, pergunta-me sempre “Ó Ilda já meteste os putos na barraca que vai haver porrada” não sei se conhece aquela frase.

P - Não, eu não.

A - Então ele mete-se sempre comigo “Então já meteste os putos na barraca?” só para lhe dizer que e eu com uma enfermeira que eu me sinto identificada com ela também do ponto de vista político, mas isto são coisas que eu também já não...

P - Não se preocupe, fale o que quiser.

A - Para lhe dizer então, os enfermeiros respeitaram-me. Simpatizei com alguns, fui bem tratada por alguns, fui muito maltratada por outros...

P - O que é que significa isso? Maltratada por outros, que episódios... em que se situações?

A - A indiferença, o obrigar a tomar medicação...

P - Foi presa alguma vez, tipo estar amarrada?

A - Eu não fui mas vi colegas presas. Já lhe contei a Liberdade era o nome de uma senhora um bocadinho mais nova que eu, que por qualquer motivo não sei puseram-lhe amarrada à cama num colete de forças e eu revoltei-me e olhei para ela e perguntei-lhe “Porque é que obedeces?” perguntei-lhe “Porque é que obedeces? Porque é que não te revoltas” perguntei-lhe e ela mantinha-se tranquila, passiva na cama com os braços sem gesticular, três ou quatro dias, três ou quatro dias presa à cama...

P - E como é que fazia para ir à casa de banho?

A - Depois aí eram as enfermeiras que a levavam, não sei. Ou punham-lhe uma algália.

P - Não passou por isso?

A - Não, não passei.

(Página 19)

P - E por exemplo você sabia nestas alturas em que era forçada a tomar medicação o que é que estava a tomar?

A - Sim, sabia, a forma como deram medicação foi de maneira a obrigarem-me a tomar, a habituar a medicação começaram com 25mg de clozapina, depois dos 25mg, depois de um período de 25mg, passaram a mandar 50mg, depois gradualmente foram querendo me habituar a medicação durante um processo longo de vários meses de tal maneira que eu estou só para lhe dar uma ideia atualmente tomo à noite 400mg de clozapina e isso se lhe disser que 25mg já causa um transtorno, imagine agora 400mg. E agora sabe o que é que me está a acontecer ironicamente e eu tenho vontade de pôr isto tudo em casa? Estou a começar a habituar a medicação e já começo a sentir falta em certas alturas, sabe nós em doentes psiquiátricos...

P - Como um cigarro? Como se faz a medicação para o tabaco, ou não?...

A - Nós estamos umas vezes *On* e outras vezes estamos *Off*. O *Off* quer dizer quando eu estou a achar que aquilo que eu estou a falar, aquilo que eu estou a ver é visto e ouvido, sabe que canal é que eu estou a ver, eu sinto estas coisas todas sabem o canal que eu estou a ver a que horas o som, se estou a ouvir rádio se o telemóvel uma coisa que devíamos ter feito ter posto os telemóveis fora da sala porque dizem que é possível completamente que é possível...

P - Mas eu acho que não somos alvos políticos.

A - Pronto, mas para lhe dizer que essa história me assusta, mas pronto. E às vezes tenho crises dessas de achar que pronto que nessas alturas preciso de me refugiar porque no tomar a clozapina às vezes a clozapina que só costumava tomá-la à noite mas agora em uma situação muito limite tenho tomado clozapina uma ou duas vezes ao dia durante o dia, sei que fico drogada, sei que a clozapina faz muito mal ao João Paulo durante o dia, sei que isso eu sei o que afeta, eu sei os efeitos da clozapina...

P - Já há quantos anos é que já conhece... Já tem esta relação.... Ia-lhe a perguntar assim, quando por exemplo há pessoas que tratam nas suas experiências de institucionalização terem sido alvos de abusos, de assédio, de violência...

A - Não, tive pretendentes, mas não...

P - ...Não não estou a falar por parte de... eu estou a falar de quando eu falo desta situação, eu falo do staff, falo de tudo, de roubos...

A - Ah, sim, havia roubos, havia roubos. Sabíamos que uma jovem roubava coisas ainda tentaram insinuar coisas, havia violência entre algumas doentes, havia violência. Havia

(Página 20)

peças que diziam “Estás-me a roubar!”. Viam uma pessoa perto do armário “Estás-me a roubar, vai roubar para outro lado!”

P - Estando lá internada, você podia receber visitas, podia fazer contatos para fora?

A - Visitas de horas marcadas, sim.

P - Por exemplo quando foi, vá-se lembrando de coisas que se lembra disto, isto é uma construção poranto pode ser que agora a ir para casa encontre mais coisas e depois me diz. Por exemplo outra coisa que as pessoas falam é, quando acabou o internamento, como é que foi comunicado que ia sair?

A - Foi-me comunicado gradualmente, à medida que ia fazendo o tratamento do hospital de dia.

P - Mas no hospital de dia já não estava a dormir no hospital.

A - Não, estava a dormir na casa dos meus pais.

P - E a minha pergunta é se você teve alguma...

A - Não, eu nunca soube quando é que ia acabar a minha eternidade... Eu nunca soube adivinhar o dia de amanhã eu nunca soube, nunca soube em que altura é que me iriam libertar do hospital de dia.

P - Não havia partilha de informação, o seu futuro era incerto...

A - Como eu já lhe disse, era um buraco negro.

P - E não sabia, por exemplo, não a consultavam para lhe dar feedbacks sobre a sua situação, agora estamos próximos de sair, para onde é que tu vais, para onde é que tu gostavas de ir, saindo do hospital de dia vais dormir para onde, não foi consigo que falaram...

A - Não senti, nunca tive uma conversa, nunca vi interesse nenhum de alguém a perguntar “o que é que pretendes para a tua vida” uma pergunta que fazia sentido terem me feito, “ou quais são os teus projetos para o futuro”...

P - Por exemplo, “agora quando saíres daqui vais dormir aonde?”

A - Ou “Onde é que vais viver?”...

P - “Vais viver para a casa dos teus pais, achas que te vai ajudar?”...

A - Não me perguntaram, não me perguntaram...

P - Agora vou entrar noutra parte do percurso mais pós-institucionalização, mas queria lhe dizer que sempre que todas as ideias e coisas sobre os abusos aos direitos humanos e quando falo de abuso não estou a falar de... estou a falar do que a A sabe o que é os direitos humanos, o que é ter poder de decisão, o que é ter escolhas de controlar a sua vida...

(Página 21)

A - Sabe, a minha vida foi-me apresentada sem perspetivas de futuro e é um pouco isto que eu sinto. Foi-me apresentado um dia-a-dia que eu não sabia porquê mas que tinha que ser aquilo e eu nunca me questionava sobre “Mas o que é que é isto, encher chouriços? É mais do mesmo” falar sobre as conversas que se tinha com os psiquiatras eram muito eram pouco exploradas não havia... Faltava autenticidade às pessoas para explorar os assuntos. Só falavam sobre as doenças, mas não tentavam, não, parecia que era quase um jogo de “esconde-esconde”, ou não vamos revelar aquilo que sabemos ou só revelamos isto, ou só revelamos aquilo que ficou sentido...

P - Por exemplo uma coisa que as pessoas também falam...

A - Recordo-me que a Vera era a única psiquiatra que fazia isso, apesar de tudo que era a mais correta de todas, ainda hoje trabalho quase com ela. Punha-nos a falar sobre os sintomas das esquizofrenias e das doenças psiquiátricas, era a única que nos dava algumas luzes sobre isso, mas de resto tudo o resto era... sei lá, a preocupação era tomar o iogurte, comer a fruta...

P - A comida de dentro...

A - Certo, certo.

P - E acha que a sua informação era partilhada com consentimento, era...

A - Nem sei, ignorei sempre até onde foram os segredos ou as informações daquele internamento.

P - A sua história...

A - Ignoro, desconheço a amplitude...

P - Eu li um artigo em que eles tinham um quadro em que escreviam as doenças das pessoas: “o Manuel tem x” e toda a gente que entrava via aquilo e era uma exposição muito grande. Mas por exemplo você falou do dia-a-dia, como é que a sua e tinha falado sobre isto já, portanto, eu não sei se esta pergunta faz sentido agora, mas, agora era um bocadinho o seu dia normal, o dia-a-dia hoje em dia que é diferente do dia-a-dia de lá tem diferenças e, ou seja, o que é que é o dia-a-dia hoje, como é um dia normal da vida da A?

A - O dia-a-dia hoje é ter a liberdade e o sentimento de viver sem despertador, é uma grande conquista. O meu irmão que reformou-se agora com 70, aproximadamente 70 anos, quando eu expliquei ao meu irmão “Tu não imaginas o que é viver sem a ditadura do despertador...” e ele disse “Ó A como eu te começo a entender”, é mesmo isto: acordo quando acordar, lavo a louça quando lavar... ele também agora estava a viver sozinho... faço o que me apetece, vou tomar banho, praticar desporto e então a minha vitória é não

(Página 22)

ter que necessitar despertador. Isso é uma grande vitória. E a outra vitória é ter um certo sentimento de equilíbrio financeiro, essa parte também é muito importante: ter a casa paga...

P - Casa própria... não ter que andar...

A - Embora por certos momentos, infelizmente sou obrigada, dou-me muito mal, mas pronto. Mas para lhe dizer, que no meu dia-a-dia estou livre de fazer o que me apetece, de levantar às horas que me apetece, de arrumar a casa quando me apetece, de limpar quando me apetece, de cozinhar quando me apetece, de fazer compras quando me apetece, de ler quando me apetece, de ver televisão quando me apetece, de ouvir rádio quando me apetece, fumar onde me apetece, os meus irmãos dizem todos “Ah tu fumas em casa...” mas quando vão lá à casa todos eles puxam do seu cigarro, aproveitam o prazer...

P - Agora depois uma pergunta sobre o seu dia-a-dia, tudo está a correr bem, como é que vive esta experiência da saúde mental? Como é que esta experiência de saúde

mental influencia o seu dia-a-dia? Hoje em dia.

A - Sim, eu posso lhe dizer que é...

P - Aquela conversa do *On e Off*?

A - Não, tem a ver com facto de não haver noite para mim. Como a clozapina retira qualquer tipo de discernimento quando eu tomo as 400mg de clozapina não tenho vida noturna, portanto não consigo, se eu tiver que tomar clozapina por exemplo às 23 ou à meia-noite. Eu já não consigo ser nada no dia seguinte, às 6 ou 7 ou 8 da manhã, eu preciso para tomar a clozapina. Hoje precisei de me levantar por causa das análises precisei de me levantar às 7 da manhã, às 6 e meia da manhã. Pode imaginar que, por acaso foi sem despertador, mas conseguia um relógio psicológico funcional, até foi num dia que não tomei a clozapina com antecedência... Mas para lhe dizer, a minha vida noturna não há. Quer dizer, não há sexo, não consigo ter nada, não estou...

P - Pode fazer sexo sem ser à noite, não é?

A - Está bem nem me passa pela cabeça, não tenho desejo, estou a ser medicada inclusivamente por um ginecologista que me está a receitar, tenho atrofia sexual...

P - Por causa da depressão, já percebi, é uma forma como a saúde mental influencia a sua...

A - Sim, faz-me mal porque me causa esta atrofia...

P - Mas esta pergunta tem a ver com...

A - É verdade, que este assunto tem de ser falado.

(Página 23)

P - E é um assunto extremamente importante, se se não falar disso não se criam soluções ou metas, empurra-se assim as coisas para fora...

A - A noite para mim...

P - E tudo o que a noite significa, não é a noite por si só, ir ao cinema à noite, ir a conhecer uma pessoa e ir jantar fora...

A - Exato... Para eu funcionar como relógio ou melhor, para ser mais ou menos equilibrada tenho que prescindir da noite. Morre para a noite.

P - Olhando para o seu percurso, que o impacto é que a institucionalização e o internamento psiquiátrico tiveram na sua vida?

A - Em relação aos pais?

P - Na sua vida.

A - Em relação aos meus pais não deram qualquer noção de limitação nem doença mental. Em relação aos irmãos as coisas não se processam da mesma maneira, isto para lhe dizer por exemplo que a minha irmã, uma das minhas irmãs, não vou dizer qual, chama-me anormal, estúpida, palerma, insulta-me, ofende-me, maltrata-me, magoa-me, portanto para bem ou mal na sociedade eu sou a palerma, a tola, a imbecil, a idiota, tudo isso quer dizer é assim uma forma que eu verifico de que a sociedade me olha.

P - E tem a ver com esta questão da institucionalização psiquiátrica que canalizou esse formato?

A - Sim, e dentro do meu contexto de vizinhança ouço nos autocarros, ouvi um comentário de uma senhora assim do género, penso que a falar das pessoas da AEIPS, “eles só convivem, não trabalham”

P - Ela podia estar a falar de você ou podia estar a falar...

A - “.... Só sabem socializar.”

P - Acho que já não é mau. Há muitos discursos novos hoje em dia, há um crescimento muito grande de uma extrema direita que podia ser para vós, podia ser para as pessoas que estavam na esquina com a cor de pele um bocadinho mais escura...

A - Não, mas era...

P - Isto é só entre nós.

A - E a ameaça... esta história das corrupções dos PS's, isto é tudo manipulação da linha Bolsonaro, da linha Trump...

P - O Bolsonaro veio agora bem agora vou ter que transcrever isto, já falou um bocadinho sobre isto o antes e depois da institucionalização psiquiátrica...

(Página 24)

A - Não sei se respondi à sua questão...

P - Respondeu, mas depois nós podemos, o antes e depois você pode elaborar um bocadinho mais depois quando nos voltarmos a encontrar. Então olhando para trás como é que foi o processo de desinstitucionalização, como é que foi esta transição do internamento psiquiátrico para a comunidade ou para outra solução? Descreva-me um bocado isto, agora, a A já falou um bocado sobre isto saiu do internamento e foi para o hospital de dia e falou sobre o hospital de dia. Após o hospital de dia, ou seja, a relação com as organizações comunitárias de saúde mental como é que foi esta outra fase?

A - Posso dizer que tive uma almofada na minha forma de me adaptar à sociedade. Essa almofada foi a família, foram os meus pais. E, portanto, foi nesse contexto foram os meus pais que me permitiram vivermos todos em conjunto, mudarmos de casa em conjunto, a questão de ter uma casa, o que é que me marca na minha vida? Ter uma casa própria, isto foi a coisa que revolucionou a minha vida. Nós na nossa vida, na minha família nunca tínhamos filhos proprietários de nada, portanto quando conseguimos conquistar a questão da habitação e o meu irmão por exemplo fala-me sobre isso sempre sobre essa questão de ter que pagar renda ainda por cima em França de viver em Paris, ter que pagar uma renda grande, um terço do salário, pronto é...

P - Não é mau se calhar comparado com hoje em dia cá...

A - Um terço do salário, mas também o salário de lá não é igual ao nosso, portanto não é capaz de ser... Bom, mas adiante, qual foi a pergunta, pode repetir?

P - A pergunta você respondeu bem. Você respondeu duas coisas, respondeu mais à frente e o que estávamos a falar. Eu perguntei como é que foi a transição e eu percebi que a transição da institucionalização para a comunidade foi boa porque tinha uma almofada que era a família e que na altura a família até mudou a casa para acomodar e a família foi que este suporte e agora pergunto-lhe, mas depois fez

um contacto com as organizações comunitárias da saúde mental como por exemplo a AEIPS, como é que foi esse contacto?

A - Esse contacto foi feito através da informação dum Assistente Social do Hospital Santa Maria. A pessoa que me deu o conhecimento porque eu nunca conhecia, nunca tinha ouvido falar deste tipo. Eu só disse “eu não quero nada católico, não quero ir para as irmãs nem para as freiras” e então disse-me a minha assistente social: “Só há uma associação com essa natureza que é a AIPS” e é por isso que aqui eu estou acreditando que a direcção também partilha as minhas laicidades em relação a estas questões.

(Página 25)

P - Mas isso não posso estar a falar sobre o que é nós somos uma organização que aceitamos todas as outras... No seu dia a dia como é que gere as situações que possam ser risco para a saúde mental, que considera ser um risco para a situação mental, como é que a gere?

A - Por exemplo, para mim o risco pode ser simplesmente estar na rua, estar a andar e achar que é tal coisa que estão a saber onde é que eu vou, neste cenário olho para o chão, olho para o chão tento dizer, se as pedras da calçada pudessem falar talvez também chorassem é a minha ideia.

P - E nestes momentos em que sente que precisa de apoio...

A - Não tenho, não tenho. normalmente não tenho que ter que me cuidar, crio o equilíbrio sozinha e regular-me a mim própria. Tentar tomar se calhar um SOS em qualquer altura, porque há um SOS sem ser a clozapina e o SOS sem ser a clozapina não é tão impactante como a clozapina.

P - O que é que espera que as organizações comunitárias de saúde mental façam em relação à sua saúde mental?

A - Estão a fazer, simplesmente.

P - Diga-me um pouco o que é que fazem que não posso elaborar para além daquilo que me diz.

A - Atividades...

P - Estava-me a falar da casa, deste tipo de coisas que fazem sentido... o que é que espera que as organizações comunitárias de saúde mental façam em relação à saúde mental e de outras formas de suporte que fazem sentido? Outras formas que ajudam a sentir-se...

A - Hoje por exemplo enfim isto vai dar uma maneira assim eu estou com um problema de saúde se calhar muito grave e nesta altura perante esta expectativa, estou um bocado angustiada com o futuro e nesse aspecto reconheço que, bom que a questão da questão psiquiátrica passa para segundo plano, mas no entanto reconheço que todas as atividades que eu tenho da AEIPS seja lá quais forem, eu é que não me obrigo a ir como eu não me quero sentir, não quero ter regras, eu quero vou quando vou... considero fundamentais as reuniões de empowerment considero fundamentais a atividade desportiva, considero fundamental várias coisas que se fazem e reconheço que em termos... Quer dizer isto é uma aparentemente uma nova forma de hospital dia mas não é um hospital dia ou seja onde há conteúdo onde há onde há curiosidade onde há descoberta onde há essas coisas essa possibilidade dessas coisas portanto não é uma coisa, não é “encher chouriços”

(Página 26)

embora eu também reconheça que as pessoas nas suas relações são às vezes um bocadinho que são eu também não gosto de criar grandes relações porque é tal se calhar o tal Off, não deve dar para isso mas para lhe dizer que sim que há sempre aquela história de ser homem de ser mulher de ser grupo dos homens ser grupo das mulheres estar entre homens estar entre mulheres esse tipo de como em qualquer parte da sociedade até no fundo como eu costumo dizer que a AEIPS é um tubo de ensaio do laboratório da psiquiatria.

P - Na sua opinião quem é que deve ser a pessoa responsável pela gestão da sua saúde mental?

A - Eu própria.

P - Quem é que deve poder decidir sobre as suas intervenções necessárias

A - Quem é que deve intervir?

P - Sim. Quem é que deve poder decidir sobre as intervenções necessárias que você precise?

A - Talvez a minha irmã mais velha.

P - Salvo eu própria?

A - E eu própria sim, para além de mim.

P - Que desenvolvimentos futuros gostaria que ocorressem no sistema de saúde mental que contribuíssem para a melhoria da sua situação e das outras pessoas com experiência em saúde mental?

A - O ambiente das consultas. Não gosto do ambiente das consultas do Hospital Santa Maria. Não gosto da plateia, não gosto... sinto-me deveras mal representada pelas pessoas algumas pessoas, não digo todas, porque sinto mesmo que de facto somos nós mesmo a escória da sociedade. Acho que é assim que se pensa de nós.

P - Mas vê isto no coletivo na forma como o sistema está montado?

A - Sim, por exemplo o comportamento da psiquiatra, é a tal história, agora falando a sério... A minha psiquiatra marca-me consultas de 3 em 3 ou de 6 em 6 meses, houve alturas em que marcava consultas de ano a ano, e nunca tentava criar um entendimento, uma conversa de entendimento, era sempre “você sabe, você não sei o quê, você você é muito esperta” parece quase provocação, parece que estou a ameaçá-la, parece que estou a provocá-la... Não sei se é isso que ela sente, provocada, não sei explicar, chega a ser mesmo desagradável.

P - E acha que essa desagradabilidade consigo e com os outros colegas...

A - Eu acho que... Eu acho que ela é assim com toda a gente. Eu não quero dar cabo da carreira da médica.

(Página 27)

P - Mas não há médica aqui nenhuma que vá ser nomeada.

A - Parece ser uma funcionária pública.

P - Mas aquela parte da escória, “Somos a escória da sociedade” a forma como os recebem, as atitudes que têm, tem a ver com o quê? Uma discriminação um olhar para vós diferente, o que é que quer dizer?

A - Agora a minha idade começa a fazer mudar as coisas um bocadinho, mas até lá, não era tratada assim. Por exemplo ainda hoje fui ao médico, à médica de saúde de clínica geral “A” em vez de Dona A nem Dona A, A. Mas eu tive vontade de dizer...

P - Como se andasse consigo na escola.

A - Pronto é para lhe dizer que... Eu também imagino porque é que estas coisas estão a começar a acontecer, o eco.

P - O ego?

A - O eco do comportamento da minha irmã.

P - Olhe, mas agora esta parte já não tem a ver com esta parte. Vou fazer o seguinte: vou terminar aqui a gravação para isto gravar.

Participante B

(Página 1)

Prof. - até a gravação, fica depois no meu computador e eles fazem dois tipos de gravações, eu pedi duas, uma gravação de vídeo e outra gravação só o áudio.

B – só o áudio?

P - depois eu uso só o áudio para fazer este estudo.

B - e depois destrói tudo.

P- Porquê? Porque pois prefiro ter as duas.

B - que é para fazer a transcrição.

P- que é para não correr o risco de perder a informação, vou seguir a descrição, a B está aqui hoje como entrevistada, mas como parceria colaboradora para me dar

dicas se isto está a correr bem ou não. e este primeiro ponto é, Ah as instruções vou ler também, que é para me dar, cumprimentar o entrevistador, já cumprimentamos, apresentámos o estudo e recorrendo ao consentimento de informação já fizemos, já recolhemos, preenchimento de informação já fizemos a data, o meu código, o seu código, o seu...como é que se chama?

B - pseudónimo.

P- já assinamos o seu primeiro entrevista, mas é uma entrevista de teste da construção colaborativa e vamos iniciar. Peço desculpa pelas se estas perguntas foram invasivas, sinta-se à vontade para fazer qualquer comentário, Vou perguntar a sua idade.

B - 52.

P- 52, temos uma jovem. Qual é a sua habilitação literária?

B – A minha habilitação literária é tradução. Licenciatura em tradução.

P- Vou por só Licenciatura. Que é para não...

B - Não invadir a privacidade.

P- Exatamente. Pode-me dizer o diagnóstico psiquiátrico que foi...

B - Psicose esquizofrénica.

P- Onde vive atualmente?

B - Numa residência da Portela.

P - Residência?

B - De grupo.

(Página 2)

P - Ok. Qual é a sua situação profissional?

B - Desempregada.

P - Está reformada?

B - Recebo pensão.

P- Pensão?

B - Sim, Pensão social.

P - Ok. E...

B - SI.

P- Está desempregada. É PSI, não é?

B - PSI.

P- P-S-I. Recebe mais algum tipo de...

B - Não, pensão social de inclusão.

P- Portanto, vive com esta prestação.

B - Sim.

P - Mais nada. E agora vou entrar.... Queria perguntar sobre o seu histórico de institucionalização psiquiátrica.

B - Sim.

P - Se Já esteve.... Quanto tempo a teve a ser institucionalizada, durante quanto tempo, e aonde? Por exemplo, esta última institucionalização que teve.

B - A última vez que fui institucionalizada foi em 2013.

P- Não tem data. Olha vou pôr aqui. 2013. Sim. Durante quanto tempo?

B - Durante 5-7 meses.

P - Onde foi?

B - No CHPL.

P- CHPL. E foi voluntário ou compulsivo?

B - Foi compulsivo.

P- E anterior a este treinamento, já tinha tido mais algum?

B- Já tinha tido.

P – Pode-me dizer se foram muitos mais?

B - Mais dois.

P- Mais dois. Ok.

B - Já não me lembro bem.

P - Mas pode-me dizer onde foi?

(Página 3)

B - Foi no SIGAP??.

P - Os três foram sempre no...

B -Sim.

P -Ok...CHPL...

B - Tive também no Hospital Deico)???. Há mais tempo quando a minha mãe era viva.

P - Isto também não é...

B - Não é necessário.

P- Quer dizer, pode ser na história. Agora nesta coisa queria só dizer, olha, as pessoas que eu entrevistei tiveram uma média de credo de finalizações com a duração de...

B - Etecetera.

P - Lembra-se de qual foi a duração destes internamentos, mais ou menos? Umas semanas cada? Ou...

B - Poucas semanas.

P -Em comparação com este último.

B - Em comparação eram menos. Muito menos.

P - Foram muito menos.

B - Só uma, duas semanas para aí...

P - Portanto, esta última institucionalização foi a maior?

B - Esta última foi a maior, sim.

P - Ok. Portanto, vou por umas semanas... Mas chegou a um mês? Estou a tentar encontrar...

B - Não, acho que não.

P - Ok. Menos de um mês. E foram voluntárias ou compulsivas, lembra-se?

B - Compulsivas.

P - Tudo compulsivo sempre. Peça-lhe que seja sempre o mais honesta possível, está Bem?

B - Ok. Ninguém vai...

P - Em qualquer momento desta entrevista e em reunião estamos sempre do seu lado. Ou seja, ter sido internada mais tempo ou menos tempo, em nenhum momento, vai ser julgada por acharmos que isso faz de si melhor ou menos pessoa. O que nós pensamos é que a institucionalização é algo que foi injustamente acontecido a si...

B - Sim.

(Página 4)

P - ...Seja por um dia, seja por 40 anos... Nós sentimos que é uma injustiça. E é uma coisa que hoje em dia é considerada como um atentado aos direitos humanos.

B - Sim.

P- Portanto, o melhor retrato e o mais fidedigno retrato que passa, mais nos vamos conseguir lutar para coisas melhores do movimento. Portanto, o compulsivo foi sempre duas semanas.

B -Foi.

P- Mais de um mês? Menos de um mês?

B - Um mês... Menos de um mês.

P- Menos de um mês. OK, pronto. Agora vou entrar em perguntas que eu não vou registrar porque eu não tem de ser processadas. Está confortável?

B - Mais ou menos, sim.

P - Mas porquê? Por causa do tema? Ou por causa da minha pessoa?

B - A temática.

P- A minha conversa está confortável?

B - A sua pessoa é agradável.

P - Pronto.

B - Bem...

P- A primeira pergunta, que é uma introdução... Nesta entrevista, eu vou perguntar de forma repetida para recontar experiências, as suas experiências em internamento psiquiátricos, institucionalização, sobre si e sobre o regresso à comunidade. Pronto. Eu sei que não é um tema confortável.

B - Não é. Não é...

P - Podemos falar sobre ele?

B - Um bocadinho, só.

P - Ah! Não me diga só um bocadinho! (risos)

B - *Un petit pou, un petit pou*

P - Esteja à vontade. Ir até onde quer. Está bem? Pronto. Mas deixe-me só fazer-lhe entender. Quanto mais rico for o seu relato, melhor será. E em nenhum momento isto vai regressar para si.

B - Ok.

P - Mas...Mas...Mas, está do seu lado o controle do que podemos fazer e não só. Podemos ter mais momentos.

(Página 5)

B - Podemos.

P - Aliás, até podemos fazer uma coisa que também está prevista. Agora faz-se a entrevista, eu faço a transcrição, apago isto, mando a transcrição para si. E depois pode dizer, olha... Há coisas aqui que eu não consegui falar na altura, mas que agora posso acrescentar.

B - Ok.

P - Ok. Podemos fazer assim também.

B- Também.

P - Fazemos dos dois modos, que é para sentir-se o mais confortável possível. Mas vê-se que estamos a entrar num mundo desconfortável.

B - Num mundo desagradável.

P -Sim. Mas depois, o que é que acontece? A primeira parte é o mundo desagradável. A segunda parte é o reflexo do conforto. A sua sobrevivência é incrível. E dependeu de si também.

B - Ok, ok...

P - Da sua força, não é? A Judi Chamberlain também tinha sido internado contra a sua vontade.

B - Sim. E deu a volta...

P - E depois recuperou, e demonstrou a sua força. E em nenhum momento nós consideramos que qualquer internamento seja uma culpa.

B - Ok.

P - É uma falha. É uma falha, sim, é sistema. Ok.

P - Agora perguntas mais sobre a noção do entrevistado sobre o internamento. Na sua opinião, qual é que é o seu significado da institucionalização, do internamento psiquiátrico? Qual é o significado para si?

B - Eu acho que é uma forma de oprimir as pessoas com a experiência de doença mental. Eu acho que o sistema institucionalizado tende sempre a perseguir as pessoas com a experiência de doença mental porque a pessoa é diferente. E quando não se consegue identificar a razão da diferença, não se consegue explicar a razão da diferença, as pessoas são perseguidas, são oprimidas, são caladas, rotuladas, silenciadas.

P - Claro.

(Página 6)

B- Porque é a diferença. E há sempre uma reação da instituição, da sociedade, à diferença. Não sabem identificar, não sabem catalogar as pessoas. Então, ah, isto é diferente com este lado.

P - Eu, ao longo da entrevista, vou sentir muita necessidade de intervir e conversar consigo, mas vou tentar manter sempre uma postura em que eu...

Mas eu gosto muito das suas respostas.

B - Sim.

P - Você é muito direta e vai ao assunto. E qual é que é para si o significado da comunidade?

B - É o contexto social, económico, psíquico, legislativo, emocional. É a nossa estrutura de vida. É a nossa participação na comunidade, na sociedade. É o contexto... é o contexto social, o contexto económico, o contexto habitacional, educacional, profissional, familiar. É o contexto em que a gente participa e vive ativamente.

P - Muito bem. Eu ia perguntar, por exemplo, há um artigo da Lucy Costa e da Jillian Foronca, que por acaso conhece.

B - Sim, sim...

P - O Artigo é: elas viam, muitas vezes, ah, tem que se fazer a transição para a comunidade, mas aquilo que elas diziam é, eles falam sempre da transição para a comunidade, mas nunca explicam o que é comunidade.

B - Mas nunca explicam o que é comunidade.

P - Então a transição é para onde? O que é que significa comunidade?

B - Sim.

P - E Explicou muito bem. Se tiver sempre mais alguma coisa a acrescentar sobre estes tópicos, esteja à vontade

B - É só a falar, ok. Ok.

P - Mas pronto, foi muito clara. Obrigado. A segunda pergunta é, olhando para trás na sua vida, nestas experiências que teve. Qual foi, assim, a sua primeira experiência com a institucionalização psiquiátrica?

B - Eu tinha aos meus 19 anos. Tinha acabado de completar o 12o ano. Comecei a ouvir vozes quando estava a acabar os estudos, para os anos finais do 12o ano. E a minha mãe levou-me ao psiquiatra.

P - ok, quanto à sua mãe. E o que é que o psiquiatra na altura disse, lembra-se?

(Página 7)

B - Disse que eu tinha psicose, tinha experiência de doença mental, que precisaria tomar medicação. Não disse se eu podia ou não podia trabalhar, mas deu a entender que eu não ia ter a grande independência.

P - Ok, e depois e a minha pergunta é, nesse primeiro momento, depois daí partiu a sua primeira internamento e institucionalização?

B - A minha institucionalização foi quando tinha 20 e tal anos. Foi depois de ser diagnosticada aos 19 anos

P - Lembra-se como foi? Como é que foi a entrada?

B - Tinha aos meus 26, 27 anos.

P - Eu vou-lhe sempre pedir para me contar mais um bocadinho coisas que sejam curiosas, interessantes ou que tenham a ver com factores deste fenómeno, portanto, eu ia sempre perguntar por exemplo, quando lá chegou, como é que foi a ida para lá nessa primeira vez? Lembra-se?

B - Estranhei muito a ida para o CHPL, tive muito medo.

P - Medo do quê? porquê é que tinha medo?

B - Porque eles me amarraram, amarraram à cama e ainda fiquei uma noite e meia amarrada à cama

P - E porquê? porque qual foi a justificação que eles davam na altura?

B - Porque eu não queria ficar na residência. Eu não queria ficar no CHPL. Eles então amarraram-me.

P - E você lutou? Para se libertar?

B - Lutei, mas eles não deixavam, estava atada à cama.

P - Ok, lembra-se assim de outras coisas sobre esse período? Essa institucionalização?

B - Havia outra senhora que também queria sair. Queria que não a obrigassem a ficar no espaço, nos corredores e eles pegavam nela, eram agressivos com ela e davam a injeção à força.

P - E a si também aconteceu?

B - Também.

P - Como é que eles faziam? eles punham-se deitados nestas camas? Ou levavam para uma sala?

B - Injetavam. Seguravam e injetavam.

(Página 8)

P - outra coisa que eu também li é sobre, por exemplo, que às vezes têm quartos de isolamento.

B - Tem, têm quartos.

P - teve essa experiência também?

B - mais ou menos, não tanto

P - Não esteve nestes quartos de isolamento?

B- Não.

P - e nas outras e na segunda institucionalização, lembra-se?

B -Não me lembro bem, já não me lembro.

P - Mas como é que foi lá parar?

B - Foi, foi, compulsivamente a minha família, a minha prima, foi-me buscar, chamou a polícia para a polícia ir me levar até ao CHPL.

P - E a polícia reconheceu...

B - E levou-me...

P - Levou-a como, no carro da polícia?

B - No carro da polícia até ao CHPL

P - E tinham algemas?

B - não

P - Como é que foi esta experiência? onde é que estava?

B - Estava no apartamento.

P - No seu apartamento, na sua casa. E a polícia foi lá bater à porta?

B- Foi.

P - o que é que sentiu quando de repente tinha a polícia à sua porta para levar?

B - senti-me oprimida. que os meus direitos estavam a ser violados.

P - e depois pegaram em si..

B - e levaram-me ao CHPL

P - ligaram as sirenes ao menos?

B - Não, não ligaram as sirenes

P - E depois quando lá chegou, como é que foi esta situação?

B - olhe, tive que ficar internada uns 5, 6, 7 meses

P - como é que conseguiu?

B - Eles davam injetáveis, tinha que dormir em quartos partilhados com outras senhoras, roubavam-me o shampoo, o sabonete...

(Página 9)

P - Quem roubava?

B - As colegas.

P - E como é que era a relação com as pessoas que estavam lá a prestar os serviços?

B - Variava, às vezes era melhor, outras vezes não era tão bom.

P - O que é que quer dizer com isso?

B - A psiquiatra dava-me algum apoio.

P - Era? em que sentido?

B - Dava-me algum apoio psicológico, falava comigo. Dava-me apoio moral.

P - E o resto do serviço?

B - Mais ou menos. As psicólogas ajudavam, as enfermeiras às vezes ajudavam.

P - Se tivesse que contar a sua experiência mais significativa ou seja a experiência destes internamentos, não é dos internamentos em geral, mas dentro dos seus internamentos a experiência que foi mais significativa para si a experiência que foi mais marcante mais difícil de engolir. O que é que foi assim a questão mais...

B - Estar fechada por muito tempo nos corredores, estar fechada e não me deixarem ir para o jardim...

P - Porque é que não a deixavam ir para o jardim?

B- Tinham medo que eu fugisse

P - Era? então estavam sempre fechadas...

B - Nos corredores.

P - a mulher na institucionalização, há alguns estudos sobre isto falam sobre muitas represálias... Temos de entrar num mundo mais difícil agora...

B - Isto é difícil doutor.

P - Eu sei, eu sei. Mas pronto, está à vontade de responder ou não. Eu vou fazer as perguntas, e isto fica só entre nós. Transcrição anónima, não se esqueça. As mulheres por vezes as histórias que contam que se lê nos artigos sobre institucionalização, tem algumas características diferentes dos homens, não por elas, mas pelo que lhes fazem a elas. Às vezes são alvos de abusos, de machismo, de abusos sexuais, eu perguntava diretamente se durante estes momentos era uma coisa que aconteceu...

B - Não.

(Página 10)

P - Felizmente. E soube de alguém, das suas colegas que estavam institucionalizadas consigo, em que assistiu?

B - Não, nunca assisti a nada.

P - E ia-lhe perguntar agora, o que é que ou seja, houve alturas durante estes três institucionalizações em que sentiu que não foi bem tratada, em que sentiu com certeza que os seus direitos como cidadã, como ser humano foram violados?

B - Foram.

P - Pode-me falar um bocadinho sobre se consegue identificar em que momento é que sentia que os seus direitos foram violados? Não tem que ser como é que se sentia na altura, mas hoje em dia olhando para trás, coisas impensáveis nos direitos humanos que fizeram.

B - Sim, sim... descreviam a minha doença mental ou a minha condição mental como maneirismos e escreviam no quadro. Os médicos e enfermeiros, maneirismo.

P - Ok, maneirismos. Quando diz isto está a dizer...

B - De patologia, sintomas, “maneirismos melhores, maneirismos, menos maneirismos, está a melhorar, tem menos maneirismo”

P - Mas esses maneirismos eram falados no primeiro internamento ou no último?

B - No último. Tiques, tinha tiques nervosos.

P - Escreveram isto no quadro para toda a gente ver?

B - Escreveram no quadro da sala de enfermeiros e médicos e toda a gente podia passar e ver o que estava escrito.

P - Então sente que a violação dos direitos humanos neste exemplo que está a dar era...

B - A confidencialidade.

P - Confidencialidade. Mais, outros momentos?

B - Estava fechada no corredor, roubavam-me o shampoo, os sabonetes. Tinha que usar roupas que não me serviam, eram roupas dos donativos.

P - ok, ah era? não podia usar a sua própria roupa?

B - Não. Tinha roupas partilhadas dos donativos do CHPL. Recebiam donativos de roupas e tinham que sempre usar as roupas dos donativos.

P - Porquê?

B - Não se explicava.

P - Não perguntou?

(Página 11)

B - Não.

P - E por exemplo, para além dos shampoos podia ter outros pertences consigo?

B - Um livro, para ler.

P - Que livro é que leu? Lembra-se?

B - “*as Valquírias*” a doutora Alice trouxe para mim.

P - E conseguiu ler?

B - Consegui ler um bocado.

P - E assim, que outros momentos é que sentiu, outras pequenas histórias outros momentos em que sentiu que tinham sido violados os seus direitos?

B - Vi os meus direitos violados e os direitos dos meus colegas violados e também sofri, também sofri de ver os outros serem violados...

P - Que exemplos é que você viu assim outras? Tem alguns exemplos?

B - Os outros tinham eram obrigados a tomar medicação, houve colegas que tentaram fugir, houve um senhor que fugiu, um colega que fugiu... Fugiu e a gente não sabe, depois eu fui-me embora, a gente não sabe se ele regressou. Ele era um colega que era todo independente. Era um jovem e conseguiu fugir, isso foi uma vitória para nós.

P - Foi? Celebraram lá?

B - Celebrávamos, conseguíamos dar a volta ao assunto.

P - Porque é que acham que as pessoas queriam fugir?

B - Ele era muito, ele tinha uma espiritualidade muito para a frente

P - Ah era?

B - Uma espiritualidade tudo para a frente.

P - Como é que era recebida essa espiritualidade dele pelo serviço?

B - Todos achávamos que ele era fixe, gostávamos muito dele.

P - E as pessoas que trabalhavam lá? Os enfermeiros? Os auxiliares?

B - Ui, eram terríveis com ele que ele era muito rebelde. Mas acabava por sentir alguma empatia.

P - Ok, e quando você diz que eles fugiam e que vocês celebravam, ele estava a fugir do quê?

B - Estava a fugir das perseguições dos enfermeiros, dos psicólogos...

P - E a B, alguma vez tentou fugir?

B - Tentei fugir e fugi.

P - Quando?

B - Fugi no início, nas primeiras semanas, dei a volta pela rua.

(Página 12)

P - Mas quê na Avenida do Brasil ou que dentro do CHPL?

B - Fugi do CHPL e eles foram atrás de mim.

P - Foram, e o que é que lhe fizeram?

B - Levaram-me outra vez para lá para dentro e proibiram-me de ir ao jardim durante bastante tempo.

P - Como é que agarraram em si, lembra-se?

B - Pegaram em mim.

P - Ao colo?

B - Ao colo não, mas disseram “agora tem que ir”. E lá fui, desapontada, mas fui. E depois fiquei umas semanas lá dentro no corredor, não me deixavam ir ao jardim.

P - No corredor?

B - Nos corredores e no quarto, não podia ir ao jardim.

P - Quanto tempo é que esteve sem ir ao jardim ou ar livre?

B - Ai, umas semanas.

P - Umas semanas sem ver ar livre?

B - Sem ver, porque tinha fugido, eu tinha fugido.

P - É mesmo, parece, eu ouço os relatos e aquilo me faz lembrar é igual a uma prisão. Eu entendo o sentimento de injustiça. Que mal é que fez a B? Para ter esta prisão de sete meses?

B - É chato, é chato...

P - Imagino que seja, ou seja, como é que outras coisas é que... Quando fugiu ia para onde? Para onde é que queria ir? Estava a tentar ir para onde?

B - Estava a tentar ir para fora do CHPL, andar na rua, tentar sair daquele sistema, eu não sabia onde é que havia de ir.

P - E alguém a ajudou quando foi para fugir? Ou foi a obra sua?

B - Não, foi minha obra. Eu fingi que não ia sair e fugi.

P - Claro, ou seja, não é? E na altura imagino que se tenha seguido até...

B - O meu primo gozava comigo e dizia, “ah, vais ter o teu último direito a telefonar, a fazer um telefonema, como nos filmes. Tens o direito a um último telefonema.” O meu primo era muito sarcástico, mas ele foi visitar-me.

P - Foi?

B - Ele foi visitar-me enquanto eu estava lá fechada. Comprava-me um bolo e ia-me visitar um bocado.

P - Que bom.

(Página 13)

B - Que era bom, era muito bem recebido.

P - E em algum momento foi-lhe proibido de ter visitas?

B - Alguns tempos, sim.

P - Foi?

B - No início, sim.

P - Porquê?

B - Não explicaram, não podia ver... Só mais tarde consegui ver a doutora Alice, a doutora Rosa.

P - Portanto há ali um período no início que não pode ter visitas.

B - Não podiam, não podiam.

P - E o que é que a justificação que eles lhe dão?

B - Não deram justificação. Não deram. Tinha o medo de que eu fugisse de novo.

P - Era?

B - Que eu fugi logo no início. Se calhar tinham o medo de que eu voltasse a fugir.

P - Mas esta questão de não poder ver pessoas foi antes ou depois de fugir?

B - Foi depois de fugir.

P - Foi depois de fugir é que não podia ver pessoas?

B - Sim.

P - Mas era como uma medida de quê? Punição?

B - Punição. Punição, punição.

P - Muito bem, muito bem. Queria ver se lembrava assim, vejo que há histórias de violação dos seus direitos que a B fala com mais peso, e há outras que fala com mais leveza. Queria lhe perguntar se há um terceiro tipo que é aquelas em que você não fala.

B - Há. Há momentos que eu não posso falar e que não posso revelar determinadas coisas.

P - Mas tem a ver com uma experiência sua?

B - Tem a ver com uma experiência minha, mas não bem do CHPL, era mesmo um problema meu.

P - Questões suas.

B - Questões minhas. Emocionais e psicológicas.

P - Ok. Eu não queria essas questões suas.

B - Não quero revelar.

(Página 14)

P - Não, não tem de revelar. Eu não estou atrás da... Não estou atrás... Não estou atrás da sua... Estou atrás da perspectiva das pessoas que passam pela institucionalização. Eu estou a falar mais abertamente nesta gravação porque é uma construção. Assim como nós temos, por exemplo, os relatos das pessoas que chegaram às prisões. Os relatos, por exemplo, de presos políticos. Tem relatos muito interessantes sobre as suas experiências, o que eles faziam. As pessoas que estiveram, por exemplo, nos campos de concentração. Tem relatos muito... São sempre duros.

B - Sim.

P - São sempre duros. Mas as pessoas têm sempre esta vontade de revelar que é para essa dureza também sair um pouco.

B - Sim, sim.

P - E também poderem lembrar ao mundo que podem acontecer. E às vezes são relatos próprios, às vezes são relatos sobre outros que resistiram. Que estiveram lá com elas. E é isso que eu estou à procura. Não estou à procura das coisas privadas. O que estou à procura é daquilo que lhe causaram de negativo e de ataque aos direitos humanos. Por causa destas coisas suas. Ou por causa de outras.

B - Por causa da diferença.

P - Por causa da diferença. Lembra-se assim de mais coisas que sejam dignas de revelar. Por exemplo coisas, por exemplo, que vocês... Se as pessoas lhe davam informação sobre o que é que se passava consigo.

B - Não. Diziam-me que eu tinha psicose e esquizofrenia, que precisava de ser tratada, que não podia sair do espaço dos corredores da casa e dos quartos. A tentar tratar da minha medicação.

P - Eles diziam-lhe o que estava a tomar?

B - Hmm... Não me diziam bem. No início não me diziam, depois mais tarde disseram.

P - A B perguntava?

B - Não, não perguntava.

P - Havia pessoas que perguntavam?

B - Acho que havia pessoas que perguntavam.

P - Por exemplo, pessoas que estavam a levar injeções. “O que é isso que me estão a dar?” **Havia?**

B - Sim, perguntavam, as pessoas reagiam e perguntavam “o que é isso que me estão a dar”.

P - O que é que eles respondiam?

(Página 15)

B - Ah, “é importante para si, é para o seu bem-estar, para a sua saúde, para a sua qualidade de vida, precisa tomar isto.”

P - Mas eram o quê?

B - Eram injeções tranquilizantes.

P - Tranquilizantes. E as pessoas como é que ficavam depois dessa injeção?

B - Ficavam com muito sono e apatia. Sim, sim, tinham muito sono e apatia.

P - Era? E depois como que é que a pessoa fica? Vai se deitar?

B - Íamos nos deitar. Ou víamos televisão.

P - Sentia que havia pessoas que tinham muitos destes momentos?

B - Sim, sim.

P - Eu vou fazendo perguntas de coisas que me lembro. Se puder acrescentar a estas experiências diga, que é uma forma de ajudar, está bem? Ajudar-me a mim... Depois eu tenho mais pistas para perguntar, não é?

B - Mas eu realmente gostei muito de saber que ele conseguiu sair.

P - Não o viu mais?

B - Não, nunca mais o vi. Não sei se foi apanhado de novo, não sei se conseguiu integrar-se, nunca mais soube nada dele.

P - Lembra-se de muitas pessoas que estavam lá consigo?

B - Lembro-me de algumas. Havia uma senhora, uma jovem, uma rapariga jovem que estava sempre a dar a volta ao corredor sozinha, e eu queria falar com ela, eu queria conviver com ela e ela dizia, “vai-te embora, vai-te embora, não me chateie”. E continuava a dar a volta ao corredor.

P - Vamos andar um bocadinho para trás e para a frente, depois se se lembrar de alguma coisa nestas questões diga-me. Agora queria perguntar-me, falámos um pouco sobre a institucionalização. Agora queria perguntar, como é que é o dia normal na sua experiência hoje em dia? Ou seja, pode-me falar um pouco sobre a vida, sobre a sua vida e como é que a sua experiência vivida ligada à doença mental influencia o seu dia a dia?

B - O meu dia a dia, é começar por ir às atividades do centro, da AEIPS, eu vou à reunião de *empowerment*... Já dei palestras, já participei em conferências, congressos, projetos de cidadania, tive no projeto E.A.G., onde dei aulas a escolas secundárias e universidades sobre a experiência de doença mental e os movimentos de direitos. Fui de uma pessoa, primeiro fui institucionalizada, fiquei dependente do Estado, depois fiquei sobrevivente

(Página 16)

da psiquiatria, transitei para a comunidade e com a participação na AEIPS consegui transitar para ativista. Portanto tive três papéis, papel dependente, dependente da institucionalização, sobrevivente da psiquiatria e depois ativista.

P - Quando fala em dependente do Estado, porquê é que utilizou essa palavra “dependente”?

B - Dependente porque as pessoas não me deixavam trabalhar, estudar, sair quando estava encarcerada, internada. Não me deixavam ir ao jardim, não me deixavam estudar, trabalhar, não me deixavam ter uma casa própria, estava internada, fechada em quatro paredes.

P - E hoje em dia? Sento que essa dependência ainda existe?

B - Temporária, temporária. Existe alguma dependência. Na residência da Portela posso sair quando quiser e aos fins de semana posso regressar até às duas da manhã à residência. Portanto, tenho bastante liberdade.

P - Mas sente-se totalmente livre?

B - Não, 100% de livre não.

P - O que é que sente que a impede de ser totalmente independente?

B - Eu gosto de ter companhia.

P - Estou a perguntar o que é que se sente que a impede...Ou seja, eu gosto de ter companhia também, mas eu não tenho de perder a minha independência para ter companhia.

B - Para ter companhia, sim.

P - A minha pergunta é, porque é que a B acha que a está a retrair de ser totalmente independente, independentemente da companhia?

B - Fazer as tarefas domésticas, fazer as tarefas... Eu faço ainda...Faço, em parte. Faço as mercearias, faço as compras de mercearias sozinha, com colegas minhas. Vou aos restaurantes, vou aos cafés, vou às lojas, vou a vários sítios. Mas mesmo assim sinto ainda a dependência das técnicas da residência da Portela.

P - Dependência dos profissionais.

B - Tenho necessidade ainda de ter apoio deles.

P - Mas pode ter apoio sendo...

B - Sendo livre, sendo independente.

P - E como é que acha que essa sua experiência de doença mental influenciou o seu dia a dia?

(Página 17)

B - Às vezes tenho crises.

P - O que é que isso quer dizer?

B - Quero fechar-me no quarto, não quero ouvir vozes, ouço vozes. Às vezes ouço vozes da rua. As pessoas lá fora na rua estão a comunicar com o meu cérebro. Estão a dizer que eu sou estúpida, que sou feia, que não faço um bom trabalho, que não participo na comunidade. Sou inútil. Essas coisas.

P - Ok. E o que é que faz?

B - Eu fecho-me no quarto e ponho-me a ouvir música, ponho-me a ver vídeos na internet.

P - E é uma estratégia que...

B - Uma estratégia, sim.

P - Excelente. Olhando para o seu percurso de vida, que ainda há bocado estávamos a falar, achei graça estes três passos que disse. Queria que me perguntasse, olhando para o seu percurso. Que impacto é que teve o internamento, a institucionalização psiquiátrica na sua vida?

B - Que impacto? Desanimou-me muito.

P - Em que sentido?

B - Fez com que as minhas emoções viessem muito ao de cima, e eu sentia-me muito triste, abandonada pelas pessoas. Quando a minha mãe faleceu, senti que o mundo tinha desabado. Foi a pior experiência que eu tive de todas foi o falecimento da minha mãe. Foi pior que o falecimento do meu pai, dos meus avós, foi pior. É, é um mal. É uma coisa que não se pode substituir. Fui muito abaixo.

P - Com o falecimento da sua mãe...

B - Com o falecimento da minha mãe.

P - E a institucionalização...

B - Foi devido a isso. Que eu perdi completamente a capacidade de reagir e de me autonomizar.

P - E acha que, e no momento em que estava, estou a pensar nisto de fazer contas na cabeça, ou seja, você passa pela situação mais...

B - Deprimente, e mais difícil de toda a vida.

P - ...e é posta durante sete meses, cinco, seis, sete meses num encarceramento como a B estava a dizer, a que tenta fugir, eu pergunto-lhe como é que isso pode ser uma forma de apoio.

B - Não é nenhum apoio. Não é apoio. É pelo contrário, é uma intrusão, uma invasão da minha privacidade, dos meus direitos.

(Página 18)

P - Eu no outro dia vi que às vezes a diferença tem a ver com o deixarem viver estes grandes acontecimentos difíceis da nossa vida, como o falecimento duma mãe, à nossa maneira e termos o apoio que precisamos para conseguir viver dele à nossa maneira.

B - À nossa maneira...

P - ... quando se põe a amarrar-nos, a dar injeções, estão-nos a privar um bocadinho desta ideia.

B - E dos nossos direitos.

P - Que diferenças é que consegue identificar na sua vida antes e depois da institucionalização psiquiátrica? Não é da experiência de saúde mental. Não é das vozes. Há um antes e depois de entrar na residência, há um antes e depois da associação, há um antes e depois da doença mental, há um antes e depois do falecimento da mãe, mas há um antes e depois da institucionalização psiquiátrica. Consegue identificar o que é que tinha que não teve?

B - Eu antes de ser institucionalizada era capaz de estudar, era capaz de ter trabalhos temporários, era capaz de ter muita autonomia intelectual. Eu estudava quando eu estava na escola no décimo primeiro décimo segundo ano eu estudava muito e tinha boas notas, escrevia até às tantas da madrugada, os ensaios de literatura inglesa, a preparação para a arte, arte do décimo segundo décimo primeiro ano, tive nota máxima em arte, eu pintava, eu desenhava, eu tinha uma criatividade enorme antes de ser institucionalizada, e depois da institucionalização já não conseguia ser tão criativa, já não conseguia escrever com a letra tão bem escrita...

P - Porque é que acha que isso aconteceu?

B - Não sei eu acho que fiquei desanimada. Fiquei com falta de interesse pela criatividade do trabalho, da escrita, de pintar, desenhar. Eu desisti de pintar, desisti de desenhar. Depois aos 18 anos acabei o curso, acabei o décimo segundo ano aos 18 e deixei de pintar, desenhar, eu era ótima a desenhar e a pintar e desisti de desenhar, desisti de pintar, desisti de escrever ensaios de literatura inglesa, desisti de escrever ensaios de história...

P - E nunca mais tentou regressar a essa...

B - Nunca mais consegui. Perdi o ânimo de pintar e desenhar e todos gostavam muito do meu trabalho de desenho. Tive nota máxima: 7 de 7.

P- 7 de 7 em 7. Fantástico. O talento está ainda aí todo de certeza, mesmo não praticado. Tem é que o praticar...

(Página 19)

B - E a minha criatividade foi embora, fiquei uma sombra do que eu podia ter ficado, do que eu podia ter desenvolvido nos estudos e no trabalho. Estudei, está bem, estudei a licenciatura de tradução no ISLA 4 anos, fiz o mestrado de ciências sociais, mas ficou muito aquém do que eu podia ter desenvolvido.

P - Terminou o mestrado?

B - Terminei. Mas o meu professor orientador de tese disse “workable”, quer dizer que não é nada de especial nem é péssimo, é mais ou menos. Mas não tive grande nota, deu para passar.

P - Sim, há pessoas que têm notas normais, medianas na faculdade, mas são excelentes profissionais. Eu sei que o estudar em realidade da faculdade e depois o trabalho é uma coisa completamente diferente. Mas tem mais perguntas aqui, não é. Olhando para trás, como é que foram os seus processos de desinstitucionalização? Ou seja, como é que foram os processos de transição da institucionalização psiquiátrica para a comunidade?

B - Ensinaaram-me a residência da Portela a fazer a higiene, a higiene da casa de banho...

P - Como é que foi, antes de ir aí, que isso faz parte da pergunta. Ou seja, eu quero mesmo falar, ou seja, lembra-se, por exemplo, dos últimos dias do internamento. E a saída, ou seja, os últimos dias, a saída física do internamento e a chegada a outro sítio. Como é que isto foi, este processo?

B - Avisaram que eu podia sair e disseram que iam dar os meu espólio, para eu levar o meu espólio para a residência. Os meus bens, os meus pertences para a residência.

P - Eles avisam com quanto tempo de antecedência?

B - Uns dias, uma semana, uns dias.

P - Porquê é que decidiram que você ia sair?

B - Disseram que eu tinha tomado a medicação, que estava estável.

P - Estável, não é?

B - Estava estável.

P - E, então avisaram uma semana antes, olha, vamos sair agora. E depois? O que aconteceu mais?

B - Depois falei com a psiquiatra. A psiquiatra disse, olha, vou dar nota de alta, acho que a senhora já está integrável, já pode ir para a residência. Tem que me prometer que faça

um bom trabalho na residência, toma a medicação, faz o possível para participar na residência, fazer as suas tarefas, fazer os seus deveres.

(Página 20)

P - Porquê foi para a residência na altura e não foi para o seu apartamento? Quem é que decidiu?

B - Acho que foi a psiquiatra que aconselhou.

P - Outra pergunta era, você participou em algum processo de decisão sobre a sua... Quando é que saía, quando não saía do hospital?

B - Não, isso não.

P - E quando foi planeada a alta, ou seja, quando disseram, agora vai sair daqui e não abrimos a porta e dizemos, olha, toma, vai, vai-te embora, não é?

B - Sim. Havia um processo temporário.

P - Nesse processo de transição você participou? Decidiu se queria ir para ali, se queria ir para lá, se queria ir para outro lado?

B - Um bocadinho. Falei com a psiquiatra, desabafei com a psiquiatra.

P - E a psiquiatra é que disse que...

B - E ela disse, ah, “acho que é melhor ir para a residência, tem algum apoio, tem técnicos que a podem ajudar, que estão perto de si e ao mesmo tempo tem mais autonomia”.

P - E se você dissesse assim, “mas eu não, eu quero ir para a minha própria casa e vou ter apoio na mesma, mas quero ir pra minha própria casa”. Teve esta conversa com ela ou não?

B - Eu queria ter ido para a minha casa, mas ela disse, “não é bom. Tem que ter companhia, tem que ter uma estrutura com companhia social, com uma estrutura social que a acompanhe.”

P - Portanto, a sua escolha ficou por baixo da decisão.

B - A psiquiatra disse que tinha medo que eu pudesse regredir se fosse para o apartamento sozinha.

P - Ok, já percebi. E você seguiu essa...

B - Eu segui esse conselho.

P - Mas e se você tivesse dito lá nessa reunião “Não, mas eu queria ir para o meu próprio apartamento” Acha que ela tinha dado alta na mesma ou tinha...

B - Acho que não. Tinha me posto na residência. .

P - Acho que isto é um padrão, ou seja, aquilo que é a sua... Que estava a falar há bocado, da sua independência e da dependência, acho que tem a ver também com o quão válida é a opinião, a sua vontade.

B - Acho que até certo ponto.

(Página 21)

P - Você, acha que vai haver um ponto em que você., Como eu faço, por exemplo Aquilo que eu decido, eu vou atrás. E não tenho medo de represálios ou de segurança.

B - Eu mesmo assim tenho algum medo.

P - De quê?

B - De represália.

P - De quem?

B - As instituições do CHPL, eu ainda sou seguida pela psiquiatra do CHPL. Tenho que ir lá.

P - Quando disse há bocado que tinha medo da gravação, tinha a ver com essas represálias?

B - Tinha, porque ainda há cuidados continuados que o CHPL tem e controla bastante a residência da Portela.

P - Você ainda está dentro deste...

B - Ainda estou no sistema.

P - Quer um dia fazer o salto para fora do sistema?

B - Quero fazer um dia, um dia o salto. Um dia.

P - Ainda temos tempo, vou fazer mais perguntas. Como é que foi o seu primeiro contacto com as organizações comunitárias, de saúde mental? Lembra-se do primeiro dia que teve este contacto com organizações comunitárias?

B - Foi na primavera de 2001. Entrei, lembro-me que conheci um colega meu que mais tarde foi meu namorado. Estava cá. Que era muito, muito acessível. Convivi bastante com ele. Iamos ao café, íamos ao restaurante com os colegas. Senti-me bem acolhida cá pelos colegas da AEIPS.

P - Muito bem. E então, quer dizer que quando as organizações permitem esse tipo de...

B - Convívios, socialização.

P - E mesmo relacionamento.

B - E relacionamento.

P - Até porque no hospital vocês estavam...

B - Fechados. Fechados e parados. Eu estava no quarto das senhoras.

P - Porque há um lado das senhoras...

B - Um lado das senhoras e o lado dos senhores.

P - Ok. Mas conviviam juntos de vez em quando?

(Página 22)

B - Convivíamos às refeições. E quando saíamos do quarto e estávamos nos corredores.

P - E eles andam a policiar, a ver se vocês...

B - Andavam sempre a vigiar. Às vezes havia namoriscos, mas eles estavam sempre a vigiar.

P - Estavam sempre a vigiar. Ok. Uma pergunta sobre a saúde mental. No seu dia-a-dia, como é que gere situações que possam ser um risco para a sua saúde mental, ou seja, há coisas que podem ser um risco na saúde mental. Como é que você gere esse risco?

B - Eu falo com a técnica e digo: “olhe, não me estou a sentir muito bem. Não me apetece participar na dinâmica de cozinhar. Ou de pôr a mesa, vou ficar fechada no quarto um bocadinho a ler.”

P - É respeitada a sua vontade?

B - É respeitada a minha vontade, sim. Quando estou em baixo, dão-me liberdade de estar fechada no quarto. Para estar a gerir a minha questão.

P - Ok. Se sente que precisa de apoio, a quem é que recorre?

B - Às técnicas da residência. A doutora Vera, que é a minha coordenadora e é a minha suporte individual.

P - E que tipo de apoio é que solicita?

B - SMS, Whatsapp... Falar por telefone, falar presencialmente quando ela vai à residência, ou quando eu venho aqui ao centro e falo com a doutora.

P - Ou seja, portanto, o apoio que pede é ter um espaço...

B - É um espaço de comunicação, de conselho, de apoio, de *empowerment*.

P - O que espera que as organizações comunitárias, como esta em que está inserida, de saúde mental, façam em relação à sua saúde mental?

B - O que é que eu espero? Espero que me incentivem a tornar-me cada vez mais participante da comunidade. Quero que não desistam de mim. Eu às vezes resisto e nem quero, nem sempre venho às atividades. Fecho-me um bocado no meu quarto, isolo-me um bocado. Mas eu quero que não desistam de mim, que estejam sempre prontos para me abrir a porta, encaminhar-me para as atividades, para a participação na cidadania, para fazer o máximo possível de participação na comunidade.

P - Na sua opinião, outras formas de suporte que referiu? Outras formas de suporte que achas que são importantes?

(Página 23)

B - Outras formas de suporte... O projeto de cidadania que eu fiz, do projeto Equal, no ISCSP. Estive dois anos a participar com a Cristina, (...) No projeto de cidadania foi muito bom. Fizemos *focus groups*. Fizemos transcrições de entrevistas que fizemos a colegas com deficiência psicossocial e deficiência intelectual.

P - Ok. E porquê é que foi bom isso, para si como forma de apoio?

B - Foi porque eu consegui falar sobre os meus problemas, escrever sobre a minha narrativa de *recovery*, falar em público, falar com as colegas, com as técnicas, com as professoras do ISCSP. E foi um desabafo, que eu consegui desabafar e participar e depois ainda participámos na conferência para finalizar os *focus groups*. Gostei muito. Gostei muito de participar. E a Cristina gostou muito. E a companhia da Cristina. E dos colegas de deficiência intelectual, houve uma dinâmica muito grande entre nós todos. Houve um suporte muito grande interpares.

P - Na sua opinião, quem deve ser a pessoa responsável pela gestão da sua saúde mental?

B - Tenho que ser eu própria. Mas se eu não conseguir, se eu precisar de ajuda, a seguir é o meu irmão. A seguir a minha cunhada e seguir o meu primo, o José Pacheco.

P - Não estamos a estabelecer isso. Estamos só a dar opinião.

B - Claro. Só a dar opinião.

P - Quem deve poder decidir sobre as intervenções necessárias para fazer consigo perante uma situação de crise?

B - Doutora Vera é uma ideia. Doutora Vera, doutora Lúcia.

P - Acha que deve ser você a decidir?

B - Tenho que ser eu a decidir primeiro. Primeiramente eu.

P - Ok. Que desenvolvimentos futuros gostaria que ocorressem no sistema de saúde mental que contribuíssem para a melhoria da sua situação e das outras pessoas com experiências similares?

B - A importância de entregarmos 10 princípios a...

P - O que é que é isso?

B - Entregarmos a carta dos direitos e necessidades das pessoas com a experiência de doença mental. Nós fizemos uma reformulação dos 3 princípios para 10 princípios. Eu e a plataforma das pessoas com a experiência.

P - E e porque é que é importante entregar isso?

B - Entregar isto ao Parlamento Europeu, ao Parlamento Português.

(Página 24)

P - Para fazerem o que com isso?

B - Para eles contemplarem os nossos direitos. Permitirem-nos não sermos internados nunca mais na vida, não sermos obrigados a tomar medicação à força. Temos direitos de educação, a habitação independente, educação independente, suporte de inter pares, e criação de integração de suporte de inter pares na comunidade, gerir os suportes de inter pares. Nós podemos ser, ganhar dinheiro com prestadores de suporte de inter pares, direitos de emprego.

P - É uma medida que existe em muitos outros países, esta questão dos...

B - Prestadores.

P - Dos prestadores por experiência. Há uma coisa que eu vi que eu acho que vai achar graça, que é as pessoas que fazem estas histórias. Como é que se diz? Não pedindo desculpas. Como é que se diz em inglês?

B - Unapologetic.

P - Unapologetic. Experts by experience.

B - Experts by experience.

P - Somos peritos pela nossa experiência, sem pedirmos desculpa por isso...

B - E não pedimos desculpa por isso...

P - B, eu queria agora fazer mais umas perguntas, assim fora do contexto, não é? Percebe que eu estou muito interessado em perceber, já percebi aquilo que foi... é mais fácil falarmos daquilo que foram os seus sucessos.

B - Mais dos sucessos do que das dificuldades.

P - Mas queria perguntar se durante a entrevista houve assim mais alguma coisa da institucionalização psiquiátrica que lhe tenha sido marcante e que queira revelar ou contar, assim, ou mais alguma coisa que acha que foi...

B - Não, é só aquela questão da opressão. A gente quando está fechada não se pega, até estamos num espaço clínico, sentimos opressão, uma certa opressão, uma certa questão de desviar.

P - Lembra-se assim de coisas específicas que lhe diziam, como a tratar?

B - De maneirismos.

P - Mas como é que eles chamavam?

B - “Dona B, você precisa tomar a medicação, se não tomar a medicação não fica bem.”

P - Havia muita ameaça.

B - Havia muita ameaça disso.

P - Essa ameaça era o quê?

(Página 25)

B - Que davam injeções.

P - Ok. Mas eles ameaçavam se não tomar a medicação? Era isso, era uma prática comum?

B - Diziam que tinha que tomar medicação.

P - Se não acontecia o quê?

B - Não, senão não era libertada, não recebia nota de alta se eu não tomasse a medicação.

P - Tinha de submeter à medicação?

B - Tinha, se não, saía.

P - E o tratamento que faziam era a medicação?

B - Era a medicação. De vez em quando falávamos, íamos a um grupo de ajuda mútua com técnicos e colegas.

P - Então não era ajuda mútua.

B - Era, mas com a presença de técnicos.

P - O incentivo diferente dos grupos de ajuda mútua.

B - É um bocado diferente.

P - Em termos de liberdade.

B - A liberdade é muito diferente.

P - Já viu o *Voando sobre o Ninho de Cucos*?

B - Sim.

P - Eles também tinham este grupo com o psiquiatra e com a enfermeira. Igual, igual, igual. Lembra-se desses filmes?

B - Mais ou menos, lembro-me um bocadinho.

P - Faz alguma relação desses filmes com a experiência?

B - Alguma coisa.

P - Ok. Agora podemos dizer que a entrevista terminou, mas não vamos já parar a gravação porque eu queria saber a sua opinião sobre.... Pronto, isto é o guião que eu tenho. Na sua opinião, eu que estou a tentar recolher estas experiências difíceis, depois tem a parte fácil, não é? O sorriso aumentou quando falamos da parte da

saída e tudo mais. Mas nesta parte difícil, achas que há aqui outra coisa que eu possa fazer para explorar melhor isto? Ou alguma sugestão para mim?

B - O Doutor devia defender os nossos direitos sempre que puder.

P - É isso que eu estou a tentar fazer, mas pela vossa perspetiva, percebe? Não vou eu dizer que não tenho experiência. Ou seja, se eu recolher as narrativas, se as pessoas contarem histórias, se as histórias forem reais e verdadeiras em relação a

(Página 26)

estas ??, ou baterem, aos abusos sexuais, aos abusos físicos, aos abusos verbais, coisas que vocês assistiram dos outros, quanto mais descritivo for, anónimo, recolho estas todas e depois tenho uma coisa para dizer, “Acabem com isto. Olha o que é que andam a fazer. Terminem com isto. As pessoas não merecem este tipo de coisa.” Então, olhe a sua história. Faleceu a sua mãe, você precisava de apoio e foi, como você disse, encarcerada. Tão mau que teve que fugir.

B - Mas eu, eu fugi para o Porto.

P - Quando?

B - Antes de ser internada.

P - Fugiu para o Porto. Mas a polícia não conseguiu...

B - Fui da autocarra sozinha para o Porto.

P - Porquê?

B - Deu-me para deambular.

P - Queria ir embora.

B - Queria ir embora.

P - Já sabia o que ia a acontecer.

B - Queria ir embora. Não queria ser institucionalizada. E eles queriam institucionalizar-me. Eu fui para o Porto, e depois levaram-me de ambulância de volta para Lisboa.

P - Como é que foi essa experiência no Porto?

B - Eu fui ao hospital e disse que tinha fugido de casa, tinha fugido de Lisboa, que a minha prima andava à minha procura e ela depois, ficou zangada comigo, mas mandou-me ser encarcerada.

P - Sim, mas ela, ou seja, esta aqui é a coisa que eu também quero retratar. Se as pessoas não sabem, ou seja, a vossa experiência é que é importante. Os familiares ficam zangados. Mas os familiares não sabem o que é que é. Quem já passou por estar internado ver a operação, como você falou. Ser ameaçado. Ser ameaçado que é isto que vai acontecer, não é? Uma pessoa que está a me pôr numa prisão. Mas eu não vou fugir. Fiz alguma coisa de mal?

B - Claro que não queria. Não queria estar fechada. Eu fugi para o Porto, mas não matei ninguém. Não roubei ninguém.

P - Então eu preciso de apoio, de suporte, de estar integrada, de ver amigos, de criar mais amizades, de ter objetivos, de ter projetos como você falou, que ajudavam a sentir-me bem, que podia falar, podia partilhar uma experiência. Em vez disso... Como é que eu não vou fugir disso? Não tem a ver com a sua culpa. Você não

(Página 27)

fez nada de errado. Se eu estivesse no seu papel eu fazia exatamente a mesma coisa. Talvez eu tinha comido uma francesinha antes de ir ao hospital. E depois é que ia dizer que tinha fugido. Mas fazia igual. Deve sentir-se orgulhosa disso.
B - Sentia-me orgulhosa de fugir.

P - Porque no fundo, não era você que estava errada. Está errado é o sistema que oprime. Pois é diferente como você fala da parte do suporte. Se o suporte fosse todo assim, você não queria fugir. “Dêem-me apoio, não estou a conseguir enquadrar-me”. Como você faz quando disse aqui que aos técnicos procura mandar uma mensagem, “Preciso de ajuda, podem conversar comigo um bocadinho? Ou então, a outra estratégia que você faz. “Agora, não me venham dizer que eu tenho que fazer não sei o quê. Agora preciso da minha liberdade”. Fechar aqui a janela. Estar a ouvir música. E isso é o que faz sentido. Ter o seu espaço. Faz todo o sentido.

Portanto, o que é que eu lhe vou pedir? Não lhe vou tirar mais tempo. Vou depois entregar-lhe o voucher. Mas antes de entregar o voucher, eu vou lhe pedir mais uma coisa antes da cena de grupo. Vou transcrever esta entrevista. E depois vou mandar mais para si. Isto é o que eu lhe peço. Você fez-me um pedido. “Defenda os nossos colegas”. Mas para tal, eu preciso, se você se lembrar, de mais experiências quando estive institucionalizado, de violação dos direitos que aconteceram a si ou aos seus colegas, eu estou a falar de doença verbal, física, sexual...

B - Psicológica.

P - Psicológica. De ameaças. Tudo o que seja: “Não participei”, “Não pediram a minha opinião”, “Não disse o que eu queria”, “Disse que queria isto e não foi respeitada a minha vontade”, “Tiraram-me o telemóvel”, “Queria falar, receber uma visita, não me deixaram”
Tudo o que sejam estas histórias, lembrar-se e escrever. E depois acrescentarmos isto. Depois de eu mandar a transcrição. Você vai validar tudo o que está de acordo com o documento. E você pode acrescentar as coisas que servem. Está bem?

B - Combinado, doutor.

P - Muito obrigado.

Participante C

(Página 1)

Professor - Ok, certo. Então pronto, C, eu vou fazer uma série de perguntas, as primeiras é sobre o C, para poder identificar coisas que não são identificáveis consigo, e depois o resto são perguntas que têm a ver com a sua experiência, está bem? Pronto, pense que é sempre nesta perspectiva do estudo, não é? Nós queremos que o estudo que estamos a fazer tenha um impacto nas políticas e na mudança, então precisamos de retratar bem o que é que são os abusos, a

institucionalização, e o que é que é depois os fatores decisivos do resto, não é? Sinta-se à vontade, se precisar de parar, se precisar ir à casa de banho, a gente faz uma pausa, diga-me, está bem? A idade que tem?

C - Eu tenho agora 36.

P - 36. E habilitações literárias?

C - Tenho o primeiro ano incompleto da Universidade de Arquitetura.

P - Ok, primeiro

ano de arquitetura.

C - Não está completo.

P - Não faz mal. Que diagnóstico, que rótulo é que lhe foi dado?

C - Era para os (...)

P - Não, eu sei. Mas eles disseram alguma coisa, algum diagnóstico, ou seja, “tem diagnóstico disto”? Nunca lhe disseram?

C - Não.

P - Onde vive atualmente?

C - Vivo em Lisboa.

P - Numa casa própria, não é?

C - Sim.

P - Vive independente, não é?

C - Vive independente. Boa.

P - Qual é a sua situação profissional?

C - Eu agora sou estudante.

P - Estudante.

C - Estudo no arco.

(Página 2)

P - Estudante. Estou só para o estudante, porque se eu ponho o arco, depois percebe-se quem é. Que apoio de saúde mental é que recebe?

C - Eu não recebo.

P - Não recebe nenhum, não vai ao psiquiatra...?

C - Depois, sim.

P - Vai ao médico do estudante?

C - Vou ao psiquiatra.

P - Psiquiatra. Ok. Não recebe nenhuma pensão, nenhuma...

C - Não, não recebo isso que está a dizer.

P - Não recebe nenhum financiamento, não é?

C - Não.

P - Ok. Agora ia lhe perguntar, o seu histórico da institucionalização. Não olhe para aí, não se preocupe com a sua imagem. É só porque tem que estar virado para onde o som está a sair, para o microfone apanhar. O C já esteve internado, institucionalizado algumas vezes...

C - Já estive. Duas vezes.

P - Duas vezes. Pode-me dizer... Pode-me dizer em que ano é que foram? Quanto tempo?

C - Foi mais ou menos em 2011.

P - A primeira?

C - A primeira.

P - A primeira foi em...

C - 2010/2011.

P - 2010, 2011. E lembra-se de onde é que foi?

C - Eu fui no Amadora-Sintra.

P - No Amadora-Sintra. E lembra-se de quanto tempo é que lá esteve, mais ou menos?

C - Um mês e tal. Mês e pouco.

P - Mês e meio?

C - Mês e pouco.

P - Mês e meio. E na altura foi voluntário ou...

C - Foi voluntário.

P - Foi voluntário. Ok. E o outro internamento onde esteve?

(Página 3)

C - Foi no Hospital de Saúde, no Júlio de Matos.

P - Ok. Foi no Júlio de Matos, não é?

C - Sim.

P - CHPL. E em que ano é que foi esta?

C - Foi no ano seguinte.

P - No ano seguinte. 2012?

C - 2011. No ano seguinte.

P - Ah, este foi... No ano de 2011. Este foi quanto tempo?

C - Este foi 2011, este tive mais ou menos no total... Dois meses e pouco.

P - Dois meses e meio?

C - Sim, no total. Dois meses e meio.

P - Ok. E foi voluntário também ou...

C - Sim, sempre voluntário.

P - Sempre voluntário. Sim. E diga-me uma coisa, você também não teve também uma experiência de institucionalização nas... numa clínica de Telheiras...

C - Irmãs hospitaleiras.

P - Irmãs hospitaleiras. Ok. E esse foi quando? Lembra-se? De quanto tempo?

C - Foi de lá uns quatro meses.

P - Este já foi maior, não é?. Quatro meses. E lembra-se em que ano é que foi?

C - Foi em... Estamos em 2024... Foi em... Foi em... 2018... 2017.

P - 2017/2018. Ok. E foi voluntário também, foi porque quis ir. Quer dizer, o voluntário não quer dizer que foi porque quis ir. Às vezes nós não queremos ir, mas vamos porque nos dizem que é o melhor. Mas quando não é voluntário quer dizer que a polícia foi nos buscar a casa e metem-nos lá. Não é o seu caso.

C - Não.

P - C, vou só dizer, hoje em dia, a Organização Mundial das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, elas dizem que os países têm que acabar com a institucionalização. Que isso é contraditório com o viver independente, com o ser cidadão, os direitos humanos. E dizem que temos que superar não só a institucionalização, mas também o não haver mais castigos, abusos, o forçar, o ameaçar, como fosse uma forma de tratamento. Ok? Pronto. Portanto, eu perguntava para a si. Qual é, para si, o significado de ter estado institucionalizado nestes três sítios?

(Página 4)

C - Porque eu...

P - Não é para o que foi. O que é que para si significou? Foi duro? Foi o quê?

C - Sim, o tempo que eu estive lá, institucionalizado com os médicos, a tomar medicação, acho que me deu algum tempo para pensar.

P - Ok.

C - E senti-me lá, também, comi das refeições da própria instituição. Eu sou vegan.

P - Eles respeitaram o seu veganismo?

C - Respeitaram.

P - Em todos os internamentos?

C - Sim, eu na altura, respeitaram eu ser vegan. No Amadora-Sintra, e no Hospital de Saúde até cheguei a comer umas refeições de peixe.

P - Ok. Sim. Muito bem.

C - Eles respeitaram. Sim, porque eu também queria. E eu também. Já não estava tão vegetariano.

P - Ok. Abriu um bocadinho o seu espaço. Ia lhe fazer uma pergunta que era: Qual foi a sua primeira, olhando para trás na sua vida, a sua primeira experiência com o ficar fechado num hospital psiquiátrico? Que foi esta primeira que você diz, que é do Amadora-Sintra. Não é? Como é que foi essa experiência? Ou seja, você era um jovem...

C - Era um jovem, sim.

P - E de repente fica fechado num hospital psiquiátrico. Como é que foi essa experiência?

C - Pensei muito sobre também a vida e sobre mim próprio. A minha existência. Planos para o futuro. Respirei um bocado de ar puro, respirei fundo. Estive também à espera que também estivesse mais curado e que o tempo passasse também melhor.

P - O C, nesta altura, foi quando começou a ter apoio psiquiátrico? Ou já tinha antes?

C - Eu raramente ia ao psiquiatra antes de... Fui uma ou duas vezes.

P - Foi uma ou duas vezes. Ok. E como é que foi essa experiência de ir a primeira vez ao psiquiatra? Como é que se sentiu? Há pessoas que falam de discriminação, há pessoas que falam de estigma, pessoas que falam de...

C - Sim, em todas as áreas. Acho que também faz parte da pessoa... Pode frequentar acabe por ser proveitoso.

(Página 5)

P - Ok. Alguma vez, nestes momentos em que foi para os internamentos... Isto é o que eu tinha de avisar-vos. As perguntas que vão fazer no início são perguntas que às vezes deixam-nos um bocado de *down*, que é dessas experiências que nós não queríamos ter passado. Mas consegue falar do passado na boa?

C - Sim.

P - Posso fazer perguntas à vontade. Ok. Por exemplo, alguma vez não foi nos internamentos que teve, foi-lhe passado a mensagem de... a mensagem não esperançosa. Portanto, as pessoas às vezes falam disto, que é... que ia deixar de trabalhar, que não podia ter uma vida normal, que a sua vida ia ser diferente a partir de agora...

C - Não, disseram-me que com a medicação podia fazer uma vida normal, também... Que me proporcione a trabalhar, que me proporciona a sair livremente, depois livremente a pessoa pode estar à vontade... E consegue um futuro normalmente...

P - Ok. Sim. Agora eu queria falar um bocadinho sobre o lado mau dos internamentos, sabe? Agora era para o C pensar sobre estas experiências que teve lá dentro e que assistiu, que não foram positivas. Esteja à vontade. Não há nenhuma informação que vai ser associada ao seu nome.... Pode contar todas as coisas. E não tem mal contar, porque, ou seja, pondo em cima estas evidências de coisas que não foram boas, que você viu lá e que lhe foram feitas, é que nós fazemos mudança para que as coisas já não sejam assim. Ok? Por exemplo, eu ia lhe perguntar, por exemplo, quando foi institucionalizado a primeira vez, ofereceram-lhe alguma alternativa? Ou seja, disseram, podes ir institucionalizado ou podemos aqui fazer outra coisa?

C - Na altura, de certa maneira... Fui proposto a estar lá.

P - Foi proposto a estar lá. Não lhe mostraram que podiam haver outras alternativas que não fosse o ter que ficar no hospital.

C - Não sei. Na altura também tive... tive lá... no internamento tive 20 e tal dias, depois acabei por mais tarde estar um mês e pouco. Então, fiquei... fiquei lá também bem. Não tinha até muitas posses para... nem sou tão independente como... como se fosse assim, para... para ir para casa, ou também... não consegui recorrer a outros meios que não fossem ficar lá. Não consegui ter tanta liberdade, mas a pessoa... adequei-me ao tempo que estive lá. (...)

P - Certo. Por exemplo, vou... vou falando.... Vou-lhe perguntando as coisas assim diretamente. Ou seja, por exemplo, como é que foi aquela primeira noite em que

(Página 6)

you percebeu que estava lá fechado e que não poderia sair cá para fora, em liberdade?

C - Fiquei um bocadinho... bem... às vezes sentia-me mais sozinho, mas eu gostei muito de estar lá.

P - O que é estar sozinho?

C - Então uma pessoa quando está dentro das jaulas, não pode estar em contato com o mundo da mesma maneira.

P - Não pode... é uma maneira diferente de estar... não pode estar em contato com o mundo, é isso estar fora?

C - Não estar na rua, não é? Não estar em casa, não está livre de certa maneira, com o seu quotidiano. Mas eu...

P - E como é que isso o fez sentir, o não estar livre?

C - Aceitei. Eu lutei muito, respirei muito e tive atenção a pensar nas causas que me levaram também a ficar lá. E consegui... pensar na vida de uma maneira também... algo diferente.

P - Acha que o cortar a liberdade é uma forma de intervenção justa para aquilo que tinha feito?

C - Eu acho... Eu não tive outra alternativa.

P - Diga?

C - Eu não tive outra alternativa.

P - Pois, eu percebo isso, mas não... Ou seja, hoje em dia o que se sabe é que, por exemplo, uma pessoa quando passa por algumas experiências que são dolorosas ou atrasadoras, ou que a pessoa precisa de apoio, hoje em dia já sabemos que fechar as pessoas, e cortar a liberdade às pessoas, não é uma forma de ajudar. Mas é estar a dizer à pessoa que aquilo que tu estás a passar não tem espaço neste mundo. E isso não é bom. Isto é uma coisa que estamos a tentar mudar. E perguntava-lhe, por exemplo, assim... Alguém lhe explicou a si quando é que você poderia deixar de tomar medicação? Quando é que você ficaria bom? Quando é que você...

C - Mais ou menos, eu acho que acabou por ser também a medicação por certo tempo. Ainda tomo.

P - Ainda toma. E disseram-lhe quando é que acaba... Quanto tempo é que tem de tomar mais?

C - Mais algum tempo.

(Página 7)

P - E disseram-lhe o que é que... Quais é que serão os efeitos positivos e negativos de estar a tomar medicação?

C - Disseram-me também... Que tem alguns efeitos secundários, mas... Eu tive que tomar para ficar melhor. Para estar também.... Tive esse certo tipo de químicos. Que é os medicamentos da medicação psiquiátrica. E vi também a minha vida mudar. Tomo medicação diariamente.

P - C, houve alguns momentos durante estes três internamentos que o C contou em que o C sentiu que não foi bem tratado. Em que os seus direitos... Não, não é isso.

Em que os seus direitos como cidadão, como ser humano foram violados? Vou-lhe fazer a pergunta de outra maneira. Vou-lhe fazer... O C quando esteve lá, assistiu a alguma pessoa que estava consigo a obrigarem-lhe a tomar medicação à força? Tipo a amarrá-la?

C - Não, não, não.

P - Não é a si, é aos outros...

C - Não, não, não.

P - Assistiu a alguém que foi... Por exemplo, davam-lhe castigos: “Tu não podes fumar. Agora estás de castigo.”

C - Eu fumava cigarros no pátio.

P - Você podia sair, não é?

C - Algumas pessoas podiam ir à rua até.

P - Em todos os três?

C - Não. No meu sítio tenho um pátio secundário. Dentro da aula psiquiátrica. E no Júlio de Matos vou cá fora nas visitas. Tem uma área de fumadores.

P - Só podia fumar quando recebia visitas, era?

C - Não, tem uma área de fumadores. Lá dentro tem uma sala onde se pode fumar. E nas hospitalares, na unidade só dormia depois passava mais cá fora. E no pátio da clínica. Podia ir ao supermercado. Eu também tive um bom comportamento. E já foi uma regra desde o início porque eu também estava no hospital de dia. Podia ir ao *Minipreço*, podia dar uma volta. Um certo horário por dia.

P - Mas isso era você. Os outros não podiam fazer isso, era?

C - Eu podia.

P - Ok. Sim. Mas porquê? Porque os seus pais negociaram essas...?

(Página 8)

C - Sim. Foi já desde o início logo no primeiro dia que dormi lá... Saí, fui ao *Minipreço* e andei à volta da clínica. Apanhar ar. Caminhar um bocado. Esses 4 meses foram muito mais fáceis.

P - Mais fáceis. Ok. Mais fáceis do que os outros internamentos?

C - Parece-me que... se for ficar mesmo dentro da unidade dentro da psiquiatria é mais difícil. A pessoa não tem tanta liberdade.

P - Não tem tanta liberdade. Ok. Ok. Eu vou bater nesta tecla algumas vezes, e depois vou andar para o outro lado. Se você for se lembrando de alguma coisa vá me contando. O que interessa-me mesmo é falar destas injustiças e injustiças. Por exemplo. Quando estive lá nestes 3 sítios. E peço que se lembre com muita força. Assistiu a alguém que estava internado a certo tipo violência física ou verbal, por parte dos auxiliares, dos enfermeiros ou dos médicos? Ou seja, quando eu digo violência verbal. É tipo “Oh não sei o que. Anda cá senão...”: Ameaças. Nunca viu nada destas questões. Nunca viu ninguém ser alvo de abusos. Sexuais. Nem nada destas coisas. Nunca viu ninguém... Eletrochoques. Choques elétricos. Viu essas coisas? Os choques elétricos. Você passou por esta experiência?

C - Não.

P - Mas propuseram-lhe?

C - Também não. Eu só tomava a minha medicação. E passava o tempo até eu fazer as consultas em que me iam dizendo novidades. Portanto eu podia sair. Podia encarar o mundo. E também ter o meu futuro. Então, eu fui sempre falando com os meus médicos e com a família para saber quando é que eu estava livre para poder sair também. Porque eu também sou uma pessoa livre. E também... não é que seja difícil ou fácil, mas gosto muito de ter a minha liberdade.

P - O C fala muito desta questão do “livre”, quando você estava nos internamentos sentia que estava preso, é isso?

C - Até não estava em casa, não tinha contato com as pessoas também, mesmo no cotidiano. Eu também, gosto sempre de dar uma volta, gosto sempre de estar atual, de ter

privacidade, também gosto muito de estar no meu canto, mas só que no meu coração, gosto de levar o mundo um bocado para o meu mundo interior, acho que é uma visão positiva, é diferente estar lá dentro do que estar, provavelmente, cá fora.

P - O C fala muito da questão do aprisionamento e da liberdade. A minha pergunta, eu ia fazer mais, ou seja, porquê que é que você estava preso?

(Página 9)

C - Eu não estava preso, eu estava lá. Estava lá e...

P - Mas cortaram-lhe essa liberdade. Porquê é que lhe cortaram a liberdade? Por causa de algum crime?

C - Não. (inaudível)

P - Isso é uma das coisas que eles estão agora a pôr em cima da mesa: “Nós tratamos as pessoas que precisam de ajuda como prisioneiros, restringiram a liberdade, mas isso não faz sentido nenhum”. Sim. Porque as pessoas que estão presas não estão a melhorar a sua saúde, pelo contrário. Estão presas, estão a lidar com uma coisa nova, difícil. O C está a dizer, tinha estratégias como, que já vinham de sei, de África, como dar um passeio, mas quando estava fechado nos hospitais não poderia dar esse passeio.

C - Isto eu estudei até há uns anos, há um certo tempo. Eu estudei até há um ano. Desde pequeno que fui para a escola e fiz até ao 12o ano até entrar na universidade. Depois de passar do ano, como eu completei o curso, liguei-me a ficar mais em casa, dar umas voltas, passear por sítios culturais ou então andar um bocado mais livre, não completei os estudos na universidade. Então eu gostava de estar livre, e também vivia sozinho. Mas passei uns tempos em Angola e Portugal. E depois quando retornei, começou a etapa de eu me melhorar psiquicamente através da psiquiatria e ver os internamentos onde o estado moral, o humor também mudou no facto de a pessoa estar lá a tratar-se do que estar num mundo livre, normal. Então, foi uma experiência que foi positiva, mas eu mesmo não penso em estar lá outra vez.

P - Porquê? Se foi positiva?

C - Eu gosto mais de fazer o que eu sei, eu gosto de cumprir as responsabilidades, então eu gostava muito de poder estar sempre livre.

P - Não estar preso, não é? Eu sei. Você aqui pode dizer o que quiser. Não vai sofrer nenhuma.... Em nenhum momento vai... Se você disser mal de uma coisa qualquer, em nenhum momento isso vai ser depois virado contra si. E você esteja à vontade. Ok? Se houver alguma injustiça que queira falar, você diga. Está bem? Sim. Pronto. Queria só pedir se o C, por exemplo, você sempre pôde ver a sua mãe enquanto estava internado, quer nas irmãs, quer nos outros dois sítios? Ou estava restringido a determinados dias e momentos e alturas?

C - Estava em (...)

P - Não, mas podia ligar para ela quando quisesse?

C - Pedia lá à própria secretaria para falar com ela.

(Página 10)

P - Sentia-se sozinho um bocadinho quando estava lá nos internamentos?

C - Isso do sozinho, era um tempo que eu passava lá, muito sozinho. Senti-me também ligado a mim mesmo.

P - Ok. Criou essa estratégia de... Houve a... assistiu alguma coisa que não gostou? Que achou que não deveria ser assim? O que é que você mudava nos internamentos? O que é que você mudava para serem melhores?

C - Eu acho que...

P - Você passou pela experiência, é um especialista na experiência. O que é que mudava para serem melhores?

C - Eu acho que devíamos ter acesso à rua. Nestas mesmas histórias, eu acho que... Eu já fiz o melhor para mim. E acho que devíamos ter... Quando eu estava lá, eu devia ter tido telemóvel, era algo que não tinha.

P - Não tinha? Era proibido, era?

C -Nunca tive lá telemóvel. Conectar também à internet, não sei. Também... O ambiente que eu frequentei serviu para eu também ligar-me também à psiquiatria, mas... Tomo medicação e giro a minha vida neste momento para continuar a estudar e trabalhar....

P - O C tem uma coisa que eu acho muito engraçada, num bom sentido, que é... O C tem muito o seu estilo próprio: os seus anéis, os seus brincos, os seus colares, os seus chapéus, as suas rastas. E estas suas coisas têm um significado. Não é só o decorativo. Têm um significado emocional, ancestral... Acompanham-no. O C podia ter estas coisas quando estava lá nos seus internamentos?

C - Nessa altura, nas irmãs, é que tinha as dreadlocks, as rastas. Porque antigamente eu não tinha...

P - Tinha o cabelo curto?

C - Sim.

P - Ok. Quando é que decidiu crescer as rastas?

C - Eu deixei crescer as rastas, mais ou menos, em 2015.

P - Depois dos outros dois internamentos?

C - Sim. E já quando fui para Telheiras, já tinha o cabelo um bocadinho grande..

P - Ok. Se lembrar mais alguma coisa, depois fala...

C - Claro.

P - Às vezes podemos falar do mal, falando do bom que é hoje em dia. Como é que é o seu dia normal, do dia-a-dia hoje em dia?

(Página 11)

C - O dia-a-dia, eu acordo de manhã, tenho um horário para cumprir, e todos os dias da semana tenho uma avaliação. Vou à escola, tenho algumas coisas acertadas, como reuniões ou yoga. E vou também tendo uns compromissos que estão marcados no meu dia-a-dia ou horário. Portanto, praticamente a semana só tenho uma hora de estar livre. Também agradeço de ter um tempo para mim, para ouvir um bocado de música. E passo o meu dia-a-dia num sistema em que tenho que estar sempre presente.

P - Ok. Para além, tem uma habitação própria, gere a sua habitação, vai às suas escolas de artes, não é? Faz essas questões, as suas compras...

C - Vou ao supermercado...

P - Muito bem. Olhando para o seu percurso, que impacto é que teve estes internamentos no... o ter estado institucionalizado na sua vida?

C - Eu ganhei muito ritmo também. Antes estava sempre um bocado mais parado. Ficava um bocado mais no meu quarto, ficava um bocado...

P - Lá nos internamentos?

C - Não. Antes. Antes então, do hospital de dia. E ter de levantar cedo também, antes dormia um bocado estar mais tarde. E participar das refeições de uma maneira mais regrada, num horário mais presente. É para mim um ritmo de estar presente e é muito bom para os tempos de hoje.

P - Ok. Sente que há alguma consequência negativa de ter estado internado, nos dois sítios, da sua institucionalização?

C - Na negatividade não penso muito.

P - Ok. Boa. E se contasse na negatividade pelo lado positivo? Conte-me assim, o que eu agora já tenho... Porque, por exemplo, estas entrevistas também servem... Por vezes as tuas... A nossa própria história não é contada por nós, é contada pelos outros. E às vezes quando são os outros a contar a nossa história, a história não é tão bonita porque normalmente até as pessoas têm as experiências como tiveram nos internamentos, quem normalmente conta a história são aos relatórios médicos, é aquilo que nós não gostamos. E é aquilo que não tem a ver connosco, porque o C não é um relatório médico. O C é uma pessoa com os interesses, com os seus gostos e com a sua força, e isso é das coisas mais bonitas que há e isso deve vencer e dar. Portanto, ao estarmos a fazer esta narrativa, também estamos a olhar para o C nos seus pontos positivos, aquilo que superou. Por exemplo, o filme do Bob Marley. O Bob Marley não seria o Bob Marley se ele não tivesse levado aqueles dois tiros, que

é uma coisa negativa que aconteceu, mas ele não tivesse feito no palco aquela celebração dois

(Página 12)

dias depois, já estava no palco depois de ter levado dois tiros. Não é? Agora, o negativo... Isto tem a ver com o Yin e Yang... Ou seja, Aconteceu uma coisa negativa.

C - Ele superou também.

P - E ele superou a coisa negativa. E é isto que lhe dá força, não é? O C, apesar de não ter pensado nas coisas negativas, se não quer falar disto a gente não vai lá, mas o C superou coisas negativas.

C - Eu sei.

P - E é por isso que também tem valor e que sente o seu coração mais cheio, que se sente mais compensado. Não é? Muitas dessas coisas negativas, então, se o C não quer dizer as coisas negativas, que superou. Pode-me contar, por-me contar aquilo que você conquistou, aquilo que você superou, não é?

C - Eu vou lá também, dizem que eu estou muito melhor também.

P - Dizem?

C - Dizem. E também me sinto melhor. Eu também penso muito positivo e tenho sonhos e quero alcançar algo. Não me queixo de nenhum lugar, porque temos de estar unidos para sentir o futuro e o futuro também é da experiência para eu conseguir estar mais à frente na vida, de uma melhor maneira... E de vez em quando a pessoa quando está interior, mesmo que sofra ou que seja negativo, temos de pensar em estar alegres e pensar em estar positivo.

P - Ok. Você teve sempre, quando estava lá fechado nos hospitais psiquiátricos, tinha esse pensamento também?

C - Sim, tive muito, sim. Quando as lágrimas vêm, a gente que superar com as coisas.

P - As lágrimas vinham por alguma razão em especial?

C - Acho que não sou só da opinião, mas elas fazem parte da vida. Consegui também ligar-me a mim para encontrar já na minha vida, ou Deus, ou a uma religião, talvez o yoga e a meditação me ajudassem. E a respiração sempre foi bastante enorme, de um bom estado saudável, portanto não tenho muito a reclamar. Porque gosto de ver grandes momentos, gosto do bem e do mal, não é tão...

P - Mas eu, se puder contar um pouco do mal, não é o mal interior, é o mal daquilo que lhe foi feito, ajuda a fazer bem. Mas pronto, então vou fazer a pergunta doutra maneira. Quando foi institucionalizado ou quando eles deram um diagnóstico, como é que isso influenciou a visão que tinha de si próprio? A sua identidade? Sentiu que... Epá, vai tomar por isto, quer dizer que eu não vou conseguir? Como é que eu vou ganhar? Sentiu que isso aconteceu um bocadinho?

(Página 13)

C - Não sei explicar.

P - Ok, vou fazer a pergunta de outra maneira. Sente que hoje é totalmente livre de opressões, de ameaças, de controlo à sua própria pessoa?

C - Eu sinto-me totalmente livre, só que eu tenho que conseguir melhorar ainda..

P - Ok. Mas não sente qualquer tipo de opressão, isso hoje em dia nada...

C - Hoje em dia estou independente e vou conseguir ainda mais, porque tenho de trabalhar, tenho de ganhar dinheiro e tenho de realizar a minha vida, logicamente, futuramente, cada dia mais fixe.

P - Como é que para si foi passar de uma situação em que viveu em hospitais psiquiátricos, em instituições psiquiátricas, na casa dos pais e hoje em dia tem a sua própria casa. Qual é o significado de estar a viver por si próprio?

C - É um sonho realizado.

P - É um sonho realizado. Achou que ia conseguir sempre, que ia ter esta oportunidade?

C - Foi uma novidade e foi muito bom.

P - Como é que conseguiu esta...

C - Consegui também mostrando o meu ritmo, mostrando como eu contava atualmente e fiz três anos de pintura, depois outra vez na universidade. Foi para as artes também experimentar em uma unidade muito mais exteriores, fazer umas experiências. Então, acho que pelo meu bom empenho e trabalho, os meus pais reconheceram que eu também podia dar um pouco de mim a uma vida independente.

P - Há algum medo na sua vida, que pode ser, ou seja, alvo de ameaças ou repercussões? Quando eu digo ameaças, não é coisas más, é do género: “se não tomares isto...”. Acontece-lhe?

C - Tomo sempre a minha medicação e não vou contra os outros. Não vou contra a minha família, não vou contra o mundo, não vou contra ninguém, porque acho que tenho sentido um ciclo que podemos sentir-nos bem harmonizados.

P - Consegue identificar algumas diferenças na sua vida antes do internamento e depois dos internamentos?

C - Eu sempre fui igual, mas também com a medicação mudei um bocado, se calhar, engordei um bocado devido...à vida, como é que consigo explicar, fez o meu físico ficar diferente. O físico... de um jovem de 36 anos, estou um bocado mais velho, portanto, não sei se foi o terceiro medicamento, ou se engordei por minha própria natureza, então não

(Página 14)

tenho tanta mobilidade em termos de flexibilidade, não sou tão ativo, em termos da energia, mas estou num plano de nutrição e dieta, que vou ficar melhor, mas acho que...

P - Mas eles explicaram que a medicação tinha esse efeito secundário, ou não?

C - Não sei se é de mudar medicação, há quem diga que pode ser dos comprimidos, mas eu tenho de tomar diariamente, acho que é assim que acerta a minha rotina, eu tomo todos os dias. Eu também gosto de tomar, estou muito tratado.

P - Olhando para trás, como é que foram o seu processo? Olhando para trás, como é que foram os seus processos de desinstitucionalização? Ou seja, quando está a viver num hospital psiquiátrico e depois sai para viver noutra situação. Quando estava nas irmãs hospitaleiras e depois sai, não é? Já tenho tido estas três experiências, você por três vezes saiu, não é? Como é que foi este processo de saída, este processo de transição de estar fechado para a comunidade, para a sociedade outra vez, não é? Voltar à sociedade. Como é que foi? Como é que foram estes processos?

C - Eu também faço. Encarei tudo muito diferente, mas até me portei bem..

P - Ok. Estava contente por sair, não é?

C - Estava muito. Muito.

P - Lembra-se como é que foram estes processos, por exemplo? Perguntaram-lhe a si, antes de sair, como é que você gostava que fosse esta saída?

C - Tive uma data de alta.

P - Uma nota de alta?

C - Sim.

P - Você leu a nota de alta?

C - Não, uma data.

P - Uma data: “O C vai sair na data tal”.

C - Sim.

P - Ok.

C - E até eu saí uma vez para o meu aniversário, outra vez para o Natal.

P - Mas saía e voltava?

C - Não, saí de vez.

P - Mas porque é que eles combinavam o Natal ou o aniversário? Era uma coincidência ou foi combinado com a sua...

C - Uma coincidência. Também a minha família disse que por volta do meu aniversário para eu sair.

P - Eles pediram para sair nessa altura?

(Página 15)

C - Sim. Eu acabei já por morar fora da unidade, da psiquiatria de internamentos e fiquei já em casa.

P - A sua família parece que teve um papel importante sempre nestes processos, não é? Eles é que ajudavam quando era para sair? Eles é que eram sempre, quando o C saía, ia sempre viver para onde?

C - Para casa.

P - Para casa da família.

C - Sim. Para os internamentos, eu não vi assim tanta maneira de explicar como é que me senti, porque eu tive que pensar bem, porque tive que gostar de lá estar também, então só depois de ter passado alguns meses.

P - Como o quê?

C - Um bocado de meditação.

P - Eu achava que não era preciso estar por aí para meditação. O testemunho do C parece-me um testemunho do Nelson Mandela, que é, eu estive fechado 40 anos, mas eu aprendi coisas com esta experiência, não é? Mas o Nelson Mandela, não quer dizer que essa experiência não tenha sido uma grande vitória... Como para si foi uma grande vitória, superar estes três internamentos, não é?

C - Foi uma grande vitória, e aprendi também. Aprendi algumas coisas a não ligar e a ligar também.

P - Havia coisas que era para não ligar. Ok.

C - Tipo o aspeto.

P - Ok. Só dá... Só abrir o olho para o correto e não ligar ao incorreto.

C - Sim, sim.

P - Mas havia lá coisas incorretas, não é?

C - Na minha vida não sei se havia muitas coisas incorretas, mas devido a algumas pessoas serem ajustadas pode ser que olhem mais para a correção do que propriamente para a punição de quem lá está.

P - Eles puniam?

C - Não, não é punir, porque a pessoa lá fica mais sozinha...

P - O que eu tenho aprendido é que, às vezes, ao estarmos por nós próprios, que é, “estamos connosco, estamos em paz”, outra vez é, mesmo estando num sítio em que está muita gente, sentirmos-nos sozinhos porque nos custaram a liberdade. Acho que há esta diferença, mas sou eu que acho. Não sei se o C concorda. Eu acho que o

(Página 16)

C podia estar lá com muitas pessoas. O C esteve sempre em quartos sozinhos ou eram quartos conjuntos com outras pessoas?

C - Estive em quartos conjuntos.

P - Conjuntos. E eram sempre tudo pessoas porreiras.

C - Não sei. Eram pessoas boas. No conjunto.

P - Eles perguntaram-me para onde é que você gostava de sair dos internamentos?

C - Para onde é que gostava de ir?

P - Perguntaram-me, ou seja, “C, tu vais ter alta no dia tal.” Tu sabes para onde é que vais? Queres ir para algum lado? Queres ir para outro lado?

C - Eu queria fazer a minha vida. Eu queria... Estar em casa. Estar com os meus.

P - Como é que lutava por isso?

C - Eu pedi para ser o sereno mais possível e ser mais uma vez a palavra lisa para encarar o nível da família melhor. Também, de vez em quando, não tive muito a ver com a minha família. Eu gosto muito da minha família. E a nível com o mundo, a nível com a

cultura, a comunidade foi... Um dos principais, também, razões que me fizeram estar presente agora e estar mais independente, mas com projetos que possam vir a ser muito bons para mim para a frente.

P - O que é que sentia falta quando lá estava?

C - Eu sentia falta de poder ter oportunidade.

P - Ali não podia, não é? E mais? Pode dizer a família. Também estava a dizer que a família sentia falta.

C - Senti falta dos bons momentos que passava com a família.

P - Às vezes, ter bons momentos com a família, no momento em que precisamos, é melhor, não é? Ok. Eles perguntaram que tipo de apoio é que o C queria ou que achava que precisava?

C - Eles perguntaram se gostava de viver numa casa na instituição social. Ou se gostava de viver numa pensão ou residencial. Então, eles adicionaram-me com a minha mãe como uma pessoa que cuidasse de mim na própria casa dela. E encontrei a forma da IPSS para estar independente mesmo, de certo horário, e a cumprir tudo bem.

P - OK. Perguntaram-lhe o que é que eram as pessoas que você queria envolvida neste processo de transição dos hospitais para a comunidade? Por exemplo, há pessoas que se dão bem com a família, há pessoas que não se dão bem, às vezes têm a família que vai lá buscar e eles dizem, “não quero a família”. Para si, eu sei que

(Página 17)

dá-se bem, mas eles perguntaram se queria a família ir lá buscar ou a família já estava entendida.

C - A família já estava lá. Viram-me sempre com a família.

P - Quando saiu de estar em institucionalizado, foi-lhe oferecido o seu processo? Você pôde levar o seu processo debaixo do braço? O que escreveram sobre si, a sua nota de alta?

C - Eu levei pequenas coisas.

P - Não lhe deram isto. Ok. Como é que foi o seu primeiro... Agora, outras questões. Como é que foi o seu primeiro contato com as organizações comunitárias de saúde mental como a AEIPS?

C - Eu, o meu contacto, foi quando vim para aqui, comecei a fazer atividade comunitária para a AEIPS.

P - O que é que achou disso, em relação aquilo que tinha passado e a diferença para esta?

C - Achei melhor aqui.

P - Achou melhor aqui? Porquê?

C - Porque eu estava mais livre, posso andar nos transportes, estava lá na casa da minha mãe, comecei a ter mais interesse em ficar na AEIPS, do que propriamente na psiquiatria.

P - Por exemplo, no seu dia a dia, às vezes podem haver situações em que o C acha que esta situação pode não ser boa para a minha saúde mental. Não é? Como é que o C gera esta situação?

C - Afasto-me.

P - Afasta-se dessa situação. Mas, por exemplo, há pessoas que ligam um amigo, ligam um familiar, vão fazer desporto, vão ouvir música, vão...Qual é a estratégia que o João utiliza para lidar com uma coisa que o João acha que “isto não vai fazer bem”?

C - Quando eu vejo essas coisas, tento pensar nas coisas boas, para não ligar a mau..

P - Ok. Há pessoas que vão à missa...

C - Não porque é...

P - Não, mas você tem a sua... Você tem o Yoga...

C - Vou ao yoga, faço um bocado de arte, eu pinto há dois anos...

P - O C já conseguiu ir encontrar uma base de rastafarianismo em Portugal?

C - Não conheci nada.

P - Agora, com esta nova... No momento em que estamos a passar, o mundo não está bonito, o filme do Bob Marley acho que vem em boa hora. Vai ajudar a relembrarmos esta questão do *One Love*...

C - É uma lenda, uma legenda.

P - Eu acho que as pessoas já não sabem lembrar tanto das músicas dele. E agora está outra vez... Pode ser que está... Uma vibração positiva para as pessoas, para que estas guerras que estão a acontecer, terminem. Se o C sentir que precisa de apoio, o que é que faz? A quem é que vai pedir apoio?

C - A minha mãe.

P - Mais alguém?

C - À AEIPS.

P - O que é que espera que as organizações comunitárias façam em relação à sua saúde mental? O que é que as organizações devem fazer?

C - Manter-me saudável.

P - A saúde mental também. Sim, mas, por exemplo, como é que é a melhor forma... Por exemplo, de outra maneira, qual é que acha que foi a melhor forma de a AEIPS ajudar, neste processo desde que você entrou até agora? Como é que esta organização o ajudou? O que é que você achou que foi importante ter ajudado?

C - Eu acho que... A vida, pelo menos para mim, é muito mais segura, porque também sou responsável pelo meu corpo, não é?. Então, de quanto a saúde mental, o que podem apoiar é também... Os direitos também.

P - Os direitos, como... Exatamente. Sente que a Associação ajudou nos seus direitos.

C - Sim, sim.

P - Na sua vida, como é que a Associação ajudou na sua vida?

C - A Associação ajudou em me dar a liberdade e o apoio necessário para conseguir fazer a minha vida completamente diferente do que estava no passado, e deu-me uma perspectiva para eu caminhar para a frente.

P - Ok. Muito bem. Na sua opinião, quem é que deve ser a pessoa responsável por gerir a sua saúde mental ou por poder decidir sobre que intervenções é que devem ser feitas a si?

C - Eu próprio.

P - Às vezes não é essa a resposta que as pessoas dão, mas eu utilizo esta pergunta para lembrar as pessoas, porque só há uma pessoa que manda e deve gerir a sua

(Página 19)

saúde e a sua pessoa... E podemos ter outras pessoas para ajudar. Que coisas que faz, atualmente, que o fazem sentir feliz, concretizado?

C - Ouvir música.

P - Ouvir música? Mais...

C - Praticar veganismo.

P - De escolher a alimentação. Mais, falou da habitação. A habitação é uma coisa que, atualmente, o faz sentir concretizado, feliz, ter a sua casa?

C - Agora vou mudar de casa para uma casa melhor.

P - Ótimo. Espetacular. E os seus cursos e os trabalhos e assim, são coisas que o fazem sentir...

C - Sim, gostava de caminhar e viver no mundo da arte, como ser um pequeno artista.

P - Agora, a última pergunta, mas não sei se é das mais importantes. Peço que pense um bocadinho e não é preciso dar uma resposta rápida. Ok? Mas esta é a pergunta que é...

C - Chave.

P - Não é chave, mas é quase como o fecho, não é? Nós falámos das coisas mais... O sistema de saúde mental. Sim. E depois falámos das coisas boas, não é? E o João é uma pessoa que circulou aqui. E como o C tem esta experiência, não é? Agora a minha pergunta é... O que é que o C acha que todo este sistema de saúde mental, as organizações, os hospitais, os internamentos, essas coisas todas... O que é que você acha que deveria acontecer, deveriam fazer para serem melhores? A pessoa diz, o que é que você acha que deveria acontecer para serem melhores? Qual é a sua sugestão? Você que fez esta viagem, aprendeu com ela... O que é que tem para ensinar a outros jovens que de repente agora não sabem o que é que lhe vão fazer? O que tem para lhes ensinar a eles?

C - Eu acho que todo este processo serve para a pessoa ter o melhor caminho. E ser encaminhado também por todos, pela sociedade, pode passar pelo governo, pela medicina, pelas famílias, pelas instituições, mas serve para ter também uma vida mais feliz. Então, viver a vida ao máximo também é uma mensagem que todos devem ter encaminhado. Viver os momentos maus, ao mesmo tempo de pensar tanto nessa parte de esquecer o mal e preocupar-nos tanto com a saúde, com o melhor da vida, estar a 100% a todos os momentos e conseguirmos ser felizes e livres.

(Página 20)

P - Ok. Por exemplo, agora o C fez um percurso em que teve que ser três meses, passar por ser cortada a liberdade... Os jovens do futuro esperemos, pois do caminho é esse, não vão ter que passar por isso. Acha que isso é positivo?

C - Acho.

P - Porquê?

C - Ninguém tem que passar por isso. Se não passarem é melhor para a vida ser melhor também.

P - Imagina que o C tinha aqui... Ou seja, porquê que é melhor... O C tinha aqui um jovem e o jovem pode escolher, ou vou internado ou tenho apoio sem ser internado. O que é que o C diria para ele não ter que ser internado e ter o apoio? O que é que lhe dizia? “Pá, escolhe por aqui porque ali...”

C - Acho que o trabalho dentro do povo é a vontade.

P - É livre. A palavra liberdade é a coisa-chave no... Uma palavra. Olha, não sei... Ah! Sobre a experiência, sobre estas perguntas, o C fez alguma pergunta que eu devia ter feito e não pensei nisso?

C - Não, eu só gostaria também deste relato de... Há várias maneiras que as pessoas podem pensar sobre... E eu penso que tem de estar mais correto pensar de facto em sentir a essência do comportamento humano da parte das pessoas que nos rodeiam. Temos de localizar a fonte do nosso pensamento, do nosso coração para analisarmos tudo a 100% e ninguém... Nem nós ficamos malvistas, não. Nem ninguém à nossa volta tem culpa, nós temos culpa. Conseguimos encarar aqui tudo muito bem devido à saúde mental, devido a todas as causas que nos apoiam e que, para mim próprio, ser feliz.

P - Boa C. Já agora, só fazer um detalhe, se quiser conversar um bocadinho sobre isto. Fazemos 10 minutos e ficamos. Por exemplo, uma das coisas que aconteciam com os internamentos, as pessoas sentiam-se quase como cúmplices. Não eram culpadas pelas coisas que teriam acontecido. Quando hoje já sabemos que as pessoas passam mal a sua saúde mental não é por causa de uma falha própria, mas é por causa do meio em que as coisas que lhe aconteceram é que causaram a pessoa ter o que é chamado de doença mental. E as pessoas ao serem internadas parecia que, não, “eu é que fiz um erro.” Que opinião é que dá sobre isso?

C - Não é de nós próprios, nem de ninguém. As coisas têm o sentido que podem acontecer com o mesmo que aconteceu comigo e foi, então, em fruto da vida e da natureza não sei. De quanto a isso, acho que não o culpado nem somos nós, nem eu próprio, nem é ninguém. Foi tudo o que aconteceu para o meu futuro para a minha vida. Estar mais

(Página 21)

saudável, estar mais sinto melhor e organizar as coisas da vida, obter um plano, obter um trabalho, e conseguir sonhar diferente, e conseguir um lugar que eu venha a Deus e conseguir um tempo para a minha vida.

P - C, muito obrigado. É sempre uma inspiração ao vos falar. Os meus parabéns pelo curso de sucesso. Eu tive o privilégio de acompanhar este percurso e vi o C passar de uma situação de internamento para uma situação em que está, fez umas cadeiras na faculdade, fez os três anos de pintura, teve a exposição na Sociedade Nacional das Artes, está a fazer o novo curso no Arte, na sua própria casa, a ir às compras, a sua vida, sabe, tudo mais. Tem sido uma volta bastante grande e só uma pessoa responsável por ela. É você. Muito parabéns, C.

C - Obrigado.

Participante D

(Página 1)

P - Muito obrigado, D, por ter aceite participar nesta entrevista. Primeiro são perguntas mais de dados demográficos, e depois questões que têm mais a ver com a sua experiência, está bem? Alguma dúvida que tenha esteja à vontade, peço só que fale um bocadinho alto, para se ouvir depois na gravação, porque eu não vou conseguir lembrar-me de tudo. Que idade tem, D?

D - 40.

P - E as suas habilitações literárias?

D - Eu só tenho o nono ano ou um pouco mais

P - Chegou a frequentar o décimo ano?

D - Sim, sim. Mas ter o décimo ano é quase a mesma coisa, é como se fosse a mesma coisa

P - Sim, é um bocado, mas pronto, ou seja, há pessoas que só ficaram com o nono, há pessoas que foram para o décimo e deu para aprender algumas questões, pelo

menos, não sei, deve ter escolhido alguma área, na altura escolhia-se uma área de estudo.

D - Há toda uma história por trás. Olhe, eu estudei até ao sétimo ano, mas quando passei para o décimo ano foi exatamente, a partir dos treze anos foi quando comecei a conhecer a doença, já lá vão 27 anos, quase 28, e então a doença começou-se a manifestar no 7o ano, de maneira que desisti da escola e passei a estar em casa. e cheio de rituais... desde... a doença começou em 96, isto foi em janeiro de 97 e foi até mais ou menos 2003 assim, quase sempre em casa, depois a partir de 2003 já conseguia deixar de ter tantos rituais. Pronto, comecei a sair mais de casa, mas também pouco melhor fiquei. Depois a partir daí de 2007 comecei a piorar outra vez, cada vez mais, em 2009 ainda mais, em 2012 ainda mais, até hoje.

P - Ok. Foi-lhe atribuído algum diagnóstico?

D - Sim, sim. Eu tenho síndrome obsessivo-compulsivo gravíssimo.

P - O gravíssimo é você que acrescenta ou é o médico que diz?

D - O médico. É uma depressão mórbida também e nem sei se mais alguma coisa. Penso eu, não sei se agora é impressão minha, mas olhe, eu nem sei o que lhe dizer.

P - É acompanhado pela psiquiatria, tem médico, toma alguma medicação?

(Página 2)

D - Sim, sim.

P - Onde vive?

D - Em Lisboa.

P - Em Lisboa. mas não era bem a localização. Se calhar a pergunta está em forma limitada. Não, não é morada, é, se vive numa residência, num hospital, numa casa própria, vive na casa com a família...

D - Vivo em casa com os meus pais.

P - Vive em casa dos pais. E a sua situação profissional, utilidade?

D - Não, nunca tive uma profissão.

P - Nunca trabalhou, nunca tentou trabalhar, nunca quis trabalhar..

D - Até queria, mas nunca soube haver oportunidade para arranjar algum emprego.

P Ok. A Associação tem um centro só para as pessoas que passam por isso. Temos que fazer as taxas e ganhar as posições. Sabe disso, não é? Desde 1990, que esta associação fez um acordo atípico do IFP, o Centro de Empregos Português, para que as pessoas que aqui frequentam pudessem fazer uma formação e depois um estágio durante um ano a receberem dinheiro numa empresa normal para ganhar capacidades de trabalho, porque muitas vezes estão muito tempo sem trabalhar, para ganharem capacidades de trabalho, num sítio em que a gente possa ser de interesse, ou seja, se você digam-me assim, eu adoro futebol, eu gostava de ser jogador de futebol. Por entanto, já não posso ser jogador de futebol, eu sou Ronaldo, mas, se calhar pode trabalhar num clube desportivo, a fazer uma tarefa que se sinta confortável, e depois, no final do ano, já ter no currículo uma experiência, e às vezes há empresas que contratam. Que apoio de saúde mental é que recebe atualmente? Isto como apoios eu estou a perguntar, por exemplo, já sei que vai ao psiquiatra, já sei que toma medicação, já sei que tem este apoio habitacional aqui da associação. Mais coisas que têm sido dentro da área de saúde mental que têm sido feitas, dadas de saúde mental, vai a algum injetável, não?

D - Tenho, é de realçar que tenho, como é que se diz, tenho feito uma estimulação cerebral profunda.

(Página 3)

P - Uma estimulação cerebral profunda. Deixo-me eu...

D - Tenho um aparelho no cérebro.

P - Tem um aparelho no cérebro. Isso é uma microcirurgia que se faz e que se mete um aparelho no cérebro.

D - Exatamente.

P - E este aparelho é controlado por quem?

D - Olhe, é controlado por mim e pelos meus pais. Depois, de dois em dois dias, temos que o carregar para poder...

P - Para carregar para fazer o quê? Para ter bateria?

D - Para ter bateria, exato. Para poder ajudar.

P - Para poder ajudá-lo a si.

D - Exatamente.

P - E esta estimulação o que é que faz especificamente? O que é que acontece? Está sempre... está uma coisa dentro da cabeça que faz o quê? Que faz um choque elétrico? Não, que faz outro tipo de estimulação? Você sabe o que faz?

D - Ah, olhe, eu.... Pois, eu acho que me ajuda, não sei bem como.

P - Posso fazer a pergunta de uma outra maneira. Há quanto tempo é que colocou isso?

D - Foi em 2018.

P - 2018, então já lá vão seis anos. E sente-se melhor ou pior por causa disso?

D - Pior.

P - Sente-se pior. Agora como é que a gente sabe se é isso que está a ajudar ou não está a ajudar a sentir-se pior, não é? Mas gosta de ter isso ou...?

D - Já pedi aos psiquiatras que me seguem, mas acho que eles não aceitam essa ideia.

P - De quê? De retirar?

D - Não, de que isso falhou.

(Página 4)

P - Que isso falhou? Você tem autorização para, pode um dia tirar isso? Se assim desejar, tem escolha?

D - Só que eles depois dizem que pode se desligar até porque já fizemos essa experiência uma vez ou duas, e eu fico pior e então dizem que não vale a pena. Só que eu, pior, ainda pior do que estar assim e ter essas experiências assim piores quando me desligaram, foi quando me fizeram a estimulação cerebral. Então, fiquei mesmo pior, a sério. Fiquei mesmo pior, sim.

P - Vou fazer outra pergunta. O D é interdito, é inabilitado ou é uma pessoa dona de todos os seus direitos? Sabe o que é que é isso que eu estou a dizer? Vou explicar. Há pessoas que às vezes pela idade por serem portadores de deficiência ou por terem uma doença mental que outras pessoas da família por vezes submetem um processo para que esta pessoa fique com uma uma interdição judicial em que fica interdito ou inabilitado, hoje em dia chama-se, fica acompanhado, chama-se o maior acompanhado. De forma a que a pessoa, por exemplo, a gestão financeira, o dinheiro, por exemplo, que você possa herdar, fica não sujeita a si, mas a outra pessoa da sua confiança que faz isso por si, ok? E por vezes nessas situações é que você não tem a decisão final sobre aquilo que lhe acontece a si. Está a perceber? Mas não é o caso do D.

D - Não.

P - Portanto, o D, sendo um cidadão, isto para eu perceber, o D pode sempre dizer a quem quiser, eu não quero mais esta medicação, eu não quero tomar isto, ou quero isto desligado, tem esses direitos e sabe que tem esse direito?

D - Sim, sim.

P - E os médicos sabem que você pode dizer “tirem-me isto se faz favor” e que tem esse direito ou são persuasivos?

D - Persuasivos quer dizer...?

P - Ou seja, a minha pergunta é, se o D diz “eu não quero isto, eu estou pior com isto, isto falhou, podem me retirar isto?” E eles dizem “não, olha que isto faz-te bem, deixa-te estar”, mas você é que tem a decisão final.

D - Tenho dúvidas porque acho que também nunca chegámos bem a esse momento.

P - Muito bem. Interessante, depois podemos falar mais um bocadinho sobre isso se o D quiser. É a primeira pessoa que eu conheço que tem essa questão, como é que se chama?

D - Estimulação cerebral profunda

P - ECP, estimulação cerebral profunda? Mas o aparelho tem um nome, não sei se é em inglês...

D - Não sei se é em inglês, mas em português é isso mesmo.

P - Eles chamam assim, não é?

D - Estimulação cerebral profunda em português, sim sim.

P - Estimulação cerebral profunda em português, não há um nome técnico mais específico, chip ou micro... O que eu conheci até hoje é a primeira vez que conheço uma pessoa que tem este aparelho. Portanto, olhe, para mim já está a ser enriquecedor. Vou-lhe fazer outra pergunta. Já percebi que tem um histórico muito grande ligado à sua questão, que me falou do diagnóstico desde os 21 anos. Eu gostava de lhe perguntar, nesse período de 27 anos, quase 28, neste período, o D foi alguma vez internado, institucionalizado, foi? Pode-me contar um bocadinho esse histórico, ou desde a primeira até à última, ou desde a última até à primeira, para eu saber mais ou menos.

D - Estive internado, institucionalizado...

P - Qual foi a última vez que esteve internado, por exemplo?

D - Olhe foi aqui há uns... Fizeram uma estimulação cerebral profunda há 6 anos, em 2018, e eu estive logo internado em 2019, acho eu. Porque, portanto, a estimulação cerebral profunda inicialmente nem era preciso carregar-se a bateria, mas depois... Tenho alguns problemas com memórias recentes, mas...

P - Não faz mal. Eu posso fazer perguntas, pode ser que o D se lembre. Então, o D fez a estimulação cerebral profunda em 2018, depois em 2019 foi internado, pense por exemplo, em que sítio é que foi internado?

D - No Santa Maria.

(Página 6)

P - Hospital Santa Maria. Ok. E lembra-se, neste sítio em que foi internado, em Santa Maria, lembra-se, por exemplo, durante quanto tempo é que lá esteve internado? Não precisa dizer os dias certos, mas foi três dias?

D - Quando me fizeram a estimulação cerebral profunda foram cinco dias, mais ou menos.

P - E depois em 2019 é internado, não é? Lembra-se do Hospital Santa Maria? Lembra-se que esteve lá internado?

D - Pois, isto não se carregava. Olhe eu já não me lembro.

P - Não faz mal. E antes? Qual foi a primeira vez?

D - Realmente, tiveram que me pôr aqui uma bateriazinha aqui nesta zona. O outro parece que deixou de carregar aquilo houve qualquer coisa ali...

P - Ah, houve algum problema, então o seu internamento em 2019 não foi por causa de alguma situação de apoio, foi por causa de correção do aparelho. E lembra-se quanto tempo de correção do aparelho.

D - Exatamente, do aparelho, sim, sim.

P - Ok. E lembra-se quanto tempo é que foi para resolver o aparelho?

D - Foi, olhe, estive internado e foram só uns, mas espere aí, eu estive internado uns dois ou três dias, sim, mas depois cheguei a estar mais, havia passado uns meses ou um ano e estive internado porque não estava a resultar.

P - Não estava a resultar. Ah ok. E quanto tempo é que teve? Um mês, dois, três?

D - Olhe, era para estar aí umas duas ou três semanas, mas só consegui lá estar uma e depois não consegui estar lá mais tempo.

P - O que é que quer dizer que eu não consegui estar lá mais tempo?

D - Olhe, parecia que ia enlouquecendo, não, não, aquele espaço realmente não, enfim, pronto.

P - Não, não, é sobre isso que eu gostava de saber, ou seja, o espaço.

D - As pessoas com quem estava. De manhã enfiávamos numa casa de banho a mim e a outros. Também era individualmente, mas para se tomar banho tinham que estar ali. Aquilo parecia-me uma tortura, mas enfim, olhe...

(Página 7)

P - Se puder falar sobre isso, eu gostava porquê, como é anónimo, a riqueza do seu discurso na descrição destas coisas, juntamente com todos os...

D - Mas eu não tenho nada de especial para dizer...

P - Não, não, não está a perceber... Aquilo que eu estou a procurar nesta primeira fase das perguntas é exatamente aquilo que eu vou perguntar. Quando você me está a falar das condições que não eram boas... Fale-me disso como estava a falar, por favor.

D - Havia uma coisa... E todos tinham que ir tomar banho.

P - Obrigatoriamente.

D - Exatamente. Um de cada vez. Mas depois havia pressão, chegavam enfermeiros, uns auxiliares, acho que... A pessoa estava a tomar banho, numa casa de banho enorme, sozinha, e depois eles... Pronto, até... Como é que eu ia dizer? A ameaçarem e tal, que iam entrar e não sei o quê, e às vezes até chegavam a entrar mesmo, e depois aquilo era horrível.

P - Sentia que não tinha privacidade?

D - Não, não, não havia grande privacidade.

P - Mas ajude-me a perceber, você estava a tomar banho, que era o que eles diziam que você tinha que fazer.

D - Exatamente.

P - E depois que ameaças é que eles faziam? Então você estava a fazer o que eles estavam a querer, não é?

D - Estava, mas depois...

P - Que ameaças é que eram? Lembra-se assim?

D - Não sei, podia às vezes demorar um bocado mais ou assim e ameaçavam que eu entrar e que muitas vezes às vezes com asneiras e tudo e ameaçavam, enfim.

P - E depois de tomar banho lá saia?

D - Não recomendo a ninguém.

(Página 8)

P - Lá saía, vestia-se e depois? O que é que fazia?

D - Davam-nos assim umas batas, umas coisas.

P - Você não podia usar a sua própria roupa?

D - Não, não. Eu para estar ali tinha de usar umas túnicas ali, andava ali parecia, nem sei o quê...

P - Não, pode dizer à vontade, o nosso objetivo é que estes espaços estão todos a ser repensados e formulados para serem melhores para que se a pessoa precise de apoio. Agora se quem lá esteve não falar sobre o quão mal aquelas coisas iam, eles acham que aquilo está bom, está a perceber?

D - Pois, claro.

P - Portanto tem que se falar que é para dizer, “não espera aí, as túnicas não são boas porque fazem sentir o D como...”

D - Pois, ainda mais doente.

P - Ainda mais doente, ok, claro, eu não tinha pensado nisso, faz todo o sentido. E mais coisas, e depois? Punham-lhe as batatas ou o que é que faziam mais?

D - Ah, tinha que lá estar. Ora, às vezes falavam comigo. Ou lia alguma coisa que tivesse levado ou que lá houvesse para ler, ou via um bocado de televisão e íamos às refeições. E era só isso às refeições e era só isso que se fazia.

P - E essa então foi a depois de pôr o aparelho.

D - Exatamente.

P - Antes de pôr o aparelho, o D teve alguma experiência mais de internamento ou de institucionalização de ter estado por exemplo noutra hospital, alguma vez esteve num hospital psiquiátrico por exemplo Júlio de Matos, Miguel Bombarda...

D - Não, não, graças a deus.

P - Então sempre que precisou de ser internado, foi internado uma vez antes de pôr a estimulação cerebral?

D - Não, não.

(Página 9)

P - Nunca foi internado antes?

D - Nunca.

P - Outra pergunta. O D teve já noutras organizações de apoio a saúde mental? Por exemplo, organizações religiosas, organizações sociais, como a AEIPS, teve outras organizações?

D - Tive numa que a minha mãe até fazia parte, era a Domus Mater, de apoio a pessoas com perturbação obsessivo-compulsiva.

P - E a Domus Mater era uma associação de dia? Ou era uma associação que também se dormia lá?

D - Não, era só de dia.

P - Portanto, o D sempre dormiu em casa dos pais, fora quando em 2018 pôs o aparelho e fora o internamento a seguir. Portanto só esteve lá uma semana porque não aguentou mais ou já esteve mais a uma vez...

D - E fora aqueles dois ou três dias em que o aparelho...

P - Em que o aparelho não estava a funcionar bem.

D - Não, olhe tinha sido um ano antes de eu ter a doença, 12 anos, quando fiz mais ou menos 12 anos a minha mãe achou por bem... Eu sempre tive muitos problemas de relacionamento na escola, quando estava a estudar, e a partir mais ou menos do 5o ou 6o ano, ainda pior. Então, ao fim do 6o ano, a minha mãe resolveu pôr-me numa colónia de férias. Eu não queria ir, mas teve de ser.

P - Cá em Lisboa? O D era de cá de Lisboa?

D - Sim, sim. E pronto, e lá estive... lá correu mais ou menos. Mas depois, no ano a seguir, a minha mãe achou que eu devia ir, segunda vez e eu não queria, mas tive que ir, quando fiz 13 anos, quando começou a neurose obsessivo-compulsiva, acho que até começou mais ou menos por volta do dia em que saí de lá.

P - E não gostou das colónias?

D - Não, não. Olhe, eu uma vez estava com mais três num quarto, dois ou três, e eles, uma vez eu fui tomar o banho, vá lá que eu fechei a porta à chave, para ninguém entrar, mas comecei a tomar o banho e eles depois, pela porta não entraram, mas desligaram a

(Página 10)

luz e aquilo esteve assim um bocado e eu implorei-lhes de lá que acendessem a luz para não me fazerem aquilo, foi como um terror autêntico, mas pronto, depois lá acenderam e pronto.

P - São coisas também que tem superado ao longo dos tempos, não é? Mais ou menos, não é? Fica sempre esta mágoa.

D - Sim, é um trauma que fica sempre. E mesmo em relação aos outros, nunca me ligaram, puseram-me sempre de parte. Está bem, eu também não fazia por isso, também

não procurava ninguém, mas também olhava para os outros e achavam-se sempre muito convencidos, muito arrogantes, não ligavam a ninguém.

P - Ok, ainda não comecei a fazer as perguntas, entretanto a conversa está muito boa, só fazer mais uma pergunta que depois fiquei curioso, porque estas perguntas também depois vai ver quando fizer que já estão um bocado respondidas algumas. A pergunta é, não é comum uma pessoa que é internada por sugestão do médico, mesmo sendo voluntário, se é um internamento no Santa Maria, não é comum que se ele lá estar três ou quatro semanas, que passado uma semana você diga, eu não quero estar aqui mais e que a sua vontade seja respeitada. Como é que você conseguiu fazer isso?

D - Olhe, é porque houve um dia à noite que realmente chegaram lá o meu psiquiatra, sim, os dois, porque há o do aparelho, e o meu próprio psiquiatra, e mais uns psicólogos internos. E eu aí, eu pareço que enlouqueci, olhe tive um desabafo tão grande que quase que chorava e implorei-lhes que me deixassem sair. Então deixaram-me.

P - E o que é que eles fizeram? Ligaram para os seus pais?

D - Sim, eu depois telefonei aos meus pais a contar-lhes isso e eles os meus pais chegaram a ir duas vezes também.

P - Visitá-lo?

D - Sim.

P - Durante uma semana.

D - Sim. E depois não aguentei mais e tive que lhes pedir para sair aos psiquiatras e foi isso.

(Página 11)

P - Portanto não acha que o ter lá estado tenha ajudado de nenhuma forma a se melhorar.

D - Não.

P - Vou-lhe fazer algumas perguntas que podem fazer sentido ou não. Há pessoas que têm processos de internamento muito grandes. Que tiveram institucionalizadas um ano, seis meses, várias vezes. No caso do D, não. Então, teve uma semana, mas esta sua semana, vá mais três ou quatro dias daquelas vezes em que lá esteve, mas essa sua semana foi suficiente para o D rapidamente perceber que aquilo não era uma resposta que você gostava para si.

D - Se calhar eu estava errado não sei...

P - Não, eu acho que não. Por aquilo que eu tenho conhecimento e aquilo que são as diretivas internacionais, o D está na linha daquilo que é dito. Então, em dois tempos o D falou da sua história. Falou com os momentos em que se calhar foram despoletadores da sua situação e que você odiou, mais traumas quando esteve nas colónias de férias e parece que quando está a contar a ida lá para o internamento, parece que quase que são mesmo, são parecidas algumas características do banho estava no banho, desligaram a luz e estava no banho, não deixavam, abriam a porta a fazer ameaças e entravam lá para dentro...

D - E na escola também fui vítima de bullying bastantes vezes.

P - Em que escola é que andavas, se não é indiscrição.

D - Olhe eu andava, foi até num colégio.

P - Num colégio?

D - Ali no Colégio do Sagrado Coração de Maria. Mas depois, a minha mãe como sempre deu aulas em escolas públicas, achava que eu podia... Um dia à noite cheguei e contei-lhe que não aguentava mais, quer dizer, não aguentava mais não foi bem isso. Disse-lhe que por vezes os colegas de turma e de outras turmas do mesmo ano, ou até mais novos, chegavam a gozar comigo, porque eu era muito fechado e bem comportado, e gozavam comigo, e aquilo foi assim, enfim, e então eu disse à minha mãe, pronto, chegava às vezes a casa e dizia-lhe que já estava cansado daquilo e tal, e pronto, então a minha mãe achou que me devia mudar para uma escola pública, porque ela sempre deu aulas em escola

pública, em escolas públicas, é professora de inglês, e pronto, oitavo ano, aí é que começou a ser pior, porque os da escola pública, pronto, eu fui ali para o lado, para a escola secundária de Dona Filipa de Lencastre, junto à praça de Londres. E ainda foi pior. Mas, pronto, gozavam comigo. E até os doentes, dois doentes na turma, eu tinha um medo deles que era uma coisa impressionante.

P - E com essa experiência toda, qual foi a primeira vez em que foi ao apoio médico, a psiquiatria?

D - Olhe, eu acho que foi a partir de 96, logo quando comecei a ter os primeiros sintomas da doença. E em psicologia, com consultas de psicologia, já desde a 4a classe, acho.

P - Desde a 4a classe, ok. Mas quando chegou ao médico, em 96, não lhe foi sugerido que fosse internado, por exemplo, aos pais ou assim?

D - Não. Não.

P - Não. Foi sempre... Ok. Não, porque eu estava interessado em saber que às vezes há pais que são muito a favor do internamento, há pais que não acham tanta graça ao internamento. Era para perceber se tinha havido essa questão, mas às vezes o médico pode nem pôr essa equação em cima da mesa e é uma questão que não se levanta. E, ok, depois tomava medicação...

D - Sim, sim. Comecei a tomar medicação nessa altura.

P - Posso fazer outra pergunta? Às vezes, para as pessoas que têm o diagnóstico que você tem, os médicos também sugerem outra... que é os ECTs, os choques elétricos, o D fez?

D - Não, não.

P - Mas foi-lhe proposto? Foi-lhe proposto logo o chip?

D - Não, isso já foi em 2018.

P - E é sempre o mesmo médico que o acompanha estes anos todos?

D - O que tem a ver com a estimulação cerebral profunda? Sim, sim, sim.

P - Como é que surgiu a ideia de que a estimulação profunda, cerebral profunda era uma boa ideia?

(Página 13)

D - Olhe, eu, os meus pais viram umas duas ou três vezes na televisão, médicos a falarem sobre isso, até na televisão portuguesa acho eu, muito bem, isto dava a usar muitos resultados. E passado um tempo parece que estabilizei um bocado a partir do final... depois piorei outra vez estava muito bastante mal não tão mal como estou agora e então os meus pais também já estavam muito cansados claro é compreensível que eles sofrem tanto como eu e pronto e então acharam melhor, porque já sabiam que em Santa Maria também se fazia essa estimulação cerebral profunda, e foram umas duas ou três vezes até comigo por lá falar com o responsável por isso, e ele achou que era uma boa ideia eu fazer isso.

P - Ok, e propuseram-lhe...

D - Exato.

P - E o D teve que assinar algum papel, um consentimento?

D - Eu já não me lembro lá muito bem, mas acho que sim. Isto já foi há entre 6 e 10 anos.

P - Sim, já vai 6 anos, não é? Ah, depois ainda foi um processo para ser aprovado.

D - Sim, a primeira vez que eu fui a uma dessas consultas, antes do médico me dizer que eu ia mesmo, então, ser submetido a essa operação, já foi entre 6 e 10 anos para aí.

P - E tem a noção, se na altura falaram consigo e explicaram que é uma prática muito comum ou não é assim tão comum ainda? Se há muitas pessoas que têm esta estimulação ou não?

D - O meu psiquiatra me tem seguido já há uns 15 anos, mais ou menos. Sim, mais ou menos. Achou que eu devia fazer isso e que tinha tido muitos bons resultados e que havia um médico em Santa Maria que fazia isso aos pontapés e pronto assim.

P - Aos pontapés. Dá a ideia é de que há muitas pessoas que estão a fazer isso.

D - Não sei, tenho dúvidas, doutor.

P - Então, o que é porque ele diria que fazem aos pontapés se não há muitas pessoas? Acha que foi para o convencer?

D - Sim, talvez mas, sim. Não sei, se calhar até nem foi.

P - Estava-lhe a perguntar porque o D é a primeira pessoa, portanto, com certeza deve ser mais informado do que eu sobre isso. E então já podia saber alguma coisa.

(Página 14)

Ok. Vou-lhe fazer algumas perguntas que podem ou não estar relacionadas, só que elas têm muito a ver com este período de internamento durante esta semana e o pós. E o a seguir, não é? Porque, apesar do seu diagnóstico, da sua situação, o D, uma pessoa capaz de medir dois mundos, porque em vez de ter estado quatro semanas, esteve só uma, porque disse que não. Mas eu vou fazer um bocadinho as perguntas sobre estas experiências do internamento. Já percebi que o significado do internamento não foi muito bom para si.

D - Pois, infelizmente, pelo menos.

P - Ok. Eu vou-lhe fazer mais perguntas sobre isso, portanto, agora sinta-se à vontade para falar do lado bom, e vamos explorar o lado mau. E o estar na comunidade? O contrário, não é? Você viveu aquela semana, “Não, eu quero é estar na comunidade”. Na sociedade, na casa dos pais, a circular... Qual é o significado para si de não estar internado como teve aquela semana?

D - Pois, olhe, foi muito difícil, eu já andava deprimido morbidamente e parece que nessa semana, parece que ainda fiquei mais ou pelo menos em parte, olhe, não sei.

P - Não, é possível.

D - Depois de lá vim para casa, olhe, pronto, mas... Às vezes fico a pensar assim, mas será que eu fiz bem em vir para casa? Se calhar até devia ter lá estado o que me tinham

recomendado, o tempo de internamento que me tinham recomendado, duas ou três semanas, mas não aguentei mais.

P - Não, não, não, não sei, não sei, não estou a dizer que teria sido bom ou mal, não podemos dizer isso, mas gostava que me dissesse que, sobre esta experiência desta semana, o significado que ela tem para si, por exemplo, na altura quando foi sugerido o internamento pelo médico, foi-lhe sugerido também alguma alternativa? Olha, ou vamos fazer um internamento ou há aqui outra alternativa que podemos fazer.

D - Não.

P - Alguém lhe explicou, por exemplo, o D tem o aparelho, alguém te explicou, por exemplo, o aparelho é para sempre, é até algum momento...

D - É para sempre.

(Página 15)

P - Ou até o D dizer que não quer, o D pode decidir..

D - Sim, sim, mas eles aí até falam em desligar que se pode sempre desligar, mas nem falam em retirar. “É a mesma coisa” eles dizem que é a mesma coisa...

P - E no papel que assinou se calhar não se lembra, mas no papel que assinou vinha lá alguma cláusula sobre o poder retirar ou não, ou o poder dizer que não, ou o poder desligar, ou...

D - Eu não me lembro. Eu acho que nem li esse papel, fiz mal, mas pronto.

P - Com a medicação o D deram já alguma perspectiva se o D vai algum dia, quando é que deixa de tomar medicação, durante quanto tempo é que toma medicação...

D - Ah não, isso é para sempre Doutor.

P - Nunca perguntou ao médico?

D - Não.

P - E a sua medicação tem vindo a aumentar ou tem vindo a diminuir ou é a mesma?

D - Já é a mesma há alguns anos. Tomo cerca de uns 10 ou 11 comprimidos por dia.

P - 10 ou 11 comprimidos por dia?

D - Já cheguei a tomar mais.

P - Mais?

D - Sim. Mais um ou dois.

P -E como é que se sente tomando os comprimidos?

D - Olhe sinto-me na mesma. Se calhar é se não fossem os comprimidos se calhar até estava pior, não sei, é o que eles dizem também, não sei. Eu tomo os comprimidos e não me sinto melhor também, olhe, não sei não sei quem é que tem razão, desculpe, se calhar são eles que tem razão e eu que estou errado.

P - Eu acho que neste momento na área da saúde mental está-se a repensar muitas coisas e até se tem estudado alternativas à medicação e aquilo que já se tem dito, só para estar informado é que a medicação pode ser importante, mas não deve ser vista

(Página 16)

como o mais importante. Ou seja, a medicação é mais uma das coisas que pode ser importante para a recuperação.

D - Eles também me falaram disso. Espere aí. Sim, eles dizem que a medicação não é o mais importante, a pessoa também tem que fazer por vencer a doença... Eu faço isso.

P - Mas não é o vencer...

D - É lutar contra a doença...

P - Não é, é o D ter interesses, o D pôr esses interesses em prática, o D ter uma rede de suporte, o D ter coisas que têm significado para si e que o faz na sociedade, não quer dizer que não o tenha agora, mas a procura destas coisas e o conseguir destas

coisas são interessantes. o D ter, por exemplo, atividades de lazer que lhe são do seu agrado, o D ter toda esta panóplia que aproxima a pessoa que tem a situação do D de uma cidadania plena, de uma vida preenchida, percebe? Que às vezes toma-se a medicação e fica-se em casa deitada à espera que a medicação magicamente transforme a pessoa. Não, a transformação da pessoa não acontece por causa do comprimido. Acontece por causa de todas as outras áreas. Mais uma pergunta, durante esta semana foi alvo de alguma atitude, já me contou uma, mas mais atitudes que tenham a ver com estas coisas que hoje em dia estão a tentar erradicar da psiquiatria que é as práticas coercivas? Práticas coercivas têm a ver com coisas que são um bocado à força, do género medicação reforçada, amarrá-lo, prendê-lo à cama, obrigá-lo a comer...

D - Quando há bocado lhe contei sobre quando fui internado pela bateria do aparelho, eu esqueci-me de dizer que em 99, em 1999 já há 25 anos, estive também internado. O psiquiatra da altura aconselhou que eu fosse internado, e estive internado numa casa de saúde ali em Carnaxide três semanas. Na Casa de Saúde de Carnaxide. Se calhar hoje em dia já não existe, ou já não se chama assim, ou não sei.

P - Não, mas acho que é religiosa ou não?

D - Não.

P - Não é religiosa?

D - Não.

(Página 17)

P - Carnaxide. Ok. Casa de Saúde de Carnaxide, eu acho que sei o que é. E aqui foi três semanas, disse? Ok.

D - É isso mesmo, três semanas, sim. Acho que até podia estar mais, mas o psiquiatria depois ia lá, de vez em quando, e achou que...

P - Lembra-se dessa experiência? Que idade tinha em 99?

D - 16 anos.

P - 16 anos. Deve ter sido uma experiência de repente sair de casa dos pais, ir três semanas para um sítio em que estava com pessoas adultas, filho único. Lembra-se dessa experiência lá ou não? O que é que se lembra assim rapidamente?

D - Lembro-me que não me relacionava praticamente com ninguém. Às vezes os meus pais iam lá mas eu também nunca dormia sozinho no quarto dormia sempre ou a minha mãe ou a minha avó iam lá às vezes acompanhar e eu lembro-me que não me relacionava com ninguém mas por exemplo para tomar banho, é uma das coisas que hoje em dia já não acontece isso graças a Deus, mas tinha que ser com a ajuda delas as duas.

P - Porquê?

D - Porque eu já ritualizava por tudo e por nada qualquer coisa tinha que ser assim, se não ficava bem. Mas pronto, hoje em dia isso já não acontece, já foi há muitos anos, mas pronto.

P - Ok, mas se se lembrar mais alguma coisa sobre esta questão agora quando eu falei disto a minha pergunta foi, agora temos dois exemplos aquela semana em Santa Maria e estas três semanas em Carnaxide durante estes períodos de 1999 a 2019 o D foi alvo de alguma prática abusiva o que é que eu quero dizer? am foi alvo de alguma prática abusiva, o que é que eu quero dizer? Ameaças é uma prática abusiva, então se está a precisar de ajuda num sítio em que supostamente estão a ajudar e estão a fazer ameaças que vão entrar e não respeitam a privacidade, isso é uma coisa que não deve acontecer. Coisas deste género. Aquilo que é mais comum é, há coisas muito graves, vou dizer uma lista de coisas, não vejo se se lembra alguma coisa. Medicação forçada, ou seja, agarrar-no, dar-lhe uma injeção, porque você está contra o que eles estão a dizer.

D - Não.

(Página 18)

P - Pessoas que estão a passar mal de noite e eles amarram-nos à cama.

D - Não.

P - Eletrochoques cruzados, por exemplo, alguma intervenção de correção, que é mais a ver com as ameaças, por exemplo, “você saiu da porta sem autorização, então ficas uma semana sem poderes ir ao pátio, ai você fez, não comeu o almoço então não sai daqui até comer”...

D - Olhe por causa disso, quando estive internado, o último, em 2019 os enfermeiros também se tem que perceber que os enfermeiros neste país são muito mal pagos e são postos a trabalhar durante horas extraordinárias.

P - É por isso que é importante que contamos estes muitos, que é também para percebermos esse lado.

D - Tem que se perceber o lado deles também, porque eles também não estão bem. Eu na altura, pronto, havia lá um enfermeiro com quem eu não gostava particularmente, porque era um bocado agressivo e tal. Deois houve qualquer coisa que ele me disse que... Haviam telefonemas que se podiam fazer para os pais, para casa, de casa de algumas pessoas. E no meu telefonema, eu acabei de falar com os meus pais um dia e ele queria-me... Eu já não me lembro lá muito bem do telefonema, mas ele queria-me... Disse que não me deixava telefonar mais porque não estava para qualquer coisa. Eu já não me lembro muito bem, mas se não foi isso, foi qualquer coisa do género. E eu depois fiquei assim, eu não disse nada, realmente fiquei assim. E ele depois, ele e eu continuamos naquilo, e eu disse assim, Olhe desculpe não pode fazer isto. E ele disse que, não sei se foi uma ameaça, mas respondeu-me mal, e eu não sei porque eu realmente comecei a ficar também um bocado violento, e respondi-lhe que não devia estar assim que não devia fazer isso.

P - Pronto, você está a se defender...

D - E pronto e depois foi a partir dessa altura que depois cheguei nesse próprio dia, no dia seguinte cheguei à noite e pensei para mim, já não consigo estar mais assim, acabou. E no dia seguinte, quando vieram lá os psiquiatras e psicólogos, disse-lhes que já não aguentava continuar assim.

P - Mas você não pode falar quando quer, lá, não é?

D - Não, pois.

(Página 19)

P - Só quando eles autorizam é que você pode ligar. E você tinha direito àquele telefonema e ainda teve que ouvir o enfermeiro a dizer qualquer coisa.

D - Foi qualquer coisa disso ou do gênero.

P - E depois ainda levou uma ameaça por cima por ter...

D - Sim, pronto, também temos que ver o lado deles, porque eles estão ali também são mal pagos e tem de trabalhar muitas horas.

P - Também há ali outros que também estão a ser mal pagos e não gostavam de fazer ameaças, não é? Também temos que ver com as pessoas. Ser mal pago não significa que podemos fazer ameaças à integridade de uma pessoa, não é?

D - Pois, tem razão.

P - E é isso que as práticas têm que mudar, não é? As pessoas estão ali a precisar de apoio. Não estão ali para ser alvo de ameaças.

D - Exatamente. Pois, em primeiro lugar estão os doentes.

P - Faz-me lembrar, quase que aquilo é uma casa de correção, uma prisão.

D - É, era o que eu sentia quando estive internado, todas as vezes que estive internado. Sentia aquilo como se fosse assim uma prisão, ou um local de tortura ou não sei, olhe é uma coisa horrível.

P - Ok, pronto. Acha o movimento das pessoas, há um movimento internacional as que se chamam ex-pacientes, sobreviventes da institucionalização, e que falam em que o estar institucionalizado é uma coisa desumanizadora. Estar institucionalizado é desumano. Identifica-se com esta afirmação, acha que? Ou seja, aquela experiência que estava a contar, de sentir que é uma tortura, de sentir que é uma prisão, que é uma coisa desumana, que não é humano estarem a fazer isso às pessoas que precisam de ajuda, você identifica-se com isto?

D - Quando a pessoa está internada, não é?

P - Sim.

D - Pois, sim. Ou seja, fazerem a essa pessoa aquilo que me fizeram a mim...

(Página 20)

P - Exato, ou seja, sentir que não é um cidadão, que está a ser tratado como alguém que não tem direitos...

D - Quer dizer, não foi bem isso que eu pensei, mas, mas achava que havia ali qualquer coisa que não estava bem, quando me aconteceu isso.

P - Falei de coisas que poderiam ter acontecido a si. Agora pergunto-lhe, se enquanto esteve nestes internamentos, nestas institucionalizações, se assistiu a coisas assim a outros colegas, ou coisas assim também que tenham sido coisas um bocado duvidosas, coisas um bocado complicadas.

D- Devo ter visto uma coisa ou duas mas algo assim muito ao de leve.

P - Não se lembra de nada assim que lhe venha logo à cabeça, como havia aquela rapraiga que lhe aconteceu aquilo, ou aquele senhor que eu não sei como é que ele aguentava...

D - Sim, às vezes havia lá um segurança lá da parte psiquiátrica do hospital quando estive lá internado, de falar com alguns tipo “você não devia estar aqui, você tem que se ir embora, não sei o quê.” Mas é compreensível porque...

P - Está a fazer o seu trabalho.

D - Claro. Mas, pronto... Mas tirando isso acho que não havia nada assim que eu tenha reparado.

P - Olhando para o seu percurso, você já falou um bocadinho sobre isto, mas eu vou perguntando, pode ser que você diga mais alguma coisa. Que impacto é que acha que teve na sua vida o ter sido internado ou institucionalizado? Estas vezes, na Casa de Carnaxide e este. Que impacto é que acha que isto tem?

D - Ah, olha, se calhar tinha mesmo que ser, não é?

P - Eu pergunto, por exemplo, você ter ido às colônias de férias, você falou-me logo disso.

D - Sim, e ter estado na escola também, e sofrer de *bullying*...

P - Pronto. Estou-lhe a perguntar se esta experiência, em que só aguentou uma semana e que não queria lá estar mais, se tem um significado na sua vida parecido

(Página 21)

com esses momentos de internamento? O estar internado lembrou-lhe alguma dessas coisas horríveis que não gostava que tivessem acontecido?

D - Sim, eu acho que me lembrei dalgumas coisas dessas. Mas posso me lembrar no dia-a-dia, até quando estou em casa ou fora...

P - Sim, aí vamos a outros fatores, aqui era só o fator do internamento. Acha que houve assim alguma consequência que tenha ficado para si da institucionalização? Às vezes basta o sentimento de saber que não é aquilo que eu quero para mim mais, não é?

D - Às vezes no banho eu quando estou para tomar banho lembro-me de alguns desses dias em que era quase que obrigado a tomar banho como eles queriam, mas pronto.

P - Acha que estes internamentos influenciaram a visão que você tem de si próprio? Às vezes a pessoa já não se sente bem consigo.

D - Eu já tenho uma depressão mórbida. Eu não sei se foi isso, mas sei, e uma coisa é certa, sei que depois de me fazerem estimulação cerebral profunda, eu acho que antes disso não tinha a depressão mórbida que tenho hoje. E depois é outra coisa, é que estou constantemente a ouvir, quase sempre, de manhã à noite, músicas muito tristes, é uma coisa impressionante.

P - E porquê que não mete música alegre?

D - Eu tenho medo que depois fique também gravado, como se fosse gravado.

P - Ah é? Sente-se assim essa questão de que as músicas ficam imprimidas?

D - É como se estivessem, sim. Eu sei que não é, que é tudo, tem a ver com a doença. Mas olhe que isso de estar a ouvir isso todos os dias, sempre, sempre de manhã à noite.

P - É a mesma música, é? As mesmas músicas.

D - As mesmas músicas, sim. Acho que é muito cansativo, é arrasador, mas pronto.

P - Tem que arranjar uma estratégia que... O que é que o médico diz sobre isso? Você já falou com o médico sobre isso?

D - Já, já.

P - O que é que ele diz?

(Página 22)

D - Acho que nunca disseram nada em relação a isso.

P - E você já experimentou alguma estratégia para ajudar a...

D - Não, também não sei o que fazer, doutor.

P - Pois, não sei também. Há pessoas que quando estão tristes, há coisas tristes na vida, há pessoas que gostam de ouvir, há pessoas que gostam de ouvir música alegre. Há outros que gostam de não ouvir música e há outros que gostam de ouvir música triste para viver aquela tristeza até à lágrima e depois vir ao de cima. Há outros que gostam de não ouvir música. Há pessoas que adoram ler os poemas da Florbela Epanca. Há outros que adoram ouvir música super alegre. Cada um tem a sua experiência, tem que descobrir por si o que é que lhe faz sentido.

D - Tem razão. Mas o que eu tenho medo é que ao ouvir músicas mais alegres, tenho medo que fiquem também depois...

P - Muito alegre.

D - Muito alegre.

P - Não diria, mas fica mais confusão musical.

D - Depois ainda passo a ouvir essas músicas também ao longo de todo o dia, como se estivessem gravadas na cabeça.

P - Sendo que hoje, hoje, não estando institucionalizado, sente que é uma pessoa que é totalmente livre de opção, ameaças, controle sobre a sua pessoa, o que é que eu digo? Quando eu digo controle, não estou a falar daquele controle óbvio, mas ameaças controle sobre a sua pessoa que é que eu digo quando eu digo controlo não estou falar daquele controlo óbvio mas ameaças às vezes estou a falar por exemplo do médico dizer “pá tens que fazer isto tens continuar a tomar medicação senão depois tens que ser internado” ou coisas assim do género. Sente algo desta pressão?

D - Não, não.

P - Há pessoas, por exemplo, que não sentem que podem falar livremente das experiências que passaram mais dolorosas, juntamente com os médicos, que depois têm medo de represálias ou coisas assim. O D?

D - Há pessoas que têm medo?

(Página 23)

P - Há pessoas que, por exemplo, há pessoas que eu entrevistei e que não conseguem explicar bem porque, mas que têm medo de contar tudo o que viram e que foram alvo de abusos de direitos humanos, porque têm medo que depois ao contar isso possam ser alvos de represália, porque sentem que ainda estão muito no controlo dos médicos, da saúde mental, desta questão, de outras pessoas, não se sentem totalmente livres, parece um bocado, parece que vivem um bocado como se vivia na ditadura, com medo de que eu possa dizer, pois alguém possa ouvir e a PIDE, apanha e vai contar ao médico e o médico aumenta na medicação interna. Por exemplo, há pessoas que vivem um bocado por terem sido altos nestes internamentos e da sua opinião às vezes não ter tanta valência e ser, “não, mas eu acho que é melhor assim”, então ouve-se aquilo que o médico faz, ouve-se aquilo que os pais fazem e a voz parece que não é tão forte, sentem-se ainda muito controladas, reprimidas, é uma questão para si, ou não? Sente que é livre de fazer o que quiser quando quiser ou sente que se tentar ir por um caminho diferente vão agarrá-lo?

D - Não em relação a isso, não.

P - E se amanhã dissesse, “Ah, agora vou para a Tailândia”.

D - Ah, em relação a esse nível, pois.

P - Sei lá, estou a dar um exemplo. Se amanhã disser assim, “estou a pensar, doutor, pais, eu quero começar a encontrar um trabalho”. O que é que eles iam dizer? Iam dizer “boa, boa, vai em frente nós damos o apoio que tu quiseres”?

D - Sim, acho que sim mas também tem que se ser realista porque para procurar trabalho não é...

P - Pois, dá trabalho...

D - E pode não ser logo...

P - Com certeza, mas isso é os riscos inerentes a tudo na vida, não é? Mas é tentar. Mas às vezes só o estar a tentar estar num caminho diferente já é uma coisa positiva.

D - Sim, sim. E depois pode a pessoa conseguir um emprego logo ou não. Ou pode gostar ou não, nunca se sabe. Há pessoas que não gostam... E mesmo assim têm um emprego.

P - Ou pode ter um emprego e depois perdê-lo, ser despedido. E não tem mal nenhum. As pessoas estão despedidas, e é uma aprendizagem.

(Página 24)

D - Pois, pois.

P - Olhando para trás, a saída do hospital foi muito rápida e foi muito ouvida por si, ouviram-no e respeitaram a sua opinião, e quando saiu foi sempre para a casa dos pais, nunca foi para uma outra instituição, uma outra estrutura, foi sempre para a casa dos pais. E os pais sempre quiseram que fosse dessa maneira.

D - Sim, também.

P - Muito bem. Mas já há uma vez lhe perguntaram se os pais ou os médicos se você gostava de estar noutra situação habitacional? Por exemplo, já lhe perguntavam se

você gostava de estar num hospital psiquiátrico, numa instituição grande, numa residência de grupo, numa habitação própria, por exemplo?

D - Não, não. Sabe, é que eu penso nisso. Em que se não tivesse tido esta doença se calhar nesta altura da vida já estaria a viver numa casa própria ou quase, não sei. Mas, mas eu não me sinto bem para isso e tenho que continuar a viver pelos meus pais.

P - Mas há apoios para isso também. Não se esqueça disso. Você quando saiu do hospital... Isto é uma pergunta, já percebi que se calhar não tem acesso, mas por exemplo, cada vez que uma pessoa entra no hospital, a pessoa tem um processo. Tem uma folha, tem o relatório do médico, tem o relatório do nai-sei-quê, tem a nota de alta. Dão-lhe uma nota de alta. Você esteve internado? Há uma alta. Vamos dar alta ao D, que ele quer ir embora mais cedo.

D - Mas em que é preciso assinar-se um papel?

P - Não é que seja para assinar. Às vezes não é preciso assinar, mas há um dossiê, que é sobre o D e o seu processo lá dentro. O D teve acesso a este processo, perguntou sobre este processo. Já leu este processo sobre si?

D - Não, não, eu nem sequer me lembrei disso nessa altura.

P - Por exemplo, se eu for operado ao joelho, é um exemplo esquisito de fazer, mas se eu for operado ao joelho, eu saio do hospital com o que é debaixo do braço? Com a radiografia, antes e depois, com o que é que me foi feito, com a medicação que eu tenho que tomar, com a indicação para a fisioterapia. Ou seja, há um processo, com o meu nome. Normalmente as pessoas...

(Página 25)

D - Eu acho que eu me lembro disso até porque estive internado lá. Foi assim, porque fui operado ao hemorroidal já por três vezes e umas dessas vezes, da última vez, eu realmente estive internado ali. Estive lá com os papéis assim, debaixo do braço deve ter sido...

P - Mas quando é da psiquiatria? Não saiu com papéis nenhum, não foi dado os papéis, não teve acesso a ler?

D - Acho que não.

P - Ok. Agora ia perguntar mais sobre a... saindo da parte das... da institucionalização, ia perguntar mais sobre as saindo da parte das da institucionalização e a perguntar mais sobre as organizações sociais ,as organizações da comunidade aqui estou a falar desta organização. Como é que foi o seu primeiro contato com as organizações, com estas organizações que dão apoio aqui na comunidade?

D - Ah, Sim, deve ter sido quando estive, quando pertenci, pois pertenci, quer dizer quando fiz parte da Domus Mater, deve ter sido já foi aqui há uns 15 anos, mais ou menos.

P - Foi para lá porquê? Porque quis ou porque havia um conhecimento e disseram que era bom para si?

D - Sim, porque havia um conhecimento assim. Os meus pais achavam que era bom para mim e fui para lá e pronto.

P - O que é que achou?

D - Olhe, no primeiro ano estive lá só uns 2 ou 3 anos. No primeiro ano as coisas ainda correram mais ou menos também. Tal como, mas só que depois aconteceu o mesmo processo que na escola e nas colónias férias. O segundo ano, acho que foi o último também. Começaram a entrar muita gente, muita gente de... Novos, muito novas, tal como eu. Portanto, às vezes um pouco mais novos ou mais velhos. Mas muito convencidos, muito arrogantes, sempre a quererem se evidenciar. E eu como não gosto nada disso, sou muito humilde, sou muito simples. Pelo menos para mim, não é? E é uma maneira de ser com a qual eu não me identifico. Estou totalmente contra. E aquilo pareceu, comecei a sentir aquilo como, a não me identificar com isso e...

P - E não queria fazer mais parte.

(Página 26)

D - Sim, comecei a sentir aquilo como uma ameaça e comecei a não me sentir bem com aquilo, como se fosse uma ameaça crescente, até que depois tive de dizer aos meus pais que não aguentava aquilo e desisti.

P - Porque você era obrigado a fazer parte das... havia sempre atividades comuns, não é?

D - Atividades comuns, sim, sempre com a psicóloga, sim.

P - E depois da dinâmica dessa organização, você foi a mais alguma ou ficou sem nenhum período até encontrar agora a nossa...

D - Sim, não não fiquei com mais nenhuma até.

P - Porque é que procurou esta? Ou se não foi o D foi alguém?

D - Foram os meus pais que solicitaram este apoio eu já estava muito mal outra vez.

P - Ok, e ajudou o apoio? Este apoio habitacional mais individualizado, ajuda de alguma forma?

D - Sim, em algumas coisas sim, sim, pelo menos sim, sim.

P - O que é que você gosta de fazer?

D - Eu...?

P - O que é que você gosta de fazer no seu dia-a-dia que lhe dá gosto? O que é que gosta?

D - Ah, olhe... Gosto de dar às vezes umas voltas ao fim de semana.

P - Passear por Lisboa, sozinho, por si próprio, com os pais?

D - Às vezes por Lisboa, mas preferencialmente até fora de Lisboa...

P - Mas que é conhecer terras novas...?

D - Dar passeios assim mais na natureza.

P - Gosta do contato com a natureza.

D - Gosto muito, sim.

P - Há uma área muito grande que tem a ver com o contato com a natureza, ajudamos a recuperar a saúde mental. É uma das coisas naturais, por isso é que a ecologia... E por isso é que as alterações climáticas dizem que estão a ter um impacto tão grande com a saúde mental das pessoas também. Porque o contato com a natureza é cada vez diferente, ou menos positivo do que era antes. E o contato com a natureza é bom, portanto nunca perca isso. Se no seu dia-a-dia sente que há alguma situação que possa ser um risco para a sua saúde mental como é que você gere isso?

D - Pois, olhe, não sei como é que lhe hei de dizer isto, se eu estiver com os meus pais a ver alguma coisa, e me tiver de virar assim para ver outra coisa que esteja atrás, ou assim, e se tiver que fazer quase uma volta em 360 graus, depois começo a pensar assim, “ai, dei-me uma volta de 360 graus sem querer. Será que fiquei tonto?”. Não, não estou tonto. Mas mesmo assim, mesmo que aconteça isso só uma vez nos próximos anos, dias ou meses ou anos, por exemplo, só de me acontecer isso, agora já não tanto, mas aqui há uns tempos era uma coisa impressionante, só de me acontecer isso uma vez, num espaço enorme, já ficava preocupado com isso e parecia que já sentia que estava a ter mesmo um peso na cabeça. Ainda hoje em dia com coisas do género também me acontece.

P - E como é que resolve isso? Você é que gere, comunicando internamente consigo próprio, gera essa situação?

D - Sim, sim.

P - Muito bem.

D - Mas por outro lado, tenho às vezes que desabafar com os meus pais ou com a minha mãe e dizer “olha, sabes, aconteceu-me isto e tal, mas não há problema nenhum por causa disso, pois não?”.

P - Ok, está a confirmar.

D - Exatamente. Eu acho que poderia ser eu próprio a gerir só isso.

P - Às vezes precisamos de ir fora, por isso é que é importante, uma das coisas mais importantes para a saúde mental de pessoas é a rede de suporte. E a maior parte da rede de suporte que as pessoas têm é a família.

D - Pois, mas os meus pais também já estão tão cansados.

(Página 28)

P - Por isso é que é bom às vezes termos... Exato, também pode fazer isso, que estas organizações também ajudam a essa dinâmica. O que é que espera que essas organizações façam para a saúde mental? O que espera em que possam ajudá-lo?

D - Olhe, que me ajudem a encontrar um caminho, assim caminho para que eu possa ter uma vida melhor e mais autónoma, o máximo possível.

P - Eu acho que não há limites para essa autonomia. O que pode haver é que tipos de apoios é que são necessários para fazer. Há uma coisa muito bonita no emprego, em que dizem, “ah, as pessoas não podem trabalhar”. Não, não, não. A evidência científica diz que todas as pessoas, independente do diagnóstico de saúde mental, podem trabalhar. O que tem de acontecer é terem os apoios...

D - E que me possa sentir melhor também.

P - Claro.

D - Pois, olha, realmente eu gostava de trabalhar mas...

P - Estou só dar o exemplo do trabalho, mas às vezes o caminho de cada pessoa é o caminho de cada pessoa e tem a ver com os seus talentos, as suas escolhas as suas opções, aquilo que o D sente sabe melhor que ninguém é melhor para si e para o seu futuro. É este processo de *recovery*, de renascimento que acontece ao D, conquistar uma identidade, que gosta, que se sente bem, sente orgulhoso, há pessoas que vão atrás de um ativismo, pessoas que vão atrás de um emprego, pessoas que vão atrás de outras áreas mais de lazer, há pessoas que vão pôr em prática um sonho que achavam que tinham perdido e depois encontram e adaptam o sonho para a vida. Há pessoas que, no projeto em que você está, com o apoio da habitação, há muitas pessoas que querem mesmo a habitação individual e

procuram esta habitação para eles. Há outros que... Cada pessoa é uma pessoa diferente, não é? E cada pessoa tem os interesses específicos como qualquer outra pessoa. E encontrar os apoios necessários para conciliar isso. Ok. Mais aqui umas perguntas para depois terminarmos. Ok? Antes disso, só uma pergunta que eu não fiz há bocado. A estimulação cerebral, você controla se isso transmite estimulação ou não, ou seja, isso está sempre a funcionar ou há um botão que você carrega para fazer alguma coisa?

(Página 29)

D - Não, isto está sempre a funcionar, isto pode é funcionar menos conforme a bateria vai gastando ao longo do dia e por isso de dois em dois dias tenho que recarregar.

P - Ou seja, algo que está sempre em estimulação. E desliga à noite?

D - Não, nunca desligo.

P - É mais em tom de curiosidade para, é algo que está sempre ligado no seu cérebro e a estimular, estimular, estimular... Já teve algum momento em que isso esteve desligado durante um período de tempo significativo?

D - Acho que sim, uma vez ou duas.

P - Por exemplo algum momento que perdeu a bateria e não carregou logo?

D - Pois, não, nunca perdi a bateria, mas acho que uma vez ou duas, fui contando ao psiquiatra que não me estava a sentir melhor, e então ele fez a experiência de uma vez ou duas, desligou, e o resultado... E eu realmente parece que fiquei um bocado pior mas depois voltei como estava antes e começo a pensar se não estava, posso ter ficado um bocado pior ou não, se não até foi a impressão minha e fiquei na mesma, mas antes de fazer a estimulação cerebral profunda eu estava melhor do que estou agora, doutor. Isso eu posso não me lembrar bem das coisas, mas disso mesmo, e não estou a mentir. Eu sei bem o que isso era, estava melhor do que estou hoje, doutor.

P - E quando diz isso ao médico, ele diz que não, é?

D - Acho que não acreditam assim. Infelizmente, mas pronto.

P - A última pergunta é: que desenvolvimentos futuros, futuros ou presentes, gostaria que ocorressem na saúde mental que contribuíssem para que a sua situação e das outras pessoas passam pelas minhas experiências com o D, melhorassem? Uma carta aberta de sugestões da experiência que você tem, o que é que você acha que tinha que melhorar?

D - Pois, olha, por exemplo, a questão do internamento. Os internamentos deviam ter mais condições, não deviam ser como são hoje, mas pelo menos para alguns, não sei.

P - Quando diz mais condições é o quê?

(Página 30)

D - As condições, quer dizer aquilo do banho de manhã que me aconteceu a mim isso, não é, não recomendaria nem para mim nem para ninguém, mas pronto. Se calhar não estou certo, se calhar isso até é um processo mesmo que se faz para as pessoas...

P - D, confie na sua palavra, confie no que está a dizer, na sua experiência, porque o que você está a dizer vai ao encontro daquilo que todas as pessoas nos estão a dizer.

D - Ah, e depois era outra coisa, doutor. Eu lembro-me que as casas de banho, pronto, aquilo, higiene também, não é que estivessem sujas, mas pronto, às vezes chegava, pronto, aquilo cheirava um bocado mal, mas pronto.

P - São utilizadas por muita gente.

D - Sim, muita gente. E depois eu chegava lá, com água no chão e tudo, e chegava às vezes para obrare as sanitas não tinham tábua, era mesmo da pedra, mesmo, eram mesmo, as sanitas eram feitas de pedra, porque também são muito antigas, mas as dps primórdios do hospital que foi construído nos anos 50, e aquilo era mesmo da pedra, mas também, se calhar os psiquiatras ou o psiquiatra que está responsável, se calhar até querem mesmo as pessoas se enfrentarem e não...

P - Eu acho...

D - Não sei, se calhar...

P - Eu acho que não, eu acho que qualquer pessoa que vá para um sítio em que quer apoio, quer ter as melhores condições possíveis. Uma sanita suja....

D - Eu tinha que tentar obrar de pé, por causa disso.

P - Não é agradável.

D - Isso e o banho realmente eram as coisas piores.

P - Depois no dia-a-dia também o que é que fazia lá?

D - Nada de especial, estava ali. Pedia alguém para meter conversa comigo. Estar ali, umas coisas. Ler alguma coisa, ver televisão...

P - Conheceu alguém durante essa semana que estivesse lá também internado?

D - Sim, umas duas ou três pessoas só.

P - Eram internamentos divididos entre homens e mulheres ou eram tudo juntos?

(Página 31)

D - Sim, sim, divididos.

P - Mas depois confraternizavam entre vocês ou era sempre homens com homens, mulheres com mulheres a toda hora.

D - Não, era sempre homens com homens. Sim.

P - E durante essa semana houve algum momento em que saía para a rua?

D - Não.

P - Mesmo dentro do espaço do hospital? Ou estava sempre fechado lá?

D - Estava sempre fechado lá.

P - Não podia ir à janela?

D - Sim, isso sim. Mas as janelas estavam fechadas com grades. E sempre fechadas ou quase sempre.

P - O que não ajuda a questão da... Uma pessoa não se sentir como um prisioneiro. Sim. D, sobre este tema, tem mais alguma coisa que gostava de me dizer? Há uma

coisa assim que se lembra que possa ser útil? Não, tem que se lembrar já porque eu como lhe disse, agora ainda tenho muitas para transcrever mas é de transcrever a sua entrevista hei de me sentar consigo, um segundo momento em que lhe dou o voucher também da alimentação e em que lemos a sua história. Estes pontos que disse e que vamos estar atentos a coisas que quer emendar, coisas que quer acrescentar, coisas que não se lembrava e que agora se lembrou. Vamos ver também quais é que são fatores decisivos. Eu achei na sua história, há uma coisa única, que é passado uma semana você disse eu não quero mais estar aqui e foi respeitada a sua opção, não é comum acontecer isso, é única, é única, é única, é uma coisa única, eu acho que é, você deve ter sido muito persuasivo na forma como apresentou os seus argumentos que eles ouviram-no, e em vez de 4 semanas passou uma semana. Eu acho que também ajudou o facto de ter estado internado num hospital geral e não hospital psiquiátrico. Os realtos que tenho de hospitais psiquiátricos são um bocadinho diferentes.

D - Pois se bem que mesmo assim em Santa Maria a ala psiquiátrica aquilo dá um bocado um bocado de impressão.

(Página 32)

P - O que é que lhe dá impressão?

D - As instalações que são muito antigas e depois também algumas pessoas que lá que estão a fazer isso que têm algumas doenças assim mesmo, que dão um bocado de impressão, mas pronto, mas compreende-se também, são pessoas, pronto.

P - Claro, é verdade e se calhar se a estrutura fosse melhor para elas, elas também se cuidariam Está bem, D. Deixa-me só terminar aqui, para te despedir de si.

Participante E

(Página 1)

P - Já está a gravar. Olá E, já lhe apresentei o estudo, já assinou o consentimento e agora vou-lhe fazer, antes de explicar as perguntas, vou-lhe fazer algumas perguntas de dados biográficos, ou seja, de identificação, por exemplo, da sua idade. Que idade é que tem?

E - Quarenta e oito.

P - Qual é a sua habilitação literária?

E - Secundário.

P - Concluído?

E - Concluído, sim.

P - 12o ano... Que diagnóstico...

E - Frequentei a Faculdade de Ciências e tecnologia, mas só fiz uma cadeira.

P - Muito bem. Frequentou a faculdade. Qual foi o diagnóstico psiquiátrico que lhe atribuíam?

E - Isso até hoje é um caso muito misterioso.

P - Mas sabe-me dizer assim algumas das palavras que lhe disseram?

E - Desconfio que seja esquizofrenia porque eu li num papel uma vez que era para eu ir à junta médica. Quando eu fui para a junta médica, perdi o papel. Quando cheguei lá, eles nem queriam perguntar, “então o Senhor perde o papel?”, e depois eu pus-lhes a explicar as minhas paranóias que a televisão falava comigo.

P - E eles atribuíram esse diagnóstico.

E - E eles disseram está bem, está bem, deixa estar depois daqui a um mês ou dois tem a resposta.

P - Onde vive atualmente, E?

E - Na residência da Portela.

P - Muito bem. Qual é a sua situação profissional?

E - Profissional é Desempregado.

P - Muito bem.

(Página 2)

E - Mas eu não posso ser empregado de qualquer forma, senão perco o direito à pensão.

P - Ok. Portanto, posso dizer que recebe a pensão. Sabe qual é a pensão que recebe?

E - De sobrevivência.

P - Ok. É a PSI?

E - E a PSI.

P - Então tem uma pensão de sobrevivência.

E - Devido ao falecimento da minha mãe.

P - Ok. E a PSI. O E alguma vez teve sobre o... Tem um atestado de incapacidade de multissos, não é? E o E alguma vez foi alvo de um processo de interdição ou inabilitação ou maior acompanhado?

E - Não, foi só o apoio que eu tenho devido a ter o atestado.

P - Foi para ter a PSI?

E - Foi para ter a PSI e para receber...

P - A pensão de sobrevivência?

E - Não, na retribuição fiscal. Recebe um mês de, de como é que se chama... De reembolso.

P - OK. Que apoios é que recebe atualmente na área da saúde mental? Tem um psiquiatra?

E - Tenho um psiquiatra, tomo a minha medicação.

P - Toma algum injetável mensal?

E - Tomo um injetável mensal.

P - Mais alguma questão?

E - Não, eu tomo a minha surindo é que é importantíssimo.

P - Não estou a falar de comprimidos específicos... Ok. Muito bem. Agora, como eu expliquei, o estudo tem a ver com tanto uma análise na sua perspectiva da situação de institucionalização e de internamentos, como a outra parte a seguir. Quando nós

(Página 3)

falamos em institucionalização, nós não estamos só a falar de hospitais psiquiátricos. Estamos a falar de hospitais psiquiátricos, estamos a falar de hospitais psiquiátricos, estamos a falar de hospitais gerais e estamos a falar também de instituições. Portanto outros espaços onde o E tenha estado institucionalizado. Por exemplo, instituições de grandes dimensões, de organizações religiosas, por exemplo. portanto, quando eu agora vou-lhe pedir que me dê, assim, desde a última vez, até à primeira, se lembrar os sítios, as datas, por exemplo, a última vez que esteve institucionalizado foi nessa comunidade ou foi num hospital?

E - Foi num hospital, mas isso ainda foi do tempo da quinta da tomada.

P - Não, a última vez em que esteve institucionalizado.

E - Estive no Hospital Júlio de Matos.

P - Ok, e em que ano é que foi?

E - Ui, já foi há tantos anos, não sei.

P - Em 2000 ou em 90s? Que idade é que tinha, lembra-se?

E - Não me lembro.

P - Então começamos pelo início. O E, a primeira vez que teve questões relacionadas com a saúde mental foi em que idade?

E - Foi logo após a tentativa de suicídio relativo que resultou na morte da minha mãe. Tinha eu 35 anos.

P - 35 anos. E o E depois, nessa altura, foi internado?

E - Passei umas semanas num hospital psiquiátrico. Fernando Fonseca. Fernando Fonseca

do...Hospital Amadora-Sintra.

P - Fernando Fonseca, exatamente. E lembra-se em que data que isso foi? Portanto, você tinha 35 anos, foi há 13 anos atrás.

E - Pois, deve ter sido.

P - Portanto agora vou fazer contas se não se importar só para ficar isto mais ou menos registado. Ok portanto, estamos em 2024 menos 13, foi em 2011, será?

E - Acho que sim.

(Página 4)

P - Ok. E quanto tempo é que esteve em 2011, aquilo?

E - Tive um mês ou dois

P - Ok, mês e meio

E - Porque aquilo não estava a dar resultado nenhum. Estava a ver a inteligência a andar para trás...

P - Foi internado porque quis, foi voluntário ou foi internamento compulsivo?

E - Não, foi voluntário.

P - OK, voluntário, já vamos lá.

E - Eu estava-me a sentir, muito mal, muito perseguido...

P - E foi para lá...

E - E fui para lá, estive lá umas semanas e aquilo era tão maltratado... A alimentação era péssima...

P - Quando diz que era tão maltratado o que é que está a referir-se? Alguns exemplos...

E - Estou a referir-me à alimentação.

P - O que é que era menor da alimentação? Por exemplo, no Fernando Fonseca. Era o quê? Mas dê-me um exemplo para eu perceber, se eu não tiver nenhuma experiência sobre isso não souber nada, como é que você me explica “olha, eu estou a pensar em passar umas semanas ao Fernando Fonseca” e você diz-me, “é pá, a comida é péssima” e eu pergunto-lhe, então porquê? O que é que você me diz?

E - Não tinha sabor nenhum, não temperavam a comida e só me davam um comprimido para dormir depois do almoço e um depois de jantar. E de resto mais nada, em relação à minha situação psiquiátrica não me recordo de ter nenhuma ajuda como tenho agora.

P - Mas e o que é que quando você disse que aquilo era horrível que não recomendava a ninguém...

E - Não recomendava a ninguém...

P - Para além da comida o que é...

(Página 5)

E - Não há um tratamento dos utentes.

P - Há o quê, então?

E - Há mais quando é doentes externos. Temos a reunião com o doutor António Bento. O doutor António Bento é que mandava naquilo.

P - No Fernando da Fonseca?

E - Não.

P - Eu estou a falar do Fernando da Fonseca ainda.

E - Ah, no Fernando Fonseca, fui muito bem tratado, isso é que era 5 estrelas.

P - Ok, então e depois do Fernando Fonseca...

E - Queria almoço ou carne para o jantar e para o almoço... um pequeno almoço muito bom, um tratamento muito impecável.

P - Podia sair quando quisesse?

E - Só poder sair quando quisesse é que não.

P - Ok. E fumar?

E - Fumar podia.

P - Ok. Agora vou fazer outra pergunta. Quando saiu do Fernando da Fonseca, com 35 anos, 36 anos...

E - Fui para a Comunidade de Vida e Paz.

P - Foi logo para a Comunidade de Vida e Paz. E quanto tempo é que esteve na Comunidade de Vida e Paz? E diga-me uma coisa muitos anos?

E - Alguns 4 ou 5 anos

P - E era o quê da Comunidade da Vida em Paz? Era o quê?

E - Era o...?

P - Era uma casa? Era uma residência? Era uma instituição fechada?

E - Era uma instituição que não era fechada. Tínhamos umas horas para poder sair.

(Página 6)

P - Para poder sair para onde? Para a rua? Como se faz no Júlio de Matos que eles saem da porta podem ir pedir dinheiro e assim...

E - Sim, mas no meu caso nunca foi preciso pedir...

P - Como é que era o tratamento lá neste sítio? Como é que era a situação lá?

E - A situação era relativamente boa.

P - Você estava-me a dizer que era horrível, a comida era horrível. Era tudo mau...

E - Ah isso era no hospital psiquiátrico.

P - Ah, e depois quando é que foi o hospital psiquiátrico então? Foi a seguir à comunidade de Vida e Paz?

E - Não, foi ainda na comunidade de Vida e Paz. Em que foi preciso ter... Eu estava na Quinta da Tomada em que foi preciso eu ter sido internado uma semana ou duas para me abrir os olhos.

P - Abrir os olhos, o que é que isso quer dizer?

E - Quer dizer que não adiantava nada estar com paranoias, porque não sítio para onde ir.

P - Ok. E como é que foi esta situação lá no Júlio de Matos? Lembra-se do sítio em que ficou?

E - Pavilhão 21 ou 24, não sei se é assim.

P - E como é que foi para lá?

E - Eu pedi para ser hospitalizado.

P - Foi voluntário também, não é? Nunca teve nenhum internamento compulsivo, que foi agarrado e tiveram que o pôr. E estas duas semanas que teve lá no Júlio de Matos, para além da comida, como é que era o dia-a-dia?

E - Não se fazia nada.

P - Era?

E - Era. Não tenho nada a elaborar.

P - Eu vou-lhe fazer umas perguntas mais específicas, pode ser que se vá lembrando, não é? Ou seja, a razão pela qual estamos a fazer isto é porque a Organização

(Página 7)

Mundial de Saúde, a Organização das Nações Unidas, toda a área de saúde e da saúde mental querem alterar estas práticas coercivas, de abusos, querem acabar com estes internamentos de humanos, percebe? Então, o meu estudo, um dos

estudos que eu estou a fazer tem a ver com esta perspectiva das próprias pessoas sobre aquilo que não estava bem para não voltar a acontecer, para que o tratamento das pessoas seja mais adequado, mais humano, ok? Portanto, vou fazer perguntas sobre isto e depois perguntas sobre como é que saiu, está bem?

E - Está.

P - Pronto. E a primeira pergunta era, qual é a diferença em que vê entre a situação que tem agora e a situação quando estava institucionalizado no Júlio de Matos?

E - Agora é muito melhor.

P - Porquê é que é melhor?

E - Porque tenho a minha medicação tenho o meu apoio psiquiátrico. Sou eu que tomo conta da medicação e tudo, para saber o que é que estou a tomar é preferível do que tomar aquilo que me dessem. E é tudo muito melhor, os colegas.

P - Vá pensando-se em mais coisas que acha que...

E - Não sei.

P - Eu vou fazer perguntas mais específicas. Então vá. Quando foi institucionalizado, quando é vai internado, há alguma mensagem que lhe é passada? De que a sua vida vai mudar, que agora já não vai poder ser alguma coisa, que não vai melhorar, ninguém lhe disse nada disso?

E - Não, ninguém disse.

P - Ok. Nas suas experiências de internamento, como esta última que falamos do Júlio de Matos, na altura em que você queria procurar esse apoio, que precisava...

E - Na altura em que quis voltar para a Tomada novamente, foi-me concedido o...

P - Ok, depois foi outra vez para lá. Mas antes disso, na altura em que você precisou desse apoio, foi-lhe dada alguma alternativa à institucionalização? Tivesse o mesmo efeito de apoio que você precisava ou procurava?

E - Não, a única hipótese que me davam era ser internado.

P - Ok. Quando começou a tomar medicação, alguém lhe explicou quando é que a medicação iria parar ou quando é que ia deixar de tomar?

E - Não, explicaram-me que tinha que tomar a medicação para a vida.

P - Para a vida? Porquê?

E - Devido ao meu problema mental não se resolver com os comprimidos. Os comprimidos atenuam, ajudam, mas não fazem tudo.

P - E o que é que lhe disseram que era preciso fazer lá mais para conseguir o resto?

E - ...Não sei...

P - Deram-lhe alguma esperança de melhoria deram-lhe alguma esperança de que poderia mudar ou disseram que ia ser uma....

E - Não, não me deram esperança de melhoria.

P - Durante este processo de internamento, o E foi alvo de algumas questões que hoje em dia começam a ser proibidas, por exemplo, posso dar alguns exemplos?

E - Lobotomia e assim...?

P - Não, choques elétricos, Medicação forçada, Agarrarem-no e lhe dar a medicação, Amarrar à noite na cama. Estas são assim as piores. Abusos, violência, baterem, roubarem.

E - Não.

P - Ok. Outra questão é, agora acho que elas não são tão graves, mas que são na mesma... não devem acontecer, que é, por exemplo, ameaças, “ou te portas bem ou não saís daqui”, ou abusos da privacidade, por exemplo, você queria tomar banho, depois abriam-lhe a porta e diziam não, “aqui não há espaço para isto”.

E - Podíamos tomar banho como deve ser.

P - Está a falar do Júlio de Matos?

E - O Júlio Matos, estou a falar do Júlio Matos. Também nem tudo era assim tão mau.

P - Mas o que é que era mau então?

E - Era a comida e a medicação que não era a adequada para o meu problema.

(Página 9)

P - E o que é que você dizia sobre isso?

E - Disse-me que queria ir embora, que queria voltar para a Tomada.

P - E eles?

E - E eles “Muito bem, volte outra vez, agora que já está um bocadinho melhor.” Porque foi só o susto de ser internado que eu não gostei nada.

P - Porque é que não gostou?

E - Eu entre ser internado e estar na Tomada outra vez com aquela malta toda... Porque a tomada era uma quinta de desintoxicação de reabilitação de toxicodependentes.

P - Ok, e que tal era?

E - Eu, como venho de um historial de drogas, de coca e álcool e charros, passei lá uns tempos.

P - Muitos tempos, não é? Muitos anos. Eu percebi 4, 5 anos.

E - Não, foi um ano ou dois. Depois me mudei para Quinta de Espírito Santo.

P - Mas sempre na mesma instituição?

E - Sempre na mesma instituição.

P - Qual é a diferença entre elas?

E - Porque a Quinta de Espírito Santo é mais a ver com doentes mentais e pessoas com algum tipo de deficiência. E é diferente, deixe-me dizer, que é uma casa onde estamos 4 ou 5 pessoas, em que nós é que fazíamos tudo, desde o comer, a lavar...

P - Tipo mais autónoma? Como uma casa autónoma de grupo para tentar...

E - Autónoma. Comunidade de vida autónoma. Da Comunidade de Vida e Paz também, da mesma instituição. Da Comunidade de Vida e Paz. Em Torres Vedras.

P - Agora vou fazer perguntas. Por exemplo, nestes sítios em que esteve, nestes três sítios na Comunidade de Vida e Paz, nestes dois sítios, não na casa autónoma, nos outros dois sítios da comunidade Vida e Paz, tanto para a saúde mental como para os consumos, e no hospital Júlio de Matos, como é que era o seu quarto? Lembre-se? Você dormia aonde?

(Página 10)

E - O meu quarto... Era dividido sempre por duas ou três pessoas.

P - No Júlio de Matos eram duas ou três pessoas?

E - Eram.

P - E no centro de reabilitação de toxicoddependência e no centro de saúde mental também eram duas ou três pessoas?

E - Eram sempre duas ou três pessoas

P - Ok. Duas ou três pessoas. Muito bem.

E - Na Uval, éramos dois num quarto. Na instituição da Quinta de Espírito Santo, éramos dois num quarto também, e haviam vários quartos espalhados, que eram setenta e tal pessoas.

P - Eram setenta e tal pessoas na mesma instituição?

E - Na mesma instituição.

P - E depois estavam todos juntos?

E - Convivíamos todos juntos.

P - Ok. E como é que era? Havia muita confusão? Pancadaria, roubo?

E - Não, nem por isso.

P - Ok. Nada?

E - Quase nada. Nada de significativo.

P - Então porque é que não está lá e está aqui?

E - Porque acharam que a minha doença psicológica não correspondia à minha estadia ali.

P - Se você pudesse escolher onde é que gostaria de estar?

E - Aqui, aqui.

P - É? Mas porquê?

E - Porque aqui tenho acesso a outras coisas, sem dúvida.

(Página 11)

P - Falando dessa questão, o que é que tinha acesso? Por exemplo, na Júlio de Mata, o que é que não tinha acesso e gostava de ter?

E - Companhia.

P - Companhia? Pessoas para conversar e conviver? Isto é tudo anónimo. Você pode dizer o que quiser, ok? Ninguém vai ter repercussões para dizer coisas que sejam... Se lhe eu dissesse agora assim, olha, amanhã estou a pensar em ir para o Júlio de Matos passar o mês. O que é que você me dizia?

E - Não.

P - Porquê? Porquê é que não vou?

E - Porque aquilo é muito mau.

P - Então me explique-me lá porquê.

E - Porque há um desleixo de tratamento com os doentes e a comida não vale nada.

P - Ok, o que quer dizer um desleixo de tratamento? Que as pessoas não são cuidadas?

E - Mais ou menos...

P - Pode dizer a verdade, aquilo que eu quero que o E entenda é que não tem que ser mau.

E - É que eu não tenho nada para dizer.

P - Não é que, mas às vezes não nos lembramos, vá pensando pense nisso, ou seja, porque às vezes podemos dizer, ou seja, isto é...Imagina o E está a dizer que aquilo não presta... não vou para lá, não é?

E - Isso é do hospital psiquiátrico. Não vá para lá. A única coisa que aquilo presta é para uma má experiência para não repetir.

P - Para não repetir, ok, mas é isso que eu precisava que me explicasse. Eu às vezes vou a um restaurante e a comida está... Epá, calma, não é a mesma coisa do que ali, não é? É diferente, não é? É só a comida que não está boa. Por exemplo, quando acordava, como é que era? O que é que se fazia todo dia lá no Júlio de Matos?

E - Não sei lá, já não me lembro. Já foi há muitos anos.

(Página 12)

P - Conheceu alguém lá?

E - Não, só pessoas assim, esporádicas.

P - Acha que o seu tratamento, estes tratamentos nos hospitais psiquiátricos tendo em conta a sua experiência podem ser ditos como desumanos? Que não tratam pessoas como ser humanos?

E - Não, desumanos também não.

P - Enquanto teve este institucionalizado nos vários sítios em que esteve, sentiu que os seus direitos não foram respeitados? Como cidadão, não é? Você é um cidadão. Você tem os mesmos direitos que eu. Sentiu alguma vez que os seus direitos não foram respeitados lá?

E - Não.

P - Ok Viu pessoas a passarem fome serem alvo de violência ou assim lá? Não viu ninguém a ser amarrado, a ser internado à força, a ser amarrado à noite?

(E acena a cabeça de modo a dizer “Não”)

P - Ok. Vou fazer mais perguntas. Olhando para trás, o que é que acha que foi o impacto de ter estado fora da sociedade teve em si? Ou seja, o E teve muitos anos

em comunidades, umas semanas em hospitais psiquiátricos e serviços de psiquiatria e durante este período não estive na sociedade, não é?

E - Eu nunca estive na sociedade. Eu vivia com a minha mãe andava a tirar um curso de formação profissional que depois desisti. E devido aos consumos...

P - Mas isso é viver em sociedade.

E - Isso é viver em sociedade, depois começaram os consumos e parou a minha vida em sociedade. Vivia para os consumos, que a minha mãe é que me dava o dinheiro e depois mais tarde, com o falecimento dela, estive sempre em instituições. E agora estou na AEIPS, que estou muito bem, que eu acho que é o sítio certo onde eu devo estar. E tirar um curso que é fundamental para estar ocupado.

P - OK. E acha que houve alguma consequência da institucionalização? De ter estado fora da sociedade durante este tempo qual é a reflexão que faz disso?

E - Não é boa.

(Página 13)

P - O estar fora da sociedade não é positivo?

E - Não é positivo.

P - Sabe-me dizer assim porquê? Tem assim pena de não ter vivido algumas coisas?

E - Sim, não ter namorada, não ter espaço para ter nenhum relacionamento, mais assim, íntimo. E fora isso, é estar fora de uma ocupação como tirar um curso de informática que eu quero bastante. Tenho um agora que é de proficiências básicas.

P - Que está a fazer agora?

E - Não, vou começar dia 12 de junho.

P - Uau, isso é uma grande diferença em relação a estar nas instituições, ou não?

E - É, mas é só uma semana, são 25 horas.

P - Pronto, é o início, é?

E - Não, não é o início. Este curso...

P - É só a base de...

E - É só ensino básico. Ok. de proficiências digitais, assim é que é. E depois, no dia 12 de outubro, começa então o curso a sério, que é o curso que eu quero tirar que esse já dura 1.300 e tal horas, já é um ano e tal.

P - Achou, E, enquanto estava institucionalizado, achou que haveria um dia em que ia estar, outra vez, a entusiasmar-se com um projeto, uma ideia, com um futuro, com uma identidade estudante?

E - Não, eu lá tinha ocupação de artes decorativas, mas aquilo...

P - Não era, não falava consigo. Eram atividades que eram para todos iguais?

E - Não, cada um tinha, havia artes decorativas, havia barro, havia mercenaria, havia várias oficinas.

P - Mas essas oficinas eram para quê? Para receberem dinheiro?

E - Não, era para estarmos ocupados, faziam parte da institucionalização.

(Página 14)

P - Já percebi, era quase como aprenderem um ofício ali, estarem ocupados para não estarem a não fazer nada, não é? Mas não servia, por exemplo, para as pessoas poderem depois ir trabalhar nessa área, não é?

E - Servia, houve um que tirou o curso de sapateiro e depois...

P - Conseguiu ir para sapateiro.

E - Conseguiu ir para sapateiro e montar um negócio sozinho.

P - E agora vou-lhe fazer uma pergunta que é muitas das questões relacionadas à institucionalização que as pessoas falam é porque enquanto estão institucionalizadas o sentimento que têm é de não-liberdade. Não sei se você sentia isto, ou seja, não ser livre porque está encerrado ali, tem horas para comer. Não tem o sentimento de liberdade. Não sei se você sentiu isso.

E - Não, não sinto.

P - Muitas vezes as pessoas falam que se sentiam um bocado oprimidas, um bocado controladas. Você sente hoje que é totalmente livre de opressões, de controle? Sente-se uma pessoa livre?

E - Sim.

P - É? Totalmente livre?

E - Sim.

P - Para fazer o que quiser, quando quiser?

E - Mais ou menos.

P - E sente que é igual ou diferente de quando estava nas instituições? Sentes-te mais livre ou menos livre?

E - É diferente.

P - É diferente, ok. Quando saiu do hospital e das instituições o que é que definiu você sair de lá para cá? Foi uma escolha sua ou foram eles que acharam que era melhor?

E - Foram eles que acharam que era melhor.

(Página 15)

P - Ok. E você teve voto na matéria? Disseram, olha, tens que sair...

E - Tive. Mostraram primeiro o sítio onde era, se eu queria ou não estar residência de onde estou agora, da Portela.

P - Ok, perguntaram se queria ir para lá e você teve voto na matéria de decidir... E você se tivesse dito que não tinha alguma alternativa ou foi isto ou era isto... Quando saiu foi-lhe oferecido o seu processo?

E - Foi oferecido o meu processo e o meu dinheiro, o meu cartão multibanco.

P - Não tinha acesso a eles durante o internamento?

E - Não.

P - Porquê?

E - Acho que porque nem eu nem ninguém.

P - Mas porquê que não tinha acesso a eles?

E - Tínhamos que fazer planos para tudo. Planos para gastar dinheiro, planos para tudo e para mais alguma coisa que envolvesse despesas. Mas acho que, entretanto, agora já mudou.

P - Mas o dinheiro era seu?

E - Era.

P - Se o dinheiro era seu, você não podia fazer o que quisesse à hora que estivesse com ele?

E - Não.

P - Porquê? Porquê que justificava isso?

E - Justificava devido à nossa doença mental.

P - Mas você não gere o seu dinheiro hoje em dia?

E - Giro.

P - E não tem a mesma doença mental?

E - Sim.

(Página 16)

P - Porquê que eles não deixavam você andar com o seu dinheiro?

E - Não sei, se eu precisasse, tinha que fazer um plano. Eram os planos que eram sempre a ser aprovados pelo diretor.

P - Pelo diretor?

E - Sim, pelo diretor.

P - Está a ver, quando eu falo em controle, tem a ver com isso, não é?

E - E então, o diretor, eu pedia as coisas e ele “vou pensar no seu caso”.

P - Mas o dinheiro era de quem?

E - O meu dinheiro era meu...

P - Você é que devia poder dizer que “quero o meu dinheiro agora”.

E - Não.

P - Sim, não podia dizer isso senão o que é que eu fazia?

E - Não, era estar a morder a mão que quem me dava de comer.

P - Ah, ok. Eu acho que é quase como uma troca, ou seja, eles dão-me de comer e eu então deixo que eles tomem conta de mim como se eu fosse uma pessoa não capaz de gerir o meu dinheiro, é isso? E a medicação e tudo.

E - Sim, é diferente. A medicação era nos dada. Agora sou eu que faço a minha medicação que é muito bom, porque sei o que é que tomo.

P - Mas você gosta mais de ser você a gerir o seu dinheiro?

E - Gosto muito mais de ser eu a gerir o meu dinheiro. Apesar das minhas contas não estarem bem. Porque eu estou com um mês em atrás em relação aqui à instituição, mas que eu agora neste mês de julho recebo a dobrar e fica resolvido o problema.

P - Por exemplo parece uma pessoa extremamente capaz de gerir as suas contas jogando com aquilo que é a capacidade financeira que tem, não é? Mas agora, percebe o que eu estou a dizer em relação ao controle, que tem a ver com isto, não é? Ou seja, as instituições, normalmente, têm estas características, que são um bocadinho anti-direitos humanos. Percebe?

(Página 17)

E - Não, mas não se trata de...

P - Não estou a dizer a minha opinião, estou a dizer aquilo que está escrito em aquilo que leio.

E - Não, mas não se trata de violência dos direitos humanos.

P - Não, não é violência. Ou seja, você é um adulto. Certo. Não é? Você não é uma criança...

E - ... Mas há muita gente que lá aquilo de fumar era um problema. Eu só podia fumar um maço e oito cigarros por dia dava-me um maço de manhã e depois dava-me oito cigarros à noite.

P - Não podia fumar mais?

E - Não podia fumar mais. Era com onças...

P - Ah, aquele tabaco de enrolar?

E - Tabaco de enrolar.

P - E quem é que lhe comprava o tabaco?

E - Eramos nós.

P - Aonde, lá na loja?

E - Sim, no café lá ao pé.

P - E podia ir ao café sempre que queria?

E - Ao café ou então quando estava no Uvalias às bombas de gasolina.

P - No Uval você já estava numa vida autónoma.

E - Não, mas depois voltei... retornei de novo para a comunidade... para a quinta de Espírito Santo.

P - Porque que é que antigamente tinha que ser controlado e agora não tem? O que é que mudou? Houve um milagre que desceu à terra e o salvou...

E - (risos) Mais ou menos, não sei.

P - Ou foi dado uma oportunidade de você se mostrar?

(Página 18)

E - Não, foi dado uma oportunidade...

P - E você correspondeu.

E - E eu correspondo.

P - E se você precisar de ajuda, o que é que faz?

E - Tenho o meu tio que até há uns tempos atrás ele dava-me um montante por mês até eu receber a minha PSI. Agora que já recebo a minha PSI não há necessidade, portanto ele não... Mas foi preciso agora dinheiro para pagar as IMIs das casas que eu tenho e ele deu-me o dinheiro para pagar as IMIs.

P - Agora vou fazer uma pergunta, quando saiu das instituições para a residência do grupo, foi algo que você queria ou não?

E - Não sabia.

P - Não sabia o que ia encontrar do lado de cá.

E - Pois.

P - E na altura depois ficou contente ou não?

E - Na quinta de Espírito Santo mais ou menos, porque tínhamos tarefas muito...

P - Não, de lá para cá, para a residência.

E- De lá para a residência para aqui fiquei muito satisfeito ao constatar que isto respondia às minhas expectativas.

P - Era? Era isto que procurava?

E - Era isto que eu procurava.

P - O que é que isto tem de diferente? O que é que você tinha a expectativa que encontrou que era diferente do outro?

E - O tratamento das pessoas é diferente.

P - Em que sentido? Explique-me para eu perceber.

E - Somos mais autónomos.

(Página 19)

P - Há mais autonomia. Mas quando fala do tratamento, está a falar da forma como as pessoas falam consigo.

E - De tudo, de tudo. Da forma como me dou com os colegas, da forma do relacionamento que tem com a doutora Vera Coelho, que eu estimo imenso, que é uma ajuda muito grande. Eu agora estava um bocado aflito com esta história deste mês em atraso, que se deu por culpa minha, porque cedi dinheiro emprestado a um amigo meu e ele ainda está para me pagar, mas ele agora recebe a dobrar e ele dá-me todos as meses aquilo que me deve. Nunca me fica a dever não também a verdade seja dita.

P - Mais coisas que você acha que fazem a diferença de onde esteve para agora...

E - Eu não sei se devia de dizer isto, senão...

P - É tudo anónimo. Percebe, E? Não há nada aqui que vá depois vir-se a saber que tenha a ver consigo.

E - Pois. É agradecido.

P - Não é agradecido, é garantido. Por isso é que assinámos o papel. É muito importante o Mário dizer aquilo que quer, que esteja à vontade de liberdade. Não há nada aqui que vá depois vir e ter consequências para si. Pode dizer mal do que quiser, mal do que quiser...

E - Não tenho de dizer mal.

P - Não, mas pode...

E - Estou a dizer um exemplo. Só o XX que tem umas brincadeiras, um bocadinho parvas, que é... Mas agora o XY tem a sua paranoia do do como é que é aquilo que ele está sempre a dizer e a repetir muitas vezes...

P - Vou fazer uma pergunta ainda vou voltar à pergunta atrás, mas agora estava a pensar numa pergunta. Você já pensou alguma vez em viver por si próprio? Se houvesse essa oportunidade de ter uma casa e apoio?

E - Eu tenho casa e eu só preciso é do apoio dos cuidados continuadas que não chegam até Mafra.

P - Tem uma casa em Mafra, é?

E - Tenho uma casa em Mafra, uma casa na Damaia... E em Mafra tenho duas casas...

(Página 20)

P - Mas na Damaia, essas casas estão vazias, sem ninguém?

E - Não. Estão vazias a dar o mínimo de lucro possível, que é mais para as despesas das casas.

P - E quem é que gere essas casas?

E - Quem gere isso é o meu tio.

P - Mas se o Mário disser assim “olha, vou agora viver para a Damaia que eu tenho apoio que chega aí”, pode fazer isso?

E - Poder posso, mas não estou interessado em ir para a Damaia porque isso aí era voltar... à zona de consumos.

P - Então Mafra, Damaia e mais...

E - E uma casa que não conta que tem poucas condições na Pampilhosa da Serra.

P - Não, mas aqui mais perto de Lisboa.

E - Mais nada.

P - Só a Mafra.

E - A Mafra, mas Mafra-Estação.

P - E é mais perto ou mais longe daqui? é ao pé do Convento de Mafra?

E - Não, não, o Convento de Mafra, O Convento de Mafra isso fica mais para...

P - É mais longe, é?

E - Eu é mais perto de Alcainça.

P - Isso é a quanto tempo aqui de Lisboa?

E - Meia hora de comboio.

P - Ah, então também não é o fim do mundo.

E - Não, não é o fim do mundo não, mas não chegam os cuidados continuados.

P - Não, não sei se não chega agora, não sei se não chega, agora que houve uma alteração. Pense nisso pode ser uma hipótese, mas se houvesse apoio gostava de ir? Gerir a sua própria casa...

(Página 21)

E - Gostava de ir. Ele dizia que tinha muito interesse nisso, que adorava ir viver comigo.

P - Quem?

E - O rapaz que me deve esse...

P - Ah, está bem. Não, não, não. Vou-lhe fazer a pergunta de outra maneira. Porque é que gostava de ir morar para...

E - Porque é um sítio que tem uma qualidade de vida muito grande. É o campo... é uma coisa completamente diferente.

P - E depois o que é que faria todo o dia?

E - Pois, isso...

P - Para vir cá às atividades, é só meia hora de comboio. De vez em quando.... Mais coisas que você vê que são melhores agora do que eram nos outros sítios. Para além do dinheiro, do tabaco, da comida, do tratamento das pessoas que falou. Que outras coisas é que se lembra assim que agora está mais satisfeito? Ou seja, eu fiquei muito contente. Ok, porquê? Porque é muito diferente. Ok, diferenças. Que mais diferenças é que você se lembra?

E - Não sei, é diferente.

P - Mas lembra-se assim de mais alguma diferença?

E - Acho que é tudo.

P - Como é que foi o seu primeiro contato com estas organizações sociais de saúde mental como esta é que está?

E - Achei que estava no sítio certo devido à patologia que identifiquei nas outras pessoas.

P - Se tiver alguma situação de risco para a sua saúde mental, como é que você gere isso?

E - Telefonei à Dra. Vera.

P - O que é que espera que as organizações como a AEIPS façam por si e pela sua saúde mental?

E - Eu acho que já fazem tudo quanto é possível.

(Página 22)

P - Que é o quê?

E - É deixar-me tomar conta da minha medicação, preocuparem-se comigo... arranjar um curso como deve ser, um curso que realmente valha a pena.

P - Que tipo de curso é que você gostava de...

E - Eu, é de informática.

P - Informática é o que você gosta, é a sua área.

E - É a minha área.

P - Ok. O que é que você faz atualmente que o faz sentir feliz? Concretizado.

E - Ainda não. Estou na expectativa do curso.

P - O curso é que acha que o vai fazer feliz, é isso?

E - Sim.

P - Ok. Muito bem. Tendo em conta que o E já esteve num hospital, já esteve numa instituição de consumos e numa instituição psiquiátrica, já esteve num hospital psiquiátrico e agora está numa organização social, o que é que você acha, essa é a última pergunta, o que é que você acha que gostaria que fosse diferente em todo este mundo da saúde mental que você já navega há alguns anos? O que é que

sugeria que fosse diferente, o que é que poderia melhorar, o que é que poderia acabar?

E - Não sei.

P - Tem uma opinião sobre isso? Nunca pensou sobre...

E - Acho que estamos bem como estamos.

P - Ok. Não há nenhuma sugestão que gostasse de dar, para depois pormos que poderia ser uma sugestão engraçada?

E - Não. Quer dizer, a comida a gente sugere aquilo que há na ementa, quanto à medicação somos nós que tratamos disso.

P - Não é só agora. É também relação aos outros sítios em que foi. Você acha que as pessoas é que têm a medicação e não ser mais ninguém?

E - Sim, certo. Mas agora já mudou isso.

(Página 23)

P - E o dinheiro é igual, não é?

E - A doutora Vanda Cardoso, que eu dava muito bem com ela, é agora a diretora da Quinta de Espírito Santo.

P - E ela é mais aberta nesse sentido, não é?

E - Não é mais aberta, é diferente. A política de de autonomia e liberdade mudou com os doentes. Quem tem cartão tem acesso ao seu cartão desde que não gaste mais que possa.

P - O cartão também quando chega a zero, acabou.

E - Não, mas depois posso criar dívidas

P - O que é que achou da entrevista?

E - Gostei muito. Eu gosto muito de falar com o Dr. Luís

P - Há mais alguma coisa que gostava de acrescentar que possa enriquecer a sua participação?

E - Acho que devo começar a vir mais vezes às reuniões de *empowerment*.

P - Acho que pode ser um bom princípio. vou agora só terminar aqui a gravação.