



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O Estigma das Perturbações
Mentais: um Estudo Qualitativo
pela Voz das Crianças.**

Ana Filipa Carlos Gonzalez

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Csongor Juhos

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Csongor Juhos

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Csongor Juhos apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Csongor Juhos, pelo rigor e criatividade.

À Yennyfer Martins, pela companhia, pelo apoio e pela singeleza de coração.

Aos professores das escolas participantes, pelo empenho, curiosidade, abertura e delicadeza com que lidaram com todo o processo de recolha de dados.

Às crianças extraordinárias que partilharam comigo os seus saberes e não-saberes, pela alegria com que me receberam, pelos abraços apertados, pelo entusiasmo contagiante, pelas partilhas, pela participação sem reservas e pela vontade de dar e receber muito mais.

À família Catarina, André, Daniel, Alzira e Francisco Bento, por todo o apoio, pelas partilhas, pelas brincadeiras e pelos miminhos: sem ela, teria sido tudo muito mais difícil.

À Loide e ao Nuno Soares, pelo cuidado, pelo empréstimo do computador e por assegurarem as coisas simples para que pudesse dedicar-me às mais complexas.

À Rosa Pires e à sua família, com quem posso sempre contar, pela animação constante e pelos cozinhados deliciosos.

À Sandra Francisco e ao Richard Cohen, pelo entusiasmo e alegria com que viveram esta etapa comigo, assim como pela disponibilidade com que me presentearam em todos os momentos.

Ao Nuno Conceição, pelo investimento, pela leveza, pela generosidade, pela calma no meio das tempestades, pelas mútuas aprendizagens e pelos momentos inestimáveis.

À mãe Fátima Rigor, pelo orgulho que tem na sua “filha do coração”, pela humilde e profunda sabedoria, pela segurança amorosa com que sempre me rodeou e pelos horizontes ainda inimaginados.

À linda e graciosa princesa Daniela, que me faz crescer por dentro constantemente desde o momento em que nasceu.

A Deus, pelo sopro de vida.

RESUMO

O estigma da doença mental é um fenómeno complexo que afecta não só as pessoas com perturbações mentais e as suas famílias, como também a sociedade como um todo. A literatura salienta a pertinência de compreender o modo como sociedade perpetua estereótipos relacionados com a doença mental, particularmente o papel das crianças enquanto agentes sociais. A presente dissertação tem como objectivos compreender as representações das crianças face à doença mental e identificar linhas de trabalho para intervenções futuras. Participaram neste estudo 47 crianças de ambos os sexos, a frequentar escolas públicas e uma semi-privada da região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos. Foram constituídos grupos de discussão considerando três intervalos etários: 4-5, 8-9 e 11-12 anos de idade. Foi ainda solicitada às crianças a realização de dois desenhos sobre o doente mental, um antes e outro depois da discussão. De um modo geral, verificaram-se valores mais altos de atitudes estigmatizantes face à doença mental em grupos com idades mais avançadas. A temática predominante dos desenhos variou consoante o grupo etário. Tendo em conta os resultados deste estudo, discute-se a relevância de incluir as crianças nas intervenções relacionadas com o estigma associado à doença mental, quer do ponto de vista do aumento da literacia como da prevenção na área da saúde mental.

Palavras-chave: doença mental, estigma, crianças, intervenção.

ABSTRACT

Mental illness stigma is a complex phenomenon that affects not only people with mental disorders and their families, but also society as a whole. The literature highlights the relevance of understanding how society perpetuates mental illness related stereotypes, particularly the role of children as social agents. This thesis aims to understand children's representations of mental illness and to identify lines of work for future interventions. In this study participated 47 children of both sexes, between 4 and 12 years old, attending public schools and a semi-private school of Lisbon. Focus groups were formed considering three age groups: 4-5, 8-9 and 11-12 years. Children were also requested to draw a mentally ill person, before and after discussion. In general, there were higher levels of stigmatizing attitudes towards mental illness, the older the age group. The predominant theme of the drawings varied depending on the age group. Given the results of this study, the inclusion of children in interventions related to mental illness stigma is discussed, focused on both increasing literacy and prevention in mental health.

Keywords: mental illness, stigma, children, intervention.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Lista de Tabelas.....	VIII
Lista de Figuras.....	VIII
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	3
Estigma.....	3
As consequências do Estigma.....	6
Consequências para o Indivíduo.....	6
Consequências para a Família.....	7
Consequências para a Sociedade.....	8
Além do Estigma.....	8
O Estigma é Transmissível?	11
Adultos Responsáveis.....	13
Os Malucos nos <i>Media</i>	14
Problemática.....	16
Método	18
Delineamento.....	18
Participantes.....	18

Instrumento.....	19
Procedimentos.....	19
Resultados.....	21
Discussão.....	31
VI – Referências	37
VIII – Anexos	42
Anexo A – Consentimento Informado.....	43
Anexo B – Grelha de Discussão de Grupos.....	45
Anexo C – Transcrições.....	48
Anexo D – Códigos e Sub-Códigos por Idade.....	112

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Códigos e Sub-códigos do tema Componentes do Estigma.....	22
Tabela 2 – Códigos e Sub-códigos do tema Iliteracia.....	23

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa Temático.....	24
Figura 2 - Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Componentes do Estigma.....	25
Figura 3 - Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Iliteracia.....	26
Figura 4 - Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Normas Sociais.....	27
Figura 5 – As Malucas Estão a Rir.....	28
Figura 6 – Maluco a Beber Vinho.....	28
Figura 7 – Ele a Cortar-se.....	29
Figura 8 - Tipos de escola x Componentes do Estigma x Normas Sociais.....	30

INTRODUÇÃO

Quando se fala em perturbações mentais, no quotidiano, as reacções verbais parecem muitas vezes apontar para uma necessidade implícita de assegurar distanciamento e surgem das mais variadas formas, desde brincadeiras desconsiderantes até ao uso de termos psicológicos para tentar denegrir o outro (e.g., “você é um esquizofrénico!”). Por outro lado, a vergonha parece ser quase inerente à possibilidade de se necessitar de ajuda na área da saúde mental, algo que é corroborado não só pela experiência de vida comum como também por Link et al. (2004), cuja revisão de artigos empíricos sobre as experiências das pessoas com perturbações mentais mostra que o estigma e a vergonha surgem frequentemente.

O estigma da doença mental é um fenómeno complexo que afecta não só as pessoas com perturbações psiquiátricas e as suas famílias, como também a sociedade como um todo (Corrigan & O’Shaughnessy, 2007). Tragicamente, as doenças mentais têm sido identificadas como um dos atributos mais estigmatizados que uma pessoa pode ter na sociedade moderna, contribuindo não só para o aumento da carga incorrida pela doença mental em si (Heflinger & Hinshaw, 2010) como também para que o investimento no tratamento e na investigação seja menor para as perturbações psiquiátricas do que para outras condições de saúde (Link & Phelan, 2001). Enquanto que as taxas de recuperação para condições físicas severas, tais como cancro e doenças cardíacas, melhoraram dramaticamente desde a II Guerra Mundial, as taxas de recuperação das doenças mentais severas não sofreram alterações (Bentall, 2016).

O estigma relacionado com as perturbações mentais pode constituir uma barreira significativa na procura ou participação integral nos serviços de saúde mental (Corrigan, 2004; Abbey et al., 2011; Sickel et al., 2014). É preciso poder para estigmatizar (Link & Phelan, 2001), daí que a orientação para a recuperação deva incluir um foco no *empowerment* do indivíduo (Deegan, 1996; Roberts & Wolfson, 2004; Whitley & Drake, 2010; cit. por Abbey et al., 2011). Apesar dos profissionais de saúde muitas vezes pensarem na recuperação em termos de ausência dos sintomas, os pacientes enfatizam mais frequentemente a importância da auto-estima, da esperança no futuro e de um papel válido na sociedade (Bentall, 2016). A recuperação pode ocorrer na presença de sintomas contínuos (Anthony, 1993, cit. por Abbey et al., 2011), sendo que um grande número de pessoas consegue viver vidas produtivas apesar de experienciar sintomas de perturbações psiquiátricas severas em

algum momento. Existe, por exemplo, uma rede internacional para pessoas que ouvem vozes, o *Intervoice - International Hearing Voices Projects* (<http://www.intervoiceline.org/>) (Bentall, 2016).

A avaliação dos comportamentos, crenças e conhecimentos das crianças, assim como a sua experiência de estigma, é importante para conhecer os mecanismos através dos quais a nossa sociedade perpetua estereótipos (Link et al., 2004). Existem vários exemplos da capacidade transformadora da criança na sociedade (e.g., hábitos de reciclagem introduzidos nas famílias através das crianças), o que permite inferir que investir na criança é investir na sociedade. Muitos acreditam que, se os processos cognitivos primários das crianças em idade pré-escolar e do ensino básico fossem influenciados, o preconceito, assim como a discriminação das pessoas com doença mental, poderia nunca desenvolver-se ou até mesmo ser silenciado (Wahl et al., 2002, cit. por Corrigan & O'Shaughnessy, 2007).

Em Portugal, têm sido efectuados alguns estudos sobre as atitudes estigmatizantes face à saúde mental mas até à data apenas foram considerados participantes adultos ou adolescentes. Desta forma, o presente estudo pretende abordar esta temática do ponto de vista das crianças abrangendo diferentes faixas etárias.

Na revisão de literatura da presente dissertação serão abordados conceitos de estigma e identificadas as suas consequências a nível individual, familiar e social, passando ainda por estratégias de intervenção no combate ao estigma. Seguidamente será revista a definição de atitude e a distinção entre atitude implícita e atitude explícita, assim como a sua evolução ao longo da idade. Por fim, serão contempladas as influências dos adultos significativos e dos meios de comunicação na formação das atitudes estigmatizantes, reforçando a importância da inclusão das crianças no combate ao estigma tendo em conta o papel das mesmas na sociedade.

Neste estudo foi utilizado um método qualitativo baseado em grupos de discussão com crianças entre os 4 e os 12 anos de idade.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Estigma

No livro “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity”, Ervin Goffman (1963, citado por Link & Phelan, 2001) inspirou uma profusa investigação sobre a natureza, fontes e consequências do estigma. Usando a observação de Goffman de que o estigma pode ser visto como uma relação entre um atributo profundamente depreciativo e um estereótipo, estes autores expandem o elo da relação com a intenção de captar um conjunto de significados do termo mais completo. Desta forma, consideram que o estigma existe quando os seguintes componentes inter-relacionados convergem: atribuição de rótulos (categorização das diferenças humanas), estereótipos negativos (a diferença rotulada é ligada a uma característica indesejável), separação (entre “nós” e “eles”), reacção emocional e perda de *status* e discriminação. A discriminação pode ser individual (e.g., rejeitar uma candidatura para emprego) ou estrutural (práticas institucionais que acarretam desvantagens para os grupos estigmatizados – e.g., esquizofrenia recebe baixos níveis de fundos para investigação e tratamento em comparação com outras doenças) (Link & Phelan, 2001; Link, Yang, Phelan et al., 2004). A discriminação tem consequências negativas e até devastadoras quando a pessoa estigmatizada está numa posição vulnerável devido a um diferencial de poder relacionado com razões socioeconómicas (e.g., pobreza), afiliações culturais (e.g., grupos étnicos marginalizados) ou questões psicológicas (e.g., frágil auto-estima em pacientes deprimidos) (Abbey et al., 2011; Link, Yang, Phelan et al., 2004). Assim, aplica-se o termo estigma quando estes elementos co-ocorrem numa situação de poder que permite o seu desenrolar. O estigma é totalmente dependente do poder social, económico e político – é preciso poder para estigmatizar (Link & Phelan, 2001).

Goffman (1963) originalmente adoptou o termo estigma dos Gregos que o usavam para se referir a sinais corporais que indicavam algo negativo sobre o carácter moral do portador marcado com o estigma (citado por Ben-Zeev et al., 2010). Quando aplicado a indivíduos com doença mental, este tipo de imputação moral tem efeitos flagrantes a vários níveis (Ben-Zeev et al., 2010). Corrigan (2004) enquadra o estigma face à doença mental em quatro processos sócio-cognitivos: indícios (*clues*), estereótipos, preconceito e discriminação. Este autor distingue também estigma público de auto-estigma: o primeiro refere-se ao

fenómeno em que largos grupos sociais aceitam estereótipos em relação a um grupo distinto, agindo conseqüentemente contra o mesmo – pessoas com doença mental, neste caso; o segundo refere-se à perda de auto-estima e auto-eficácia que ocorre quando as pessoas internalizam o estigma público (Ben-Zeev et al., 2010).

O estigma público é conceptualizado como um processo por etapas. Primeiramente a população geral infere doença mental a partir de indícios específicos: sintomas psiquiátricos, défice de competências sociais, aparência física e rótulos diagnósticos comuns. Estes indícios estigmatizantes frequentemente levam a estereótipos, i.e., estruturas de conhecimento que o público em geral, ou o indivíduo com doença mental, aprendem sobre um grupo social marcado. Os estereótipos comuns sobre pessoas com doença mental incluem violência (as pessoas com doença mental são perigosas), incompetência (são incapazes de uma vida independente ou de trabalhar) e culpa (devido ao seu carácter fraco, são responsáveis pelo desencadeamento e prolongamento das suas perturbações) contudo, conhecer um conjunto de estereótipos não significa que se concorde com eles. Assim, os resultados do estigma público são prejudiciais apenas quando os estereótipos negativos (“as pessoas com doença mental são violentas”) geram reacções emocionais negativas (“tenho medo delas”). Em contraste com os estereótipos, que são crenças, o preconceito é uma resposta cognitiva e afectiva que leva a uma reacção comportamental – discriminação. Este tipo de comportamento manifesta-se como evitamento social, claramente ligado ao estereótipo da perigosidade (Corrigan et al., 2002), ou perda de oportunidades ou de tratamentos que iriam promover os objectivos da pessoa (Ben-Zeev et al., 2010).

O auto-estigma pode ter um impacto igualmente negativo: ao receber um diagnóstico, as crenças relativas ao estigma associado à doença mental são activadas (Ben-Zeev et al., 2010) e frequentemente internalizadas pela pessoa com doença mental, levando à crença que tem menos valor por causa da sua condição psiquiátrica (Link & Phelan, 2001) e ao afastamento de interacções sociais devido a uma antecipação da rejeição (Chandra, 2012). O auto-estigma e o *empowerment* podem ser conceptualizados como limites opostos de um contínuo (Brohan et al., 2011; Rusch et al., 2006; citado por Rusch et al., 2014), sendo que um elevado auto-estigma, juntamente com um baixo *empowerment*, são tipicamente associados a pensamentos automáticos, a reacções emocionais negativas (tais como vergonha, baixa auto-estima e auto-eficácia diminuída) e a uma qualidade de vida limitada (Livingson & Boyd, 2010; citado por Rusch et al., 2014; Corrigan, 2007), podendo afectar também o

comportamento - e.g., evitamento de situações devido à vergonha ou efeito de “porquê tentar” (Corrigan, 2007; Ben-Zeev et al., 2010).

Estes dois tipos de estigma podem interagir entre si, aumentando-se um ao outro (Corrigan, 2004). O estigma apresenta-se como uma situação persistente porque, enquanto os estigmatizadores sustentarem a sua visão das pessoas que estigmatizam, diminuir o uso de um mecanismo através do qual uma desvantagem pode ser conseguida, cria simultaneamente o ímpeto de aumentar o uso de outro. Se as pessoas estigmatizadas não podem ser convencidas a aceitar voluntariamente o seu *status* inferior, a discriminação directa pode ser usada para atingir o mesmo resultado; e se a discriminação directa se torna ideologicamente difícil, formas de discriminação estrutural podem atingir o mesmo fim (Link & Phelan, 2001).

Um exemplo de estigma estrutural é o diagnóstico clínico aplicado à doença mental (Corrigan, 2007). O diagnóstico assume que todos os membros de um grupo são homogéneos e que todos os grupos são distinguíveis por barreiras definidas (APA, 2000, citado por Corrigan, 2007 e Ben-Zeev et al., 2010). Existem três processos que ilustram como os diagnósticos podem exacerbar o estigma: *groupness*, homogeneidade e estabilidade (Ben-Zeev et al., 2010). *Groupness* é o grau em que um conjunto de pessoas é percebido como uma entidade unificada ou significativa (Campbell, 1958; Hamilton & Sherman, 1996, citado por Ben-Zeev et al., 2010) - o diagnóstico distingue as pessoas com doença mental da população geral e contribui para a proeminência do *groupness* (Link & Phelan, 2001). A homogeneidade leva a um erro de sobregeneralização, nomeadamente de que é esperado que todos os membros de um grupo manifestem as características atribuídas a esse grupo (e.g., todas as pessoas com esquizofrenia têm alucinações, ou todas as pessoas com depressão são suicidas). As descrições estereotipadas acerca dos grupos estigmatizados muitas vezes incluem uma componente de estabilidade, especificamente a crença de que os traços que descrevem o grupo permanecem relativamente estáticos e inalteráveis (Anderson, 1991; Kashima, 2000, citado por Ben-Zeev et al., 2010). Este componente pode ser especialmente problemático porque sugere que as pessoas com perturbações específicas não recuperam dessas perturbações (Ben-Zeev et al., 2010). Os rótulos diagnósticos possuem uma clara utilidade clínica e na investigação, mas poderá haver um número de implicações negativas ao nível do estigma público e do auto-estigma, podendo também activar o evitamento do rótulo em pessoas com doença mental - muitas pessoas escolhem não procurar os serviços de saúde mental porque não querem ser rotuladas como “paciente mental” ou sofrer o preconceito e a

discriminação que o rótulo implica (Corrigan, 2007; Ben-Zeev et al., 2010). Como alternativa à classificação psiquiátrica como diagnóstico, Corrigan (2007) sugere dimensões contínuas que incluem a vida normal.

Um importante aspecto deste tema é a avaliação das crenças e atitudes dos psiquiatras em relação aos seus pacientes, que tem provado ser de máximo interesse para a investigação, assim como para o planeamento de campanhas anti-estigma (Pilgrim & Rogers, 2005; citado por Loch et al., 2013). A discriminação por parte destes profissionais é comumente reportada pelos pacientes e suas famílias (Schulze & Angermeyer, 2003; Corrigan et al., 2003; Henderson et al., 2012; citado por Loch et al., 2013); inclusivamente, as famílias de pacientes psiquiátricos nomearam os profissionais de saúde mental como as últimas pessoas que contactariam para os ajudar a lidar com questões relacionadas com o estigma (Wahl & Harman, 1989; citado por Chandra, 2012). Os dados disponíveis em relação a atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais da saúde mental para com os indivíduos com doença mental ainda são inconclusivos, sendo que os dados variam de acordo com a dimensão do estigma avaliada e com o contexto cultural da amostra (Schulze, 2007; Lepping et al., 2004; Hengartner, 2012; citado por Loch et al., 2013).

2 – As Consequências do Estigma

2.1 - Consequências para o Indivíduo

Embora o estigma da doença mental possa ser experienciado de formas diferentes dependendo do grupo social em que é medido (Sickel et al., 2014), os processos de estigma têm uma dramática (e provavelmente sub-reconhecida) influência na distribuição de oportunidades de vida, quer essas oportunidades se refiram a carreiras, remunerações, laços sociais, alojamento, envolvimento criminal, saúde física (contribuindo para uma redução da esperança média de vida, em larga medida devida ao processo em que os sintomas físicos são erradamente atribuídos à doença mental – *diagnostic overshadowing*) ou à vida em si (Link & Phelan, 2001; Abbey et al., 2011). Estudos sugerem ainda que o estigma da doença mental pode constituir uma barreira significativa na procura ou participação integral nos serviços de saúde mental (Corrigan, 2004; Abbey et al., 2011; Sickel et al., 2014), podendo levar a um aumento da severidade da doença mental individual, assim como da miríade de custos associados a estas condições (Sickel et al., 2014). A possibilidade de um tratamento atempado

e continuado nas perturbações da saúde mental tem consequências favoráveis para indivíduos, membros familiares, investigadores, clínicos e decisores de políticas (*policy makers*) de igual forma (Sickel et al., 2014).

2.2 - Consequências para a Família

Os membros das famílias de pessoas com doença mental referem que o estigma influencia negativamente a família como um todo e não apenas a pessoa com a perturbação mental (Wahl & Harman, 1989; citado por Chandra, 2012; Abbey et al., 2011). Goffman (1963, citado por Corrigan & Miller, 2004) chamou a isto de estigma de cortesia – o preconceito e a discriminação que se estendem às pessoas porque elas estão, de alguma forma, ligadas ao indivíduo com a marca estigmatizante. Este é um fenómeno complexo e com múltiplos níveis, de acordo com os resultados da revisão de Corrigan & Miller (2004), que sugere que os pais são culpabilizados por causarem a doença mental dos seus filhos, os irmãos e cônjuges são culpabilizados por não assegurarem que os seus familiares com doença mental adiram aos planos de tratamento e os filhos têm medo de serem contaminados pela doença mental do seu pai ou da sua mãe. Estudos também demonstram que os membros da família sofrem quando constatarem o impacto do preconceito e da discriminação no seu familiar com doença mental, afirmando que estão muito conscientes de que o estigma é um enorme obstáculo à sua recuperação (Corrigan & Miller, 2004). A existência de grupos como a *European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness*¹ na Europa, a *National Alliance on Mental Illness (NAMI)*² nos Estados Unidos, a *Schizophrenia Society of Canada*³ no Canadá e várias manifestações da *Schizophrenia Fellowship*⁴ na Europa e na Austrália, é uma evidência de que as famílias acreditam que desestigmatizar a doença mental é uma prioridade (Corrigan & Miller, 2004). Importa ainda referir que, em Portugal existe um grupo de ajuda mútua para familiares, proporcionado pela Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, que funciona numa base mensal sendo constituído e dinamizado exclusivamente por familiares, com o intuito de proporcionar um espaço de partilha de experiências, de suporte mútuo e de colaboração na resolução de problemas comuns.

¹ <http://www.eufami.org/>

² <https://www.nami.org/>

³ <http://www.schizophrenia.ca/>

⁴ <https://www.sfnsw.org.au/>

2.3 - Consequências para a Sociedade

O estigma da doença mental tem um impacto pervasivo no funcionamento físico, psicológico e social de um indivíduo, representando assim uma barreira considerável na saúde e na produtividade da nossa sociedade (Sickel et al., 2014), tendo um impacto económico negativo, não só nos indivíduos e suas famílias, como também na sociedade mais alargada (Abbey et al., 2011). Ngui et al. (2010) especulam que é esperado que o ónus que as perturbações da saúde mental terão globalmente aumente até 2020 (de 12% para 15%, segundo o Relatório Mundial da Saúde, 2001), e que as perturbações mentais comuns (e.g., depressão, ansiedade e abuso de substâncias) irão incapacitar mais pessoas do que as complicações decorrentes de SIDA, doenças cardíacas, acidentes de trânsito e guerras, combinadas entre si. Além disso, os custos indirectos das perturbações mentais em relação à economia global, decorrentes da perda de produtividade, correspondem a um proporção maior de custos do que os directos, em relação ao total (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Apesar da alta prevalência das perturbações mentais, os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde, tornando-se inadiável incluir a saúde mental na agenda da saúde pública e assegurar a todas as populações o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade em todo o mundo (Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Muito do fardo relacionado com a doença mental poderia ser aliviado se os efeitos do estigma fossem minimizados (Sickel et al., 2014), tendo em conta que, a um nível estrutural, o estigma e a discriminação resultam em menos fundos para pesquisas na área da saúde mental, serviços clínicos mais pobres e menos organizados do que noutras áreas dos cuidados de saúde, e na desvalorização dos profissionais envolvidos nessas áreas (Abbey et al., 2011).

3 - Além do Estigma

A doença mental ataca como uma espada de dois gumes: por um lado, as pessoas têm que lutar com os sintomas e incapacidades que as impedem de atingir muitos dos seus objectivos de vida; por outro lado, o estigma da doença mental compromete as suas oportunidades e aspirações (Corrigan et al., 2004). Os comportamentos discriminatórios tornam-se psicologicamente aceitáveis quando o outro é colocado na categoria de “outro” como “distinto de nós”, negando-lhe características humanas essenciais. Além disso, as

desigualdades de poder podem impedir que a pessoa discriminada reclame o seu estatuto humano, promovendo mais discriminação. Desta forma, reconhecer a nossa humanidade comum e corrigir esta percepção de divisão é fulcral na redução do estigma e da discriminação (Abbey et al., 2011). É imperativo identificar caminhos e melhorar as barreiras ao tratamento adequado de saúde mental (Sickel et al., 2014), assim como ir além da consideração do estigma e avançar para a acção social através da procura activa da inclusão social (Abbey et al., 2011). É importante que a investigação sobre o estigma da doença mental procure unificar as conceptualizações de toda a terminologia para uma maior eficácia e precisão na divulgação de informação (Sickel et al., 2014).

Os resultados do estudo de Loch et al. (2013) corroboram as recomendações internacionais de que os profissionais de saúde mental devem tornar-se mais conscientes dos seus próprios comportamentos estigmatizantes (Arboleda-Florez & Stuart, 2012, citado por Loch et al., 2013) e confirmam a ideia que as intervenções devem ser especificamente dirigidas a esta população visto serem frequentemente considerados um *blind-spot* nos programas anti-estigma (Schulze, 2007, citado por Loch et al., 2013).

Existem três estratégias gerais que podem ser incorporadas em programas que procuram reduzir o estigma público em relação à família: educação (contrastar mitos sobre a doença mental com factos), protesto (parar ou substituir imagens desrespeitadoras de um grupo através de um apelo moral) e contacto (Corrigan & Penn, 1999; Watson & Corrigan, 2004; citado por Corrigan & Miller, 2004).

Vários estudos demonstram que as intervenções educacionais podem reverter estereótipos negativos e produzir melhorias a curto-prazo nas atitudes (Corrigan et al., 2002; Penn et al., 1999), contribuindo substancialmente para prevenir a consolidação de atitudes desfavoráveis em relação à doença mental (Economou et al., 2014). As intervenções educacionais resultam da literatura que demonstra uma ligação entre uma avançada compreensão da doença mental e atitudes positivas (Brockington et al., 1993; Link et al., 1987; cit. por Economou et al., 2014) e geralmente envolve uma apresentação de informação factual sobre perturbações psiquiátricas (Economou et al., 2014). Numa revisão da literatura sobre a eficácia das intervenções educacionais para contrariar o estigma e a discriminação nos adolescentes, verificou-se que estas não só exercem um impacto positivo nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à doença mental como, em muitos casos, também levam a uma redução dos índices de distância social (Sakellari et al., 2011, cit. por Economou et al., 2014).

O contacto interpessoal entre o público e os membros do grupo estigmatizado produz diminuições significativas do preconceito (Allport, 1954; Pettigrew & Tropp, 2000; cit. por Corrigan & O’Shaughnessy, 2007). Um exemplo de um programa para redução do estigma baseado no contacto é o programa *Rádio Aurora – A Outra Voz*, emitido a partir do Hospital Júlio de Matos, que dá voz a um grupo de pessoas com doença mental severa. Criado em Portugal pelo Dr. Nuno Faleiro e pela Dra. Isabel Moura-Carvalho em 2009, este programa de rádio combate a discriminação e o preconceito, diminuindo a distância entre o público e os pacientes, ao mesmo tempo que contribui para o bem-estar dos utentes através do sentimento de pertença e da constatação de um papel válido na sociedade (Reportagem Público: *Rádio Aurora, a Outra Voz contra a discriminação na doença mental*). No estudo de Almeida (2015) acerca do impacto deste programa nas crenças negativas face à doença mental em adultos, verificou-se que este é eficaz no combate ao estigma da doença mental, sendo promotor de mudanças positivas em relação à representação social das pessoas com perturbações mentais. Apesar dos programas de educação trazerem benefícios positivos no combate ao estigma, o contacto com as pessoas com doenças mentais sérias produz resultados mais consistentes, sendo de longe superior a melhorar as atitudes estigmatizantes (Corrigan et al., 2001; Corrigan et al., 2002).

A acumulação de indícios das deficiências dos hospitais psiquiátricos, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” – a manifestação de incapacidades como consequência do isolamento e dos cuidados institucionais em asilos distantes – levou ao movimento pela desinstitucionalização que, mais do que uma mera desospitalização, é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias empenhadas na emancipação de pessoas com perturbações mentais (Relatório Mundial da Saúde, 2001). Em Portugal, é de salientar a emergência da organização inspirada pelos princípios e valores da psicologia comunitária, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIP)⁵ em 1987, para contrapor um sistema de saúde alicerçado nos hospitais psiquiátricos em larga escala, nas alas psiquiátricas integradas em hospitais gerais e nas instalações de organizações religiosas, oferecendo alternativas à institucionalização (Nelson et al., 2014). A AEIP é uma IPSS que promove a integração na comunidade das pessoas com problemas de saúde mental, através de serviços e projectos nas áreas de formação profissional e apoio à inserção nas empresas, apoio a projectos educacionais nas escolas e universidades, grupos de ajuda mútua

⁵ <http://www.aeips.pt/>

e defesa de direitos cívicos e apoio habitacional através de residências comunitárias e do programa «Casas Primeiro» para pessoas sem-abrigo com doença mental. A AEIPS oferece assim um paradigma alternativo para os cuidados de saúde mental e contribui para transformar o sistema de saúde mental em Portugal através da fundação dos primeiros serviços de apoio comunitário, estabelecendo alternativas residenciais, criando centros comunitários e usando a mudança organizacional para promover a mudança de políticas (ao contribuir para moldar novas políticas através da legislação, adequar a política nacional e demonstrar a fiabilidade das novas políticas). Todas as pessoas com doença mental devem viver na comunidade, participar em actividades integradas na comunidade que promovam *empowerment* e bem-estar, sendo que os profissionais devem ser defensores da inclusão, fazendo a ponte e reforçando as redes de suporte naturais dos usuários, tais como amigos, família, vizinhos, colegas de trabalho e outros membros da comunidade. A participação das pessoas com doença mental é essencial para a mudança organizacional transformativa (Nelson et al., 2014). A AEIPS desempenha um papel fundamental no combate ao estigma em Portugal através da desinstitucionalização e integração das pessoas com doença mental na comunidade, devolvendo dignidade, aumentando autonomia e auto-estima, proporcionando esperança no futuro e liberdade para sentir a vida, protegendo e dando voz a quem não podia expressá-la.

Indiscutivelmente, o estigma da doença mental reflecte uma falta de conhecimento acerca da doença mental e das suas causas subjacentes. Se a doença mental for correctamente compreendida como o produto de combinações de factores ambientais e genéticos, então a lógica dita que todos somos susceptíveis de nos tornar doentes mentais - ironicamente, o interesse próprio poderá ser o motivador mais poderoso para a mudança (Brooks, 2012).

4 – O Estigma é Transmissível?

Na sua forma mais básica, uma atitude é uma tendência psicológica para ver uma entidade particular (um objecto de atitude) com algum grau de favor ou desfavor (Eagley & Chaiken, 1993; Zanna & Rempel, 1998, citado por Blair, Dasgupta & Glaser, 2015). O objecto de atitude pode ser específico ou geral, e a atitude em si pode incluir componentes afectivos (emoções), cognitivos (crenças) ou comportamentais (Breckler, 1984; Hilgard, 1980; Ostrom, 1969, citado por Blair, Dasgupta & Glaser, 2015). Resultados empíricos

confirmaram a existência de dois tipos de atitudes relacionados, embora distintos (Cunningham, Preacher & Banaji, 2001; Gawronski, Gschwendner, Le & Schmitt, 2005; Hofmann, Gschwendner, Nosek & Schmitt, 2005; Nosek, 2005; Nosek & Schmitt, 2007, citado por Blair, Dasgupta & Glaser, 2015), usualmente referidos como atitudes implícitas e explícitas. A principal diferença entre estes dois tipos de atitude é que as avaliações associativas inerentes às atitudes implícitas são activadas espontaneamente, independentemente da pessoa considerar essa avaliação exacta ou imprecisa, ou se concorda ou não, enquanto que as avaliações conscientemente controladas relacionadas com as atitudes explícitas são conscientes e deliberadas, baseadas no pensamento racional e na aprovação pessoal (Castelli, Zogmaister & Tomelleri, 2009).

Evidências crescentes mostram que as crianças demonstram atitudes implícitas relativamente a grupos sociais pelo menos aos seis anos de idade (Dunham, Baron & Banaji, 2006, Rutland, Cameron, Milne & McGeorge, 2005; Sinclair, Dunn & Lowery, 2005, citado por Vezzali, Giovannini & Capozza; Baron & Banaji, 2006; Degner & Wentura, 2010). Em contraste com o preconceito explícito, que surge em crianças de três a quatro anos de idade e começa a declinar por volta dos sete a oito anos (Aboud, 1988; Cristol & Gimbert, 2008, cit. por Vezzali, Giovanni & Capozza, 2012; Bigler & Liben, 2007), o preconceito implícito permanece relativamente estável ao longo do desenvolvimento das crianças (Dunham et al., 2006, cit. por Vezzali, Giovannini & Capozza, 2012; Baron & Banaji, 2006). É por volta dos 10 anos que a separação entre as atitudes implícitas e as atitudes explícitas primeiro emerge, salientando a sensibilidade diferencial destas duas formas de atitude à demanda social de ser imparcial na avaliação baseada na raça (Baron & Banaji, 2006).

Não só as atitudes implícitas podem ser largamente dissociadas das atitudes explícitas, como podem também influenciar o comportamento de diferentes formas (Bargh, 1999; Dovidio & Fazio, 1992; Fazio, 1990; citado por Dovidio, Kawakami & Gaertner, 2002). Ambas atitudes implícitas e explícitas predizem comportamentos pessoais diferentes: as atitudes explícitas estão correlacionadas com o conteúdo de comportamentos verbais e controlados, enquanto que as atitudes implícitas estão correlacionadas com comportamentos não-verbais e não-controlados durante a interacção com o objecto da atitude (Gschwendner, Castelli & Shmitt, 2008; McConell & Leibold, 2001, citado por Castelli, Zogmaister & Tomelleri, 2009; Dovidio, Kawakami & Gaertner, 2002).

4.1 – Adultos Responsáveis

As atitudes intergrupais das crianças só podem ser plenamente compreendidas tendo em conta o ambiente social específico no qual estão inseridas (Castelli, Zogmaister & Tomelleri, 2009). Investigações têm mostrado que as atitudes das crianças dependem crucialmente de experiências de socialização precoces e são influenciadas pelos adultos significativos (McGlothlin & Killen, 2010, citado por Vezzali, Giovannini & Capozza, 2012; Bigler & Liben, 2007). O comportamento não-verbal que os adultos dirigem a membros de grupos sociais ou mostram em resposta a membros de um determinado grupo é uma fonte de informação implícita passível de causar preconceito (Bigler & Liben, 2007). Os dados do estudo de Castelli, Zogmaister & Tomelleri (2009) indicam claramente que as atitudes raciais podem ser transmitidas no contexto familiar e que os pais são pelo menos parcialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atitudes raciais das crianças em idade pré-escolar. É de salientar que as atitudes explícitas das crianças entre os três e os seis anos de idade reflectem as atitudes implícitas das mães (Castelli, Zogmaister & Tomelleri, 2009). Relativamente ao ambiente escolar, foi demonstrado que as crianças entre 7 e 9 anos de idade podem formar as suas atitudes implícitas amplamente com base no preconceito implícito dos professores (Vezzali, Giovannini & Capozza, 2012). As atitudes implícitas dos professores podem ser transmitidas às crianças, que nesta idade são ainda incapazes de desafiar os pontos de vista dos adultos, através da imitação e de inferências relacionadas com o comportamento subtil (Gawronski & Bodenhausen, 2007, citado por Vezzali, Giovanni & Capozza, 2012) expresso pelos professores (Carter e Rice, 1997, cit. por Vezzali, Giovanni & Capozza, 2012; Bigler & Liben, 2007). Muitos dos factores que servem para fazer com que os grupos sociais sejam psicologicamente salientes estão sob controlo social (e.g., leis que proíbem os professores de rotular uma criança pela raça na sala de aula); quando os grupos são rotulados, tratados ou classificados de forma diferente, as crianças vão conceptualizar os grupos como diferentes de formas significativas e vão mostrar tendências preferenciais relativas ao seu próprio grupo. As crianças também são passíveis de internalizar as crenças estereotipadas explicitamente comunicadas no seu ambiente e de detectar co-variações entre grupos sociais e atributos que poderiam passar despercebidas (Bigler & Liben, 2007).

É possível que as atitudes das crianças, tanto implícitas como explícitas, possam depender mais da familiaridade do que da preferência (Baron & Banaji, 2006). Colectivamente, dados empíricos têm sugerido que as atitudes implícitas podem mudar em

resposta a um processamento de informação passivo ou em resposta a um processamento de informação mais activo, com deliberação e consciência (Blair, Dasgupta & Glaser, 2015). Alguns modelos de redução do preconceito sugerem que a consciência de tendências implícitas é um bom e saudável primeiro passo para o controlo esforçado de reacções preconceituosas (Hahn, Judd, Hirsh & Blair, 2014).

4.2 - Os Malucos nos *Media*

As atitudes negativas em relação à doença mental são relativamente bem estabelecidas na primeira infância (Scheff, 1999; Wahl, 2002; citado por Wahl, 2003), tornando-se cada vez mais negativas ao longo da idade (Wahl, 2003). Na sua revisão de literatura, Wahl (2002) encontrou alguma consistência nos resultados dos 13 estudos analisados: apesar das crianças pequenas não terem ainda cristalizado o conhecimento acerca da doença mental e das suas manifestações sintomáticas, elas tinham adquirido atitudes que identificavam as doenças mentais como sendo menos desejáveis do que outro tipo de condições de saúde. É plausível que os estereótipos negativos estejam a ser fomentados e que as crianças estejam a aprender a reagir às pessoas com doenças mentais de formas evitantes e depreciativas (Wahl, 2003).

Entre os vários agentes de socialização que podem contribuir para as atitudes das crianças relativamente à doença mental, como a família, amigos e professores, encontram-se os meios de comunicação (Wahl, 2003). Os meios de comunicação fornecem um consistente conjunto de imagens que são assimiladas pelos membros da audiência e que acabam por definir a sua realidade social. As crianças, cujas concepções do mundo estão ainda em desenvolvimento, são muito mais vulneráveis a esta influência dos meios de comunicação. Com efeito, um grande corpo de investigação empírica tem comprovado a relação entre as representações nos meios de comunicação e as ideias das crianças relativamente a uma variedade de temas; assim sendo, parece altamente provável que as crianças retirem muito do seu conhecimento sobre doenças mentais das imagens que elas aí encontram (Wahl, 2003).

Estudos acerca de televisão, filmes, desenhos animados e outros meios de comunicação, sugerem que as imagens e referências a doenças mentais são relativamente comuns nos meios de comunicação para crianças, e que estas imagens são mais frequentemente negativas do que positivas. As personagens com doenças mentais apresentam-se predominantemente como violentas, agressivas e assustadoras – os vilões; tendem a ser pouco

atraentes, a falhar tipicamente na vida, podem procurar ser ridicularizadas pelos outros e raramente beneficiam de tratamento. É mostrado que a reacção apropriada às pessoas que manifestam uma perturbação psiquiátrica é a reclusão e o isolamento, em vez de empatia e tratamento. O amplo uso de gíria depreciativa em referência às personagens com doenças mentais promove uma tripla mensagem: que a terminologia psiquiátrica é apropriadamente associada a um comportamento que é censurável, insensato, menosprezado e/ou cruel; que a gíria referente às doenças mentais é uma parte comum e aceitável do discurso conversacional; e que estes são termos que se usam para rebaixar os outros e expressar a uma opinião desfavorável sobre eles (Wahl, 2003).

Os esforços no combate ao estigma que não incluem crianças e que não abordam as imagens das doenças mentais nos meios de comunicação que fomentam estereótipos desfavoráveis poderão permitir o desenvolvimento continuado de atitudes negativas em relação às pessoas com perturbações psiquiátricas. Mesmo que as campanhas anti-estigma dirigidas aos adultos fossem bem sucedidas, teríamos que enfrentar em breve uma próxima geração inteiramente doutrinada com as imagens e atitudes negativas dos seus antecessores. Para que ocorram mudanças duradouras na compreensão e aceitação das doenças mentais é necessária uma maior atenção às atitudes das crianças em relação à doença mental, assim como às imagens dos meios de comunicação que as alimentam (Wahl, 2003).

Para Wyness (2006, cit. por Malone, 2013), as crianças pertencem ao mundo social e são socialmente competentes. As teorias contemporâneas de sociologia infantil vêem as crianças como agentes sociais, activos na construção e determinação das suas próprias vidas (James & Prout, 2008, cit. por Malone, 2013), permitindo que as acções colectivas das crianças sejam reconhecidas como uma apropriação criativa de informação e conhecimento enquanto parte do mundo adulto, ao mesmo tempo que produzem e participam na sua própria cultura de pares fora do domínio dos adultos. Através de uma aprendizagem experiencial, investigação crítica e abertura de espaços para a acção, as crianças e os jovens são motivados a agir sobre o que eles sentem acerca do que aprenderam, i.e., são de tal forma tocados ou afectados pela sua aprendizagem que querem agir sobre isso (Percy-Smith & Burns, 2013). Incluir as crianças no combate ao estigma é, não só investir no futuro da sociedade através da próxima geração, como também na mudança da sociedade actual através da sua capacidade transformadora enquanto crianças.

II – PROBLEMÁTICA

Conhecer os mecanismos através dos quais a nossa sociedade perpetua estereótipos implica uma avaliação dos comportamentos, crenças e conhecimentos das crianças, assim como da sua experiência de estigma (Link et al., 2004). O estudo de Wilson et al., 2000 (citado por Link et al., 2004) claramente indica que as crianças estão expostas a estereótipos através dos desenhos animados que assistem, enquanto que o estudo de Adler & Wahl, 1998 (citado por Link et al., 2004) mostra que os alunos do 3º ano tinham aprendido que as doenças mentais são “más”. É necessário compreender muito mais acerca de quando é que as crianças desenvolvem conceitos sobre doenças mentais, o que forma as suas percepções e que tipos de experiências educacionais podem mover conceptualizações numa direcção positiva (Link et al., 2004).

As avaliações quantitativas têm contribuído significativamente para a compreensão de atitudes, comportamentos, emoções e crenças que formam a expressão do estigma e a resposta ao mesmo (Link et al., 2004) no entanto, medir os conceitos quantitativamente pode não reflectir completamente os meandros da experiência vivida do estigma (Schneider, 1988; Kleinman et al., 1995, citado por Link et al., 2004). O estudo do estigma presta-se a métodos qualitativos de investigação, que permitem ao investigador compreender como o estigma é construído na interacção social e como as pessoas interpretam as suas experiências e o seu comportamento (Bryman, 1999, citado por Link et al., 2004), tornando significativa a subutilização verificada destes métodos (Link et al., 2004). A investigação qualitativa é essencial para apreciar os efeitos prejudiciais e subtis do estigma, podendo ser exploratória ou formar a base de estudos mais aprofundados (Yang & Fox, 1999; Bryman & Burgess, 1999, citado por Link et al., 2004).

Em Portugal têm sido efectuados estudos sobre atitudes estigmatizantes face à saúde mental com estudantes do ensino secundário (idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos) no contexto da campanha anti-estigma/pró-saúde mental promovida pela ENCONTRAR+SE – Associação de Apoio a Pessoas com Perturbação Mental Grave⁶, no entanto, relativamente às crianças, os estudos sobre este tema são quase inexistentes.

⁶ <http://www.encontrarse.pt/>

Assim, o presente estudo pretende abordar esta temática do ponto de vista das crianças, abrangendo as representações sociais sobre a doença mental em diferentes faixas etárias, através de um levantamento de conhecimentos e percepções face a esta questão. Ao mesmo tempo, pretende-se também recolher um conjunto de necessidades com vista à elaboração de intervenções futuras ao nível do estigma face à doença mental. No seguimento da literatura revista relativamente à avaliação de outros grupos sociais baseada na raça, esperar-se-ia encontrar indícios de atitudes estigmatizantes explícitas em maior quantidade nas crianças de idades inferiores (4-5 anos), começando a declinar nos grupos de crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos; no entanto, considerando que, segundo Wahl (2003), as atitudes em relação à doença mental vão se tornando cada vez mais negativas ao longo da idade, a hipótese deste estudo é que as evidências de preconceito explícito irão aumentar ao longo das idades dos participantes. Tendo em conta que por volta dos 10 anos a separação entre as atitudes implícitas e as atitudes explícitas começa a emergir (Baron & Banaji, 2006), esperam-se também encontrar verbalizações socialmente aceites no grupo de crianças de 11 e 12 anos de idade. Quanto à temática dessas representações, espera-se que, com o aumento da idade, as noções evoluam para questões mais relacionadas com perigosidade e reacções emocionais negativas.

III – MÉTODO

1 - Delineamento

O presente estudo é do tipo exploratório e qualitativo, baseado em entrevistas semi-estruturadas. Estudo qualitativo é definido por Yin (2001), como “uma investigação empírica que aborda um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente evidentes e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”.

Estão em estudo as seguintes variáveis:

- Variável Independente – Idade das crianças (grupos de 4-5 anos, 8-9 anos e 11-12 anos)
- Variável Dependente – Representação do Doente Mental

2 – Participantes

A amostra é constituída por crianças de várias escolas, entre os 4 e os 12 anos de idade. Por forma a aumentar a validade externa dos resultados, foram incluídos dois tipos de escolas - pública e semi-privada. Destas escolas foram seleccionados 56 alunos distribuídos por dois grupos com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos de idade, três grupos com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos e dois grupos de crianças entre os 11 e os 12 anos de idade; destes, um grupo de discussão foi descartado devido ao intervalo de idades dos seus participantes ser maior do que o pretendido (entre 8 e 11 anos de idade). Assim, o número de participantes nos grupos de discussão é de 47 alunos no total (28 do sexo masculino e 19 do sexo feminino) distribuídos por seis grupos, sendo que 24 frequentam o ensino público e 23 frequentam o ensino semi-privado.

Para este efeito foi efectuado um pedido prévio às escolas, tendo havido uma breve reunião com os professores para esclarecimento de dúvidas e organização dos grupos. Posteriormente, foram entregues consentimentos informados a todos os participantes, que dependiam da autorização dos respectivos encarregados de educação (Anexo A). A selecção

dos participantes de cada grupo foi feita em conjunto com cada escola e de acordo com a disponibilidade dos intervenientes.

3 - Instrumento

Neste estudo foram realizados grupos de discussão com crianças em contexto escolar, tendo por base uma grelha de questões pré-estabelecidas (Anexo B), com o objectivo de identificar atitudes estigmatizantes face à doença mental e verificar qual a evolução das mesmas ao longo do seu desenvolvimento.

4 - Procedimentos

Cada grupo de crianças foi disposto à volta de uma mesa sem uma ordem específica, numa sala sem a presença de colegas ou de professores, com o gravador no centro e, após uma breve apresentação da moderadora e das crianças, foi-lhes solicitado que desenhassem um *maluco* com materiais de desenho à sua escolha. Optou-se por esta designação coloquial porque, tendo em conta a amplitude das idades, considerou-se ser a mais familiar entre todas as faixas etárias e, ao longo das várias interações com as crianças, foi possível constatar que estas consideraram não haver distinção entre *maluco*, *doido* ou doente mental.

A seguir foi-lhes explicado o que iria suceder e, depois das dúvidas e regras esclarecidas (não há respostas certas ou erradas, todas as ideias são interessantes; não é preciso concordarem uns com os outros, quanto mais ideias melhor; é muito importante não falarem ao mesmo tempo), deu-se início à discussão. Durante as discussões foram usadas pausas (5 segundos) e questões exploratórias (e.g., “Podes explicar melhor?”, “Podes dar um exemplo?”, “O que é que o resto do grupo acha?”), tendo sempre em mente o objectivo da discussão: conhecer as crenças e atitudes das crianças face à doença mental. No final, foi questionado se alguém gostaria de acrescentar mais alguma coisa antes de terminar a discussão. Posteriormente foi novamente solicitado que desenhassem um *maluco*. O objectivo inicial seria analisar os desenhos pré e pós discussão em concomitância com a análise de conteúdo dos grupos de discussão, no entanto tal não foi possível devido a questões de ordem pragmática. Não obstante, foram recolhidos e digitalizados 94 desenhos de todos os grupos

(disponíveis para consulta em <https://916ugx.s.cld.pt>), 3 dos quais foram seleccionados para ilustrar os resultados obtidos na análise de conteúdo.

Apesar de não ser sido utilizado como um instrumento, o desenho revelou-se uma ferramenta valiosa nos grupos de crianças de 4-5 anos, pois o entusiasmo pela tarefa familiar permitiu a espontaneidade tão característica destas idades quase instantaneamente, além de que as verbalizações distraídas entre eles, assim como as explicações dadas sobre as suas criações, foram bastante claras e reveladoras, permitindo o acesso às informações pretendidas de forma leve e descontraída.

IV – RESULTADOS

A análise dos dados recolhidos foi feita através da Análise Temática, que é um método utilizado para identificar, analisar e reportar padrões (temas) dentro dos dados, sendo que um tema captura algo importante sobre os dados em relação à questão de investigação e representa algum nível de resposta padronizada ou significado dentro do conjunto de dados. Consiste em seis passos: familiarização com os dados (transcrição e leitura dos dados); geração inicial de códigos (codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática ao longo de todo o conjunto de dados, recolhendo dados relevantes para cada código); procura de temas (agrupamento de códigos em temas possíveis, reunindo todos os dados relevantes para cada potencial tema); revisão de temas (verificar se os temas funcionam em relação aos extratos codificados e a todo o conjunto de dados, gerando um "mapa" temático da análise); definição e nomeação de temas (análise contínua para refinar as especificidades de cada tema, assim comoda história em geral que a análise conta, gerando definições claras e nomes para cada tema); elaboração do relatório (análise final de extratos selecionados, relacionando a análise com a questão de investigação e com a literatura, produzindo um relatório) (Braun & Clarke, 2006).

Para tal, foi utilizada uma aplicação *Web* para organização e análise de dados qualitativos (textos, áudio e vídeo) que permite a sua integração com dados quantitativos (classificações de testes e dados demográficos) – o *Dedoose* (<http://www.dedoose.com/>).

Após as transcrições dos seis grupos de discussão (Anexo C), foram analisados 279 excertos, e os 22 códigos e sub-códigos extraídos foram aplicados 423 vezes. Os temas foram definidos tendo em conta os conceitos de estigma de Link & Phelan (2001) e de Corrigan (2004), a literacia (conhecimentos que as crianças têm acerca da doença mental) e as normas sociais.

Relativamente ao conceito de estigma emergiram quatro códigos: Rótulos (e.g., aparência física), Estereótipos Negativos (e.g., violência), Preconceito (reações emocionais negativas geradas pelos estereótipos negativos) e Discriminação (e.g., “não queremos brincar com ele por causa dos seus comportamentos”). Relacionados com esses quatro códigos estão sete sub-códigos classificados como: Comportamento (doente mental é visto como ridículo, com uma expressão corporal marcadamente distinta ou com comportamentos diferentes),

Invalidação (doente mental visto como um "coitadinho"), Incurabilidade, Incompetência (pessoas com doença mental são incapazes de viver uma vida independente ou de trabalhar), Culpa (as pessoas com doença mental são responsáveis pelo desencadeamento e prolongamento das suas perturbações), Perigosidade (as pessoas com doença mental são violentas e/ou perigosas) e Separação (entre “nós” e “eles”). Estes códigos foram agrupados no tema nomeado Componentes do Estigma.

CÓDIGOS	SUB-CÓDIGOS
Rótulos	Comportamento
	Invalidação
Estereótipos Negativos	Incurabilidade
	Incompetência
	Culpa
	Violência
Discriminação	Separação
Preconceito	---

Tabela 1. Códigos e Sub-códigos do tema Componentes do Estigma

Em relação à literacia, sobressaíram dois códigos: Conceito de Doença Mental (a forma como a criança vê o doente mental) e Causas para a Doença Mental (causas que as crianças associam ao despoletar da doença mental). Associados a estes dois códigos estão oito sub-códigos nomeados como: Dependências (doente mental visto como consumidor de álcool, tabaco e/ou drogas), Doença Mental como Deficiência (confusão entre doença mental e deficiência mental ou física.), Doença Mental como Condição Médica (a doença mental é vista como uma doença física e remete para a terapêutica medicamentosa), Sexualidade (travestismo e outros comportamentos associados à homossexualidade), Desconhecimento (a

criança não tem qualquer referência nem nunca ouviu falar sobre doença mental ou sobre malucos), Comunidade (comportamentos e atitudes das pessoas à sua volta como causa para doença mental), Educação (a doença mental é resultado da educação dada pelos pais e/ou adultos significativos) e *Media* (notícias na televisão ou no jornal como causa de doença mental). Tendo em conta que estes códigos reflectem noções enviesadas de doença mental, o tema que abarca estes códigos e sub-códigos foi nomeado de Iliteracia.

CÓDIGOS	SUB-CÓDIGOS
	Dependências
	Doença Mental como Deficiência
Conceito de Doença Mental	Doença Mental como Condição Médica
	Sexualidade
	Desconhecimento
	Comunidade
Causas para a Doença Mental	Educação
	<i>Media</i>

Tabela 2. Códigos e Sub-códigos do tema Iliteracia

Por último, as verbalizações associadas a normas sociais, agrupadas no tema homónimo, surgem com o código Socialmente Aceite, em que a criança verbaliza o que considera ser suposto e não o que realmente pensa ou sente sobre o tema abordado (a doença mental, neste caso).

Assim, é possível organizar o Mapa Temático da seguinte forma:

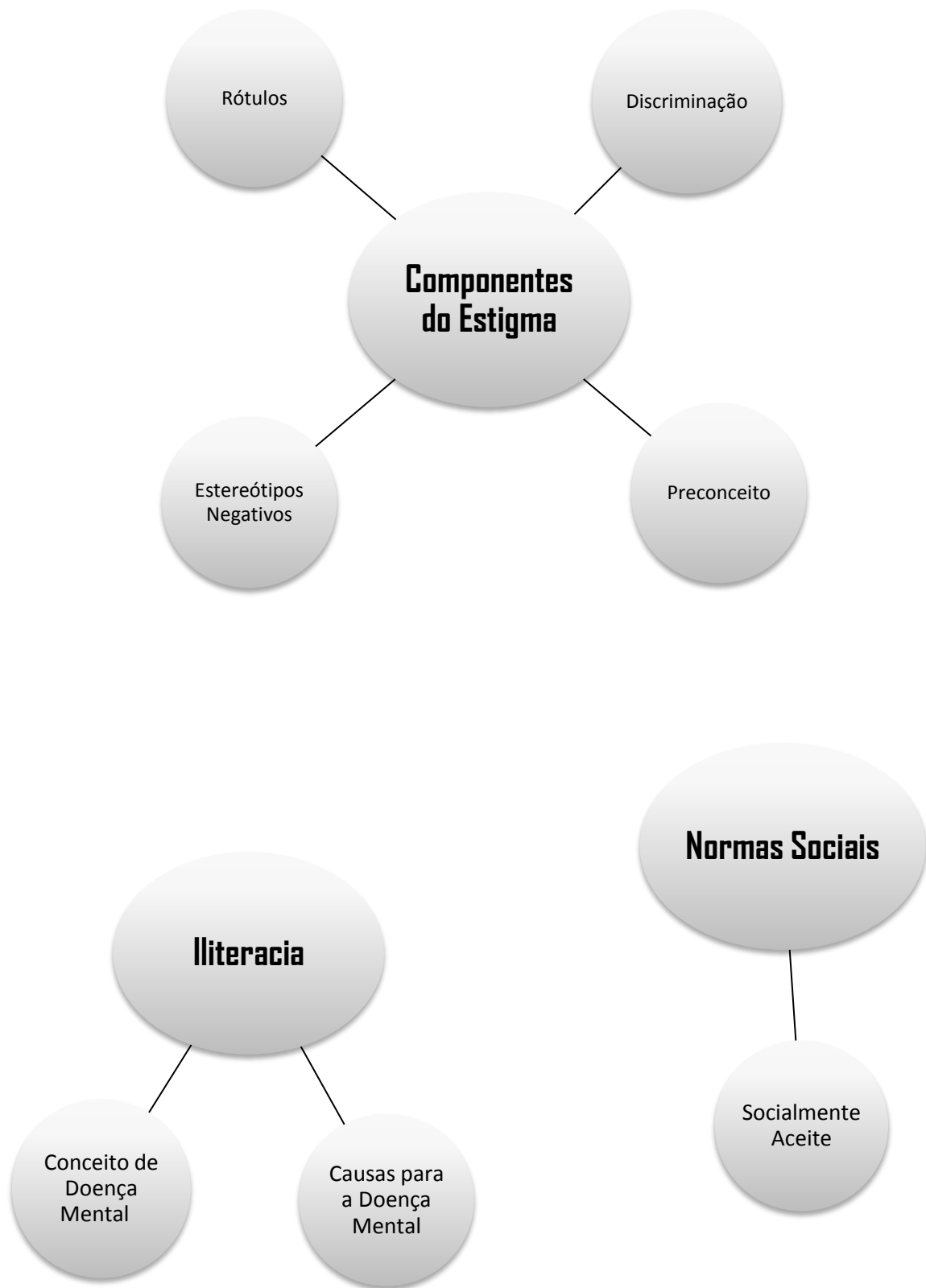


Figura 1. Mapa Temático dos temas organizados em relação aos extratos codificados

Seguidamente apresentam-se os principais resultados obtidos através da análise de conteúdo, tendo em consideração as percepções estigmatizantes associadas à doença mental, os conhecimentos relativos a questões de saúde mental e, por fim, as verbalizações associadas a normas sociais.

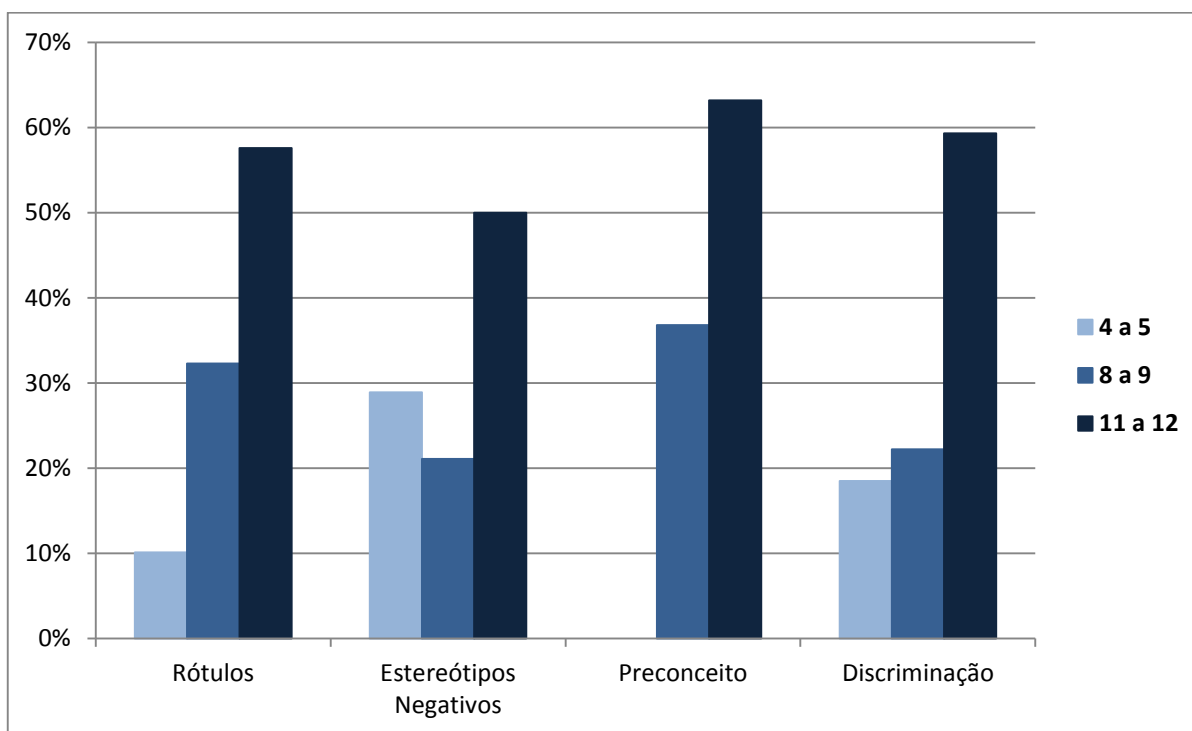


Figura 2. Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Componentes do Estigma

As barras representam a prevalência percentual de um determinado código por faixa etária. Em relação ao código Rótulos, verifica-se que surge em menor quantidade nas crianças de 4-5 anos (10,1%), aumentando nos grupos de 8-9 anos (32,2%) e atingindo o máximo nos grupos de 11-12 anos (57,6%); os Estereótipos Negativos apresentam-se em menor quantidade nas crianças de 8-9 anos (21,1%), aumentando para 28,9% nos grupos de 4-5 anos e para 50,0% nos de 11-12 anos; o Preconceito surge com 36,8% nas crianças de 8-9 anos, aumenta para 63,2% nas de 11-12 anos e é inexistente nas de 4-5 anos (0,0%); a Discriminação é também menor nos grupos de 4-5 anos (18,5%), aumenta ligeiramente nos de 8-9 anos (22,2%) e evolui para 59,3% nas crianças de 11-12 anos. Verifica-se assim, de uma forma geral, um aumento das atitudes estigmatizantes face à doença mental ao longo do

aumento da idade das crianças, sendo particularmente notória a diferença das mesmas nos grupos de 4-5 anos e de 8-9 anos de idade para os grupos de 11-12 anos.

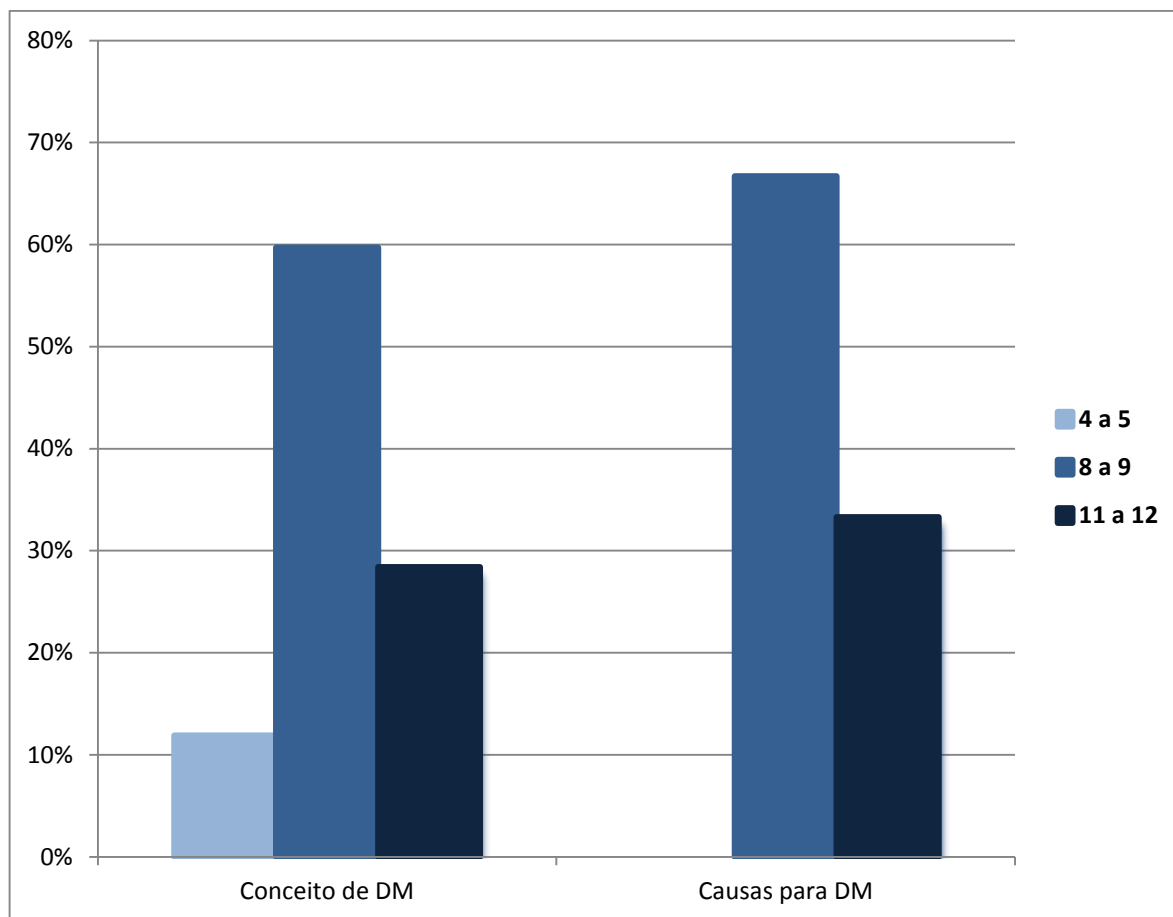


Figura 3. Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Iliteracia

Relativamente aos conhecimentos que as crianças demonstram sobre esta temática, as Causas para a Doença Mental surgem em 66,7% nos grupos de 8-9 anos e 33,3% nos grupos de 11-12 anos, sendo que nenhuma criança dos grupos de 4-5 anos indica algum tipo de causa para o desencadear das doenças mentais (0,0%); quanto às verbalizações relacionadas com o Conceito de Doença Mental, estas surgem em menor número nas crianças de 4-5 anos (11,9%), aumenta para mais do dobro nos grupos de 11-12 anos (28,4%), duplicando novamente nos grupos de 8-9 anos (59,7%). Importa referir que o sub-código Desconhecimento, em que a criança nunca ouviu falar sobre malucos ou doenças mentais, surge apenas nos grupos de 4-5 anos de idade (Anexo C). Assim, é possível afirmar-se que é

no grupo das crianças com 8-9 anos que se verifica o maior número de conceitos inexactos relativos à doença mental, sendo quase inexistentes nas crianças de 4-5 anos de idade, provavelmente devido ao total desconhecimento revelado por algumas delas.

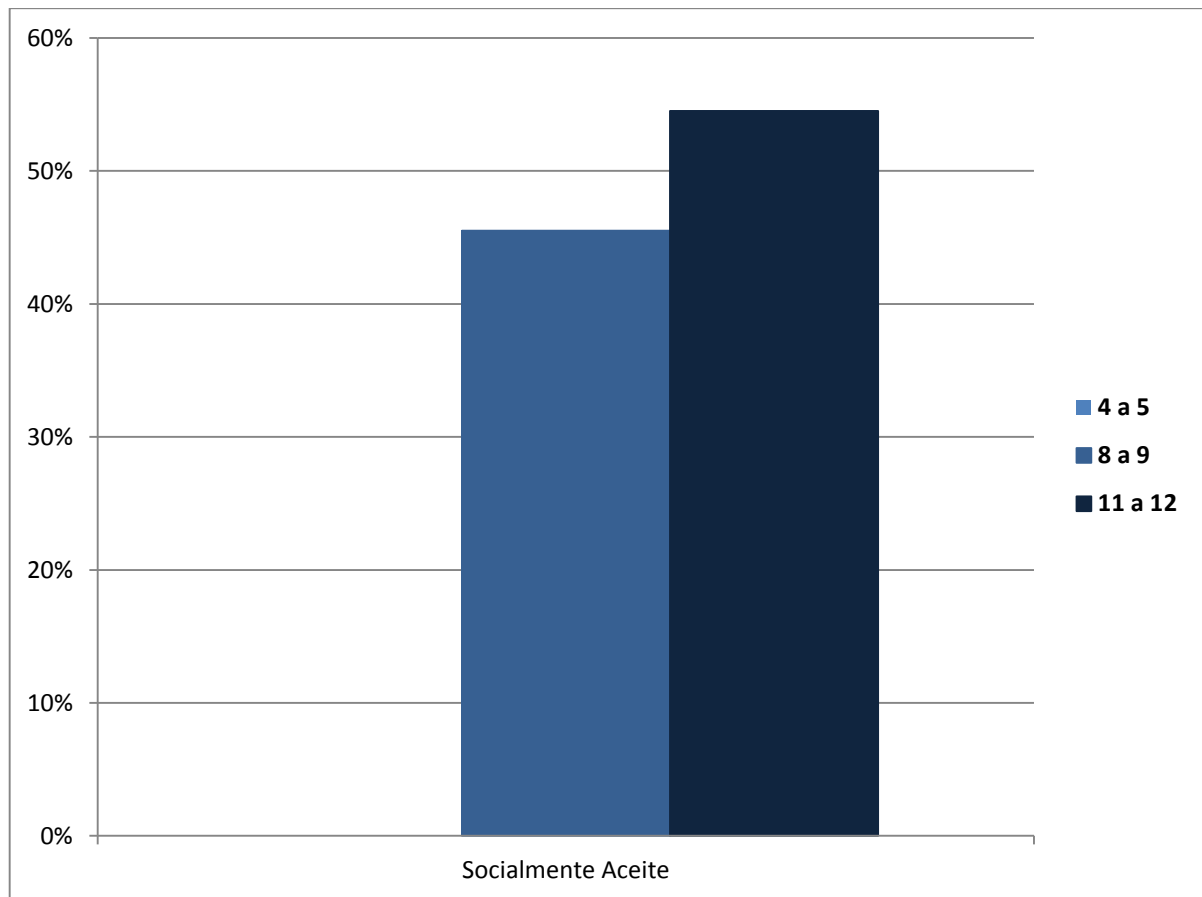


Figura 4. Percentagem de excertos por faixa etária relativamente aos códigos do tema Normas Sociais

Quanto às verbalizações associadas a normas sociais, estas apresentam-se de forma bastante equiparada nos grupos de 8-9 anos (45,5%) e nos de 11-12 anos (54,5%), mas são inexistentes nas crianças de 4-5 anos (0,0%).

Observando as temáticas predominantes numa perspectiva qualitativa, tendo em conta os desenhos produzidos, nos grupos de crianças de 4-5 anos de idade o doente mental revelou-se muitas vezes como alguém divertido, apesar de terem surgido alusões à perigosidade. Numa das crianças, o desconhecimento sobre a temática era tão acentuado que a impediu de desenhar.

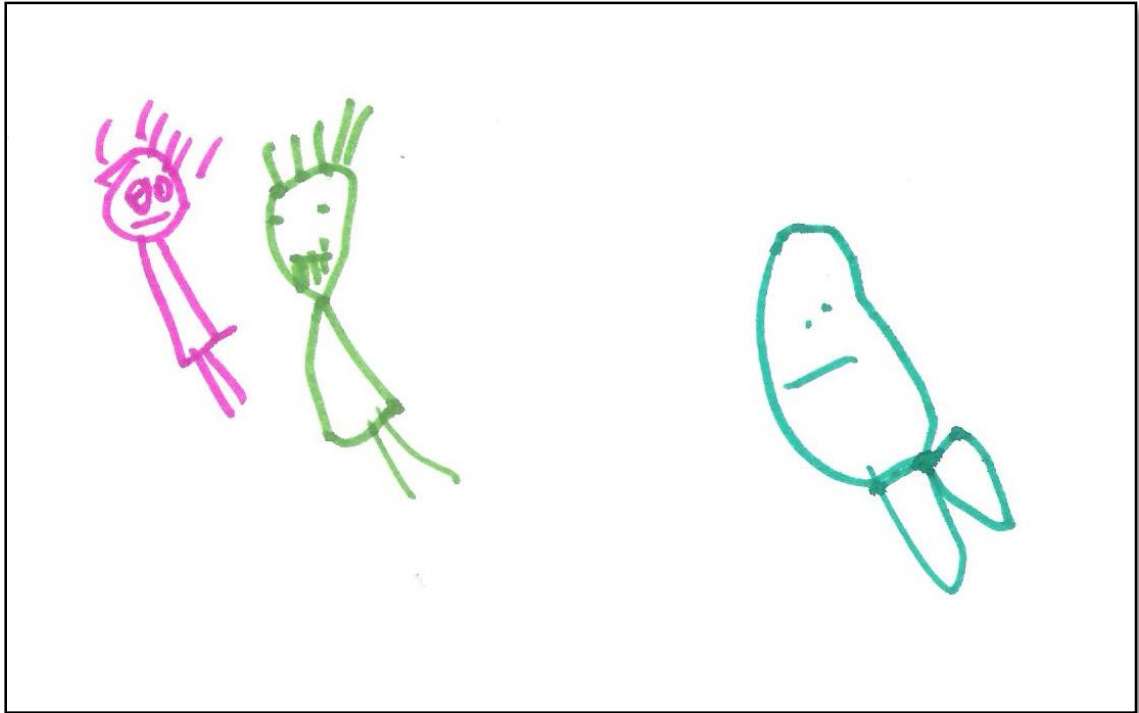


Figura 5. 'As malucas estão a rir'

Nos grupos de crianças de 8-9 anos as temáticas centravam-se nos comportamentos associados a homossexualidade, deficiências, abuso de substâncias (álcool e tabaco) e violência.



Figura 6. 'Maluco a beber vinho'

Nos grupos de 11-12 anos, o doente mental é maioritariamente visto como violento contra si e contra os outros (sendo o suicídio muitas vezes apresentado como resposta a um diagnóstico de doença mental), com uma aparência física desleixada e repugnante.

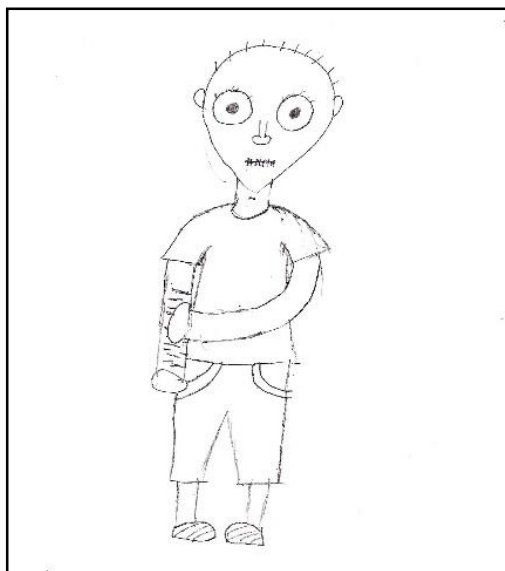


Figura 7. ‘Ele a cortar-se’

Em relação à qualidade das representações do doente mental nas crianças, existem claras alterações em função da idade: nas crianças de 4-5 anos é visto predominantemente como alguém divertido, com quem se pode brincar (logo, de confiança); nas de 8-9 anos, o “divertido” passa a “ridículo” (e.g., “a *tentar* jogar basquete”, como se fosse absurdo que ele pudesse praticar uma actividade considerada “normal”), e surgem a homossexualidade, as deficiências, o abuso de substâncias e a violência expressa; nos de 11-12 anos, o “ridículo” torna-se “deplorável” e a violência é muito marcada, como se uma pessoa com uma doença mental se visse encurralada entre duas possibilidades – matar ou morrer.

Deste modo, verifica-se que as alterações e a evolução das temáticas predominantes em relação à doença mental vão ao encontro da hipótese inicial.

Após a análise de dados, considerou-se ainda relevante efectuar uma breve comparação entre os componentes do estigma e as normas sociais tendo em conta os dois tipos de escola.

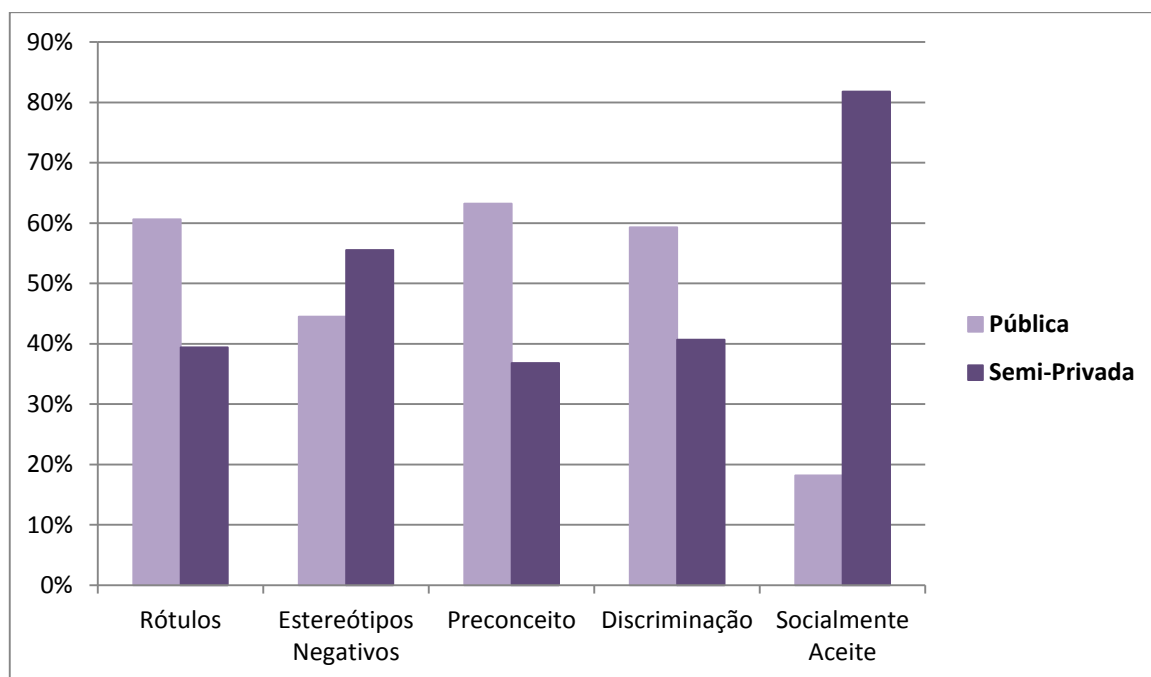


Figura 7. Tipos de escola x Componentes do Estigma x Normas Sociais

Os componentes do estigma surgem em maior número nas escolas públicas do que nas semi-privadas (Rótulos: 60,6% na Pública e 39,4% na Semi-Privada; Preconceito: 63,2% Pública e 36,8% Semi-Privada; Discriminação: 59,3% Pública e 40,7% Semi-Privada) à excepção dos Estereótipos Negativos (44,5% na Pública e 55,5% na Semi-Privada); no entanto, as verbalizações associadas às normas sociais estão presentes de forma substancialmente mais marcada na escola Semi-Privada (81,8%) em contraste com a Pública (18,2%). Parece então haver uma relação entre as atitudes estigmatizantes explícitas e as verbalizações do que é socialmente aceite, i.e., é possível depreender que essas verbalizações podem esconder atitudes estigmatizantes implícitas, resultando em atitudes estigmatizantes explícitas inferiores às dos grupos de alunos que apresentam menos verbalizações associadas ao que é socialmente esperado.

V – DISCUSSÃO

Os resultados obtidos ao nível das verbalizações produzidas pelas crianças foram ao encontro do esperado, visto que as atitudes estigmatizantes explícitas se revelaram em menor quantidade nas crianças de idades inferiores (4-5 anos), aumentando nos grupos de crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos e ainda mais destes grupos para os de 11-12 anos de idade (por vezes mais do dobro). As verbalizações relacionadas com as normas sociais surgem no grupo de crianças de 8-9 anos, havendo pouca diferença para os de 11-12 anos de idade, o que não é totalmente de acordo com a hipótese de que surgem distintamente nos grupos de 11-12 anos de idade. É possível que estas disparidades entre as hipóteses formuladas e os resultados obtidos sejam atribuídas a diferenças sociais e culturais, visto que, para a fundamentação teórica que sustenta o presente estudo, não foi encontrada nenhuma literatura empírica procedente de Portugal. Relativamente às temáticas das atitudes estigmatizantes, constata-se que evoluem para imagens relacionadas com perigosidade, sendo a pessoa com doença mental frequentemente retratada com uma aparência física pouco atraente, repulsiva até, o que remete para a distância social.

Curiosamente, verifica-se que a ausência de conhecimentos relativos à doença mental é comum a todos os grupos de idades, sendo que a confusão de noções e conceitos relativos a esta temática parece atingir o pico nos grupos de 8-9 anos. Uma hipótese é que a iliteracia contribua para o aumento das percepções estigmatizantes, tal como corroborado na literatura (Corrigan et al., 2002; Corrigan, 2004; Economou et al., 2014; Link & Phelan, 2001; Penn et al., 1999). É fácil imaginar que, sem algum tipo de intervenção que desmistifique e clarifique ideias e conceitos errados, a evolução natural das percepções estigmatizantes relacionadas com a iliteracia seja aumentar e consolidar com a idade.

É também interessante constatar que, no geral, as atitudes explícitas estigmatizantes são inversamente proporcionais às verbalizações associadas a normas sociais e surgem a partir dos 8-9 anos de idade, ligeiramente mais cedo do que os resultados encontrados por Baron & Banaji (2006).

Considerando então o objectivo do presente estudo, verifica-se que as percepções estigmatizantes relativas à doença mental aumentam em simultâneo com a idade das crianças, o que é consistente com Wahl (2003), que indica que as atitudes das crianças em relação às

perturbações psiquiátricas se vão tornando cada vez mais negativas ao longo da idade. É possível também observar uma grande lacuna ao nível dos conhecimentos sobre questões relacionadas com a saúde mental, notando-se, mais do que uma quase completa ausência de literacia emocional, uma marcada presença de informações erradas e de confusão entre conceitos associada a mitos sobre o doente mental. Dado que muitas questões de saúde mental nas crianças e adolescentes são primeiramente identificadas em ambiente escolar, uma avaliação compreensiva das atitudes e conhecimentos sobre a saúde mental dos funcionários das escolas pode fornecer dados poderosos para a redução do estigma nestas idades (Prodente et al., 2002, cit. por Chandra, 2012). Tendo em conta que, no final de cada discussão para este estudo, todos os grupos de crianças afirmaram que gostariam de aprender mais sobre as doenças mentais, pode concluir-se que esta iliteracia resulta principalmente de falhas ao nível da transmissão de conceitos através dos adultos significativos e não de falta de interesse por parte das crianças.

Tendo em conta as atitudes estigmatizantes relativamente à doença mental encontradas neste estudo (presentes em todos os grupos, surgem logo no grupo dos 4 anos, aumentam no grupo dos 8 e aumentam ainda mais no grupo dos 12), assim como a falta de conhecimentos revelada sobre a temática, pode assumir-se que uma intervenção educacional em ambiente escolar terá resultados extremamente positivos tanto no combate ao estigma como no investimento da saúde mental, principalmente tendo em conta, não só a literatura que apoia esta premissa (Brockington et al., 1993, Link et al., 1987, cit. por Economou et al., 2014; Corrigan et al., 2002; Economou et al., 2014; Penn et al., 1999; Sakellari et al., 2011, cit. por Economou et al., 2014), como também a disponibilidade demonstrada pelos alunos e pelos professores em todas as escolas.

Sendo que a investigação com crianças também demonstra os possíveis benefícios do contacto, a influência sobre estas providencia a oportunidade para reduzir o preconceito em relação às pessoas com doença mental (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Em todos os grupos de discussão efectuados para este estudo houve uma grande receptividade e curiosidade por parte das crianças: reconheceram a sua falta de conhecimentos em relação à temática e sugeriram que lhes fosse disponibilizada informação de forma constante (e.g., através de literatura) e através do contacto directo com pessoas com doença mental, como se pode constatar neste excerto de um dos grupos de discussão:

- *Era interessante, para ver como as pessoas...*
- *... se comportavam!*
- *... como é que as pessoas que têm essa doença, para ver como é que se vêem nessa doença.*
- *Se falássemos com uma pessoa com essa doença talvez poderíamos aprender alguma coisa com essa pessoa.*
- *E ver a evolução da pessoa!*
- *A evolução da pessoa durante o tempo, como foi que conseguiu lidar com a situação.*

Considerando os resultados do presente estudo, aos 12 anos a criança percebe uma pessoa com perturbação mental como alguém desleixado consigo próprio em termos de imagem corporal e de higiene, perigoso e possivelmente violento, levando a reacções emocionais negativas e à distância social, como se pode verificar nas verbalizações destas duas crianças:

- *(...) Também pode começar pela nossa cabeça, coisas que nem é verdade sobre eles e nós não sabemos. (...) é que nós não queremos que aconteça nada de mal connosco. Não é assim por mal, é, digamos... por...*
- *Receio?*
- *Receio!*

Sendo este um estudo exploratório, muito ainda há para ser revelado em relação à forma como as crianças abordam as questões relacionadas com a doença mental, mas já é possível observar que este é um terreno fértil, não apenas como meio para conhecer os mecanismos através dos quais o estigma é perpetuado na sociedade (tal como referido por Link et al., 2004), como também como forma de investimento na saúde mental em todas as idades, o que é consistente com a literatura (Brockington et al., 1993, Link et al., 1987, cit. por Economou et al., 2014; Corrigan et al., 2002; Economou et al., 2014; Penn et al., 1999; Sakellari et al., 2011, cit. por Economou et al., 2014).

É muito importante que a imagem da pessoa com uma perturbação mental presente nos meios de comunicação, principalmente os dirigidos ao público infantil, seja alterada de forma a corresponder à realidade, tendo em conta que, segundo Wahl (2002), fomenta os estereótipos comuns sobre pessoas com doença mental (violência, incompetência e culpa). Para que as mudanças na compreensão e aceitação das perturbações mentais sejam duradouras, é necessário focar a atenção nas imagens dos meios de comunicação que as alimentam (Wahl, 2003). É preciso poder para estigmatizar (Link & Phelan, 2001). Nesta perspectiva, a inserção da pessoa com doença mental na comunidade (e.g., AEIPS), a

promoção do contacto (e.g., *Rádio Aurora – A Outra Voz*) e o combate aos estereótipos através dos *media* podem ser vistos como meios de *empowerment* da pessoa diagnosticada, equilibrando o diferencial de poder, revelando-se assim como meios eficazes de anulação do estigma.

O risco de doença mental pode ser aumentado por uma ampla variedade de factores sociais e ambientais, tais como pobreza na infância, desigualdade social e exposição prematura a ambientes urbanos, migração e pertencer a uma minoria étnica, separação precoce dos pais, abuso sexual, físico e emocional na infância, e bullying nas escolas, tal como revisto por Bentall (2016). Numa análise de toda a investigação sobre trauma infantil e psicose, Varese et al. (2012) verificaram que a exposição a qualquer destas adversidades na infância aumenta o risco de psicose aproximadamente três vezes mais, e que as pessoas que tiveram múltiplas experiências traumáticas apresentam um risco muito mais elevado. Os autores afirmam ainda que a evidência de uma ligação entre adversidades na infância e perturbações psiquiátricas futuras é, estatisticamente, tão forte como a da ligação entre fumar e cancro do pulmão. Assim, promover uma infância suficientemente segura para todas as crianças poderá contribuir para reduzir significativamente a prevalência dos problemas de saúde mental. De acordo com o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), a Comissão Europeia defende que o investimento na saúde mental das crianças e adolescentes é a acção com melhor relação custo/eficácia que pode ser tomada para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais em todos os grupos etários. Da mesma forma, o investimento na educação da saúde mental (tanto nas crianças como nos adultos significativos) pode trazer consequências positivas relativamente à prevenção na área da saúde mental, sendo uma ferramenta valiosa para os jovens e crianças identificarem quando e como pedirem ajuda relacionada com essas questões, assim como para os adultos que os rodeiam poderem estar mais atentos e responder de forma assertiva às necessidades que vão surgindo. Além disso, tendo em conta que o estigma da doença mental pode constituir uma barreira significativa na procura ou participação integral nos serviços de saúde mental (Corrigan, 2004; Abbey et al., 2011; Sickel et al., 2014), combater o estigma é, também, combater esta barreira. “As pessoas, com menos medo, procuram mais ajuda” (Dr. Nuno Faleiro *in* Rádio Aurora por Perto)⁷.

⁷ Podcast ZoomZoom: <https://soundcloud.com/user-188288390/radio-aurora-por-perto>

Limitações e Estudos Futuros:

Este estudo foi realizado com base numa amostra pequena e circunscrita à zona de Lisboa, o que não permite a generalização dos resultados à população portuguesa.

Um dos objectivos iniciais seria analisar os desenhos pré e pós discussão para perceber se surgem diferenças na forma como a criança percebe o doente mental (e.g., parece haver uma ligeira diminuição ao nível da perigosidade após a discussão de grupo), no entanto tal não foi possível porque nem todos as crianças tiveram tempo para fazer o desenho solicitado após a discussão de grupo.

Tendo em conta que os resultados do presente estudo revelam atitudes estigmatizantes face à doença mental em todos os grupos de diferentes idades, torna-se pertinente sugerir, em estudos futuros, uma amostra maior, tendo em conta dados socio-demográficos mais abrangentes (e.g., habilitações literárias dos pais).

Considerando ainda o aumento deste tipo de atitudes em concomitância com o aumento das idades, seria de extrema relevância realizar um estudo longitudinal por forma a aprofundar a compreensão da evolução das representações sociais das perturbações mentais ao longo do desenvolvimento da criança.

Seria também relevante a construção ou adaptação de uma escala de avaliação de crenças em relação à saúde mental para crianças, já que este tipo de escalas existe apenas direccionada para a população adulta (e.g., Inventário de Crenças acerca da Doença Mental – ICDM), permitindo estudos mistos qualitativos e quantitativos.

Considera-se ainda pertinente conhecer a experiência do estigma em crianças diagnosticadas elas próprias com perturbações psicológicas, tanto através de metodologias qualitativas como quantitativas (e.g. elaboração de uma escala sobre a experiência da criança).

Investigação-Intervenção

Propõe-se ainda uma intervenção em ambiente escolar baseada na educação e/ou contacto, avaliando as atitudes estigmatizantes antes e após a intervenção, para verificar as diferenças entre estes dois momentos, avaliando assim a eficácia da intervenção (e.g., jogos ou a criação de livros para crianças). Tendo em conta que os adultos significativos têm um

papel relevante nas atitudes das crianças, seria importante que os pais e os professores pudessem ser enquadrados na investigação.

Uma possibilidade de intervenção através do contacto seria organizar um projecto onde as crianças pudessem participar activamente na desmistificação de conceitos relativos à doença mental, representando também um pouco o pensar e o sentir de tantas outras crianças da nossa sociedade e, progressivamente, criar formas de atenuar o estigma das perturbações mentais. Seria muito interessante colocar as crianças a conhecer nelas próprias os processos psicológicos que elas possam ter em menor frequência, intensidade e duração, aproximando-as da realidade das pessoas com essas perturbações (e.g., distrair-se durante uma aula e, de súbito, aperceber-se que não ouviu nada do que se tinha passado à sua volta, poderá ajudar a compreender um pouco o que é uma perturbação dissociativa e diminuir separação entre “nós” e “eles”). A título de exemplo, poderia ser criada uma página *web* aberta a questões relacionadas com esta temática, onde as crianças fariam entrevistas a pessoas com perturbações mentais como resposta às questões apresentadas.

Considerando que as crianças são socialmente competentes e que as aprendizagens experienciais podem contribuir para aumentar a sua motivação para agir sobre o que aprenderam (Percy-Smith & Burns, 2013; Wyness, 2006, cit. por Malone, 2013), é possível afirmar que, sendo convidadas a participar de forma activa neste tema, podendo elas próprias criar programas de intervenção na sociedade (ao invés de permanecerem como receptáculos passivos de informação), as crianças constituirão, certamente, uma mais-valia para a sociedade no combate ao estigma da doença mental, assim como na prevenção na área da saúde mental.

VI – REFERÊNCIAS

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M. & Paré, M. (2011). Stigma and Discrimination. *Canadian Psychiatric Association*, 56 (10), p. 1-9.
- Almeida, M. (2015). *Até onde chega a voz da rádio-aurora? Eficácia de um programa de rádio realizado por pessoas com doença mental no combate ao estigma face à doença mental*. Dissertação de Mestrado. ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Baron, A.S., Banaji, M.R. (2006). The Development of Implicit Attitudes – Evidence of Race Evaluations From Ages 6 and 10 and Adulthood. *Association for Psychological Science*, 17 (1), p. 53-58.
- Ben-Zeev, D., Young, M.A., Corrigan, P.W. (2010). DSM-V and the Stigma of Mental Illness. *Journal of Mental Health*, 19 (4), p. 318-327.
- Bentall, R. (2016). Mental illness is a result of misery, yet still we stigmatize it. Retirado de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/26/mental-illness-misery-childhood-traumas>.
- Bigler, R.S., Liben, L.S. (2007). Developmental Intergroup Theory – Explaining and Reducing Children’s Social Stereotyping and Prejudice. *Association for Psychological Science*, 16 (3), p. 162-166.
- Blair, I.V., Dasgupta, N., Glaser, J. (2015). Implicit Attitudes. *APA Handbook of Personality and Social Psychology*, 1, p. 665-691.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, p. 77-101.
- Brooks, A. (2012). Terminology Shift Signals a New Age in Mental Illness Thinking. *Advances in Mental Health*, 10 (2), p. 204-208.

- Campos, L., Palha, F., Dias P., Costa, N. (2012). UPA Faz a Diferença - Acções de sensibilização pró-saúde mental. Relatório Final. ENCONTRAR+SE – Associação de Apoio a Pessoas com Perturbação Mental Grave.
- Carvalho, P.T. (27 de Maio de 2012). Reportagem: Reportagem: Rádio Aurora, a Outra Voz contra a discriminação na doença mental. Jornal O Público, Web Site. Retirado de <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/reportagem-radio-aurora-a-outra-voz-contra-a-discriminacao-na-doenca-mental-1547820>.
- Castelli, L., Zogmaister, C., Tomelleri, S. (2009). The Transmission of Racial Attitudes Within the Family. *Developmental Psychology*, 45 (2), p. 586-591.
- Chandra, A. (2012). Mental Health Stigma. *Encyclopedia of Adolescence*, 1-5, p. 1714-1722.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007). Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Plano de Acção 2007-2016.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin R.K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Athisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M.A. (2001). Three Strategies for Changing Attributions About Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* 27 (2), p. 187-195.
- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., Kubiak, M.A. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), p. 293-309.
- Corrigan, P.W. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59 (7), p. 614-625.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), p. 481-491.
- Corrigan, P.W., Miller, F.E. (2004). Shame, Blame and Contamination: A Review of the Impact of Mental Illness Stigma on Family Members. *Journal of Mental Health*, 13 (6), p. 537-548.

- Corrigan, P.W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52 (1), p. 31-39.
- Corrigan, P.W., O'Shaughnessy, J.R. (2007). Changing Mental Illness Stigma as it exists in the Real World. *Australian Psychologist*, 42 (2), p. 90-97.
- Devine, P.G. (1989). Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1), p. 5-18.
- Dovidio, J.F., Kawakami, K., Gaertner, S.L. (2002). Implicit and Explicit Prejudice and Interracial Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1), p. 62-68.
- Economou, M., Peppou, L.E., Geroulanou, K., Louki, E., Tsaliagkou, I., Kolostoumpis, D., Stefanis, C.N. (2014). The Influence of an Anti-Stigma Intervention on Adolescents' Attitudes to Schizophrenia: A Mixed Methodology Approach. *Child and Adolescent Mental Health*, 19 (1), p. 16-23.
- Greenwald, A.G., Banaji, M.R. (1995). Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychological Review*, 102 (1), p. 4-27.
- Hahn, A., Judd, C.M., Hirsh, H.K., Blair, I.V. (2014). Awareness of Implicit Attitudes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143 (3), p. 1369-1392.
- Heflinger, C.A., Hinshaw, S.P. (2010). Stigma in Child and Adolescent Mental Health Services Research: Understanding Professional and Institutional Stigmatization of Youth with Mental Health Problems and their Families. *Adm Policy Ment Health* 37, p. 61-70.
- Kessler, R.C., Berglund, B.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Manderscheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E., Wang, P.S. (2001). The Prevalence and Correlates of Untreated Serious Mental Illness. *HSR: Health Services Research*, 36 (6), p. 987-1007.
- Krueger, R. A. (2002). *Designing and Conducting Focus Group Interviews*.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE, 4th Edition, p. 155-160.

- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, p. 363-385.
- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan J.C., Collins, P.Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), p.511-541.
- Loch, A.A., Guarniero, F.B., Lawson, F.L., Hengartner, M.P., Rossler, W., Gattaz, W.F., Wang, W.-P. (2013). Stigma Toward Schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13 (92), p.1-10.
- Malone, K. (2013). "The Future Lies in Our Hands": Children as Researchers and Environmental Change Agents in Designing a Child-Friendly Neighbourhood. *Local Environment*, 18 (3), p. 372-395.
- Nelson, G., Kloos, B., Ornelas, J. (2014). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. Oxford University Press, p. 253-277.
- Ngui, E.M., Khasakhala, L., Ndeti, D., Roberts, L.W. (2010). Mental Disorders, Health Inequalities and Ethics: A Global Perspective. *International Review of Psychiatry*, 22 (3), p. 235-244.
- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., Link, B.Q. (1999). Dispelling the Stigma of Schizophrenia II. The Impact of Information on Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin* 25, p. 437-446.
- Percy-Smith, B., Burns, D. (2013). Exploring the Role of Children and Young People as Agents of Change in Sustainable Community Development. *Local Environment*, 18 (3), p. 323-339.
- Relatório Mundial da Saúde (2001). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Direcção-Geral da Saúde.
- Rusch, N., Muller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schonenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Rossler, W. (2014). Emotional Reactions to Involuntary Psychiatric Hospitalization and Stigma-Related Stress Among People With Mental Illness. *Eur Arch Psychiatric Clin Neurosci*, 264, p. 35-43.

- Sickel, A.E., Seacat, J.D., Nabors, N.A. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review of Consequences. *Advances in Mental Health*, 12 (13), p. 202-2015.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Os, J.V., Bentall, R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient Control, Prospective and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), p. 661–671.
- Vezzali, L., Giovannini, D., Capozza, D. (2012). Social Antecedents of Children's Implicit Prejudice: Direct Contact, Extended Contact, Explicit and Implicit Teacher's Prejudice. *European Journal of Development Psychology*, 9 (5), p. 569-581.
- Wahl, O. (2003). Depictions of Mental Illness in Children`s Media. *Journal of Mental Health*, 12 (3), p. 249-258.
- Yin, R. K., (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação.

A escola X foi contactada pela aluna do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Ana Gonzalez, no sentido de convidar os seus alunos do 3º ano a participarem no seu estudo inserido na disciplina de dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica.

O estudo tem como objectivo compreender como é que as crianças abordam a temática da saúde mental e, para tal, serão reunidas em pequenos grupos para conversar, debater ideias e desenhar. Os dados recolhidos serão registados em áudio, totalmente confidenciais e apenas utilizados para o estudo em questão.

Neste sentido, pede-se o seu consentimento para a participação do(a) seu (sua) educando(a) neste estudo.

Muito Obrigada.

Nome: _____

Turma: _____

Sim, autorizo a participação do(a) meu (minha) educando(a) neste estudo

Não autorizo a participação do(a) meu (minha) educando(a) neste estudo

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação:

ANEXO B

GRELHA DISCUSSÃO DE GRUPOS

TEMAS	QUESTÕES	PISTAS
<p>Definição de doença mental</p>	<p>Doenças da mente / doenças da alma (medo, zanga, tristeza)</p> <p>O que é uma doença mental?</p> <p>Conhecem alguém que tenha uma doença da mente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguimos perceber que alguém tem uma doença mental? Como? - Onde andam essas pessoas? - O que se faz com elas? - Existem outras formas de designar “doença mental”? - Como é que se referem a uma pessoa com doença mental?
<p>Causas e riscos da doença mental</p>	<p>Quando andamos à chuva podemos ficar constipados (doentes no corpo). Como é que se pode ficar doente na mente?</p> <p>Que tipo de pessoas pode ficar doente na mente?</p> <p>Vocês podem doentes na mente?</p> <p>Alguém da família pode?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O que provoca uma doença mental? - Depende do próprio? - Há pessoas que correm maior risco de desenvolverem uma doença mental do que outras? - Há situações que põem uma pessoa em risco de terem uma doença mental?
<p>Impacto da doença mental / Autonomia</p>	<p>Quando se está muito constipado fica-se em casa / quando se parte uma perna fica-se uns tempos sem se poder jogar à bola.</p> <p>A doença mental também mexe com a vida das pessoas? Faz com que a vida seja diferente? Como?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Imaginar como é que uma pessoa com doença mental se sente. - Tem impacto na família? Se sim, de que forma? - Tem impacto na escola e nos amigos? Se sim, de que forma?
<p>Tratamento /prognóstico / cura</p>	<p>Quando estamos doentes, vamos ao médico, seguimos o tratamento e ficamos bons. Como acham que seria se, em vez de uma perna partida ou de uma constipação, fosse uma depressão?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quem pode ajudar? - Que formas de tratamento existem? - O que acontece às pessoas que recebem ajuda? Como é que as imaginam no futuro?

<p>Tratamento /prognóstico / cura</p>	<p>Como poderia ser tratada?</p> <p>Existe cura para a doença mental?</p>	<p>E às que não a recebem?</p> <p>- Se existe cura: para todas? Se não existe: para nenhuma?</p>
<p>Intenção comportamental / Perigosidade</p>	<p>Imaginem que viam uma pessoa com uma depressão / esquizofrenia na rua. Como seria?</p> <p>Se fosse diagnosticada uma doença mental a um colega vosso, como seria?</p> <p>E se fosse a um familiar vosso?</p> <p>E se vos fosse diagnosticada uma doença mental?</p>	<p>- Como se comportariam?</p> <p>- Como se sentiriam?</p> <p>- O que pensariam?</p>
<p>Definição de saúde mental</p>	<p>Quando não existe nada no nosso corpo que nos impeça de ir à escola, de brincar, de fazer o que costumamos fazer no dia-a-dia, dizemos que temos saúde no corpo. E na mente?</p> <p>O que é a saúde mental?</p>	<p>- Como são as pessoas com saúde mental?</p> <p>- Como é que elas se sentem?</p> <p>- Como se relacionam com os outros?</p> <p>- O que fazem?</p>
<p>Promoção da saúde mental</p>	<p>O que é preciso para não ficarmos doentes na mente?</p>	<p>- Depende do próprio?</p> <p>- Depende dos que estão à sua volta?</p> <p>- Como?</p>
<p>Levantamento de necessidades</p>	<p>Acham importante aprender sobre as doenças mentais?</p> <p>Acham importante promover a saúde mental na escola?</p>	<p>- Se não: podes explicar melhor?</p> <p>- Se sim: como gostariam que fosse feito?</p>

ANEXO C

TRANSCRIÇÕES

4-5 - Semi-Privada

- O que é que vocês sabem sobre a saúde e sobre a doença? Algum de vocês já esteve doente?

- Eu estive, eu estive!

- Sou eu, sou eu! Eu estava doente e deram-me uma pica. E depois eu fui para a escola.

- O que é que pode adoecer?

- A Eva!

- O que queria perguntar era: quais são as partes do corpo que podem adoecer?

- O nariz.

- O nariz... e mais?

- E a boca e assim...

- Posso ir fazer xixi?

...

- Vocês sabem o que são pensamentos?

- É uma coisa (falam de desenhos animados e das suas preferências)

- E sabem o que são sentimentos?

- É...

- É o quê? Quando a gente se ri muito, estamos o quê? Estamos contentes, não é?

- Sim! (vários)

- E mais? O que é que nós podemos estar mais?

- Eu, eu, eu tenho o coelho...

- Ana, gostas mais dos Misamax!

(falamos sobre desenhos animados)

- Olhem, vocês acham que os pensamentos podem ficar doentes?

- Sim. (vários)

- Sim?

- E dar febre também...

- Como é que as pessoas podem ficar doentes dos sentimentos? Vocês sabem?

- Sim!

- Eu sei, eu sei!

- Agora sou eu! É quando estamos nos médicos!

- O quê?

- Os médicos.
- **Os médicos?**
- Sim! Dão uma coisa para pôr na boca, para engolir e pronto.
- **E mais? Se a pessoa estiver doente dos pensamentos, como é que ela fica? Fica com febre?**
- Sim! (vários)
- Fica com febre e tem de ir ao médico!
- **Quem é que sabe o que é um maluco?**
- Eu!
- O maluco fica o dia todo e ele não come!
- Então e eu não falo?
- **Agora é o Rodrigo. O que é um maluco?**
- Não come nada...
- **E mais? O que é que vocês acham?**
- Ele não come e não tem força, por isso agora vai morrer. E depois a polícia vem atrás dele, fica na prisão, a polícia vem buscar, vai para a casa dele, e depois ele vai comer e depois está forte. E depois vai estar bom, e depois, e depois, e depois volta para o carro, e depois acende as luzes, e depois (...)
- **E agora quem é que vai falar?**
- Eu!
- É eu!
- **A Rita disse primeiro. Rita, o que é um maluco?**
- Ele não come muito... e depois ele não tem energia! E depois ele não tem energia e morre!
- **Agora é a Eva, o que é um maluco?**
- Ele come tudo e tudo molha!
- **E tu? Fabiana, o que é um maluco?**
- É a Eva.
- Eu?? Eu? Tu!
- **O que é que faz um maluco?**
- Ele não come e não tem energia!
- Vai e come tudo e tudo molha.
- Não!
- **E acham que o maluco pode ter cura? (...) Onde é que andam os malucos?**

- A polícia vai mandar para ir para a prisão!
- Os malucos estão sempre na prisão.
- **Também achas isso, Fabiana? Os malucos estão na prisão?**
- Eu? Não.
- **Andam onde?**
- Em casa! (vários)
- **Estão em casa?**
- Sim! (vários)
- **E tu? Eva, o que achas, onde estão os malucos?**
- Estão dentro de casa.
- **E um maluco depois pode ficar bom?**
- Sim.
- **E tu também achas isso?**
- Sim.
- **Também achas que um maluco pode ficar bom, Rodrigo?**
- Não.
- **E tu, Rita?**
- Não!
- **E tu, Rodrigo, achas que os malucos podem ficar bons?**
- Sim.
- **E porque é que não podem ficar bons?**
- Porque estão doentes.
- **Quando tu estás constipado depois ficas bom, não é?**
- Sim.
- **Porque é que os malucos não podem ficar bons?**
- Porque não.
- **Eles são malucos porquê?**
- Apanharam chuva.
- **Vocês acham que os malucos são bons ou são maus? (...) Ou são perigosos? Ou não fazem mal...?**
- Sim.
- **Sim o quê?**
- Maus.

- Maus.
- São bons!
- Bons.
- São bons.

8-9 - Semi-Privada

- O que é que vocês sabem sobre a doença? (...) Que tipo de doenças existe?

- Cancro...

- Há doenças do corpo...

- Sim.

- Cancro da mama.

- Há doenças mentais...

- Sim.

- Doenças respiratórias.

- Doenças do coração.

- O que é uma doença mental? Vocês sabem?

- Não.

- É ficar maluco!

- Doenças da cabeça.

- É um deficiente mental.

- Problemas da cabeça, ok. Já sei.

- É uma pessoa especial.

- Sim.

- Como o Gonçalo, coitadinho.

- Anda sempre com as mãos...

- Então mas ele é deficiente!

- Ele toma comprimidos.

- Os deficientes não comem sozinhos...

- Constipa-se muito.

- Isso é uma doença respiratória.

- Asma!
- E algumas doenças são transmitidas pelos animais.
- Como a gripe das aves.
- Alergias.
- O tétano é... por exemplo... mas tétano é uma doença.
- **Vocês sabem o que são pensamentos e sentimentos?**
- Sim! (vários)
- **E acham que nós podemos ficar doentes dos sentimentos?**
- Sim! (vários)
- **E dos pensamentos também?**
- Sim! (vários)
- **E como é que é isso?**
- Dor!
- Porque às vezes, por exemplo, nós às vezes estamos tristes e, tipo, não queremos sair do nosso quarto e não queremos ir comer, não queremos ir fazer nada...
- Pois.
- Pensamentos maus...
- Ficamos deprimidos.
- Estamos tristes...
- Chega ali a mãe, por exemplo, quando são aqueles miúdos ahm... de mental: “Sai já do quarto!”, Por exemplo.
- **Vocês acham que se percebe quando uma pessoa tem uma doença mental?**
- Sim! (vários)
- **Como é que isso se percebe?**
- Comportamento!
- Com os gestos.
- Com o comportamento dele.
- **Como é que é o comportamento e os gestos?**
- São diferentes!
- São diferentes dos nossos.
- (exemplificação de movimentos descoordenados e espalhafatosos)
- Uns estão com os cigarros e bebem...
- E bebem também muito álcool...

- Bué vezes começam a bater nos filhos, começam a chatear-se...
- E se fossem pequenos?
- Se fossem pequenos, olha!
- Sim, começam a bater nos filhos
- Nas drogas...
- Começam a implicar com a mulher, depois dá divórcio.
- Pois! Por causa de uma coisa qualquer... é, o homem começa: “Porque é que tu não consegues arranjar mil euros?” e depois...
- E a mulher não responde...
- E depois começam isso!
- À chapada...

- Há muitas formas de doença mental?

- Há violência doméstica mas isso não é doença.

(silêncio)

- As pessoas que têm doenças mentais, onde é que elas andam?

- Nos hospitais?
- Não. A tomar muitas coisas.
- A tomar medicamentos.
- Centro de saúde.

- Vocês acham que essas pessoas podem ter tratamento, acham que têm cura?

- Não. (vários)
- Às vezes.
- Algumas.
- O tabaco!
- Umas não.
- Aquilo do tabaco sim!
- Faz uma desintoxicação.
- Olha eu já ando a planear há dias para a minha mãe parar de fumar, esconder-lhe os cigarros todos. Esconder numa coisa muito estúpida onde ela nunca iria procurar!
- Onde é que é?
- Debaixo da cama?
- Não.

- Não, ela tem muitas coisas debaixo da cama e depois podia ir meter uma coisa e via lá os cigarros.
- Na tua cama!
- Põe no teu bolso!
- Não, isso assim depois esquecia-me deles lá no bolso, iam para lavar, a minha mãe via “Olha, estão aqui os cigarros!”
- E ficavam todos molhados.
- **Vocês conhecem pessoas que tenham doenças mentais ou só ouviram falar?**
- Sim.
- Eu conheço.
- O Gonçalo. Anda connosco na escola.
- Eu conheço. É um menino ucraniano, não consegue meter a cabeça direita, está sempre assim...
- Um menino que é lá de Marvila, que é onde eu vivo, que anda tipo assim (exemplifica); não consegue andar e fala mal e essas coisas.
- Eu já vi.
- Eu já vi também!
- Há crianças assim grandes, 18, 19, e ainda têm que andar naqueles carrinhos...
- Já deu nas notícias... anda muito nas notícias, e é muito mau, que é: agora as mulheres grávidas não podem viajar para outros países. É um bicho que é o Zika.
- Ah, sim!
- Porquê?
- É uma nova doença, foi descoberta há pouco tempo.
- Porque, se pica, o bebé pode morrer ou só uma doença mental e depois pode morrer.
- E há uma doença que também faz febre-amarela, que é assim uma febre.
- É uma doença...
- Não é doença, é um bicho!
- ... que, às vezes, os pais fazem deles uns coitadinhos: “Ai coitadinho, não lhe toques!” ahm... e também quando faz algum disparate ou, por exemplo, o pai quer lhe dar umas palmadas e a mãe, por exemplo “Ah não faças isso ao menino, coitadinho!”
- E ele fica mimado e depois não deixam fazer nada.
- Depois ficam mimados em que querem toda a ajuda dos pais e isso tudo.
- **Não aprendem a ser autónomos, é isso?**

- Sim.
- Esse vírus, o Zika, se não me engano foi descoberto há pouco tempo.
- Há pessoas que não conseguem andar e temos que puxar por elas.
- Verdade.
- E também há umas cadeiras para elas poderem...
- **Como é que vocês chamam a uma pessoa que tem uma doença mental? Como é que vocês se referem a ela?**
- Um deficiente mental, que eu já vi.
- Louco.
- Maluquinho.
- (risos)
- Eu não chamo deficiente nem nada dessas coisas porque podia ser ofensivo.
- Pois.
- Eu também.
- **Acham que essas pessoas têm sentimentos?**
- Sim. (vários)
- Também.
- **Acham que é preciso nós protegermos ou cuidarmos dessas pessoas?**
- Sim! (vários)
- **Acham que essas pessoas podem ser más ou perigosas ou...?**
- Não! (vários, interrompem a pergunta)
- Porque eles não sabem fazer nada, só sabem dar carinho! Como o Gonçalo, o Gonçalo só dá carinho...
- Hoje em dia, os adultos, às vezes, quando aquele tem problema: “Olha aquele com a mãozinha no ar!”
- Eh pá, mas esses são todos inofensivos.
- **Quais vocês acham que são as causas para a pessoa ter uma doença mental? (silêncio)**
- Os pais! (vários)
- **A culpa é dos pais?**
- Sim.
- Eu acho.
- Não.
- Eu acho.

- Às vezes... toxicodependentes.
- Não se pode tocar nos meninos, coitadinhos...
- Oh pá, isso é outra coisa de serem mimadinhos!
- Sim! E isso tem a ver!
- **Olhem o André não acha. O que é que tu achas?**
- (suspiro) - Oh pá, já te dei umas palavras...
- **Sim, mas o que é que tu achas?**
- Os pais. (Matilde)
- Ninguém (André)
- **De ninguém?**
- De serem mimados, sim, mas depois, se nascerem com uma deficiência mental, os pais não têm culpa.
- Pois não.
- **Podem nascer assim?**
- Pois.
- Ah, sim!
- Como o Zika. As mulheres grávidas, até 2018, eles não deixam voar!
- Até 2018?
- **Toda a gente pode ter uma doença mental ou só algumas pessoas?**
- Toda a gente. (vários)
- Toda a gente pode ter.
- **Como é que isso pode acontecer? (silêncio) Vocês têm alguma ideia de como é que uma pessoa pode ficar com uma doença mental?**
- Já sei!
- Às vezes é mesmo por causa dos pais...
- Eu já sei! É bater com muita força na parede, ficar maluco! (exemplifica com gestos)
- **Bater com a cabeça...**
- Ah! Sim, sim! Bater com a cabeça, ainda por cima com a dos bebés, aquilo é perigosíssimo!
- Sim.
- E no estômago também.
- **E tu, Diogo? O que é que tu achas?**
- Se brincarem com os bebés, se eles forem muito pequeninos...
- Esta parte é muito mole!

- Se deixarem cair ao chão... desculpem lá a expressão, vão com os porcos.
- Se baterem, desmaiam...
- Quando estávamos há bocado a falar sobre quem não conseguia andar, eu queria dizer que eu tenho uma amiga que é lá outra vez de Marvila, que ela tem um problema do pé que tem que usar uma coisa no pé e na mesma tem que andar de carrinho!
- E aqui também, às vezes, para ficarem assim com deficiências mentais, mesmo às vezes é mesmo a culpa dos pais, porque, pronto, às vezes é toxicodependentes... e depois... pronto....
- **Podia ser evitado, é isso?**
- Sim. E também quando os pais não são assim muito bons da cabeça...
- Ui!
- Se deixarem cair uma criança bebé ao chão... ahm desculpa lá a expressão, a criança vai com os porcos.
- **Como é que vocês acham que as pessoas com doença mental podem ser ajudadas?**
- Através de...
- Nós!
- Tirar de... separar dos pais.
- Sim.
- Sim.
- Irem para tribunal.
- Os pais, como eles fazem muito, muito... ficassem muito mimados...
- E às vezes até vão para o tribunal.
- Ana, também podíamos fazer, por exemplo, chamávamos alguém para tirar os pais do filho ou da filha e meter os filhos num lar.
- **Portanto, tirar os filhos, as pessoas, daquilo que lhes está a fazer mal, de perto do que lhes está a fazer mal.**
- E depois às vezes estão nas instituições, estão nas instituições à espera das pessoas que os vão lá buscar.
- Ou às vezes nos lares.
- Pois.
- Depois os pais não têm o direito de os ver. Porque fizeram alguma coisa que não correu bem.
- Pois.
- **Vocês acham que as crianças estão mais desprotegidas... podem sofrer mais? É isso?**

- Sim! (vários)
- Podem sofrer mais porque os pais também não os podem ajudar mas isso também é consequência do álcool e drogas.
- **Têm de ser protegidos?**
- Sim!
- Sim, também os deficientes mentais, aqueles meninos, também nós podemos ajudar como podemos tentar ensinar-lhes alguma coisa...
- Sim, claro.
- ... como os perigos que pode haver, os perigos que pode haver, se alguém lhe tentar bater podemos lhe ensinar a defender.
- Ou a atacar.
- Sim, a atacar.
- Como os samurais.
- E explicar-lhe que não pode fazer isso só, depois, porque quer, temos que explicar-lhe é só quando alguém lhe quiser atacar.
- **Podem aprender coisas?**
- Sim.
- Sim.
- Por exemplo aqui o Gonçalo, ele faz estes gestos aqui de... pronto...
- Sim, e também faz isto.
- E isto.
- (quase todos exemplificam)
- Sim, faz muitos movimentos. Mas mesmo assim ele fala muito bem.
- Pois fala.
- Não magoa ninguém.
- Sim.
- Dá abraços.
- Sim, dá.
- Mas se... por exemplo, se... às vezes esses miúdos... às vezes são maus! (*)
- Muitas vezes se falarmos com ele, se nós dissermos para nós irmos brincar com ele, ele não quer, ele quer ficar sozinho.
- Às vezes, como tem deficiências...

- (*) Às vezes os miúdos são maus uns para os outros. Por exemplo: “olha aquele com a mãozinha no ar!” e a gozar com eles. Às vezes quando... às vezes quando eles... eles só atacam os mais fracos, os miúdos que pensam que são os mais espertos atacam os mais fracos.

- Se vocês vissem uma pessoa na rua com uma doença mental, como é que vocês reagiriam?

- Eu “reargia”... ficava triste por aquela pessoa estar assim.

- Sim.

- Eu ajudava, se precisasse de ajuda.

- Eu também.

- Eu dava comida... tratava dela... e... levava para o hospital.

- Para o hospital? Coitada!

- Porquê?

- Ser uma pessoa (ininteligível, falam todos ao mesmo tempo) o que é que vai fazer para o hospital? (14min)

- Pois é!

- Eu acolhia também em minha casa.

- Como se fosse um lar para ela.

- E se fosse diagnosticada uma doença mental a um colega ou amigo vosso? Como é que vocês reagem?

- Eu ficava triste.

- Eu reagia mal.

- Eu também.

- Eu ficava triste.

- Eu reagia muito mal.

- Eu ficava triste.

- Tentava ajudar.

- E também tentavam conhecer?

- Sim (vários).

- Eu tentava, por exemplo, ensinar-lhe coisas novas que ele não sabia...

- Dar-lhe brinquedos.

- Eu tentava ensinar-lhe a ler, a escrever, o alfabeto...

- O abecedário...

- E se um dia vos fosse diagnosticada uma doença mental?

- Xi...
- Sei lá, nunca pensei nisso...
- Nem eu.
- Eu reagia mal, sentia-me mal...
- Sentia-me mal, ficava triste...
- Ficava com vontade de descobrir uma cura.
- Mas pronto, mas temos de viver com o que temos.
- Temos de aceitar...
- Sim, as pessoas.
- Temos de aceitar as diferenças.
- Pois é.

- E vocês acham que ia haver cura?

(silêncio)

- É que também doenças mentais e isso aí, curas...
- Pois...

- Vocês acham que iam precisar de ajuda? Iam ao médico? O que é que faziam, ficavam em casa?

- Ajuda!
- Eu precisava de ajuda...
- Eu precisava de ajuda!
- Eu precisava de ajuda e ficava em casa. É que ir ao médico também com deficiências mentais também não deve ter lá grande coisa... como é uma deficiência...
- Eu ia à escola aprender coisas.

- O que é que vocês acham que pode ajudar as pessoas que têm uma doença mental?

- Eu tentava ajudar.
- Tristes, desanimadas...

- E quem é que vocês acham que pode ajudar?

- As pessoas (vários)
- Os pais, as pessoas...
- Eu depois ia ao médico com as pessoas.
- Sim.
- Eu, ahm, as crianças podiam tentar manter essa pessoa alegre.
- Sim.

- Podia fazer, ele podia... nós podíamos ser amigos deles...
- É sempre bom.
- É sempre bom ajudar.
- Assim ficar com ele, dar-lhe carinho...
- É sempre bom ter amigos.
- Se estivermos sozinhos ficamos tristes. Não temos companhia...
- Pois, isso...
- Não temos com quem brincar...
- **O que é que vocês acham que é a saúde mental? Uma pessoa com saúde mental, como é? Como é que se comporta?**
- É alegre.
- Anda bem-disposto.
- Sim.
- **Como é que ela se relaciona com os outros?**
- Gestos, por exemplo.
- Ana, o meu pai que já fuma há muito tempo e já foi operado aos pulmões, ele também anda com umas sensações agora, sempre de manhã ele... parece umas tosses que até quer vomitar, que até a boca fica assim redondinha, depois fecha os olhos assim...
- Mas não sai nada?
- Não, não sai nada, só sai saliva.
- Hmm... pois.
- Sim, ele fica assim, por causa que o meu pai já há anos que ele anda a fumar!
- Eh pá mas ele não tosse...?
- Tosse. Muito de manhã.
- E tem sempre as mãos frias?
- Tem sempre as mãos frias!
- **Diz, Bruno.**
- A minha tia, nós não sabemos se foi do tabaco, ela deixou de fumar há um ano... ahm... que ela ficou constipada muito tempo. Se calhar foi do tabaco.
- E, por causa ali da situação do pai do André, também se tossir não convém é muito puxar a tosse, se não ainda piora. Às vezes o vômito faz doer mais a garganta e ficamos com dores.
- **Do que é que vocês acham que depende a saúde mental?**
- Podemos fazer muitas coisas.

- Por exemplo?

- Ensinar...

- Dar beijinhos.

- Ensinar a falar...

- E a nós próprios? Nós também temos pensamentos, emoções, temos a nossa mente...

- Sim, claro.

- E temos a nossa saúde.

- Pensamos muito.

- Temos tristeza, temos alegria...

- Sentimentos!

- E para nós termos saúde nos sentimentos e nos pensamentos, podemos fazer alguma coisa? (...) Acham que, por exemplo, ter uma boa família, uma boa escola... ajuda ou não faz diferença nenhuma?

- Sim.

- Sim.

- Ajuda!

- Ajuda e muito!

- Agora ir para aquelas escolas todas cheias de lixo, às vezes andam lá bichos e bactérias e isso também não ajuda nada.

- Acham que era importante aprenderem sobre as doenças mentais?

- Sim. (vários)

- Para que pudéssemos ajudar as outras pessoas.

- Para que, se um membro da nossa família tivesse essa doença, tentar ajudar.

- Sim, claro.

- Quando eu ainda não era nascido, a minha mãe fumava.

- Como é que gostavam que isso fosse feito?

- Podemos ter uns livros a explicar e com umas imagens...

- Ahm... ir à internet...

- Oh, a internet às vezes...

- Acham que seria uma boa ideia trazer pessoas com doença mental para falar conversar e responderem às vossas perguntas?

- Sim! (todos)

11-12 - Semi-Privada

- Que tipo de doenças vocês acham que existem?

- Ahm...

- Sim, Tomás?

- A ébola... a Zika...

- Pneumonia.

- AVC.

- E só o corpo é que adocece?

- Não (vários)

- Então?

- O cérebro (vários)

- Cancro cerebral.

- Hemorragia cerebral.

- Vocês sabem o que são os sentimentos, os pensamentos, as emoções...?

- Sim.

- Acham que podemos ficar doentes também nos sentimentos, por exemplo?

- Sim (vários)

- E como é que isso se nota?

- Quando estamos tristes.

- Às vezes gozam connosco e nós começamos a chorar.

- Bullying.

- Mais?

- Ahm... maltratar-nos.

- A nós próprios?

- Não!

- Não, ao contrário.

- A outras pessoas.

- Desprezar o corpo.

- Desprezar o nosso próprio corpo.

- Desprezar o próprio corpo?

- Odiarmo-nos também.

- Sim.

- Odiar o próprio corpo.
- Quando, por exemplo, alguém nos empurra e nós podemos cair e ficarmos tristes...
- Ahm... também... quando começam a... por exemplo, se eu fosse preto, começar a chamar preto e nomes que era, era racista e isso tudo.

- Vocês sabem o que quer dizer doença mental?

- Não.
- É quando uma pessoa tem alguma doença mas é de cabeça. Por exemplo, se nós gozarmos com ela, ou isso, muitas vezes e ela se enervar, até pode rapar o cabelo ou isso.
- Rapar o cabelo?

(risos)

- E também há um menino aqui da escola que tem uma doença de cérebro, que é o Gonçalo. Acho que...
- É do 2º.
- É do 2º ano. Ele às vezes anda aí pelos cantos a fazer (exemplifica com gestos)

(risos)

- E depois gozam com ele.
- Ya e gozam com ele a dizer que ele é um grande baboso.

- E alguém sabe o que é a depressão, por exemplo?

- Eu sim.
- Eu sei!
- É quando uma pessoa fica maluca, quando já não aguenta mais.
- Ya.
- E se suicida.
- É... nós também tivemos uma colega que ela ficou com a depressão e começou a cortar cabelo.

(uma criança ri-se)

- Ya, assim aqui de lado, nesta parte, ela agora está assim, careca.
- E eu falei quando ela estava com a depressão, nós estávamos a ter aula e o professor Carlos, prontos, era o nosso director de turma, pediu-nos para falar com ela e ela estava mesmo triste e dizia que os pais e a irmã não gostavam dela, que era a única que ninguém gostava dela...
- Só estavam a ligar, os pais só estavam a dar atenção...
- ... à irmã.
- Ya.

- Porque a irmã dela estava grávida.

(pequeno silêncio)

- É óbvio.

- A depressão também pode levar à morte, às vezes.

- À morte?

- Sim, ao suicídio.

- Ah!

- As pessoas podem se suicidar, ficam... (falam vários ao mesmo tempo sobre o suicídio)

- Pode... pode acabar por ir para o hospital internado.

- E alzheimer também.

- **Vocês conhecem uma colega com uma depressão, como estão a dizer. Se vocês vissem...**

- Ela passou o ano em casa e depois veio acusar a Carolina e a Madalena. (interrompe a pergunta)

- Ya.

- E depois ela roubou e dizia que elas é que a obrigavam.

- Ya.

- Sim...

- **Como é que vocês acham que se percebe que uma pessoa tem uma doença mental?**

- Ah! E dizia isso à mãe, que elas a obrigavam, para as pessoas darem mais atenção a ela.

- Ana, quando as pessoas mudam de hábitos e começam a fazer coisas que nunca tinham feito...

(pequeno silêncio)

- Ela também nos acusou... nós fomos as únicas que demos mais apoio a ela e ela depois foi nos acusar que nós andávamos lhe a bater!

- **Como é que acham que se pode reconhecer que uma pessoa tem uma doença mental?**

- Fazem coisas estranhas, começar a fazer coisas estranhas...

- O comportamento delas.

- O comportamento.

- A forma de estar.

- **E o que é que seria um comportamento estranho?**

- Começar a bater em toda a gente, começar a dizer que ninguém gosta dela...

- Começar a cortar o cabelo na aula...

- Ela não cortou na aula.

- Não, mas não é de verdade....
- **Como é que vocês se referem a uma pessoa que tem uma doença mental?**
- Deficiente.
- Deficiente. (pausa) Mental.
(pequeno silêncio)
- Acho que se usa mais isso.
- **É o vocês mais usam?**
- Sim.
- Eu nunca chamo isso.
- A minha mãe trabalha com pessoas com deficiência.
- **Falando da doença mental: vocês acham que existem causas para a doença mental?**
- Ahm...
- Às vezes nascem assim.
- Os comportamentos de outras pessoas, talvez.
- As notícias.
- A educação.
- Às vezes pode estar muito enervada e depois entrar em depressão.
- A provocação das outras pessoas...
- A quantidade de trabalho às vezes também leva à depressão. Eu tenho uma amiga assim.
- A quantidade de raiva quando gozam com ela.
- **Vocês acham que há tratamento para a doença mental?**
- Não.
- Sim! (vários)
- Não. (vários)
- Ir ao psicólogo.
- Não.
- Psicólogos.
- Ficam internados.
- Psicologia.
- Psicólogos!!
- Mas para tratar disso... podem não ajudar...
- Sim, só que há pessoas que ajudam mesmo naquilo.
- Psiquiatras.

- Que tipos de tratamentos é que há?

- Ahm...

- Psicologia...

- Medicina.

- Com remédios, é isso? Com medicação?

- Ai, meu Deus... (suspiro cansado)

- Há várias técnicas de relaxamento que têm que espetar agulhas.

- Espetar agulhas.

- A acupunctura...

- Eu já fiz.

- É tipo uma coisa para pôr nas orelhas que é para relaxar.

- A sério?

- E comecei a relaxar mais.

- E como é que vocês acham que a doença mental interfere com a vida das pessoas?

- Ahm... pode tornar-se pessoas mais solitárias...

- Quando as pessoas são diferentes, deficientes ou de cor, às vezes as pessoas põem-nas de parte.

- Tipo o Ricardo, que é um dali da sala, ele é gordo e às vezes nós também lhe dizemos gordo porque ele nos irrita e, e começa nos a chamar nomes, e nós também dizemos que ele é gordo mas ele, às vezes, também às vezes parece que não bate bem, porque ele chega ali à parede e começa a bater na parede.

- Ontem bateu!

- Ontem, na sala de estudo, ou numa aula, ele empurrou o Miguel do 5º ano então depois o Miguel deu-lhe uma estalada e ele foi à frente, àqueles (imperceptível - começam vários a contar ao mesmo tempo que o colega bateu com a cabeça na parede)

- E começou assim (exemplifica com gestos)

- Não é assim! É assim, ele faz assim: (exemplifica com gestos)

- Ya!

(alguns risos)

- E o que é que vocês fazem quando vêem isso?

- Ahm...

- Dizemos à stôra.

- Não, não dizemos!

- Eu digo.
- Nós não dizemos, porque ele está nos a chamar nomes e depois ele amou-se porque nós dizemos que ele é gordo porque ele nos irrita, e depois ele começa ali e dizemos “deixa-te aí que quando vier a stôra fala contigo”.
- Eu não, eu digo “Então Ricardo, o que é que se passou?”
- Às vezes vejo-o ali no recreio e vou lá ter com ele, vou ver o que é que se passa.
- Eu pergunto-lhe o que é que aconteceu!
- Mas tipo ele da outra vez eu estava no recreio e ele começou me a empurrar e a dar com a mochila...
- Ya tipo, às vezes ele chega-se ao pé de nós e começa nos a empurrar do nada!
- Ya.
- Ya.
- **E como é que vocês acham que isso interfere na vida dele, por exemplo, na escola?**
- As pessoas podem desprezá-lo...
- E na família?
- Se calhar não lhe ligam...
- Se calhar é igual. Ele estava sempre a comer ovos Kinder...
- Sim! Só que ele é gordo não é por causa de comer, é mesmo problema de...
- Sim, mas isso faz mal.
- Sim, só que o problema dele não é de comer Bolicas e isso tudo, e ele já parou.
- **E acham que a vida dele seria diferente se ele não tivesse esses comportamentos?**
- Sim.
- Ah, sim!
- **Como é que era?**
- Ele podia ter pessoas ao pé dele, podiam não desprezá-lo.
- Podiam chamá-lo para mais brincadeiras porque às vezes nós não brincamos com ele porque ele está a dizer que é sempre ele e isso tudo... e se ele não tivesse esse tipo de comportamentos ele se calhar podia brincar connosco e nós não, não...
- Eu moro ao pé dele e ele... eu vejo-o com os pais e ele está normal, nunca está assim como está na escola.
- Pois porque são os pais dele, são a família.
- Ya ele sente-se melhor com a família porque já sabe como é que ele é.

- E também às vezes quando nós não queremos fazer nada com ele e isso tudo ele começa nos a perseguir para um lado e para o outro...

- Ana, eu ainda há bocadinho, ou foi ontem ou foi hoje, eu estava assim a andar, ele vira-se e faz-me assim ao braço! E eu digo “olha aí” e ele continua a dizer: (faz uns sons estranhos)

- Ele empurra e depois nós dizemos assim “para lá com isso!” e ele: (faz uns sons estranhos)
(risos)

- Vocês acham que existem muitos doentes mentais, ou poucos...?

- Muitos! (vários)

- E onde é que acham que eles estão?

- No hospital.

- Estão numa...

- Por aí, espalhados.

- Há um coisinho, tipo a Santa Casa, para... para... têm lá...

- Instituições.

- Mas isso é mais pobre do que outra coisa.

- Manicómios.

- Às vezes são largados nas matas...

- Manicómios.

- Tipo o Júlio de Matos.

(alguns riem-se)

- O Júlio de Matos!

(risos)

- Qual é a piada?

- Aquelas pessoas... (pausa prolongada)

- Quem é que estava a falar?

- Por exemplo aquelas pessoas que não conseguem parar de... de beber. Viciado em álcool.

- Isso é... toxicodependente.

- Acham que as pessoas que têm uma doença mental podiam ter feito alguma coisa diferente? Acham que podia ter evitado?

- Sim.

- Não. Porque ela já nasceu criada.

- Não.

- Sim. Podia ter evitado.

- Mas como é que ela podia ter evitado, se ela já nasceu assim?
- Por exemplo a Trissomia 21.
- O que é isso?
- Uma doença.
- **Então e se for uma depressão, por exemplo?**
- Isso tem que ir a um psicólogo!
- Como a Madalena.
- Trabalhar menos...
- Mas ela não vai trabalhar.
- Mas há pessoas que é.
- Eu tenho uma prima, que acho que discutiu com o marido e separaram-se, e teve uma depressão.
- Ahm...
- Raiva.
- **Como é que a pessoa podia evitar ter uma depressão?**
- Ir ao psicólogo.
- É o que eu ia a dizer.
- Pedir ajuda a pessoas próximas.
- Por exemplo, conheci uma pessoa a quem, antiga namorada do meu pai, o marido dela suicidou-se por causa de uma depressão.
- Fogo!
- A antiga namorada?
- Ya.
- Ah, Ana, eu tenho uma prima minha que sempre que se zanga ela toma comprimidos a mais ou começa a fumar.
- Ela ainda está no hospital?
- Quem?
- Não conheces!
- **Vocês acham que as pessoas devem estar...**
- Devem se acalmar. (interrompe a pergunta)
- Eu ouvi uma coisa que o meu pai me explicou, que eu vi na net pessoas deficientes, e o meu pai explicou-me que, que as pessoas com depressão, quando têm esse ataque, convém elas pensarem numa coisa boa e acalmarem-se.

- E não tomarem muitos comprimidos. Há pessoas com depressão que depois pensam que é por causa dos comprimidos que vão ficar boas e começam a tomar para aí uma caixa de comprimidos, só por pensarem que ficam boas. E depois pode causar outras doenças.

- Podem levar à morte.

(pequeno silêncio)

- Também podem não ficar tão nervosas.

- Ninguém tem a culpa.

- E depois, há pessoas que, com doença mental, que podem, para fazer uma coisa a uma pessoa elas... por exemplo, uma pessoa rouba e depois vai incriminar a outra só porque...

- Ah, pois é!

- Numa novela que os meus avós viam, uma rapariga foi violada e foi acusar o que a deixou...

(pequeno silêncio)

- Já vimos como é que vocês reagiram quando uma colega vossa teve uma depressão...

- Sim.

- Sim.

- E se fosse alguém da vossa família? Se fosse diagnosticada uma doença mental a alguém da vossa família, como é que vocês reagiam?

- Ficava, se fosse uma pessoa próxima, tipo o meu pai ou a minha mãe, não sei; estava sempre a falar com eles, dava-lhes carinho...

- Ya. Eu dava... ahm... o que a Madalena disse.

- Mais atenção.

- Pois.

- Eu tentava fazer com que eles se acalmassem... ahm falarem comigo do que é que aconteceu a ver se podia ajudar...

- O meu pai uma vez contou-me que, quando ele estava no hospital, ele entrou em depressão e quase cortou os pulsos. E quando ele me contou isso eu quase comecei a chorar.

- Iiihhhhh....

- Ei chavaló!

- Por causa do quê?

- Por causa que ele disse que queria cortar os pulsos.

- Fogo...

- Cortar o quê?

- Os pulsos!

- Temos que portar-nos melhor para ver se eles, por exemplo, se fossem os meus pais, para ver se eles não se enervavam muito...

(pequeno silêncio)

- **Tentariam ajudar, é isso?**

- Uhum...

- Sim.

- Sim.

- Tentaríamos relaxar...

- Olha eu ainda tentava o ajudar.

- Não, tu relaxar não! O teu pai.

(alguns risos)

- **E se vos fosse diagnosticada uma doença mental a vocês? Como é que reagiam?**

- Fogo...

- Fogo!

- Eu acho que me matava... (fala baixinho)

- Eu tentava ter alguém mais próximo para desabafar com essa pessoa para lhe contar o que é que aconteceu e pedir para ela me conseguir acalmar, ajudar a acalmar o *stress*.

- Eu... eu... se calhar não conseguia aguentar, por isso... acho que me suicidava.

- Concordo.

- Era o que eu ia a dizer, por acaso era o que eu ia dizer.

- Porquê?

- Porque mais vale morrer do que estar a sofrer.

- ... a sofrer! (falam ao mesmo tempo)

- **Então vocês acham que, ao longo da vida, uma pessoa que tem uma doença mental não tem cura?**

- Ahm...

- Pode não ter.

- Pode ter.

- Pode ter ou pode não ter.

- Conforme o caso.

- Pode ter conforme o caso.

(pequeno silêncio)

- **Tomás, se tu achavas que... como é que te irias matar sabendo que existe cura?**

- Ahm... não me matava. Ia ao hospital e pedia para fazerem alguma coisa.
- Eu não me matava.
- Eu pedia aos meus pais para tentarem gastar um pouco mais de dinheiro para ver se eu ficava boa.
- Eu falava com o meu pai e com a minha mãe e pedia para ir para uma psicóloga para desabafar...
- Eu esperava no último momento em que se confirmasse que não havia mesmo uma cura e depois suicidava-me.
- Ena, tu eras bem maluco para isso.
- Eu não era capaz de me suicidar!
- Eu era!
- Nem eu!
- Eu era!
- Era melhor suicidar-me do que estar a sofrer.
- Eu mandava-me dum prédio.
- Ya.
- Eu pedia ajuda.
- Ao menos ali ficavas logo.
- Tapava os olhos com uma venda e começava a andar ao acaso... e ia acabar por cair.
- Ya.
- **Rita, como é que achas que reagias se fosse contigo?**
- Eu tentava me acalmar.
- O quê?
- Eu tentava me acalmar.
- Ah.
- Fala mais alto!
- **O que é que acham que é a saúde mental?**
- Termos, termos o sistema imunitário bem, estarmos alegres, sentirmo-nos bem com nós próprios...
- Termos a consciência tranquila.
- É o que eu ia a dizer.
- Não termos as coisas negativas no pensamento.
- Pensamentos negativos.

- Ya.

- Como é que vocês acham que...

- (interrompe a pergunta) Ana, a minha mãe está sempre a dizer assim, quando eu tenho algum teste e recebo eu digo assim “Fogo! Já sei que vou ter negativa!” a minha mãe diz assim: “Não podes pensar negativo, tens sempre que pensar na positiva!”.

- Vocês acham que a doença mental depende de nós próprios? Depende dos outros? Não depende de ninguém? (aqui enganei-me - queria perguntar relativamente à saúde mental)

- De nós.

- De nós próprios.

- Ahm... umas vezes de nós, outras vezes de outras pessoas.

(pequeno silêncio)

- Como é uma pessoa com saúde mental? Como é que se comporta, como é que lida com os outros?

- Bem.

- A mesma coisa que... devemos tratar aos outros...

- O que nós tratamos a nós próprios?

- Não, o que gostávamos que nos tratassem.

- Rita, o que pensas sobre isto?

(durante 56 seg. os colegas puxam pela Rita, que não fala, e depois dispersam-se um pouco discutindo entre eles)

- Então uma pessoa com saúde mental é uma pessoa alegre, com a consciência tranquila...

- Pensamentos positivos.

- Pensamentos positivos... e como é uma pessoa com doença mental?

- Tem pensamentos negativos.

- Pensamentos negativos...

- Pode ser mais triste.

- Talvez até pode estar a pensar que pode morrer, por causa da doença.

- Ya, pensar matar-se.

- Tipo, há uma novela que a minha mãe vê, eu também vejo, que uma menina, não me lembro do nome, ela tem, houve um dia, quer dizer, ela desde pequena que não tem os pulmões bons e ela fez uma cirurgia para trocar de pulmões e acho que agora está a rejeitá-los.

- Ainda há outra coisa...
- Eu vi uma senhora... ah, podes falar.
- Era um rapaz, dos anos mil oitocentos e tal, e ele trabalhava numa pensão. E ele era, estava sempre a ser rejeitado só por ser *gay*... então, então ele ia ser despedido porque eles tinham pouco dinheiro e, e não arranjava outro emprego, então ele cortou os pulsos, mas foi salvo por uma senhora...
- E eu vi uma novela que era uma senhora que estava normal e depois começou a ter ciúmes do ex-marido dela estar com outra, então ela cortou os pulsos e foi acusar a actual do marido só para ficar com ele.
- Que novela é essa?
- Mundo Meu.
- Mundo Meu?
- Ah, acho que já sei qual é.
- A senhora cortou os dois pulsos (fala baixinho)
- Tu viste o sangue?
- Vi.
- **Como é que vocês acham que uma pessoa com doença mental deve ser tratada?**
- Bem.
- Sim.
- Bem.
- **E acham que uma pessoa com doença mental deve estar ao pé das pessoas ou deve estar...**
- (interrompem)
- Deve estar ao pé das pessoas!
- Deve estar ao pé das pessoas para conviver.
- Deve ser tratada como as outras.
- Para pensar que não é rejeitada.
- Deve ser tratada como as outras.
- Ninguém é diferente dos outros só porque tem doenças.
- **Acham que era importante aprenderem mais sobre as doenças mentais na escola?**
- Sim.
- Sim, para as pessoas não gozarem umas com as outras.

- Para, por exemplo, se na escola houvesse algum colega que tivesse uma deficiência mental não estarem sempre a gozar com ele e saberem como lidar com ele.

- Como é que gostavam que isso acontecesse?

- Eu pedia aos colegas para tentarem não gozar com a pessoa que estivesse com uma doença.

- Tu também ias gozar!

- Também estás sempre a gozar com tudo...

- Como é que, na escola, vocês gostariam de aprender sobre doenças mentais e sobre como agir?

- Ahm...

- Gostavam que fosse através de livros, gostavam que viesse cá alguém...?

- Ah, sim!

- Que viesse cá alguém.

- Sim, para convivermos com...

- E responder a perguntas, também?

- Sim.

- Sim.

- Boa ideia.

- Boa ideia.

- Gostariam de conhecer alguém que tivesse uma doença mental?

- Sim.

- Sim.

- Eu já conheço bués, por causa do trabalho da minha mãe.

- Alguém tem mais alguma coisa a acrescentar, ou alguma pergunta que queira fazer?

- Não.

- Não.

- O que é que vamos fazer agora?

4-5 - Pública

- Quem é que sabe dizer o que é um maluco?

- Não sei!

- Um maluco quer dizer que pensa na cabeça.

- Toda a gente concorda?

- Um maluco pensa da cabeça??

- Um maluco é um que não pensa na cabeça!

- O maluco é mau!

- Tu concordas, Gohan?

- Um maluco é um monstro!

- Ele não é um monstro!

- Então é o quê, Gohan?

- É um feiticeiro.

- Também achas isso, Gabriel?

- Não!

- Então o que é que tu achas?

- Não sei.

- É mau.

- É mau.

- É lindo!

- Vocês acham que ele é perigoso?

- Não!
- Acho que não, acho que é... senhora.
- **Achas que é perigoso?**
- Não, é senhora.
- Então e o batom?
- Achas que é perigoso, Diana?
- Não, não, não.
- **Não é?**
- (imperceptível)
- **Romeu, achas que os malucos são perigosos?**
- Não.
- Eles são maus!
- Maus!
- São palhaços!
- Eu vi um maluco de riscas.
- Um maluco é um palhaço.
- **Concordas, Gabriel?**
- Sim.
- **E tu, Romeu?**
- Um maluco é uma pessoa totó.
- **Onde estão os malucos?**
- Os malucos estão na prisão.

- Não estão nada! Eles são palhaços!
- Os palhaços são malucos.
- Estão na prisão!
- Os palhaços são malucos, fazem caretas.
- Não fazem nada caretas!
- Estão na prisão?
- **Também concordas?**
- Não.
- **Então estão onde?**
- Eu concordo!
- Eu concordo!
- Eu concordo!
- Estão na prisão.
- Eu concordo...
- **Os malucos têm cura?**
- Não.
- Não.
- Não.
- Não.
- Não.

8-9 - Pública

- O que é um maluco?

- Um maluco é um homem que anda na rua com os vestidos todos rotos e anda todo maluco. E bate sempre com a cabeça, ou no chão... ou então nas paredes.

- Um maluco é um homem que anda na rua e está sempre a fazer maluquices. Está sempre com coisitas...

-Toda a gente concorda?

- Não consegui ouvir...

- Um maluco é uma menina ou um homem que dizem coisas, dizem disparates, asneiras, e andam sempre a cair para um lado e para o outro.

- Um maluco é uma pessoa que está sempre a bater com a cara na parede, ou então fica sempre amalucado, a dizer palavrões enquanto vai à rua... ou bebe, ou bebe álcool e fica bêbedo.

- Bebe álcool? Álcool, queres tu dizer!

- Um maluco é uma pessoa que anda sempre a mandriar e a fazer coisas doidas. Por exemplo, andar nu na rua, vestir-se com perucas e usar cabelo loiro, fatela e... conversar com tipos como, com braços mecânicos e a beber cerveja na rua drogado.

- Drogado...

- Alguém sabe dizer o que é o corpo?

- O corpo é o corpo.

- É o nosso corpo!

- Então isso é o corpo humano!

- E mais? Quem é que tem mais coisas a acrescentar?

- Eu tenho muitas coisas.

- É... é feito por muitos algarismos.

- Hã?

- É feito por números?

- O algarismo respiratório, o...

- Tem os órgãos, não é?

- Isso não é algarismos!

- São os algarismos.

- Os algarismos é: ai agora tenho aqui o número dois, aqui o número três... isto é o meu corpo!
- Feito de números!
- Um corpo é um... é a carne possuída com ossos...
- Vários órgãos.
- Deixa eu começar tudo de novo: os corpos são protegidos, são obviamente usados por carne, ossos, órgãos, sistemas e isso tudo.
- **Toda a gente sabe o que é o corpo?**
- Sim! (vários)
- **E vocês sabem o que é a mente?**
- Sim! (alguns)
- **O que é a mente?**
- A mente é um cérebro que está dentro de nós, da nossa cabeça, que controla tudo o que nós vamos dizer, controla o que nós vamos fazer com os braços, com as pernas...
- **Mas o cérebro não faz parte do corpo?**
- Sim.
- **Então, se o cérebro é corpo, como é que ele é a mente?**
- A mente é o cérebro!
- A mente diz ao cérebro o que tem que fazer para a pessoa não... eu estou aqui, agora quero ir para ali, é o cérebro que está... como é que se diz... a dizer para eu falar.
- É... o cérebro tem um pensamento. Nós... não há... coisas como o nosso cérebro, que...
- Não há nenhuma calculadora como o nosso cérebro.
- O nosso cérebro é a maior calculadora.
- **Mas o cérebro faz parte do corpo.**
- Sim.
- Os pensamentos...
- **Os pensamentos, como estava aqui... diz, Mariana.**
- É como o Vicente disse. É como se tivéssemos um quartel general dentro da nossa cabeça...
- É parte do nosso corpo.
- ... e tivéssemos a ilha da fantasia, a ilha da...
- Isso é do DivertidaMente.
- ... é como se tivéssemos isso!
- É verdade.

- Mas nós estávamos a falar de uma história?
- Sentimentos de alegria, de raiva...
- Sentimentos de medo...
- Repulsa...
- Felicidade...
- Alegria.
- Alegria!
- Tristeza.
- Raiva...
- Juntos!
- **Quem é que já esteve doente no corpo?**
- Eu sim.
- Eu já!
- Constipação.
- Otites.
- Eu tenho uma coisa muito importante a dizer:
- Eu tive dores de cabeça.
- três dias... três meses surdo, e ainda com esta tosse horrível! (tosse para demonstrar)
- Varicela.
- Varicela.
- No ano passado estive três meses com varicela e agora estou com dieta.
- Eu... agora esqueci-me do nome.
- Dieta é para emagrecer...
- Varicela.
- **É o que é que vocês sentiram quando tiveram com varicela, as constipações, as otites...?**
- Eu tive gigantismo.
- Ele já sabe.
- **Diz lá.**
- Fui tirar as amígdalas.
- **Quando estamos doentes, o que é que sentimos?**
- Dor.
- Muito tristes.
- **Temos alguns sintomas, como a dor de cabeça, o ranho, dores de garganta...**

- Sim, eu estou com ranho.
- Ficamos todos...
- Ficamos tristes porque não podemos fazer nada.
- É só babá, só baba...
- Não, é ranho.
- Baba.
- Ranho.
- Baba.
- Ranho.
- Baba.
- Ranho!
- E borbulhas, aquelas borbulhas grandes...
- Baba.
- **E doentes na mente? Como é que é?**
- Eu já estive!
- **Quais são os sintomas?**
- Dislexia.
- Nós... como é que se diz...
- Vocês acham que os sentimentos podem ficar doentes? Ou os pensamentos podem ficar doentes?
- Não.
- Sim.
- Eu nunca tive nenhum problema na mente.
- Eu já.
- A minha irmã tem dislexia.
- **Vocês sabem o que é uma doença mental?**
- Sim.
- Eu sei!
- Como a dislexia.
- É um traumatismo craniano.
- É uma doença na mente.
- São pessoas...
- **Diz.**

- São pessoas... estamos nas doenças da mente. Os sintomas são: maluquice produzida por uns neurónios que estão num mau lugar e produz uma doença da maluquice.

- Vocês já ouviram falar da depressão?

- Não.

- Depressão? Eu não!

- Não.

- Sim.

- Eu não sei o que é uma depressão...

- E ansiedade, vocês sabem o que é?

- Não. (alguns)

- Sim! (vários)

- É ter ansiedade por fazer uma coisa!

- Eu também tenho ansiedade.

- É estar ansioso.

- É quando estamos ansiosos!

- É estarmos à espera de uma coisa e queremos tanto aquela coisa...

- Estou ansioso para pintar!

- Vocês já ouviram falar de perturbações alimentares?

- Não. (vários)

- Sim.

- Anorexia?

- Não.

- Hmmm...

- E autismo? Já viram crianças com autismo?

- Hmm...

- Eu já vi.

- Ah, eu tenho!

- Eu não.

- Gigantismo...

- Já vi adolescentes... assim...

- O meu pai tem dois metros.

- Quase do tamanho desta mesa!

- Quando nós chegamos aos dois metros ficamos doentes.

- **Mas o gigantismo tem a ver com o corpo.**
- Já vi um programa no TLC com pessoas assim...
- Quando as pessoas crescem mais de dois metros, tipo dois metros e um, isso é um problema nos ossos.
- **Nos ossos do corpo. Estamos a falar agora da mente. O que é que há na mente?**
- Pensamentos...
- As células.
- Eu tenho que dizer mais uma coisa. O... como é que chama-se? O poço sem fundo do espaço-tempo dos sonhos... por exemplo, se nós sonharmos, nunca mais podemos sonhar o mesmo sonho.
- **Temos os sonhos, os pensamentos, sentimentos...**
- Pesadelos!
- **Quais são os sentimentos que existe?**
- Tristeza, felicidade, raiva medo... (vários)
- De envergonhado.
- Repulso...
- Repulsa!
- Repulsa... sim, é uma coisa: eu não gosto desta coisa! Tipo, eu não gosto de brócolos.
- Ó pá, os brócolos é um dos melhores vegetais que fazem bem ao sangue!
- Pois é!
- Fazem bem ao sangue.
- Mas se comermos demasiado ficamos verdes.
- **Vocês acreditam que as pessoas podem ter uma doença na mente?**
- Acredito, eu já comi bué.
- **Nas emoções... nos sentimentos...?**
- Acredito.
- Eu acredito.
- **Há pessoas que, por exemplo, ficam muito tristes... não conseguem sair de casa.**
- Eu às vezes fico muito triste... porque às vezes gozam comigo.
- Eu quero falar dos sentimentos. Posso falar agora? Primeiro vem a alegria, do centro central, depois é o amor, depois é o carinho, depois vem a... a repulsa, depois...
- (ininteligível) a nossa cabeça onde guardam os nossos, os nossos medos e os medos maiores.
- Por exemplo, eu tenho medo de fazer Bungee Jumping. Tenho medo da Maléfica...

- Vocês conhecem alguém que tenha uma doença mental?

- Eu tenho, eu tenho!

- A minha irmã.

- A tua irmã tem o quê?

- Dislexia.

- O que é que é dislexia?

- Eu tenho, eu tenho uma doença!

- É... imagina, não consegues dizer bem as palavras, ou trocas algumas letras...

- Eu às vezes troco.

- Eu tenho!

- Conta, Mariana.

- Tenho olhos tortos.

- É uma doença da visão.

- Conhecem alguém que tenha uma doença na mente?

- Eu conheço! Um colega nosso chamado Francisco. Por exemplo, ele, para ter uma mente de cão, faz as coisas de cão, faz assim (exemplifica com sons e gestos). É verdade, ele deita baba pela boca e já deu dentaditas à Daniela, à Mariana e à Rita.

- Blergh!

- Doença de cão.

- Ele beija com a língua.

- Ele deitou-te baba!

- Vocês sabem o que é um psicopata, por exemplo?

- Psicopata?

(gargalhadas)

- Já ouvi falar mas não sei o que é.

- Eu sei! Eu não gosto nada deles, assim: (exemplifica com gestos e ri-se)

- Tipo, estão hipnotizados... assiiiiiiiiimmm (exemplifica com gestos)

(gargalhadas)

- Tenho que parar de rir!

- Oh, eu sei, isto pode ser engraçado, isto pode ser engraçado mas é muito triste []

(imperceptível - tenta não rir)

- Eles também riem-se assim, eles também riem-se assim (careta)

(gargalhadas)

- Ok, pára! (fala a rir)
- **Quem é que vocês acham que pode ficar com uma doença na mente?**
- Sei lá!
- Não sei.
- **Que tipo de pessoas?**
- Ahm...
- Malucos.
- Eu acho que alguém pode ficar... não, não vou dizer isto, isto não é da mente.
- Psicopatas.
- **Diz, Mariana.**
- Não é da mente...
- Aqui não há respostas erradas!*
- Eu tenho... pessoas... pess pess (faz sons musicais com a boca)
- Olha, não estamos aqui a brincar, pois não?
- *Ok, ok. Eu acho que se fizerem aquilo de mexerem os olhos e abrirem os olhos ficam com aquilo... ahm...
- Eu tenho que dizer uma coisa.
- Eu já vi um homem tipo a saltar os olhos argh!
- E eu já vi uma mulher com os olhos, com um olho assim (exemplifica)
- Argh! (vários)
- Podem saltar os olhos quando nós nos constipamos e não fechamos os olhos.
- Todo aqui... sem, sem a parte preta!
- Tem que ser uma pessoa!
- Sem aquela parte preta, tudo branco.
- É cega, isso é uma pessoa cega!
- Olha mas o outro está bom, o outro está bom.
- **Vocês acham que, algum de vocês daqui, ao longo da vida, poderia ficar com uma doença na mente?**
- Eu!
- (pequeno silêncio)
- Todos podiam (fala pausadamente)
- Todos.
- Eu não sei.

- Não sei.
- Eu não posso prever o meu futuro.
- Por exemplo, nós podia ser evoluídos para pessoas sem, com a mente diferente, mais evoluída, e ficasse com menos inteligência ou escrever diferente... (pausa para tossir) pronto, para uma letra de ADN dos computadores antigos, da máquina de escrever muito antiga.
- **Nonô, achas que ao longo da vossa vida podem ter uma doença mental? (sorri e concorda mas não responde verbalmente). Vocês sabem o que é... por exemplo, quando uma pessoa está muito triste e não sai do quarto, ou uma pessoa que fica tão nervosa que não consegue sair à rua?**
- Sim!
- Sim.
- Sim. Tem... o nome disso é... tem... está deprimida.
- Posso ler um livro? (fala por cima)
- **Quem é que acham que pode ter uma doença mental?**
- Pessoas específicas.
- **Quem?**
- Tolas, andam na rua, malucas...
- **E achas que tu poderias ter uma doença mental?**
(pequeno silêncio)
- Se eu fosse maluco...
- **Tu és quem és. Achas que, no futuro, terias alguma possibilidade de ter uma doença mental?**
- Não sei, eu nunca prevejo o futuro, ninguém prevê o futuro!
- **E alguém da vossa família, acham que era possível?**
- Não.
- **E tu?**
- Ah, por acaso é possível.
- A minha família é...
- É só a pessoa própria...
- Se os teus filhos, os teus filhos serem do futuro muito avançado... pessoas podem ter a mente, podem ter a mente, então são pessoas provavelmente mais avançadas do que nós. Daqui a 200 anos ou 100 anos avançados do futuro meteorito perfeito consumido pelos computadores.

(silêncio)

- A doença mental também mexe com a vida das pessoas? (pausa) Acham que a vida das pessoas que têm uma doença na mente é diferente?

- Não. Todas as pessoas são iguais.

- Nós, quando estamos constipados, dói-nos a garganta, não podemos sair à rua... ou então, se uma pessoa partir um pé, fica um tempo sem poder jogar à bola, não é?

- Uhum...

- Uma semana.

- Praí!

- Podem usar uma bengala.

- Então isso interfere com a vida daquele menino naquela altura. Acham que uma pessoa, com doença mental também tem... também interfere?

- Não. Porque a pessoa pode ter problemas no pé, pode ter deficiências na mente, pode estar assim...

- Estou a referir-me a uma pessoa que tenha uma depressão, que está deprimida. Acham que isso afecta a vida da pessoa?

- Afecta.

- Afecta.

- Porque se a pessoa não...

- Se um... senhor quer ser namorado de uma pessoa, já não pode, porque é assim. Então e acham que alguém ia gostar dele? Não!

- Se eu fosse uma rapariga, não.

- Eu já vi.. quando fui ao Brasil vi um menino que só tinha o calcanhar.

- Só quê?

- E conseguia jogar futebol e era feliz!

- A nossa vida pode mudar mas nós continuamos a ser os mesmos...

- Como é que afecta? Como é que pode mexer com a vida das pessoas?

- Um menino pode partir o pé ou a perna e depois fica sem jogar à bola.

- Mas isso é se for no corpo. Imaginem que é uma pessoa que tem uma depressão...

- Ana já não quero fazer parte desta actividade (fala por cima)

- ... imaginem que tem ansiedade, ou dislexia... isso mexe com a vida das pessoas?

- Dislexia... ah, pois. É como a Mónica!

- Interfere com a vida?

- Interfere! Não é?
- Interfere!
- Sim (vários)
- Ana, posso dar um abraço?
- **Queres dar-me um abraço?**
- Sim.
- **Já vens dar um abraço.**
- Eu quero também...
- Eu também!
- Toda a gente quer abraços, é a festa dos abraços!
- **Olhem e quando nós estamos doentes, por exemplo, voltando à constipação, nós vamos ao médico, seguimos o tratamento e depois ficamos bons. Acham que uma pessoa que tem uma doença na mente também tem tratamento?**
- Não (vários)
- Não, porque a mente não...
- A mente não... imagina, uma pessoa não consegue tomar um comprimido para...
- Para a cabeça.
- Para tirar essa doença.
- Ana, posso falar? Não, porque os médicos não são assim tão avançados e não descobriram a forma de fazer uma operação à cabeça...
- À mente!
- Por exemplo...
- Porque nós nascemos com isto...
- Posso acabar?
- Já deu nas notícias que não tinham especialistas.
- Tinham que fazer uma operação, desenhar a cabeça, para entrarem. Mas têm que fazer uma grande operação têm que avançar até ao cérebro, então os médicos não conseguiram ainda avançar para esse nível. Não sabem fazer a operação à cabeça, por exemplo, cortar ao meio para fazer alguma modificação aos ossos...
- Eu acho que depende da doença.
- **E como é que acham que uma doença mental pode ser tratada?**
(falam todos ao mesmo tempo?)
- **Já sei que tu achas que é com uma operação. E tu também. E mais?**

- Eu não estou a dizer que...
- Pode-se tratar com injeções... na cabeça, nos pés...
- Isso existe!
- Sim, eu sei, mas é impossível os médicos descobrirem uma forma de ir para o cérebro porque ainda é muito mas muito difícil essa operação.
- Tipo, quando uma aranha venenosa nos morde o veneno dela entra e vai para o cérebro!
- Há tratamento.
- Vai para o sangue.
- Nós ficamos com a cabeça assim (exemplifica)
- Uhum...
- Incha.
- Tem que se fazer um raio-X.
- **Vocês acham que, se fizermos um raio-X conseguimos ver as emoções lá dentro da cabeça?**
- Não!
- Só vemos os ossos.
- Pois é, é impossível.
- Tem que se rapar o cabelo todo.
- O cancro, quando nós temos cancro, cabelo cai-nos. É por isso que nós temos de ir cortá-lo.
- E quando uma pessoa tem cancro de rins, de estômago, de fígado, o cancro é muito forte e podemos morrer.
- A minha mãe já teve cancro da mama. Qual é o problema?
- Cortaram-lhe a mama?
- Achas?? Totó!
- Sim!
- **Se vocês vissem alguém na rua com uma doença mental, como é que seria?**
- Sei lá!
- **Vamos imaginar. Como é que seria?**
- Por exemplo, seria assim: posso fazer os gestos?
- (risos)
- Nós ficávamos “aquela pessoa está maluca, deve ter algum problema!”
- Seria triste.
- Seria desconfiado.

- Eu acho que seria feliz na mesma!
- Ficava desconfiado “aquela pessoa está maluca, tem algum problema nervoso”...
- **Como é que vocês acham que se percebe? Como é que se consegue perceber que uma pessoa tem uma doença mental?**
- (continua a risota desde a pergunta anterior)
- Parecem loucos.
- Parecem malucos e percebe-se logo.
- Estás a falar igual a um atrasado mental! (fala a rir)
- Há outros que não.
- Estás a falar igual a um atrasado mental!
- Ou então podemos perguntar.
- Então, ele... imagina, ele tinha uma doença mental... um traumatismo craniano; eu ia lá, ajudava, dizia o que é que ele tinha, ele dizia e eu tentava resolver o problema dele.
- Tu sabes lá se o problema se resolve.
- Pode-se resolver com as conversas!
- Ana, posso fazer os gestos outra vez?
- **Espera pelo fim. Se vos fosse diagnosticada uma doença mental como é que seria?**
- (pequeno silêncio)
- Sei lá!
- Eu não sei...
- (pequeno silêncio)
- Seria triste e íamos ter muita dor.
- **Como é que vocês se sentiam se vos fosse diagnosticada...**
- Sentia triste (interrompe). E dormia.
- Sentia triste. E dormia.
- Podes repetir a pergunta?
- Se tu tivesses uma doença mental, como é que te sentias?
- Ah! Posso fazer os gestos?
- **Como é que tu te sentias?**
- Sentia... lento.
- (alguns começam a falar exageradamente lento, em tom de brincadeira)
- **E vocês?**
- Ficávamos tristes...

- **E se fosse diagnosticada uma doença mental a alguém da vossa família, como é que vocês...**

- Triste! (interrompe)

- Eu ia ficar assim: eu ia ficar triste e ia falar assim “Oh mãe, o que é que te aconteceu para tu estares tão bêbeda?”

(risos)

- **E mais?**

- Tristes.

- E horrorizados!

- Também eu!

(alguns risos seguidos de silêncio)

- **E mais? Como é que vocês se comportavam pé dessa pessoa?**

- Eu ia me comportar como a pessoa que estava com a doença, assim.

- **Ias comportar-te igual a ela?**

- Sim. Eu tinha que fazer isso para me perceberem. Se nós falarmos como nós falamos, pela tecnologia avançada, não podemos perceber.

- **Achas que, se falasses normalmente com uma pessoa com doença mental, ela não te percebe? É isso?**

- Não, não.

- A minha voz...

- Já falei com um atrasado mental e não conseguiu perceber nada.

(começam a fazer vozes agudas e engraçadas)

- Eu ia dizer coisas boas para se sentir melhor.

- Ana, posso acabar de fazer os gestos?

- Ana, tu cantas fado?

- **Não.**

- Então porque é que estás tão rouca?

- **Dores de garganta, andei à chuva.**

- Quando?

- Eu também.

- **Quando nós temos saúde no corpo, nós brincamos, vamos à escola, estudamos, fazemos tudo... e na mente? O que é saúde na mente, vocês sabem?**

- É ter saúde na mente!

- É quando a mente está saudável?
- Ana, se eu visse um atrasado mental na rua eu ia ignorar.
- **Como é que as pessoas que têm saúde na mente se comportam?**
- Bem.
- Concentram-se. Têm um comportamento mais...
- Mais elaborado!
- ... mais adequado.
- Eu sou um pouco arrogante.
- Normal.
- Eu sou um pouco arrogante.
- **Como é que se relacionam umas com as outras, as pessoas que têm saúde mental?**
- Olá, como estás? Está tudo fixe?
- Está tudo bem?
- Estás bem?
- Falam com as mesmas palavras...
- Ana, já posso dar-te um abraço?
- **Espera, estamos quase no fim. O que é que vocês acham que é preciso para não ficarmos doentes na mente?**
- Sei lá!
- Fazer mais tecnologia avançada, ficarem espertos, até...
- Nada!
- Não é preciso falar nada.
- É natural.
- **Acham que era importante aprender sobre as doenças mentais na escola?**
- Não sei.
- Acho que por um lado era bom.
- Eu acho que sim, para depois podermos ajudar.
- Sim, para ficarmos um pouco mais evoluídos.
- **E como é que vocês gostavam que isso fosse feito?**
- (silêncio)
- Assim rapidamente...
- **Gostavam que viesse cá uma pessoa com uma doença mental falar com vocês?**
- Não.

- Sim! (vários)
- Eu não.
- Eu sim!
- Sim!
- Sim!
- Eu sim.
- Eu gostava mais era que ela esperasse em casa para ver se aquilo passava. Ou então podia ir para o hospital. (o tom genuinamente preocupado do Vasco chega a ser desconcertante)
- Podia estar maluquinho e dizia disparates e depois nós não percebíamos nada. Ou dizia asneiras que nós não podíamos ouvir.
- Eu gostava.
- Eu gostava!
- Também eu, para nós aprendermos mais.
- Eu gostava.
- Gostavam que vos chamassem bêbedos? Gostavam? Eles dizem isso!
- Não estamos a falar disso. Estou a falar de sintonizar para nós aprendermos mais.
- **Alguém tem mais alguma coisa a acrescentar?**
- Não (todos).

11-12 - Pública

- **O que é para vocês a doença mental?**
- Um maluco.
- **E é a mesma coisa que um louco?**
- Sim (vários)
- Deficiente mental.
- Sim mas eu não concordo muito com o que o André disse porque os deficientes mentais não têm obrigatoriamente que ser malucos, têm só uma doença que precisa ser mais cuidada, mais...
- Ou seja, o André estava a generalizar.
- Pois é.
- Exacto.

- Porque nem todos os deficientes mentais são malucos.
- Por exemplo, o meu irmão mais velho... não é mais velho mais velho, mas é mais velho do que eu, ele... não é bem um maluco mas ele tem alguns problemas mentais, ele enerva-se muito, ele tem... age como uma criança mais nova do que eu e por isso não pode estar a fazer certas coisas e não podem estar a gritar e isso mas ele não anda pela rua nu nem a fazer coisas como...
- Eu acho que também a doença mental pode provir por exemplo por uma pessoa, um ente querido morrer, ou então de... ver alguma coisa com os seus próprios olhos e... e não acreditar no que está a ver e depois ficar dessa maneira... pode provir coisas muito más e a doença mental depois pode afectá-los para a vida toda.
- Mas a doença mental não é só psicológica, também pode ser física. Portanto, o que tu disseste é, é coisas psicológicas porque pode acontecer uma doença mental fisicamente. Por exemplo o, o, o bater com a cabeça, isso não, isso não foi alguma coisa tipo um ente querido morrer ou uma cena assim...
- Eu sei, eu só disse dois aspectos.
- Sim, eu sei, mas tu estavas a dizer coisas que acontecem só na cabeça mas podem acontecer coisas também físicas.
- Eu sei.
- **Como é que se pode perceber se uma pessoa tem uma doença mental? É possível perceber isso só de olhar para ela?**
- Nem sempre.
- Não.
- Não.
- Não.
- Não.
- Nem sempre.
- Tem que ser com a...
- Nem todas as pessoas mostram isso.
- Sim porque, por exemplo, pode começar a tremer muito, ou a agir de uma maneira mais estranha...
- Diferente...
- Começar a ter medo.
- A não ter confiança nas pessoas.

- Pois, pode ser uma pessoa normal e é só mais... psicológica.
- A Doença de Parkinson é uma doença mental? Aquela em que a mão está a tremer?
- É uma doença mental.
- O cérebro não...
- Também pode haver pessoas que têm doença mental e não conseguem nada, como a Doença de Parkinson.
- E o Alzheimer.
- E todas as pessoas com doença mental têm que ser internadas num hospício ou algo do género?
- **Ouviram a pergunta da Beatriz? O que é que vocês acham?**
- Sim. Acho que nem todas.
- Algumas dá para ser tratadas em casa ou noutra sítio com pessoas para a apoiarem.
- Sim.
- Depende, se tiverem...
- Mas se fosse alguma coisa com a família, que tenha acontecido ou sem conseguir por exemplo se a pessoa tiver tivesse morrido ou uma cena assim, ele não vai, pode não conseguir ultrapassar o trauma porque pode ser uma pessoa que ele gostou muito.
- Se a pessoa também não tiver família.
- Se o problema for mais grave...
- Pois, exactamente, se não tiver família deve ir logo para o hospício, para ser acompanhado.
- Mas se for um problema mais simples que esteja a acontecer...
- Isso não é tão sensível.
- ... e se estiver com a família ou alguém que o consiga cuidar, ele pode ficar em casa.
- Ou se, quando tipo, estiver acompanhada uhm... é melhor que esteja sempre acompanhada e não estar sozinha, por exemplo.
- Ou uma senhora idosa.
- Exacto, uma senhora idosa, que não tem mesmo família nenhuma e que tem alguma deficiência mental, pode lhe acontecer alguma coisa e... convém estar acompanhada.
- Ou então podia ir para o centro de saúde e estar lá mais acompanhada.
- Porque eles [doentes mentais] têm medo de ir para o hospital.
- Alguns têm medo que lhes possam fazer mal, lá.
- Sim.
- Eles não têm confiança em ninguém

- Pois, eles podem ter perdido a confiança mas também não, as pessoas só pelos outros serem assim... as pessoas também podem ter medo mas não, não devemos também mostrar isso porque assim eles ficam... não têm confiança em nós.

- E há vários níveis de doença mental. Há uns níveis em que é muito menos grave, por exemplo, há aquelas pessoas que não conseguem ir à rua, que têm muito medo de ir à rua... isso é um nível muito baixo.

- Quais são as doenças mentais que vocês conhecem?

- Alzheimer.

- Parkinson.

- Alzheimer.

- Mais?

- Uh...

- Mmm...

- Uhm...

- Diz, Luana.

- Nada, nada.

- Não ouvi, diz lá!

- A depressão.

- Trauma.

- Traumatismo craniano.

- Trauma pós-guerra.

- Síndrome de trauma pós-guerra.

- O que é que vocês acham que pode provocar uma doença mental?

- Várias coisas.

- Morte.

- AVC.

- Morte.

- AVC.

- Alguns acontecimentos grandes do passado, tipo, atingiu-o a ele, a família dele, alguma coisa assim do género... alguém mais próximo.

- Alguma coisa que marque mesmo, que marque, ou pode ser tipo uma doença que...

- AVC.

- Pode não ter esperança...

- Pode ter nascido assim.
- Ou então ele ter visto alguma coisa que não... que tivesse ficado com medo e não quisesse ir mais à rua porque tivesse medo que lhe acontecesse a ele, ou então aconteceu-lhe também, aconteceu-lhe qualquer coisa a ele e ficou assim.
- Ou então que alguém o ameaçasse ou fizesse algumas coisas.
- Aí ficava com a depressão.
- Porque às vezes também acontece que há pessoas que vêem tipo uma pessoa gira na rua e começam a persegui-la...
- Psicopata.
- ... e começam a chateá-la pelo telefone e a pessoa também...
- Não é preciso ser pelo telefone.
- Cyberbullying...
- A psicopatia também é uma doença mental que pode não conseguir controlar o humor. Não, o não controlar o humor...
- Isso é bipolar.
- Bipolar é, a bipolaridade também é uma doença mental.
- Os psicopatas não são só aqueles que andam a matar, os psicopatas também são aqueles que são bipolares. Não precisa de ser violento.
- Pois.
- Pois.
- **E vocês acham que qualquer pessoa pode ter uma doença mental?**
- Qualquer pessoa (todos)
- Depende dos desgostos que tem ou...
- A pessoa pode ficar...
- É isso
- A pessoa pode ficar muito afectada, por exemplo, se alguém da família tiver Alzheimer, o Alzheimer pode ser... a pessoa pode... é mais fácil ter Alzheimer.
- Mas a pessoa pode ficar muito afectada se for mais nova e vir aquilo a acontecer perante os seus olhos alguém tão importante da sua família e não conseguir para o resto da vida, não vai conseguir, pode não conseguir...
- **Superar?**
- Sim, superar aquilo.
- Isso é um trauma.

- Eu acho que as pessoas que têm uma personalidade assim mais forte conseguem ultrapassar isso com um pouco mais de facilidade.
- Não conseguem ultrapassar totalmente porque é muito difícil deixar de ter uma doença mental.
- Pois.
- Que já tenha.
- **Vocês acham que uma doença mental pode ter cura?**
- Pode.
- Sim.
- Não sei.
- Eu acho que sim.
- Eu acho que a doença tem altos e baixos, uma vez pode estar mesmo muito mal e outra vez pode estar como se não tivesse nada mas ainda tem...
- Mas em alguns casos eu acho que pode, porque...
- **Deixa-me só perceber a Ana; o que tu estás a dizer é: pode ficar melhor ou pior mas nunca fica curado, é isso?**
- Sim, vai deixar sempre alguma marca ali assim...
- Por exemplo a bipolaridade tem os estados em que a pessoa, dizem-lhe alguma coisa e ela pode começar a disparatar ou a fazer qualquer coisa, e outros casos que tem, está mais calma e já não...
- **E não reage dessa maneira.**
- Sim.
- Curado ele pode ficar mas não é totalmente mas mais difícil é por exemplo se a pessoa for, como eu disse há bocado, se fosse nova, mas se fosse um elemento da família porque assim é mais difícil de recuperar e superar a doença porque ele assim não vai conseguir porque era uma pessoa que ele gostava tanto e já não vai conseguir voltar a ver.
- Normalmente também pode ser porque curar essa doença pode, não acho que seja fácil mas, pode estar ao pé das pessoas de quem mais ama e pode lembrar-se de como é que vivia antes e pensar nisso e aos poucos e poucos ir melhorando. Mas desaparecer totalmente acho que não.
- Tendo apoio das pessoas...
- Sim, e tendo apoio da família porque elas tratam mal e internam num hospício e a pessoa fica com esse rancor que a família não quis saber dele e... abandonou-o e não gosta dele.

- E por exemplo, a pessoa pode não estar muito bem curada mas já está num nível bom e se alguém da família toca no assunto que já tinha passado, ele pode voltar a ser o que era, e isso é um pouco mau.

- Mas eu acho também que pode haver cura por causa que, por exemplo, a amnésia não é uma doença mental? As pessoas esquecem-se de tudo mas também se recordarem as pessoas e se souberem quem é que são e as pessoas tiverem muita paciência em estar com ela ou ao pé dela a relembra-la das coisas também a pessoa pode voltar a não ter amnésia.

- Eu acho que com a medicina que nós temos agora eu acho que é mesmo, é impossível curar a doença totalmente.

- Sim, está sempre lá.

- Sim porque a pessoa tem sempre aquele bocado, por mais pequeno que esteja e, se alguém ou algo faça alguma coisa, pode voltar, ou seja, a pessoa nunca fica totalmente curada daquela doença. Por exemplo, o Alzheimer é, com a medicina de hoje, é impossível curar porque, o Alzheimer vai-se, vai retirando as memórias do cérebro e vai retirando cada vez mais, porque há medicamentos para parar mas nunca totalmente.

- Eu acho que não pode curar assim tudo totalmente apesar de ter medicamentos e tudo mais, acho que depende um pouco da vida pessoal. Por exemplo, os altos e baixos: se tiver mais altos do que baixos acho que, tipo, vai ajudar mais a esquecer, tipo, vai estar eléctrico pelos altos e, se tiver mais baixos acho que vai ficar... ou fica na mesma ou fica um pouco mais grave porque, tipo, uma coisa pode estar [imperceptível] porque aquilo que ele ficou traumatizado aconteceu ou algo do género, e pode ter tipo mais noção e começar a passar coisas pela cabeça que as coisas que se passam hoje podiam ter acontecido naquele dia em que pôde ter passado o trauma ou algo do género.

- Quais são os tratamentos que vocês conhecem?

- Terapias.

- Terapias.

- Terapias tipo o quê?

- Psicologia.

- Fisioterapia.

- Terapia de choque.

- Terapia do quê?

- Terapia de choque.

- Aquilo que se molha na água...

- A sério? Como é que isso ajuda?
- Então tipo aqueles pequenos choques...
- Ok, é como se fosse tipo: “relembra-te, relembra-te...”
- Faz como se tu relaxasses, qualquer coisa assim.
- Eu não sei.
- Mais ou menos...
- É um pequeno choque que não chega a doer, é mais relaxante...
- Sim...
- **São as terapias e mais? Há mais alguma coisa que possa ajudar?**
- Medicamentos.
- Psicólogos.
- Apoio das pessoas.
- **Apoio de quem?**
- Das pessoas mais próximas.
- Das pessoas que até sabem da vida dele e que ajudam. Por exemplo, se a pessoa tiver amnésia, que ajudam a ele a lembrar-se mais das coisas que aconteceu e não se lembra.
- Dos amigos.
- Até pode não ser os familiares.
- Exacto.
- Pode ser aqueles que mais ama.
- As pessoas mais próximas.
- Pode ser, por exemplo, um médico de família que já conhece o acompanhamento da família em si, ou seja, pode...
- Ou psiquiatra.
- Psicólogo.
- **Quando estamos doentes fisicamente, isso mexe com a nossa vida, não podemos fazer as mesmas coisas que fazemos quando não estamos doentes. Acham que a doença mental também tem impacto na vida da pessoa?**
- Sim.
- Sim.
- Sim.
- Claro.

- Claro, porque nunca fica a mesma coisa porque eu acho que, quando começaram com a doença, já ficam com uma maneira de ver as coisas diferente.
- O tipo de vida...
- Completamente.
- E não só, as próprias pessoas também julgam essas pessoas.
- Algures isso também afecta um bocado.
- Perda a confiança toda.
- As pessoas com quem ele falava e já estava a ganhar confiança nunca mais volta a ser o mesmo porque...
- Porque perde a confiança toda.
- Deixa de conseguir fazer as coisas que fazia antes.
- Pois, exactamente e, e o trabalho, quer dizer, também já não podem...
- Há o subsídio de, de doença.
- Também podem ser crianças.
- Que deixam de poder fazer coisas, jogar à bola...
- Eu também acho que te a ver com o que está ao redor da pessoa, por exemplo, se for assim como o nosso, tipo uma escola, acho que ele vai ficar mais nervoso, assim, com medo das pessoas, algumas...
- Até o barulho.
- Até um parque, assim mais calmo...
- As pessoas não confiam porque dizem que ele é maluco e não confiam nele. Ele pode não dizer totalmente a verdade mas não acreditam nas coisas que ele diz também porque acham que ele... ele não é uma pessoa normal e não faz coisas como nós. Não é como nós porque...
- E depois há na sociedade, a sociedade em si, algumas pessoas começam a julgar: “ah, aquele é deficiente mental”. Por exemplo, na escola, vamos imaginar num clima mais normal, começam assim: “ah não, não podes jogar porque tens um problema, és deficiente mental, não podes jogar” e tipo, isso é mau porque em vez de o ajudarem, em vez de, tipo, como se fosse uma pessoa normal, ser normal mesmo, ahm, falar com ele normalmente como se ele não tivesse nenhum problema, não! As pessoas chamam mesmo a atenção que não pode fazer aquilo porque “és deficiente”.
- As pessoas deviam pensar que se fosse com elas acontecia aquilo e elas também se sentiam sozinhas, e eles assim mais dificilmente vão ganhar auto-estima, porque as pessoas vão estar sempre a excluí-los das coisas e a metê-las sempre de lado porque têm um problema.

- E assim ainda pode piorar mais a doença.
- Ele começa a pensar que com aquela doença já não vai conseguir fazer nada na vida.
- E até pode levar ao suicídio.
- Sim.
- E até no ambiente da escola, por exemplo, numa escola normal pode tocar a campainha ou o barulho das pessoas a falar pode deixá-lo nervoso.
- Por exemplo, as pessoas têm problemas, não é que tenham problemas, as pessoas têm complexos com as outras só porque elas são mais altas, elas são mais gordas, são diferentes de nós, mas não se deve gozar com eles porque eles assim perdem auto-estima e pode provocar o que o Guilherme disse, o suicídio.
- E como ele estava a dizer, não se deve julgar as pessoas porque mais tarde pode lhes acontecer o mesmo e lá por eles terem deficiências, doenças mentais, não quer dizer que eles sejam diferentes, eles podem fazer as mesmas coisas sendo que eles tenham ajuda.
- E mais cuidado.
- Sim.
- **Acham que as pessoas com doença mental podem fazer as mesmas coisas que as outras fazem, que podem ser autónomas?**
- Sim.
- Não.
- Não.
- Não.
- Não.
- Depende da doença.
- Depende da doença.
- E depende da ajuda.
- Mas também tendo o apoio das pessoas pode vir a ter isso, mas tem que ter sempre o apoio das pessoas, a pessoa não pode estar sempre a mandá-lo abaixo a dizer “ah, tu és maluco, aquilo não vais fazer porque és maluco” e pronto.
- Por exemplo, há uma criança autista que é muito boa a matemática e acho que o QI dela é mesmo muito, muito, muito alto e acho que já superou o Einstein e é uma criança autista, é uma doença mental, que não consegue socializar com as pessoas.
- Começa a ter, a entrar em depressão, mais ou menos.
- Hiperactividade é uma doença mental?

- O que é que vocês acham?

- Eu acho que sim.

- Acho que sim.

- Sim, é, porque depende da, não é bem dos músculos, é mais da cabeça da pessoa.

- Sim, e nunca param quietos, praticamente...

- Eu tenho um amigo que é hiperactivo e tem de ser medicado, e quando às vezes não toma os medicamentos ele não se consegue lá muito bem, ahm...

- Controlar.

- Não se consegue controlar, bem... fazer o que ele gostava, nunca sossega porque ele nunca pára quieto, então também às vezes andam a dizer “ah”... por exemplo eu estou aqui, ele sai da sala para ir à casa de banho e começam a dizer “ah, tu és amigo de um hiperactivo” e eu digo “qual é que é o problema?”

- Pois!

- As pessoas dizem, por exemplo “tu és deficiente mental” como se fosse um defeito, como se não fosse normal, como se fosse um nome, pronto, uma coisa que te vai ofender, tipo “deficiente mental, agora toma lá mais esta que é para...”

- Para te afectar ainda mais.

- Eu acho é que ao estarem a chamar isso é mesmo para ofender mas o que deve acontecer é não chamarem isso, porque não se deve gozar com isso, mas que é uma ofensa é uma ofensa porque ser deficiente mental...

- Eu acho que não é uma ofensa, sinceramente. É uma doença que...

- Isso não é a mesma coisa que ser racista, porque ser racista não é uma ofensa mas ser deficiente mental já é uma coisa um pouco má.

- É só uma doença que tens que ter mais cuidado.

- O que se deve fazer é não gozar com isso mas, que é uma ofensa, é uma ofensa.

- Eu acho que pode ter a doença que tiver, tipo, eles são pessoas, não é uma coisa qualquer, tipo, eles são pessoas e, como todos nós, também têm sentimentos. Tipo, eles são pessoas, são seres humanos, não são “ah e tal, isto é um estojo velho, tumba, vai lá para o lixo!”, não.

- Eu acho que se fizer isso ainda vai piorar mais as coisas, pode querer fazer justiça e pode ser uma coisa muito grave. Pode chegar à morte, pode chegar ao suicídio...

- As pessoas nasceram do mesmo sítio que nós, não foi da mesma mãe mas nasceram de, da mesma forma que nós nascemos, pode ser parto normal, cesariana, mas eles são humanos, não são tipo *aliens*, outra coisa de outro mundo. São seres humanos.

- Não devemos gozar com aqueles que são como nós, seres humanos, só por dizer que têm aqueles problemas mas com a nossa ajuda eles podem vir ganhar mais auto-estima e a ficar melhores daquilo. E como o André diz, daquele amigo que tem aquele problema, às vezes as pessoas podem ter aqueles problemas mas as pessoas gozam, mas às vezes as outras pessoas até podem ter mais carácter do que ela, simplesmente porque se fosse essa pessoa a ter esse problema ele se calhar não gozava, porque também não gostava que fosse ele.

- O que é que vocês fariam se vissem uma pessoa com uma doença mental? Como é que vocês reagem?

- Eu ajudava a pessoa.

- Eu reagia normal porque, se ela precisar de ajuda, eu ia ajudar, mas... se ele me pedisse ajuda eu ajudava-o normalmente mas, se ele não pedisse ajuda eu reagia normalmente, tipo “olá, então, tudo bem?”, nada de mais.

- Eu, por exemplo, se eu visse alguma dificuldade, podia ser qualquer coisa, por exemplo, atravessar a estrada... por exemplo, como a Tânia fez: a Tânia viu um senhor cego e ajudou-o a atravessar a estrada. Por exemplo, se estivesse no Pingo Doce, e tinha uns sacos para carregar, e caso essa pessoa não tivesse condições para carregar coisas pesadas, tipo leite, eu perguntava se queria ajuda e... mesmo sem perguntar eu ajudava porque esse tipo de pessoas pode ter medo e nós queremos que eles não “têm” medo

- Não “tenham” medo.

- Não tenham medo, isso.

- Lá ao pé da minha casa, mais ou menos também ao pé da dele, há lá um senhor que tem alguns problemas mentais e normalmente as pessoas olham para ele de lado mas há outras que olham para ele tipo “ah, ele quer ajuda mas não sei se vou ajudar porque a doença dele pode ser fatal” e essas coisas assim, e as pessoas acabam por não o ajudar, mas há outras que têm bom coração e acabam por ajudar. E é um gesto bonito, é um gesto carinhoso.

- As pessoas não têm que olhar de lado para as outras, elas podem se sentir mal, com mais raiva, fazer com que as pessoas não olhem assim para ele mas também a pessoa tem que ter cuidado porque a pessoa pode não estar bem psicologicamente nem fisicamente mas temos de sempre dar o braço a torcer, ajudá-las, mas com cuidado porque a pessoa às vezes pode não, não se aperceber que nós queremos ajudá-la porque pode ainda estar a sentir alguma coisa do que viu ou aconteceu com ela e pode ter uma reacção menos positiva, mas devemos sempre ajudá-las e nem que gozem com as pessoas, nós não vamos fazer só porque os outros dizem “ah, tu ajudas aquele que tem uma doença mental, qualquer dia ainda ficas como ele”. Não

devemos ligar a isso porque nós somos bons e queremos ajudar as outras pessoas e isso, se um é amigo nosso, são mais nossos amigos do que os outros que não se importam do que nós fazemos.

- Vocês acham que uma pessoa com doença mental é perigosa?

- Não. (vários)

- Depende.

- Se estiver numa crise, pode ser perigosa.

- Houve um médico que já morreu a tratar de uma pessoa com uma doença mental e morreu com oito tiros.

- Não, ele não morreu dos tiros, ficou paraplégico.

- Quem é que acha que são perigosos?

- Depende dos casos.

- Não se pode ver isso assim...

- Toda a gente acha que depende dos casos?

- As pessoas que têm Alzheimer, não.

- Sim.

- Dos altos e baixos.

- Depende dos casos.

- Da gravidade, também.

- Da gravidade.

- E também depende do estado em que a pessoa esteja.

- Depende do estado e da doença.

- Depende da consciência das outras pessoas que, por exemplo, “ah este tipo aqui te uma doença, ai não me vou chegar perto dele que [imperceptível]”. Acho que está na cabeça das pessoas, tipo há pessoas que não têm consciência do que dizem. E acho que o problema não é só com as pessoas com doenças mentais, é com as outras pessoas, porque podem ser preconceituosas ou algo do género. Tipo, também pode começar pela nossa cabeça coisas que nem é verdade sobre eles e nós não sabemos. Também... não é que nós temos um problema mental, é que nós não queremos que aconteça nada de mal connosco. Não é assim por mal, é, digamos... por...

- Receio?

- Receio!

- Como acham que se sentiriam se, um dia, fosse diagnosticada uma doença mental a alguém da vossa família?

- Eu...

- Reagiria normal, ia tentar ajudá-la com tudo o que eu pudesse.

- Eu não reagiria assim tão mal mas ahm óbvio que ficava naquele estado de preocupação assim “ai mas é muito grave? Será que... vamos tentar ajudá-lo, vamos passar muito tempo juntos” (riso nervoso) assim com medo de perdê-la.

- Eu ficava mal e também ficava preocupado com essa pessoa mas por exemplo quando estava assim, quando estava a pensar para mim ou, por exemplo, eu tenho quatro na minha família, tenho eu, o meu pai, a minha irmã e a minha mãe, mas depois tenho o resto, tenho os meus tios, os meus avós... os meus avós não moram na minha casa. E quando estou só assim com os meus pais e com a minha irmã posso falar à vontade mas, por exemplo, o meu avô tem doenças assim e quando me chego ao pé do meu avô não vou estar a falar assim, vou estar a falar normal, vou tentar ajudá-lo. Agora quando estou sozinho é um bocado difícil... fico mal e preocupado.

- Se fosse ficava mal porque é um elemento da minha família, gosto da mesma maneira, posso não me dar tão bem com ele mas é da minha família e posso tentar apoiá-lo para ele ver se ele consegue curar aquilo, ficar mais ou menos curado, mas também as pessoas às vezes não se dão por felizes porque não têm aquilo ou porque não têm acolá, mas têm que se dar como felizes porque as outras pessoas não têm a mesma qualidade de vida do que nós, podem não ter uma perna, andar de cadeira de rodas, ou então têm uma doença mental.

- Eu tenho uma tia em segundo grau que tem um filho com uma doença mental e eu também lido com ele normalmente.

- Como é que acham que se sentiriam se um dia vos fosse diagnosticada uma doença mental?

- Ihhhh...

- Ehhhh...

- Eu ficava a bater ainda mais mal, fogo!

(risos ligeiros)

- Eu tentaria não me preocupar, eu fazia assim “isto é normal, nós vamos ter calma, nós vamos superar” (riso nervoso), tentar não entrar em estado de choque.

- Eu não ligaria ao que as pessoas dizem porque elas são as outras pessoas, e eu sou eu, e eu não tenho a ver com o que as outras pessoas dizem. Se elas têm problemas, o problema é

delas, não meu, e eu tentava ir a consultas, fazer todo o possível, a medicação certa e isso... não me preocupava com as outras pessoas porque as outras pessoas não têm nada a ver, não sabem o que eu passo e...

- Ia reagir normal, tipo, às fofuquices, tipo, mesmo se comentassem algumas coisas sobre mim, eu não ia ligar, tipo, eu sou eu, ninguém me conhece melhor do que eu, e eu ia tentar levantar o alto astral, tentar esquecer, não me esquecer completamente, por exemplo a medicação ou algo do género, e não ia estar a entrar assim em conflitos. Eu ia mais tipo, ser mais um pouco pacífica.

- Eu ia pedir à minha família para que me tratassem como era dantes.

- Eu acho que não é fácil prever o que nós íamos fazer porque a doença tem os seus efeitos secundários e nós não... nós podemos estar a dizer que íamos reagir normalmente mas, se calhar quando nós tivéssemos mesmo essa doença, não íamos reagir como estávamos a pensar agora.

- Ahm... eu ia reagir consoante a doença que eu ia ter porque, se a minha doença fosse normal, talvez o meu comportamento ia ser normal; mas se a minha doença fosse tipo daquelas elevadas, talvez eu iria pedir ajuda tipo a algum amigo, família, para me tentar ajudar a superar isso.

- Eu ia reagir conforme a gravidade da situação mas ia... podia ficar mal, claro, podia afectar a minha qualidade de vida, ia passar na rua, andar na rua, vendo as outras pessoas com outra qualidade de vida, podia ficar mais afectado. Tipo não tinha a mesma qualidade de vida e ia ficar mais nervoso, entrava mais, ficava mais preocupado com aquilo porque não tinha a mesma qualidade de vida, era diferente dos outros.

- Gostavam de aprender mais coisas sobre as doenças mentais?

- Sim (todos)

- Era engraçado.

- Gostariam que, por exemplo, viesse cá alguém com uma doença mental falar sobre isso e responder às vossas perguntas?

- Sim (todos)

- Era giro!

- Era interessante, para ver como as pessoas...

- ... se comportavam!

- ... como é que as pessoas que têm essa doença, para ver como é que se vêem nessa doença.

- Se falássemos com uma pessoa com essa doença talvez poderíamos aprender alguma coisa com essa pessoa.
- E ver a evolução da pessoa!
- A evolução da pessoa durante o tempo, como foi que conseguiu lidar com a situação.
- **Gostariam de acrescentar mais alguma coisa?**
- Foi muito giro!
- Espectacular!
- O desenho fica para a próxima!

ANEXO D

CÓDIGOS E SUB-CÓDIGOS POR IDADE

