

Ana Rita Ferreira Tavares

Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de
sem-abrigo com doença mental

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Ana Rita Ferreira Tavares

Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de
sem-abrigo com doença mental

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Ana Rita Ferreira Tavares

Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de
sem-abrigo com doença mental

Ana Rita Ferreira Tavares

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Licenciada em Serviço Social, sob a
orientação do Professor Doutor Álvaro
Campelo

Sumário

Os graves problemas sociais que a sociedade enfrenta actualmente, tal como o desemprego e a pobreza atingem principalmente os seus grupos mais vulneráveis, aqueles cujos meios de protecção são escassos, e maior parte das vezes inexistentes, o que faz com que cada vez mais existam pessoas a viver na em situação de sem-abrigo.

Estes factores não afectam apenas a parte económica mas também a saúde da população. Com o desenvolvimento do conceito de saúde, fomos apercebendo que este não significa apenas um bem-estar físico, mas também um bem-estar psíquico. A questão da saúde mental tem vindo a ter cada vez mais visibilidade nas nossas sociedades, e quem vive “acorrentado” a estas perturbações sofre com o estigma que estas acarretam.

Ao abordar estes factores surge uma preocupação evidente, se estas pessoas que moram na rua, no extremo da vulnerabilidade e da exclusão social, são incapazes de tomar decisões racionais devido à sua doença mental, quem vai tomar as decisões por elas? Se não têm qualquer retaguarda familiar com quem é que podem contar?

O trabalho neste momento apresentado realiza, com recurso à análise documental, um estudo de caso referente a um sem-abrigo portador de psicose esquizofrénica paranóide, com o objectivo de analisar a importância do acompanhamento social na sua vida.

Em termos gerais a análise demonstra que o acompanhamento social em indivíduos que não apresentam qualquer retaguarda familiar ou social, é bastante importante, se não fulcral, para estes terem assegurado o mínimo de qualidade de vida, para o desenvolvimento da sua autonomia e criação de normas sociais, principalmente quando estes sofrem de uma doença mental que os torna incapacitados.

Para os meus pais que sempre me apoiaram e lutaram para eu conseguir este momento.

Os “muito obrigado” não serão suficientes!

Para o meu pequeno, grande tesouro! Um dia serás tu!

Por nunca duvidarem de mim, obrigado!

Agradecimentos

À minha Família por tudo o que são para mim e por todo o apoio que me deram ao longo deste percurso!

Ao Manel, por tudo o que foi e o que é! Por todos os momentos passados, por ter estado sempre do meu lado e me apoiado em todos os momentos!

À Sinos, pela amizade, pelo carinho e por todo o apoio! Viva ao nosso ano de caloiras!

Ao Ozório, que apesar de esquecido, é o melhor Padrinho que poderia ter! Por todas as risadas e todos os momentos passados a divagar em pensamentos!

Á Joana, a melhor Madrinha, aos nossos jantares, à nossa amizade e à nossa cumplicidade!

Á Diana, que apesar da distância está sempre presente!

Á D. Graça e ao Sr. Manuel, por todas as palavras sábias, e sobretudo pela amizade!

Aos docentes das unidades curriculares do 1º Ciclo de Estudos em Serviço Social.

A todos os meus colegas e amigos, que fizeram parte deste percurso, e com quem pude sempre contar, um muito obrigado!

Ao Mestre Jorge Rebelo, Orientador de Estágio, que apesar de tudo o que aconteceu sempre esteve disponível, por todo o tempo e por toda a dedicação um obrigado!

A toda a Equipa Técnica dos Médicos do Mundo, principalmente à minha Supervisora Márcia David, que sempre me apoiaram e me ajudaram. Ensinaram-me como ser uma boa profissional e fizeram-me “crescer”.

Ao Professor Álvaro Campelo que me acompanhou nesta fase final!

Índice de Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
SLSM – Serviço Local de Saúde Mental
PSA – Pessoa Sem-Abrigo
SNS – Sistema Nacional de Saúde
HLM – Hospital Magalhães Lemos
MDM – Médicos do Mundo

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Princípios e valores do Plano Nacional de Saúde Mental

22

Índice Geral

Sumário.....	5
Agradecimentos	7
Índice de Siglas.....	8
Índice de Tabelas	8
Introdução.....	11
PARTE TEÓRICA	12
Capítulo I – A Saúde Mental	13
1.1 - Conceito de Saúde.....	13
1.2 – Perceber a Doença Mental.....	14
1.3 - O Estigma.....	18
1.4 - Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)	19
Capitulo II – Contextualização da Realidade das Pessoas Sem-Abrigo.....	23
2.1 - O Conceito “Sem-Abrigo”	23
2.2 – Exclusão Social	26
2.3 - Viver na rua – extremo da vulnerabilidade psicossocial.....	30
2.4 – A Doença Mental e o Sem – Abrigo.....	31
Capitulo III – O Serviço Social na Saúde Mental	34
3.2 – O suporte social	34
3.1 – O papel do serviço social na saúde mental	36
PARTE EMPIRICA	39
Introdução.....	40

Capítulo IV – Metodologia.....	41
4.1 – Estudo de Caso	41
4.2 – Participantes e procedimentos	43
4.3 – Instrumentos e Material.....	43
Capítulo V – “ <i>Eu gosto de ficar sentado a ver as pessoas passar</i> ”	45
5.1 - Análise e discussão dos resultados.....	52
6. Reflexões Finais	58
Referências Bibliográficas.....	59

Introdução

Este Projecto de Graduação surge no culminar do Estágio Curricular realizado nos Médicos do Mundo – Representação Porto, durante um período de 9 meses (Outubro/2010 – Junho/2011). Os Médicos do Mundo são uma Organização Não Governamental e trabalham com base no seu lema, “*Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça*”.

Ao longo do estágio estive inserida no projecto Mensanus, que trabalha a questão da saúde mental, e fiz parte, como voluntária, da equipa de rua, onde me foi possível observar um crescente aumento da população sem-abrigo, e também do número de indivíduos que apresentavam sintomas de perturbação mental nesta população.

Este trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte está organizada em três capítulos, com o objectivo de uma melhor compreensão dos três principais conceitos, a saúde mental, o sem-abrigo e o acompanhamento social, não deixando de fora os que fazem parte e caracterizam os mesmos. No primeiro capítulo, “*A Saúde Mental*”, tenta-se perceber como surge esta doença, não se podendo deixar de fazer uma análise ao Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). No segundo capítulo “*Contextualização da realidade das pessoas sem-abrigo*”, tenta-se compreender este fenómeno, através de referências bibliográficas, o que é viver nesta condição e de que maneira a saúde mental e o sem-abrigo estão interligados. No terceiro capítulo, “*O serviço social na saúde mental*”, faz-se uma abordagem à questão do acompanhamento social, de como este actua na saúde mental promovendo assim a reabilitação do indivíduo.

A segunda parte do trabalho, composta por dois capítulos, procura entender de que modo o acompanhamento social foi importante para o desenvolvimento pessoal de um indivíduo, sem qualquer retaguarda familiar, com doença mental que viveu em situação de sem-abrigo. No capítulo IV “*Metodologia*”, apresenta-se o método de investigação utilizado, enquanto no capítulo V “*Eu gosto de ficar sentado, a ver as pessoas passar*”, realizamos uma biografia do estudo de caso que foi analisado desde a altura em que o indivíduo era sem-abrigo, com o objectivo de analisar e discutir os resultados obtidos tendo em conta a importância do acompanhamento social na sua vida.

PARTE TEÓRICA

Capítulo I – A Saúde Mental

1.1 - Conceito de Saúde

O conceito de saúde tem mudado radicalmente ao longo dos anos. Antigamente, saúde significava apenas a ausência de doença, mas logo se foi percebendo que o facto de não apresentar nenhuma doença física aparente, não é sinónimo de ter saúde.

A Organização Mundial da Saúde define o conceito de saúde como, “um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença, no fundo ter saúde traduz-se pelo equilíbrio entre estes vários campos, pois todos eles fazem parte da vida do Ser Humano.”¹

A Carta de Ottawa surgiu na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986. Esta tinha como objectivo contribuir para que se atingisse saúde para todos no ano 2000 e assim sucessivamente. Tal como refere a Carta de Intenções desta Conferência, a mesma foi uma forma de resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, as discussões focaram-se principalmente nas necessidades sentidas no campo da saúde dos países industrializados.²

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como, uma importante dimensão que pode condicionar a qualidade de vida das pessoas. Factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde, isto porque, tal como refere a Carta de Ottawa, 1986, os pré requisitos para a saúde são: a paz, a habitação, a

¹ Informação retirada do site da internacional, World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) - <http://www.who.int/en/>

² Informação com base no documento “Carta de Ottawa, Primeira conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde”. Consultado em ficheiro Pdf. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

educação, a alimentação, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.³

A ideia de saúde como sinónimo de qualidade de vida, sendo esta condicionada por vários factores (os pré requisitos para a saúde referidos na Carta de Ottawa, 1986), surgiu com esta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde vemos que gradualmente o conceito de saúde foi-se expandindo e agregando novas dimensões, tornando-se assim muito mais complexo e ligado a vários domínios da vida humana.⁴

Como foi referido, a saúde engloba diversos factores, sendo o desenvolvimento do ser humano mais fácil através de condições dignas de vida e de um acesso igualitário às acções e serviços de saúde. Cabe ao Estado a criação de mecanismos que subsidiem o combate e a erradicação dos factores que contribuem para o adoecimento, proporcionando assim, uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

1.2 – Perceber a Doença Mental

Não podemos falar de doença mental sem antes perceber no que caracteriza a saúde mental, ou seja, apenas na ausência desta é que surgem as perturbações mentais. Logo iremos abordar primeiramente este conceito, para seguidamente percebermos do que se trata esta questão, ainda muito estigmatizada, da doença mental.

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo, tanto no seu contexto social, no qual está inserido, como na fase de desenvolvimento em que se encontra.

A OMS em 2001 define saúde mental como “um estado de bem-estar subjectivo no qual o indivíduo realiza as suas capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal, desenvolvendo as suas competências na vida pessoal e social, tal como, a capacidade de

³ Informação com base no documento “Carta de Ottawa, Primeira conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde”. Consultado em ficheiro Pdf.

<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

⁴ Informação com base no documento “Carta de Ottawa, Primeira conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde”. Consultado em ficheiro Pdf.

<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

autonomia e escolha de um projecto de vida, existe uma auto-realização intelectual e emocional e os seus comportamentos adequam-se à realidade” (*cit. in Fazenda, 2008*).

Numa abordagem à influência de factores sociais na saúde mental, foi referido que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e, a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar e de intervir sobre eles (Uribe et al., 1994).

Já a doença mental é mais difícil de definir, pois de acordo com Fazenda (2008), esta abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. Para a autora, as doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existiu qualquer alteração ou perda das capacidades.

A Organização Mundial de Saúde em 2001 divulgou a seguinte definição:

“A perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação, ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais” (*cit. in Fazenda, 2008*).

Podemos verificar, através destas definições, que não existe uma incapacidade por parte da pessoa, mas sim uma alteração que surge com o aparecimento da perturbação mental. Esta alteração pode atingir vários graus de gravidade. Logo, o desajuste de comportamentos é o resultado da doença e não uma condição inicial.

Para Ménéchal (2002, p. 16) antigamente eram dadas explicações sobrenaturais sobre a doença mental, tratando o doente com métodos mágicos/religiosos e muitas das vezes queimando-os na praça pública. No século XVII houve o reconhecimento da influência psicológica das emoções sobre o corpo, na era do Iluminismo a doença mental passou a ser explicada mais pela razão, e os aspectos sobrenaturais foram deixando de ter influência na explicação da doença. Mesmo assim, os doentes eram ainda excluídos da sociedade, sendo aplicados purgativos como forma de tratamento, eram também, muitas vezes, tratados a chicote e morriam por falta de cuidados.

No século XVIII, Pinel trouxe um novo entendimento sobre a doença mental, que passou a ser considerada como um distúrbio do sistema nervoso, recebendo a denominação de doença que precisava de ser estudada. Porém, manteve-se a estratégia de exclusão e isolamento do doente acreditando que este era o tratamento necessário pois existia a ideia de que a família e a sociedade eram estímulos negativos. Segundo o mesmo autor, historicamente, é no século XIX que a loucura recebe o seu status de doença mental. (Ménéchal, 2002).

Para Jara (2002), a doença mental é uma doença de foro psicológico, em que os sintomas mentais são uma realidade subjectiva que resultam, na maioria das situações, em comportamentos, actos e inibições ou incapacidades, expressando-se na vida da pessoa deteriorando as relações com os outros e com o mundo.

Besteiro et al. (2003, p. 38), relativamente à doença mental afirmam que:

“A doença mental é um sofrimento humano, concreto e imenso. Pode-se manifestar em níveis distintos de gravidade, (...) no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente” (Besteiro et al., 2003, p. 38).

Alves (2001), dá uma explicação da doença mental, associando-a a três perspectivas: a da causalidade orgânica, a da causalidade psicológica e a causalidade social.

Relativamente à causalidade orgânica, nesta perspectiva são valorizados os factores biológicos, tendo em conta os agentes hereditários e os adquiridos. A doença mental, à luz desta perspectiva, refere-se a alterações ou perturbações inerentes ao próprio organismo, representando-se em comportamentos ou atitudes desadequadas, estranhas, desajustadas socialmente e sem justificação aparente (Alves, 2001).

Na perspectiva da causalidade psicológica esta doença é compreendida com base nos factores pessoais, nomeadamente, sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos, ou seja, todos os agentes psicológicos de cada pessoa que integram na sua própria história de vida (Alves, 2001).

Com base na causalidade social a doença mental é vista à luz dos agentes sociais, que desempenham um papel importante na explicação e evolução desta doença. Nesta

perspectiva são ponderados os aspectos económicos, culturais, as relações pessoais e os papéis sociais que os indivíduos desempenham em todas as dimensões da sua vida, tais como, familiar, escolar, afectiva, laboral, lazer, etc. (Alves 2001).

A sociedade, ao longo da sua história, sempre isolou os doentes mentais, pois, segundo Shorter (2001, p.15), nos meados do século XIX, havia horror aos que eram diferentes, havendo uma intolerância autoritária em relação ao comportamento que não obedecesse às normas rigidamente estabelecidas. Em consequência disso, os considerados “loucos” tinham de ficar fora do alcance dos olhos das pessoas.

Em Portugal, a Lei da Saúde Mental em 1998, trouxe avanços significativos nesta área, regulamentando o processo de internamento compulsivo e definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental. É nesta altura que se consagra o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental como um direito das pessoas com doenças mentais (Fazenda, 2008).

De acordo com Milheiro (2000) é possível identificar sinais de alarme da doença mental, tal como:

- Alteração marcada da personalidade ou do comportamento;
- Incapacidade com problemas e actividade do quotidiano;
- Ideias de grandeza de aparência estranha;
- Existência de momentos de ansiedade em excesso;
- Prolongamento de estados depressivos ou apatia;
- Alterações nos hábitos alimentares, e no sono;
- Ideias ou conversas repetidas sobre o tema suicídio;
- Variações acentuadas no humor;
- Consumo excessivo de álcool ou início e abuso do consumo de drogas;
- Comportamentos violentos, hostis e instáveis em excesso.

1.3 - O Estigma

Tal como foi referido no capítulo anterior, ao longo da história, e mesmo nas sociedades de hoje, as pessoas que sofrem de perturbações mentais têm sido desqualificadas, marginalizadas e excluídas. Não existem dúvidas que há um estigma ligado a quem é portador de doença mental, este preconceito acaba por isolar o indivíduo em relação aos outros. O estigma abrange aqueles que foram ou são vítimas de doença mental e as relações sociais ficam muitas vezes prejudicadas, como se o indivíduo fosse um ser à parte. A discriminação contra as pessoas com doença mental pode ter diversas formas, tais como barreiras que se criam a nível da sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer e na família.

De acordo com Fazenda (2008), o estigma tem origem nos estereótipos (padrões sociais) e preconceitos (atitudes individuais) que existem na sociedade e que se transformam em discriminação. A acrescentar a este estigma objectivo, tal como refere a autora, temos de considerar o estigma subjectivo, que se baseia na interiorização dos preconceitos, levando assim o doente a acreditar que é incapaz para a vida social.

Quando estudou o estigma, Goffman, principal teórico sobre este tema, apontou a Grécia como ponto de origem do mesmo. Segundo o autor, os gregos criaram o termo para designar marcas ou sinais físicos que serviam para evidenciar alguma coisa negativa ou excepcional do status moral de quem as possuía. Esses sinais eram feitos, através de cortes ou queimaduras no corpo da pessoa. Com esse sistema de identificação moral, as pessoas identificadas eram evitadas pela sociedade, principalmente em locais públicos. (cit. *in* Fazenda, 2008).

Actualmente o conceito de estigma refere-se mais à própria característica do que propriamente à sua marca. Este termo é uma qualidade negativa que é atribuída ao indivíduo na sua interacção com a sociedade, em virtude de um defeito ou de uma diferença, o que faz com que o mesmo acabe por ser excluído socialmente.

O estigma à volta do tema da doença mental pode também tomar uma forma menos evidente. A mais difícil de corrigir é a linguagem do dia-a-dia, quer oral, quer escrita. O

uso generalizado do rótulo “doente mental” para classificar as pessoas com doenças mentais, pode tornar-se estigmatizante para as pessoas, é como se fizessem parte de um grupo indesejável, recusando-lhes o direito de serem considerados cidadãos como os outros.

A meu ver os “Media” podem contribuir para acabar com o estigma, promovendo a compreensão e educação da sociedade sobre esta perturbação mental, mas podem também ser prejudiciais, ao divulgar conceitos errados e negativos, reforçando-os em grande escala. Os debates televisivos e outros programas, mostram com frequência, uma versão única e negativa dos possíveis efeitos secundários causados por algumas formas de tratamento das doenças mentais, não dando a conhecer ao público os tratamentos bem sucedidos, que ajudaram e ajudam imensas pessoas a retomarem as suas vidas normais.

Penso que cada vez mais as pessoas devem ser julgadas pelos seus méritos próprios, e não pela doença que sofrem e pelo estigma que a mesma acarreta. Tal como refere Fazenda (2008), os preconceitos estigmatizantes são fruto da ignorância e de uma consciência social moralmente negativa.

1.4 - Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) ⁵

O Plano Nacional de Saúde Mental foi criado pela Coordenação Nacional para a saúde mental, sendo aprovado em 2007 com validade até 2016, este plano refere-se à saúde mental como uma prioridade de saúde pública.

De acordo com o PNSM, os estudos epidemiológicos mais recentes mostram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. Refere ainda que as perturbações mentais, tais como a depressão, a dependência

⁵ Informação retirada do Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, criado pela Coordenação Nacional Para a Saúde Mental, documento em formato pdf. disponível em - http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf

alcoólica e a esquizofrenia, foram seriamente subestimadas em tempos anteriores, isto porque as abordagens tradicionais na altura apenas se baseavam na taxa de mortalidade, ignorando os anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Esta subestimação destas doenças de foro psicológico fez com que durante muito tempo não se desse a devida atenção e a devida importância a estas perturbações, contribuindo assim para o mal-estar em que as pessoas viviam.

A saúde mental em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução das últimas décadas, tal como a criação de serviços descentralizados. A criação destes serviços foi um desenvolvimento com um impacto muito positivo, pois melhorou a acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com os centros de saúde e agências da comunidade.

Uma das críticas apontadas aos serviços de saúde mental no PNSM é a questão do internamento consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas. Uma consequência inevitável nesta distribuição de recursos é o reduzido número de serviços na comunidade, pois em vez de apostar nestes serviços, maior parte dos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, à consulta externa e, por vezes, ao hospital de dia, não dispondo de equipas de saúde mental comunitária. A falta destas equipas faz com que não haja gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias. Factores importantíssimos na reabilitação do utente.

Na leitura que realizei ao PNSM acho ainda importante salientar a sua visão, os valores e princípios pelos quais se rege e ainda os seus objectivos.

Relativamente à visão do Plano Nacional de Saúde Mental, esta tem como base assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas.

Na Tabela 1 podemos ver os valores e princípios pelos quais se orienta o Plano Nacional de Saúde Mental:

Valores	Princípios
Saúde mental indivisível da saúde em geral	<ul style="list-style-type: none">• Os cuidados devem ser prestados no meio menos restrito possível;• A decisão de internamento só deve ser tomada quando estão esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade;
Direitos humanos	<ul style="list-style-type: none">• As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito de cuidados adequados, residência e emprego.
Cuidados na comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Os cuidados devem ser prestados no meio menos restrito possível;• A decisão de internamento só deve ser tomada quando estão esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade;
Coordenação e integração de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Os serviços em cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados;
Abrangência	<ul style="list-style-type: none">• Os serviços em cada área geo-demográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações;
Participação comunitária	<ul style="list-style-type: none">• As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam;• Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e educação

	necessários;
Protecção dos grupos especialmente vulneráveis	• As necessidades destes grupos devem ser tomadas em consideração;
Acessibilidade e equidade	• Os serviços devem ser acessíveis a todas as pessoas, independentemente da idade, género, local de residência, situação social e económica.
Recuperação (<i>recovery</i>)	• Os serviços de saúde mental devem criar condições que favorecem a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental;

Tabela 1 – Princípios e valores do Plano Nacional de Saúde Mental

O Plano Nacional de Saúde Mental visa prosseguir os seguintes objectivos:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto de perturbações mentais e contribuir para a promoção de saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização;

Este Plano refere ainda que a necessidade de assegurar cuidados específicos de saúde mental a alguns grupos especialmente vulneráveis é hoje aceite em todo o mundo. Entre estes grupos destacam-se a situação das crianças, dos idosos, dos sem-abrigo, e das vítimas de violência. Referindo-se às pessoas sem-abrigo e aproveitando experiências desenvolvidas pela própria Coordenação Nacional para a Saúde Mental, o PNSM prevê o desenvolvimento de programas de saúde mental específicos para esta população nas

equipas responsáveis pelos SLSM, destinados a actuar onde vive geralmente esta população, na rua.

No fundo, o PNSM veio indicar as linhas sobre as quais os organismos que trabalham na saúde mental se devem orientar, contribuindo assim para uma maior qualidade nos serviços, tal como uma maior equidade. Este Plano acaba por contribuir para o melhor funcionamento destes serviços e para um maior bem-estar dos utentes quando estão inseridos nos mesmos. Traz ainda novas visões acerca da intervenção com doentes mentais, tirando a tónica do internamento e colocando-a nas intervenções comunitárias. Esta nova visão de intervenção veio trazer esperança aos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Capítulo II – Contextualização da Realidade das Pessoas Sem-Abrigo

O tema deste trabalho não se baseia apenas na saúde mental em si, mas sim quando esta está ligada à população sem-abrigo. No capítulo anterior foi referido e esclarecido a questão da saúde e da doença mental, assim como o estigma colocado às pessoas que sofrem desta perturbação, estejam elas pessoas em situação de sem-abrigo ou não. Neste capítulo a base será perceber a realidade das pessoas sem-abrigo, para percebermos a que nível estas pessoas sofrem com a perturbação mental. Afinal será esta uma causa da condição de sem tecto ou o que despoleta a mesma?

2.1 - O Conceito “Sem-Abrigo”

Relativamente ao conceito de sem-abrigo, foram muitos os autores que contribuíram para a literatura com uma definição deste conceito. Irei fazer um enquadramento dos conceitos dados ao longo da história para perceber melhor este conceito.

Para a United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983) o sem-abrigo é qualquer pessoa que não disponha de alojamento, dos recursos, nem dos laços comunitários adequados (cit. *in* Munoz & Vasquez, 1998).

Segundo a definição inglesa The Housing Act (1985), uma pessoa é sem-abrigo quando não possui o direito legal ou se encontra impedida de ocupar uma casa de forma segura ou com razoável conforto (cit. *in* Munoz & Vasquez, 1998).

O Conselho da Europa em 1992, definiu os sem-abrigo como pessoas ou famílias que estão socialmente excluídas de ocupar permanentemente um domicílio adequado e pessoal (cit. *in* Munoz & Vasquez, 1998).

Já para a Federação Europeia de Serviços Para Pessoas Sem Abrigo, FEANTSA, sem abrigo é aquela pessoa incapaz de aceder e manter um alojamento pessoal adequado pelos seus próprios meios ou incapaz de manter alojamento com a ajuda dos serviços sociais (cit. *in* Bento & Barreto, 2002).

Pimenta (1992), analisa o conceito de sem-abrigo em quatro dimensões:

- **1ª Dimensão** – encara o sem-abrigo como uma pessoa que tem um estilo de vida caracterizado pela ausência de uma habitação convencional permanente;
- **2ª Dimensão** – parte de uma perspectiva familiar, encarando o sem-abrigo como um indivíduo com laços precários ou inexistentes com a família, o que conduz a uma desintegração social;
- **3ª Dimensão** – reflecte a dimensão do sem-abrigo com a escola e o trabalho. Por norma, o sem-abrigo não frequentou a escola por um período longo, sendo que também a relação com o trabalho não é positiva, a maioria desta população não possui emprego ou se existe, normalmente é precário.
- **4ª Dimensão** – Quando o indivíduo se confronta pela primeira vez, com o estar sem-abrigo é invadido pelo medo do desconhecido, a incerteza do futuro. Nesta situação o indivíduo começa por procurar formas de fuga, fazendo planos e procurando emprego. Com o arrastar da situação, com o insucesso perante o emprego, começam a surgir comportamentos de resignação, frustração, sentindo-se cada vez menos confiante acabando por se conformar com o

ambiente que o rodeia. A mudança comportamental e cognitiva dá-se ao nível de a pessoa deixar de se encarar como estando sem-abrigo para se considerar sem-abrigo. Estar sem-abrigo incide sobre qualquer situação em que as pessoas ficaram sem casa; ser sem-abrigo é ser excluído das redes e estruturas sociais. O sem-abrigo está desintegrado do meio social e à medida que a sua situação se arrasta cada vez mais, este vai se projectando para as margens da sociedade.

Pereirinha (2007), identifica dois tipos de sem-abrigo. Os sem-abrigo crónicos, com muitos anos de rua, há muito despojados de regras e de sonhos, onde a doença (física e/ou mental) e a degradação física imperam. E os novos sem-abrigo, pessoas que se encontram há pouco tempo na rua por múltiplas perdas (profissionais, familiares, individuais), que necessitam de um mecanismo de mediação, que lhes permita reconstruírem o seu projecto de vida.

Neste caso, podemos ver que a questão do tempo influencia a retoma de uma vida normal, ou seja, irá ser mais fácil construir um projecto de vida com mais eficácia para pessoas sem-abrigo à relativamente pouco tempo, do que para pessoas que já se encontram nesta situação há largos anos. Isto porque as pessoas acabam por se habituar a este estilo de vida, no fundo vêm-se obrigadas a tal, o que faz com que mais tarde seja ainda mais difícil voltar a entrar novamente na sociedade, ou se ajustarem socialmente, assim como lidar com as suas regras e os seus, considerados, comportamentos correctos.

Os conceitos de sem abrigo até agora vistos parecem acentuar e defender a questão da habitação como prioritária. Segundo a maior parte dos autores, sem a questão da habitação resolvida dificilmente pode existir alteração das restantes dimensões inerentes ao ser humano (sociais, psicológicas, económicas, entre outras).

A meu ver, com a experiência adquirida ao longo do estágio, em que trabalhei com este grupo social, a questão dos PSA's não se coloca apenas na questão da habitação. Claro que essa é uma questão fulcral, mas maior parte destes indivíduos não deixam de fazer parte desta população mesmo quando se encontram alojados, pois não existe um lar, uma casa própria, algo pessoal, mas sim, na maior parte das vezes, um quarto numa pensão, um tecto.

Com esta falta de ligação à habitação e sem qualquer suporte familiar, pois na maioria dos casos, os laços com a família não existem ou então são mínimos, é complicado deixar de pertencer a este grupo, pois as pessoas continuam vulneráveis, pois os apoios sociais continuam a ser precisos, tal como o acompanhamento social, logo, é necessário promover a socialização, a autonomia e, quando possível, a aproximação familiar para se criar novamente vínculos familiares.

A maioria da população encara os sem-abrigo como homens sós, que vivem na rua, dormem em estações de comboio, metro, escadas e arcadas, faltando-lhes a higiene e entregues à bebida. No entanto, conhecimentos actuais mostram que as pessoas que se encontram sem-abrigo não têm todas as mesmas características nem todas os mesmos problemas e têm sim, necessidades diferentes.

Hoje em dia existe a necessidade de consciencializar as pessoas para este problema, pois a condição de sem-abrigo não é algo adquirido por hereditariedade ou algo certo, pois uma pessoa sem-abrigo não quer dizer que o seja para sempre, assim como uma pessoa que não está nessa situação não possa vir a estar.

2.2 – Exclusão Social

A exclusão social é um conceito que surge associado aos sem-abrigo, considerando esta condição a forma mais extrema de exclusão social. A pobreza e a exclusão levam a um processo de degradação psicológica, a uma perda da própria identidade, à falta de motivação, iniciativa, auto-confiança e expectativas de poder vencer a situação.

A pobreza é uma questão ambígua, pois pode ser de duas naturezas distintas, a relativa e a absoluta. Ora, a pobreza remete-nos para uma situação de privação, ou seja, falta de recursos, da qual acabam por resultar as más condições de vida. Quando estas más condições estão de acordo com os padrões médios da classe social a que pertencem estamos perante uma pobreza relativa, quando estão relacionadas com as condições

mínimas de sobrevivência, como a má nutrição, problemas de saúde graves e outros, estamos perante a pobreza absoluta (Bento & Barreto, 2002).

A expressão “exclusão social” foi desenvolvida originalmente na Escola Francesa e pretendia acentuar não apenas os aspectos distributivos da riqueza (acentuados pelo conceito de pobreza) mas também os aspectos relacionais e de integração social (Bento & Barreto, 2002).

De acordo com Bento & Barreto (2002) este termo remete para um estado final de um processo que pode começar na pobreza, caracterizando-se pela ruptura com os três principais sistemas de suporte social:

- Os mercados de trabalho e de habitação;
- O Estado - Segurança Social, pensões não contributivas;
- A família enquanto sistema de apoio social e económico;

Os autores referem ainda que a estas rupturas é importante acrescentar a questão da ausência de redes sociais estáveis, que tenham ligação com os sistemas anteriores, a ausência de recursos materiais para manter um nível de consumo aceitável, de acordo com os padrões da sua classe social e a dependência dos serviços sociais para se manter.

Para Estivill, J. (2002 p.20), o conceito de exclusão caracteriza-se por:

“Uma acumulação de processos confluentes, com rupturas sucessivas de cariz político, económico e social, que vai afastando e tornando inferiores pessoas, grupos, comunidades e territórios em relação aos centros de poder, aos recursos e aos valores dominantes”.

Este autor categoriza a exclusão social em política (perda de, ou dificuldade de, acesso a direitos de cidadania), económica (cruzando a tipologia dos empregados/desempregados e dos abrangidos/não abrangidos pela protecção social) e social (perda da inserção colectiva).

Robert Castel, (cit. in Bento & Barreto, 2002), descreve a exclusão social como um processo descendente que envolve três zonas de inserção/exclusão no espaço de vida social:

- Uma zona de integração social que se caracteriza pelo trabalho estável e uma inscrição relacional sólida (onde podemos incluir a pobreza, mas uma pobreza integrada);
- Uma zona de vulnerabilidade social, que se caracteriza pelo trabalho precário e/ou pela fragilidade dos suportes sociais e familiares;
- Uma zona de marginalidade ou exclusão social, marcada pela ausência de trabalho e por isolamento social;

Nesta perspectiva verifica-se que pobreza não é sinónimo de exclusão social, o autor refere que se pode viver uma pobreza social integrada, onde os baixos rendimentos não correspondem necessariamente à perda de estatuto ou laços sociais.

Bruto da Costa (2002), refere que exclusão social tem subjacente a ideia de cidadania, como a possibilidade de participação e benefício de um conjunto de direitos e deveres consagrados, como por exemplo, direito ao trabalho e a um rendimento autónomo, à educação e à cultura, à habitação, ao acesso a cuidados de saúde, etc.

O mesmo autor, identifica cinco tipos de exclusão social, nomeadamente:

- **Económico:** Quando se trata fundamentalmente de pobreza, ou seja, quando existe uma situação de privação múltipla devido á falta de recursos. Este tipo de exclusão é caracterizado por más condições de vida, baixos níveis de instrução e de qualificação, emprego precário (instável, sem contracto, mal remunerado e/ou más condições de trabalho). Quando se trata de pobreza de longa duração, reflectir-se-á em características psicológicas, culturais e comportamentais próprias. Esta forma de exclusão social poderá conduzir a situações de sem – abrigo.
- **Social:** Quando a exclusão ocorre ao nível dos laços sociais, ou seja, é uma privação de tipo relacional, caracterizada pelo isolamento. Como exemplo podemos considerar os idosos, deficientes, sem-abrigo, ou seja, indivíduos com falta de autonomia pessoal e de auto- suficiência. Este tipo de exclusão não tem a ver directamente com a falta de recursos, apesar de por vezes este tipo de exclusão ser decorrente do tipo económico.

- **Cultural:** A exclusão pode-se dever a factores culturais, como por exemplo o racismo, a xenofobia, as minorias étnicas, o que dificulta mais vezes a integração social dos indivíduos.
- **Origem Patológica:** Diz respeito a factores de natureza psicológica ou mental que muitas vezes podem gerar situações de exclusão, tal como pessoas com perturbações mentais.
- **Comportamentos Auto-destrutivos:** Estes comportamentos, levam por vezes uma auto-exclusão. São comportamentos relacionados com a toxicoddependência, alcoolismo, prostituição, entre outros. Muitas vezes este tipo de exclusão tem por trás problemas de pobreza.

A exclusão social abrange formas de privação que não passam, exclusivamente, pela carência de recursos materiais. Este fenómeno é atingido por uma diversidade de necessidades nos âmbitos sociais, económicos, socioculturais, psicológicos, etc. Portanto, a exclusão social como fenómeno causado por várias dimensões, contém uma série de problemas sociais tal como o estigma social, o desemprego, a discriminação, a marginalização, a pobreza, entre outros.

Uma das causas fulcrais hoje em dia é o desemprego, vivemos num mercado de trabalho cada vez mais reduzido e mais competitivo, o que faz com que as pessoas com menos qualificação profissional se encontrem particularmente vulneráveis à situação de desemprego. Este factor afecta também os sem-abrigo pois a sua maioria apresenta uma baixa escolaridade e indiferenciação profissional, bem como uma idade em que já não é fácil conseguir emprego (Bento & Barreto, 2002).

Particularizando o fenómeno dos “sem abrigo”, estes acabam por se tornar excluídos devido a factores da crise económica, crise de valores, aumento do consumo das substâncias ilícitas e má gestão das políticas implementadas socialmente. A estas motivações acresce-se uma de ordem privada ou íntima como as desavenças, conflitos e violência que emergem no seio dos grupos domésticos.

Em suma, a exclusão social é definida como um fenómeno que provoca desigualdade no que se refere ao acesso dos indivíduos às oportunidades existentes na sociedade, sejam elas referentes ao mercado de trabalho como a um rendimento para cobrir todas as

despesas essenciais a uma habitação condigna e com o mínimo de condições.

Os factores, ou causas, que estão na origem deste fenómeno são, essencialmente, o funcionamento da cultura e das estruturas sociais existentes na sociedade em que se insere o indivíduo excluído.

2.3 - Viver na rua – extremo da vulnerabilidade psicossocial

“Viver na rua é vivenciado como descer ao mais baixo nível da sociedade, uma condição estigmatizante, que acentua o sentimento de desvalorização e de rejeição” (Bento & Barreto, 2002, pp.96.)

Os PSA's ao estarem inseridos no contexto de exclusão, miséria e abandono, vivem em condições extremas de exclusão social. As situações de abandono e o rompimento dos laços sociais que eles enfrentam representam nitidamente uma alta vulnerabilidade psicossocial para estas pessoas

A vulnerabilidade social é definida como um fenómeno multidimensional caracterizado por sentimentos de insegurança, risco e desprotecção, estando associado à inexistência de recursos, por parte de pessoas, famílias e grupos, e à capacidade de usá-los de forma a lidar com as transformações a nível económico, social, político e cultural. A vulnerabilidade social, segundo os autores, é caracterizada por quatro dimensões fundamentais, que levam à exclusão social e que acabam por ser os principais recursos necessários para superar a condição de vulnerabilidade: o trabalho, o capital social, os recursos produtivos e as relações sociais (Bento & Barreto, 2002).

As relações sociais, nas quais se incluem também as relações familiares, constituem uma importante dimensão que pode atenuar ou agravar a vulnerabilidade, dependendo da existência ou inexistência de redes de apoio social e familiar. Vínculos sociais mais fortes, a existência de apoio social formal, ou informal, a manutenção de um vínculo comunitário são factores que podem amenizar a vulnerabilidade a que está exposta esta população. Estas relações sociais estão fortemente interligadas ao capital social, pois

sem elas é impossível para o indivíduo construir o seu próprio capital social (Bento & Barreto, 2002).

Verifica-se que o que caracteriza a vulnerabilidade desta população sem-abrigo é a falta de recursos, tanto económicos como sociais, recursos estes que são vistos como forma de sobrevivência, tornando-se impossível viver sem os mesmos. Pode-se também afirmar que quanto maior é a precariedade destes recursos, maior é a desorganização social, a insegurança psicológica e a probabilidade de existir perturbações mentais. Ao falar de vulnerabilidade psicossocial tanto está presente a dimensão social como a dimensão psíquica do indivíduo. Estas duas dimensões estão presentes nesta população de uma forma vulnerável, pois o apoio familiar é inexistente, na maior parte dos casos os indivíduos não têm uma família estruturada para o seu desenvolvimento pessoal, ou simplesmente não têm família.

Através da experiência obtida ao longo do estágio, vejo que a maioria das relações interpessoais que os sem-abrigo estabelecem diariamente resumem-se a pedidos de esmolas e assistencialismo. Na rua, estão sempre submetidos a toda espécie de abandono e deterioração pessoal, como por exemplo, a violência, o frio, a fome, o abandono, o estigma, o cansaço, a ausência de esperança, o constante risco de doença, a solidão, a insegurança, entre outros. A fragilidade das relações familiares, a perturbação mental, o uso abusivo de álcool e drogas, o desemprego, a miséria, a ausência de vínculos sociais e comunitários significativos, a dificuldade de acesso a políticas sociais, todos estes factores muitas vezes já estão presentes antes da ida para as ruas, e são factores que contribuem para o estabelecimento dessa situação de rua, que levam ao extremo da vulnerabilidade psicossocial do indivíduo, pois, muitas das vezes a rua é o último recurso que lhes resta.

2.4 – A Doença Mental e o Sem – Abrigo

Uma questão que surge quando abordamos o tema dos sem-abrigo como portadores de perturbações mentais é se estas surgem como consequência, ou se estão na origem desta

condição. Ou seja, o que surge primeiro, a doença psiquiátrica ou a situação de sem-abrigo?

Actualmente, com o peso das teorias biológicas, considera-se que a doença mental, particularmente nas suas formas mais graves, precede geralmente a condição de sem-abrigo. De acordo com Olfson et al., o risco de doentes com esquizofrenia ficarem sem-abrigo é dez vezes maior do que para a população em geral (cit. *in* Bento & Barreto, 2002)

Nos Estados Unidos da América, na década de 60 e 70 houve um aumento do fenómeno de sem-abrigo, algo que não acontecia naquele país desde 1930, altura da Grande Depressão. Esse aumento foi interpretado como o resultado de vários factores, tais como o corte governamental de financiamento de habitação social, a diminuição do mercado habitacional de baixo custo, taxa de desemprego elevado, aumento da pobreza, mudanças da estrutura familiar americana e a mudança de uma psiquiatria institucional para uma política de serviços psiquiátricos na comunidade (Bento & Barreto, 2002).

Em Portugal, em 1989, Bento e Marmeleiro (cit. *in* Bento & Barreto, 2002), realizaram um estudo sobre a população sem-abrigo de um ponto de vista psiquiátrico. Numa amostra de 42 indivíduos no Albergue de Poiais, estes verificaram que 34% dos indivíduos sofriam de psicoses (24,3% de esquizofrenias e 9,7% de outras psicoses), 24% de alcoolismo crónico, 20% de perturbações de personalidade e 5% de debilidade mental.

Podemos verificar, através dos estudos realizados por diversos autores ao longo da história, que uma boa parte da população que vive em situação de sem-abrigo sofre de perturbações mentais, umas mais graves e mais estigmatizantes que outras.

No estudo feito por Baxter e Hopper (cit. *in* Bento & Barreto, 2002) em 1981-1982, nas ruas de Nova Iorque, mais de 50% dos sem-abrigo apresentavam perturbações psiquiátricas significativas. De acordo com a leitura feita na obra de Bento & Barreto (2002), “*Sem-Amor, Sem-Abrigo*”, verifica-se que mais estudos foram feitos, também noutros países, onde se vê a elevada incidência de perturbações psíquicas na população sem-abrigo. Esta elevada incidência de perturbações mentais, de acordo com a leitura

realizada, justifica-se, na maior parte dos casos, pela implementação da desinstitucionalização dos doentes, o que fez com que houvesse menos contacto com os serviços de saúde mental aumentando assim a morbilidade.

Bachrach define o termo desinstitucionalização como:

“A substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar de pessoas com doença mental”(cit. in Bento & Barreto, 2002 p.83)

Esta questão da desinstitucionalização é bastante ambígua, esta pode ser vista de várias maneiras, dependendo do ponto de vista em que é analisada. Bachrach (2000), refere que não se pode medir o êxito desta medida apenas do ponto de vista da redução da população hospitalar. É necessário ter em conta que esta cria novos problemas, tais como a dispersão de serviços, que antes estavam concentrados, os alojamentos desadequados, e a sobrecarga sobre a família do doente (cit. in Bento & Barreto, 2002).

Lamb afirma que a desinstitucionalização só pode ser bem sucedida se os doentes encontrarem na comunidade equipamentos suficientemente estruturados, que providenciem suporte e controlo. Não se pode ver esta medida como algo mais barato, pois é necessário investir em estruturas na comunidade que possam dar respostas as novas necessidades criadas. O grande problema que se verifica, é que utilizando este método, ficam desprotegidos aqueles sem família e sem autonomia. O autor refere ainda a questão do défice essencial dos sem-abrigo, a ausência de uma base estável de cuidados e suporte, pelo que, a dispersão, a fragmentação e a inarticulação dos serviços faz com que o problema se agrave (cit. in Bento & Barreto, 2002).

Ainda que se conclua que a grande maioria dos sem-abrigo recorre aos serviços públicos de saúde (hospitais ou centros de saúde) existem ainda situações de indivíduos, em grande debilidade física e mental, por vezes, até mesmo em estados terminais, a viverem na rua e sem quaisquer mecanismos de assistência médica. Isto está também ligado à questão da Anomia, conceito criado por Émile Durkheim, que se refere à ausência de regras. A população sem-abrigo não tem regras, ou não se consegue interiorizar com as regras da sociedade, o que faz com que estes se sintam com menos motivação de fazer parte dela, ou até de se aproximar.

Os doentes mentais que se encontram nesta condição raramente recorrem aos serviços de saúde mental, pois não têm capacidade cognitiva, ou por receio, ou por problemas de dependência, entre muitos outros motivos, logo os serviços deveriam ir ter com eles. Um exemplo destes serviços que trabalham com o objectivo de colmatar esta falha e se dirigem à população alvo, são as Equipas de Rua.

As Equipas de Rua devem ser sempre multidisciplinares (psicólogo, assistente social, enfermeiro entre outros técnicos), para que os doentes avaliados na rua tenham respostas que contemplem as suas múltiplas necessidades. Este trabalho é feito directamente com o utente e tem como objectivo melhorar a qualidade de vida deste dentro das possibilidades. Para questões mentais graves é possível fazer o encaminhamento para serviços de saúde mental locais e, algumas das vezes, dependendo das instituições, através de voluntários, é possível realizar o acompanhamento do doente mental a este serviço, algo fundamental na aproximação do utente ao SNS.

Capítulo III – O Serviço Social na Saúde Mental

3.2 – O suporte social

Como vimos no Capítulo I, a saúde é cada vez mais influenciada por factores não só biológicos mas também sociais, importa então saber de que modo o suporte social influencia a saúde do individuo e a sua estabilidade. Tal como refere Barrón, desde os finais do séc. XX tem-se observado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, tanto na saúde como na própria doença (cit. *in* Rodrigues & Madeira, 2009).

Dunst e Trivette defendem que o suporte social se refere aos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência (cit. *in* Ribeiro, 1999).

De acordo com Cassel, os indivíduos que não possuem uma situação social privilegiada (pessoas com problemas sociais e desordem familiar), são mais susceptíveis a terem problemas de saúde, pois a sensação de não conseguir controlar a própria vida e a de isolamento social, pode estar directamente relacionada com o processo saúde – doença. O autor, realça ainda a importância do contacto social na estabilidade das doenças, segundo este, a adaptação ao meio social e ao ambiente é um factor que pode diminuir a susceptibilidade às doenças (cit. *in* Ribeiro, 1999).

Tal como afirma Bárron, as pessoas que sofrem de perturbações mentais normalmente apresentam uma rede de apoio social mais pequena e menos recíproca, havendo uma menor troca de recursos com os que, supostamente, teriam as principais funções de suporte social.

Segundo Ornelas (1996), os doentes mentais esquizofrénicos apresentam um menor apoio social, ou uma menor rede social, do que as pessoas sem perturbações mentais. Estes não só apresentam um número menor de recursos, como também utilizam os que estão disponíveis menos vezes devido à sua doença (Ornelas, 1996).

Podemos então afirmar, que as pessoas isoladas da sociedade e sem qualquer tipo de suporte social/familiar têm mais predisposição para a doença, ou então mais dificuldade em ultrapassá-la, o que pode levar a um estado mais grave da mesma. Já as pessoas que têm um apoio social presente conseguem enfrentar os problemas com maior facilidade, ou seja, o apoio social, mesmo que indirectamente, acaba por promover o bem-estar do indivíduo.

Segundo Dunst e Trivette (1990), podemos distinguir dois tipos de suporte social, o informal e o formal. Quando falamos de suporte social informal referimo-nos aos nossos familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais, etc. Este suporte informal é caracterizado por indivíduos e grupos sociais que fornecem apoio nas actividades do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. Relativamente ao apoio social formal, este é caracterizado pelas organizações sociais formais que existem na sociedade, como os Hospitais, IPSS, ONG, etc., estes serviços normalmente são representados por médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras,

profissionais estes, que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas (cit in Ribeiro, 1999).

3.1 – O papel do serviço social na saúde mental

“O campo da saúde foi uma das maiores áreas, e também uma das mais antigas, da implementação do trabalho social. O atendimento dos problemas de saúde vai além da acção dos médicos e enfermeiros, pois existiu a necessidade de incorporar um outro tipo de profissional capaz de atender ao que se poderia chamar de “dimensão social dos problemas de saúde””

(Ander-Egg, 1995).

Neste subcapítulo tentamos perceber o tipo de intervenção que o serviço social faz na área da saúde mental. Dentro deste campo poderíamos abordar diversos assuntos, mas convém ter em conta que falamos especialmente daqueles que trabalham com o objectivo de colmatar as lacunas existentes dentro desta área a nível comunitário. Sendo assim não se pretende falar do serviço social hospitalar, mas sim aquele que vai ao encontro das áreas que necessitam de intervenção na comunidade, neste caso, com especial atenção a população sem-abrigo.

Tal como refere Bisneto (2007), as instituições psiquiátricas normalmente não dão resposta aos problemas do doente na totalidade, no caso das perturbações mentais, são vários os aspectos que interferem no restabelecimento mental que não são tratados pela psiquiatria, daí serem precisos outro tipo de profissionais. Quando certos aspectos, que a psiquiatria não trata, se situam no campo social, o serviço social actua.

O serviço social na área da saúde mental começou por utilizar como metodologia de intervenção o case-work, dando ênfase ao ajustamento psicológico do indivíduo, descurando assim, os factores contextuais e sociais. À medida que a terapia familiar sistémica e a dinâmica de grupos ganha força a metodologia de intervenção do serviço social também vai ganhando novos contornos, alargando o seu horizonte de intervenção (Fazenda, 2008).

Os assistentes sociais têm um campo de intervenção bastante diversificado na área da saúde mental, tal como o apoio psicossocial ao doente no seu meio, a intervenção com a família e com outras redes de suporte social (se existir), a reabilitação psicossocial, a integração social e profissional (quando possível), a articulação com os serviços de saúde ou da comunidade e o *empowerment* do indivíduo (Fazenda, 2008).

No apoio psicossocial o técnico social tem por objectivo contribuir para uma resposta adequada ao problema do utente, modificando a sua situação de vulnerabilidade para melhorar a sua qualidade de vida, aumentando as suas capacidades tornando-o capaz de lidar e modificar as situações desfavoráveis que for vivendo ao longo da sua vida. Associado a esta questão aplica-se o conceito de *empowerment*, ou seja, o processo de aumentar o poder da pessoa, concedendo-lhe a autonomia.

Nos últimos tempos, o grande foco da saúde mental tem estado sobre a reabilitação psicossocial, a OMS, no seu relatório anual de 2001⁶, define a reabilitação psicossocial como:

"Um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais"

Tal como é referido no Relatório – Proposta de Plano de Acção Para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental, as redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos importantes na reabilitação social, onde os objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sócias e individuais e a criação de um sistema de suporte de longa duração.

O tratamento e a reabilitação são interdependentes, interagindo um sobre o outro. A combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, mas existem diferenças entre os métodos utilizados e as metas objectivadas. O tratamento pretende apenas trabalhar a questão da doença mental, já a

⁶ Informação retirada do site da internacional, World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) - <http://www.who.int/en/>

reabilitação social pretende capacitar o indivíduo de forma a que este atinja o seu nível máximo de funcionamento pessoal social e familiar.⁷

A abordagem biopsicossocial feita pela OMS ao conceito da reabilitação psicossocial realça os factores psicológicos e sociais como determinantes nas doenças mentais e também como instrumentos para a recuperação desta condição e melhoria da qualidade de vida dos doentes (Fazenda, 2008).

O papel do Técnico Social nesta abordagem à saúde mental comunitária cada vez mais em foco é bastante importante, principalmente quando falamos da população sem-abrigo. Isto porque, após o internamento estas pessoas necessitam de ter alguém que as acompanhe e que no fundo colmate esta não existência de redes informais.

O Assistente Social, acaba por fazer a ponte entre os que estão numa situação de vulnerabilidade social e o serviço nacional de saúde, trabalha com o intuito de fazer uma reaproximação do doente aos serviços, para que desta forma se possa trabalhar a sua recuperação. É através dos técnicos sociais que estas pessoas ganham competências para o dia-a-dia, e aos poucos e poucos vão conseguindo pequenas grandes vitórias.

⁷ Informação retirada do documento “Relatório – Proposta de Plano de Acção Para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental”, consultado em ficheiro pdf.
<http://www.fnerdm.pt/Downloads/relatorioplanoaccsaoservicossaudental.pdf>

PARTE EMPIRICA

Introdução

Esta segunda parte do trabalho tem como objectivo realizar um estudo empírico, este estudo surge no âmbito do Projecto Mensanus, do qual fiz parte enquanto estagiária na Organização Médicos do Mundo.

O Projecto Mensanus está direccionado para pessoas em situação de vulnerabilidade, exclusão social e/ou com comportamentos de risco, nomeadamente pessoas sem-abrigo, pessoas idosas, pessoas com hábitos de consumo, imigrantes indocumentados e trabalhadores do sexo, pretendendo o projecto direccionar-se para a área da saúde mental. Este tem como objectivo geral melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e dignidade.

O estudo empírico realizado pretende verificar a importância do acompanhamento social num individuo que viveu situação de sem-abrigo e que sofre de doença mental, ou seja, perceber qual o papel do acompanhamento social na sua vida e de que modo a melhorou.

Será apresentada a metodologia utilizada, o objectivo geral e os específicos, os participantes, os procedimentos e instrumentos/materiais utilizados ao longo da investigação. Seguidamente é apresentada uma biografia do indivíduo, com base na análise documental, e no ponto seguinte, realiza-se uma análise e discussão dos resultados obtidos e de que maneira estes são relevantes.

Capítulo IV – Metodologia

4.1 – Estudo de Caso

No estudo empírico presente irei realizar um Estudo de Caso, onde utilizo o método biográfico, com o objectivo de analisar o percurso de vida de um utente acompanhado pelos Médicos do Mundo.

O estudo de caso é uma análise profunda de um sujeito considerado individualmente, em que o seu objectivo consiste em estudar profundamente e analisar intensivamente os fenómenos que constituem o ciclo vital do indivíduo com vista a estabelecer generalizações sobre a população à qual pertence (Bisqueira, 1989).

Tal como refere Bell (1993), este tipo de estudo fornece uma ideia tridimensional. A sua grande vantagem consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico e identificar os diversos processos interactivos em curso.

Para Yin (1984), um estudo de caso é uma investigação de natureza empírica que se baseia fortemente no trabalho de campo ou na análise documental. Estuda uma dada entidade no seu contexto real, tirando todo o partido possível de fontes múltiplas de evidência como entrevistas, observações e documentos.

Para Merriam, o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico (cit. *in* Bogdan e Biklen, 1994)

Neste estudo de caso irei utilizar o método biográfico, neste método a história do indivíduo é escrita pelo investigador a partir de documentos e registos. Trata-se de um modelo de grande importância para a pesquisa histórica onde se circunscreve o sujeito a ser estudado, dentro do seu contexto sócio cultural. O objecto de estudo é o indivíduo na sua singularidade, sendo este um aspecto incontornável e marcante desta metodologia.

Creswell (1998) apresenta a biografia, ou estudo biográfico, como um dos primeiros modelos de pesquisa qualitativa. Este método consiste no estudo de um indivíduo e das suas experiências, seja através de depoimentos, de documentos e/ou material arquivado. Trata-se da descrição de momentos significativos da vida de um indivíduo, através de documentos vitais.

O método biográfico é uma perspectiva metodológica que foi largamente utilizada nos anos de 1920 e 1930, pelos sociólogos da Escola de Chicago, animados pela busca de alternativas à sociologia positivista. Após esse sucesso o método caiu em desuso nas décadas seguintes devido à pouca utilização deste pelos sociólogos americanos. Foi em 1980 que este método passou a ser novamente utilizado no campo da sociologia.

O estudo biográfico pode ser apresentado de quatro maneiras diferentes:

- Estudo Biográfico – onde a história individual é escrita pelo investigador, a partir de documentos e registos;
- Autobiografia – a história é escrita pelas próprias pessoas;
- História de Vida – consiste no relato de vida de um indivíduo, é um método muito usado em ciências sociais e antropológicas, correlacionando-o com temas culturais, sociais e institucionais, que se dá através de uma colecta primária de entrevistas e conversas com o sujeito;
- História Oral – consiste na reunião de lembranças, de eventos, as suas causas e os seus efeitos, a partir de um ou de mais indivíduos.

Franco (1991), considera dois tipos de materiais que podem ser utilizados na abordagem biográfica:

- Os materiais biográficos primários – narrativas ou relatos autobiográficos recolhidos pelo investigador, em geral através de entrevistas realizadas pessoalmente.
- Os materiais biográficos secundários – materiais biográficos de toda a espécie, tais como, correspondências, diários, narrativas diversas, documentos oficiais,

fotografias, etc.; ou seja materiais cuja produção e existência não tiveram por objectivo fins de pesquisa.

4.2 – Participantes e procedimentos

Neste trabalho foi escolhido, intencionalmente, um utente como caso único, esta escolha deve-se à relação próxima que fui criando com o mesmo ao longo do meu estágio e também devido a este apresentar um caso bastante rico a nível de informação e de todo o seu processo social.

No início da investigação foram realizadas com o individuo algumas entrevistas, não estruturadas e informais, com o objectivo de perceber melhor o seu percurso de vida. Após algumas conversas verificou-se que as informações recolhidas não eram 100% fidedignas pois alteravam a cada dia que passava e que se recomeçava estas ditas “conversas”. Foi bastante notável que o mesmo não conseguia recordar com bastante clareza o que tinha passado no tempo que viveu em situação de sem-abrigo, o que me fez recorrer a outros materiais para continuar a minha investigação.

Ora, após perceber melhor esta dificuldade do indivíduo em relatar momentos da sua vida acabei por optar por outro tipo de recursos sem ser as entrevistas e que me pudessem levar a perceber melhor a sua história, ou seja, materiais biográficos secundários, tais como a análise de documentos presentes na Organização que desde logo me foram cedidos.

4.3 – Instrumentos e Material

Na análise documental realizada pode-se referir os seguintes documentos:

- Notas de Terreno – estas notas de terreno são efectuadas pelos membros da Equipa de Rua, onde estão descritos os contactos obtidos em cada noite, ou seja, as necessidades, os problemas, os comportamentos, as atitudes em relação à Equipa de Rua, ou seja, tudo o que acham que deve ficar registado relativamente a cada contacto. Como existiam 2 percursos diferentes (Segunda-feira e Quarta-

feira – percurso 1; Terça-feira e Quinta-feira – percurso 2), cingi-me apenas às notas de terreno do percurso um, percurso este em que um dos sem-abrigo contactados é o indivíduo em estudo. Estas notas de terreno analisadas datam desde 2004 até 2010.

- Informações Sociais – estas informações sociais são realizadas pela gestora de caso e actualizadas quando assim se justifica.
- Relatórios de avaliação de enfermagem de saúde mental e psiquiatria – Estes relatórios foram realizados por uma Enfermeira de Saúde Mental, que durante as saídas de terreno fazia avaliação aos indivíduos que demonstravam distúrbios psicológicos.
- Relatórios do Hospital Magalhães Lemos – documentos referentes ao período de internamento.
- Processo Social – processo do indivíduo onde todos os atendimentos, assim como todos os acompanhamentos e intervenções são registados pela gestora de caso.
- Diário de Campo – Anotações feitas por mim enquanto estagiária da Organização, onde estão registadas informações acerca de todo o meu estágio, integrando assim o individuo estudado. Estão presentes conversas informais com o mesmo e com a sua gestora de caso.

O instrumento utilizado para a realização do estudo documental foi a análise de conteúdo. Para Bardin (1977) a análise de conteúdo é uma estratégia largamente utilizada no tratamento dos discursos em investigação qualitativa, abrangendo um conjunto de estratégias, cujo objectivo é a busca dos sentidos contidos sob documentos, material colectado através de entrevistas ou notas de observação tomadas em diário de campo. Para o autor a análise de conteúdo não deve ser perigosamente vinculada ao texto ou, rigidamente, à técnica a ponto de prejudicar a criatividade do investigador.

Capítulo V – *“Eu gosto de ficar sentado a ver as pessoas passar”*

João (utiliza-se um nome fictício com o objectivo de salvaguardar a sua identidade), é o indivíduo presente neste estudo de caso, tem 46 anos e é de nacionalidade Angolana.

O João veio para Portugal logo a seguir ao 25 de Abril de 1976, onde as oportunidades Portuguesas eram bem mais promissoras que as Angolanas, este veio ao encargo da sua irmã mais velha, que na altura teria cerca de 22 anos de idade e tornava-se assim a responsável por ele e por os seus outros dois irmãos, um de sexo masculino e a outra de sexo feminino.

Pelo que se conseguiu apurar, a irmã do João, não a mais velha mas sim a do meio, sofria de uma deficiência física e também de distúrbios psicológicos, o João sempre teve uma relação bastante conflituosa com ela e também com o irmão que era violento com ele. Foi aos 30 anos de idade que João, farto da má relação com a irmã e com o irmão decidiu deixar Lisboa e vir para o Porto com a intenção de encontrar um trabalho e cá poder fazer a sua vida sem mais relações conflituosas.

Durante cerca de quatro anos trabalhou como construtor civil em algumas obras no centro da cidade invicta, mas ao fim desse tempo, João viu-se perante uma situação de desemprego. Esta situação, que foi durando ao longo do tempo, levou à origem de graves dificuldades financeiras e fez com que João não conseguisse fazer face às despesas básicas. Como se encontrava sozinho numa grande cidade e sem qualquer rede de apoio familiar o João acabou por ficar na situação de sem-abrigo.

Foi em Outubro de 2004 que a Equipa de Rua dos Médicos do Mundo teve o seu primeiro contacto com ele, ou seja, o localizou pela primeira vez. João estava a dormir na entrada dos apartamentos, que se verificou, ser o sítio habitual onde pernoitava (devido a ter sido um sem-abrigo de longa data não irei especificar o lugar para salvaguardar a sua identidade).

Apesar de abordado pela Equipa de Rua, sempre que esta fazia o percurso que incluía o seu sítio de pernoita, que representava 1/2 vezes por semana, o João sempre mostrou

desagrado, hostilidade e um certo desinteresse em estabelecer contacto com a equipa, evitando sempre a aproximação.

Foi apenas no último semestre de 2009 que o João se começou a mostrar mais receptivo à abordagem da Equipa de Rua, aceitando a sua presença e até por vezes estabelecendo diálogo ainda que sempre com grande reserva e desinteresse. Encontrava-se sempre cabisbaixo e parco em palavras, evitando o contacto ocular com a equipa, referindo apenas que estava tudo mais ou menos e que não precisava de nada.

Por diversas vezes o João foi encontrado a escrever rabiscos em cadernos aparentemente ininteligíveis, e quando questionado sobre o que estava a fazer apenas dizia que tinha de acabar uns trabalhos, e estava visivelmente empenhado na tarefa. O aspecto de João era compatível com consumos de álcool, este tinha comportamentos que mostravam sinais de alcoolismo agudo, assim como o seu hálito o comprovava. A sua apresentação era bastante negligenciada e a sua higiene também.

Após o João se mostrar mais receptivo nas abordagens existiu a necessidade de saber um pouco mais sobre o mesmo. A Técnica Social que na altura era responsável pelo projecto Mensanus contactou a Segurança Social da Rua da Alegria (a que está encarregue dos casos de sem-abrigo na cidade do Porto e que articula com as Equipas de Rua) para tentar perceber quem era o João e se existia alguma informação sobre o mesmo. Foi dado a conhecer à Técnica que este já teria tido um internamento breve no Hospital Magalhães Lemos em Agosto de 2009, este internamento deu-se devido a distúrbios na via pública, que ao que tudo indica, estavam contextualizados por alcoolismo e sintomatologia psicótica. Após a alta do internamento o João abandonou o tratamento, tanto a medicação como a consulta de seguimento.

Foi no dia 14 de Dezembro de 2009 que pela primeira vez a Equipa de Rua conseguiu alongar o diálogo com o João. À semelhança de tantas outras vezes o João encontrava-se sentado a rabiscar um caderno, dizendo que estava a acabar uns trabalhos. Nesse dia não mostrava sinais evidentes de consumo excessivo de álcool, e após uma conversa inicial, à qual o João, invariavelmente, refere estar mais ou menos e recusa qualquer ajuda, a equipa teve oportunidade de questioná-lo sobre o seu interesse em encontrar um alojamento. Logo de imediato o João assumiu que qualquer ajuda iria passar pela

Segurança Social e iniciou um discurso de considerações algo inespecíficas, de teor paranóide, nas quais referenciou que os MDM e as outras instituições, assim como o próprio Estado, têm interesse em exercer o poder e controlar as pessoas. A dado momento o João diz, *“uma pessoa não pode ser outra pessoa, só pode ter um corpo, não pode ter dois”*⁸, exemplificando pelos dedos o que estava a dizer. Ao longo do seu discurso este refere-se à aos apoios e subsídios de alojamento dados pela Segurança Social, quase sempre tratada na terceira pessoa do plural, *“eles têm uma antena no quintal e controlam a vida das pessoas nos quartos Eles querem é fazer muito dinheiro à custa das pessoas para viagens para Marte”*⁹. Após o reforço da ideia, por parte da equipa, de que João poderá encontrar alojamento sem quaisquer consequências prejudiciais para ele, mostrou-se mais receptivo à ideia, se não existir envolvimento da Segurança Social.

Após este episódio era necessário tomar uma atitude para bem do João, pois evidenciava problemas mentais no seu discurso delirante, logo, na saída de terreno seguinte uma Enfermeira de Saúde Mental acompanhou a Equipa de Rua com o intuito de avaliar a sua situação. A mesma refere no seu relatório que o João tem contacto reservado e humor neutro, e que este evidencia discurso delirante de teor paranóide (semi-estruturado) e desconexo, destas alterações de pensamento acabam por decorrer consequências evidentes e, aparentemente, muito significativas na vida de João.

Após a entrega do relatório elaborado pela Enfermeira de Saúde Mental, a Técnica Social encaminhou-o para a Autoridade de Saúde Pública, visto que era necessário alguém se responsabilizar por uma pessoa que não é capaz de tomar as melhores decisões devido à sua instabilidade mental.

O João deu entrada no Hospital Magalhães Lemos no dia 5 de Fevereiro de 2010 com mandado de condução. Após o seu internamento a Técnica Social responsável pelo projecto Mensanus contactou a Assistente Social do HML para formalizar a posição de MDM relativamente ao interesse em articular com o hospital a gestão do caso, em particular do ponto de vista social e de saúde mental.

⁸ Citado nas Notas de Terreno Referente a Dezembro de 2009

⁹ Citado nas Notas de Terreno Referente a Dezembro de 2009

Após 20 dias passados desde o seu internamento, a Técnica Social visitou o João. O mesmo encontrava-se com contacto retraído e humor neutro, que tanto lhe é característico, o mesmo assumiu que a reconhecia do “grupo de rua”. A Técnica relatou o propósito da sua visita, explicando que os MDM estavam interessados em o ajudar, ao qual o João se mostrou receptivo e motivado para conseguir alojamento e continuar o seu tratamento com a ajuda do HML e MDM.

Segundo as enfermeiras que seguem por perto o internamento do João, ele tem demonstrado boa evolução, tendo-se mostrado ao longo do internamento progressivamente mais calmo, mais colaborante e com melhoria de adesão à terapêutica. As mesmas referiram que este mantém alguma sintomatologia psicótica “cristalizada”, o que significa que a doença mental irá estar sempre presente na vida de João, mas com o tratamento esta terá menos implicações para a capacidade funcional do mesmo.

João teve alta clínica no dia 23 de Março de 2010, com diagnóstico de 295.3 – Psicose Esquizofrénica Paranóide, pelo que parece o João sempre teve indícios de esquizofrenia, e a situação de sem-abrigo vivida pelo mesmo despoletou a doença que ao que parece estava “adormecida”.

Como a data da alta clínica tinha sido cominada entre MDM e HML, quando o João saiu do Hospital já MDM tinha tratado da questão habitacional. João ficou hospedado numa Pensão um pouco afastada do centro do Porto, o Dr. que o acompanhou instituiu o regime terapêutico para o domicílio, o que significava que era necessário controlar se o João tomava ou não a medicação para que o tratamento continuasse com sucesso.

Seguiram-se tempos complicados, pois apesar de João estar a seguir com a medicação, pelo menos aparentemente, também ia fazendo consumos alcoólicos. Na primeira consulta após o internamento, onde foi acompanhado pela sua gestora de caso, João manifestou várias vezes que não precisava de qualquer tipo de tratamento, uma vez que não tem nenhuma doença e também porque se sentia afectado pela medicação. Questionou bastantes vezes se a medicação era por causa de ter sido sem-abrigo, assumindo isso como uma condição de perseguição/controlo da sua pessoa, discurso obviamente enquadrável na sua ideiação delirante paranóide.

Perante a renitência do João em seguir o tratamento e cumprir a medicação o psiquiatra informou-o de que está obrigado a cumprir o tratamento, pois se não terá de fazê-lo em regime compulsivo.

Na semana que se seguiu, o João continuava com considerações contrárias ao seu tratamento questionando imensas vezes qual o papel dos MDM na sua vida, e se a questão de ter aceitado um quarto implicava que tivesse de se submeter a tratamento, tudo isto dito de uma forma confusa e delirante.

Mostrou por algumas vezes bastante ansiedade que parecia estar na origem de uma crise alucinatória auditiva breve, iniciando uma atitude de escuta e um solilóquio de confrontação com alguém de nome “o Henriques”. Referia também que os comprimidos o deixavam sem liberdade, afirmando que já tinha feito “experiências” com eles e que não os podia tomar com água pois fazia com que se sentisse pior.

Após todos estes sinais que não demonstravam qualquer melhoria, a sua gestora de caso acompanhou-o ao HML para que o médico pudesse fazer um ajuste de medicação, o mesmo alerta que o João apenas está assim pois não toma a medicação correctamente.

Começa-se a tornar evidente, que o João não cumpre o tratamento na íntegra, e que continuando assim tende a abandoná-lo. Numa conversa com o João a técnica relembra-o dos ganhos recorrentes do tratamento e as implicações do abandono do mesmo, fazendo ver a sua situação.

Em início de Maio o João foi inscrito na lista de candidatos para realizar as refeições na Porta Amiga da AMI, que se situa perto da sua pensão, o qual foi aceite pouco tempo depois do pedido. A gestora de caso acompanhou o João à AMI com o intuito de falar com a técnica responsável pelas refeições para que esta possa ficar com a medicação do João e assim se certificar que ele a toma após as refeições, a técnica desde logo se prontificou dizendo que antes de ele sair a porteira irá lhe entregar a medicação a qual ele será obrigado a tomar. No decorrer da conversa o João ainda tentou utilizar alguns argumentos para não tomar a medicação, argumentos esses que foram dissuadidos pela sua técnica.

Esta medida foi trazendo melhorias ao João gradualmente, pois deixou de apresentar discursos delirantes. A sua gestora de caso todos os meses o acompanha à toma da medicação injectável no HML e faz visitas domiciliárias para se certificar que o mesmo tem cuidados de higiene. Apesar da melhoria mental, a questão da higiene, ou seja, das competências pessoais é algo a ser trabalhado a longo prazo visto que João apresenta bastante negligência nesse campo.

Devido a ter estado bastante tempo na situação de sem abrigo, o mesmo acabou por perder certas normas, regras e competências sociais. A sua comunicação com as outras pessoas é ainda escassa, apesar de já não demonstrar sinais de delírio no seu discurso.

Quando o João já apresentava uma melhoria significativa a técnica acompanhou-o ao Registo de Identificação Civil para dar início ao processo de identificação e documentação que o mesmo não tinha já há muito tempo pois tinha sido roubado no tempo que dormia na rua. Devido a ser um cidadão indocumentado e sem rendimentos o alojamento do João era participado na totalidade pela Segurança Social, algo que o mesmo não poderia saber devido a toda a sua teoria da perseguição para com a Segurança Social.

Em Janeiro de 2011 foi-lhe diagnosticado uma tendinite no ombro direito o que fez com que a médica o encaminha-se para a fisioterapia. Durante a primeira consulta ficou estabelecido o horário das sessões, teria de fazer tratamento todos os dias durante um mês. Esta questão veio trazer alguma preocupação à sua técnica, pois era impossível que esta o acompanhasse todos os dias à consulta e o levasse de novo à pensão. Este acabaria por ser um óptimo momento para trabalhar a sua autonomia. A técnica acompanhou-o duas vezes à consulta explicando-lhe o percurso que teria de fazer a pé, João estava confiante de que conseguiria fazê-lo no dia a seguir. Para o confirmar a técnica entrou em contacto, todos os dias da semana que se seguiu, com o centro fisiátrico para confirmar que João tinha aparecido à sessão.

Em Julho de 2011 foi entregue na Segurança Social das Doze Casas os formulários, já preenchidos, para o seu pedido de reforma por invalidez, pois, devido à sua situação mental o João nunca irá conseguir se adaptar a nenhum tipo de trabalho ou ambiente profissional, pois apesar de as suas competências pessoais e sociais estarem a ser

trabalhadas, João nunca irá conseguir ter um desempenho mental a 100% demonstrado algumas dificuldades na ordem do pensamento. Foi em Outubro de 2011 que chegou a resposta positiva ao seu pedido.

Após 12 anos de rua o João encontra-se a cada dia que passa a ressurgir da sua anterior condição, apresentando significativas melhoras em diversos aspectos da sua vida. Apresentação, interacção e capacidade de resposta, pequenos sinais demonstrativos de um fortalecimento das suas competências.

Em conversa com a sua técnica vemos que esta demonstra uma certa preocupação quanto ao caso de João. O projecto Mensanus acabará para o próximo ano, e mesmo este tendo dinheiro da sua reforma para pagar o alojamento e medicação, a sua preocupação reside na dificuldade de autonomia que o João tem, principalmente nas consultas mensais no HML para a toma da medicação injectável, ao qual João não sabe se dirigir sem o acompanhamento de alguém, e às tantas demais situações que possam aparecer e que João não terá capacidade de as enfrentar devido às suas limitações.

Sem qualquer rede familiar que lhe possa dar suporte, a técnica tenta encontrar uma vaga numa Residência de Longa Duração, onde sabe que o João vai ter os cuidados necessários. Esta acaba por ser a única solução para conseguir que João continue a ter o mínimo de qualidade de vida e de bem-estar, pois assim continuasse a garantir que irá ter o devido acompanhamento e resposta às suas necessidades.

Quando se tenta abordar com o João o tempo que este passou na situação de sem-abrigo nota-se logo que ele não tem grande clareza quanto a este momento da sua vida, referindo até que não se lembra, talvez acabe por ser um método defensivo para não se recordar dessa questão.

Hoje em dia o João, quando questionado sobre o que gosta de fazer, refere: *“eu gosto de acordar, abrir as janelas, beber um café, caminhar no passeio para cima e para baixo durante 15 minutos, e depois o que eu gosto mesmo é de me sentar ali (apontando para a soleira da pensão) e ficar a ver as pessoas a passar.”*

5.1 - Análise e discussão dos resultados

Neste subcapítulo irei analisar as fases mais importantes da vida do indivíduo e cruzar os dados recolhidos com a parte teórica deste trabalho de forma a realizar uma síntese de análise e conclusão sobre este estudo empírico.

Tal como verificamos no ponto acima, o João, saiu de Lisboa onde morava com os irmãos, devido a um ambiente familiar bastante problemático, acabando por vir para a cidade do Porto à procura de emprego.

Ao final de 4 anos, o indivíduo viu-se numa situação de desemprego, que no fundo, não foi nada mais nada menos que o motivo que o levou à situação de sem-abrigo. É importante referir que o conceito de desemprego é, hoje em dia, uma das principais razões que levam as pessoas à situação de sem-abrigo. O desemprego em Portugal tem vindo a crescer progressivamente e regularmente desde 1991, este conceito acaba por gerar o conceito de pobreza, o que faz com que as pessoas muitas das vezes vivam abaixo das necessidades básicas.

Esta questão de desemprego agravou-se também devido ao facto do João não ter já contacto com a família, ou seja, não ter qualquer retaguarda familiar que o pudesse apoiar no momento de mais necessidade.

Tal como refere Bahr (1973), (cit. *in* Bento & Barreto, 2002), tornar-se sem-abrigo resulta de um processo progressivo de perda de laços com as várias estruturas sociais: a família, a escola, o trabalho, a religião, a política e o lazer. No caso acima descrito, João rompeu os laços com a família e quando se viu numa situação difícil não a conseguiu contornar.

O conceito sem-abrigo abrange um espectro de situações que têm em comum a falta de meios (o que pode ser considerado consequência da pobreza) e de laços comunitários (que se representa através da exclusão social) para aceder a um alojamento pessoal adequado. No fundo este conceito corresponde à perda de casa associada, mas também muito importante, à perda de laços com a família e a sociedade, o que gera a exclusão social (Bento & Barreto, 2002).

É necessário compreender que ao longo do tempo o João deixou de estar numa situação de sem-abrigo e passou a ser um sem-abrigo. Existe uma diferença, pois estar sem-abrigo incide sobre qualquer situação em que as pessoas ficaram sem casa; ser sem-abrigo é ser excluído das redes e estruturas sociais.

Quando a Equipa de Rua dos Médicos do Mundo conseguiu estabelecer contacto com o João, após vários anos de tentativa de aproximação, que não podia ser forçada, foi bastante óbvio, devido ao seu discurso delirante, que o mesmo sofria de uma perturbação mental. Tal como foi referido na parte teórica do trabalho existem estudos que mostram que nos dias de hoje bastantes sem-abrigo que vivem na rua sofrem de graves problemas mentais.

Tal como refere Fonseca (1985), devemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares. Quando este equilíbrio não está presente pode deixar de haver saúde mental e passar a existir a doença, o que pode ter acontecido no caso de João.

A doença mental, de acordo com Alves (2001), acarreta consequências não só a nível individual, mas também a nível de grupo e da comunidade em que está inserido. A capacidade de exercer ou interpretar papéis sociais, função que se desempenha na sociedade, torna-se reduzida na maioria dos casos de pessoas com esta doença. No caso de João, quando este rompeu os laços com a família devido a relações problemáticas não se sabe até que ponto é que também poderiam estar a ser criadas por ele, pois a doença já se poderia estar a revelar nessa altura.

Rosa afirma que a maior parte dos sem-abrigo com doença mental apresentam esta patologia antes de estarem na rua. Apesar da rua agravar as perturbações mentais 60% dos casos precedem claramente à vida de rua. O autor refere ainda que a hospitalização num serviço de psiquiatria precede à vida de sem-abrigo em 60% a 70% dos casos (cit *in* Bento & Barreto, 2002).

Parece razoável afirmar que em geral as doenças psiquiátricas não são consequência da condição de sem-abrigo, mas esta pode ter um papel fulcral na precipitação, manutenção ou agravamento da doença, verifica-se que na maioria dos casos a história clínica mostra que os indivíduos já eram doentes, ou tinham problemas de dependência, antes de se verificarem na situação de sem-abrigo (Bento & Barreto, 2002).

Após a Equipa de Rua sinalizar à Técnica Social o caso de João a Enfermeira de Saúde Mental dos MDM foi ao terreno avaliar a situação do mesmo. Após o relatório confirmar uma elevada perturbação mental a Técnica Social entrou em contacto com a Autoridade de Saúde Pública que levou o João para o HML com mandado de condução devido ao seu estado psiquiátrico. Se este tipo de casos não for sinalizado pela sociedade ou pelas organizações que intervêm neste contexto estas pessoas nunca conseguirão abandonar a rua e o facto de serem sem-abrigo, e muito menos cuidarem da saúde. São pessoas que não têm consciência da realidade e nunca tomariam a iniciativa de serem internados ou até mesmo o simples facto de saberem que estão doentes e procurar ajuda, neste contexto, a sinalização é fundamental.

Entretanto o João, antes da sinalização dos MDM, já tinha estado internado, ainda que por um breve período, no HML. Após a alta desse 1º internamento o João abandonou o tratamento. Numa análise crítica penso que neste caso não houve sequer uma intervenção, ou se houve não foi realizado correctamente. Pelo que pude apurar, quando teve a alta clínica o João voltou para a rua, ou seja, estragou-se todos os passos que poderiam ter sido conseguidos com o internamento. Não houve preocupação em fazer um devido acompanhamento social que pudesse trazer alguma qualidade de vida ao João e que o ajudasse a estabilizar, não houve preocupação em procurar alojamento para que este tivesse um ambiente calmo para recuperar e continuar com o tratamento. Ao voltar à mesma situação torna-se bastante óbvio que o mesmo iria abandonar as consultas e a medicação, o que aconteceu.

A questão da adesão à terapêutica por parte destes indivíduos em exclusão social está muitas vezes dependente do acompanhamento social com ele realizado. Após o internamento (se for o caso), um indivíduo que sai da situação de sem-abrigo acrescentando o factor da doença mental, não tem ainda competências suficientes para fazer uma medicação regular, para se dirigir às consultas no SNS, para perceber se estão

ou não a descompensar, ou seja, se esta pessoa está sozinha, sem qualquer retaguarda familiar, sem o acompanhamento social era impossível ter um tratamento em ambulatório ou mesmo na comunidade.

Já no internamento realizado após a sinalização dos MDM, o HML foi informado do interesse desta organização ficar com a gestão do caso do João e assim fazer o devido acompanhamento social. Apesar de todas as tentativas de João para abandonar a medicação e o tratamento isso nunca aconteceu, pelo facto deste ter um acompanhamento social à altura, foi devido à não desistência da técnica e à motivação que esta lhe transmitiu que hoje em dia o João não sofre com a sua doença mental.

De acordo com Sequeira, o suporte social é hoje considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde do indivíduo. Ou seja, aqueles que possuem uma rede social completa ou uma retaguarda familiar que os ajude a superar obstáculos ou momentos mais complicados da vida, tal como o desemprego, têm em geral mais protecção ao nível da saúde (cit. *in* Rodrigues & Madeira, 2009).

Batista et al., efectuou uma revisão da literatura encontrando diversos estudos que revelam que o suporte social é um factor de redução de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tal como a depressão, a ansiedade e a esquizofrenia, podendo estar também associado ao desenvolvimento e tratamento deste tipo de doenças (perturbações mentais). O autor refere ainda que, quanto menor for o apoio social maior será a incidência de transtornos, pois quando o apoio social é ausente, revela-se um factor de risco neste tipo de doença (cit. *in* Rodrigues & Madeira, 2009).

É importante que estas pessoas, presas à vulnerabilidade social, à exclusão social tenham um devido acompanhamento. Neste caso a intervenção psicossocial é muito importante. De acordo com Ranquet (1997), este tipo de intervenção destina-se a orientar a intervenção social de acordo com objectivos específicos, não se centrando exclusivamente na pessoa em si mas em todo o contexto social que o rodeia, como por exemplo, família, trabalho, escola, entre outros. Os objectivos desta intervenção, de acordo com a autora, ao nível pessoal são: capacitar o utente para que este assegure a sua sobrevivência; desenvolver comportamentos que lhe possibilitem estabelecer relações próximas com outros e no seu meio ambiente, utilizando de forma construtiva

os recursos informais, formais e sociais; desenvolver comportamentos que conduzam ao crescimento e à realização pessoal; desenvolver padrões comportamentais que conduzam o utente a fazer face, com êxito, a novas situações. Relativamente ao nível do meio social os objectivos a atingir são: facilitar o acesso às redes informais (família, amigos, vizinhos) quando possível; favorecer o recurso a estruturas formais a fim de providenciar a resposta a necessidades materiais ou outras; favorecer a emergência de novos papéis sociais que respondam às novas expectativas; contribuir para a mudança a nível legal de políticas sociais, costumes e regras de funcionamento. (Ranquet, M., 1997)

Quando João começou a realizar as sessões de fisioterapia foi um óptimo momento de incitar responsabilidade e trabalhar a autonomia do mesmo, no fundo foi mais um passo conseguido, ao trabalhar a autonomia do João está-se a trabalhar o conceito de *empowerment*. De acordo com Fazenda (2008), este conceito é definido como um processo que leva as pessoas a adquirirem controlo e poder de decisão sobre as suas vidas, através da redução de obstáculos sociais ou pessoais no exercício do poder. A autora refere que este conceito tem por objectivos aumentar as competências, os recursos e a participação das pessoas que vêm os seus poderes diminuídos, tal como as pessoas com doença mental.

Tal como referi na biografia do capítulo V, quando o projecto Mensanus terminar, a única opção para que João será uma residência de longa duração. No fundo esta é a única maneira de assegurar a continuidade de alguma qualidade de vida e estabilidade, visto que ele nunca irá conseguir ter autonomia suficiente que faça com que o mesmo enfrente os problemas que possam surgir no dia-a-dia. Apesar de esse ser um aspecto que é trabalhado a nível da intervenção social realizada, é algo que acaba por ser a muito longo prazo quando nos referimos a estas pessoas.

No caso do João podemos verificar que o acompanhamento social foi fulcral na sua vida, pois restituiu-lhe a dignidade que qualquer ser humano deveria ter, e apesar das melhorias demonstradas desde que saiu do HML é uma pessoa que vai sempre precisar de um acompanhamento.

Os doentes mentais são pessoas doentes, que não conseguem tomar decisões e quando estão sozinhos cabe a sociedade em geral e às organizações de fim social olhar por eles

e tomar as decisões necessárias. É necessário ter consciência que quando esta doença ocorre em pessoas que sofrem de uma grande vulnerabilidade social, pessoas que vivem na rua e que não têm qualquer rede de apoio, o caso torna-se muito mais complicado. Para esta população não é nada fácil de gerir esta doença, pois devido a ela, muitos deles ficam incapazes de tomar decisões racionais, se não fosse o devido acompanhamento que foi realizado ao João talvez hoje ele ainda continuasse a rabiscar o seu caderno e empenhado em acabar os seus trabalhos.

O acompanhamento social acaba por ser uma réstia de esperança para quem se encontra sozinho e perdido nas armadilhas que a nossa mente nos pode criar.

6. Reflexões Finais

Hoje em dia vivemos num período de grandes divergências e de grande crise social. Se por um lado existem grandes desenvolvimentos, por outro, cada vez mais, grande parte da população portuguesa vive em dificuldades e sem as condições mínimas de sobrevivência, que é o caso dos sem-abrigo.

Tal como vimos, todos estes factores que a crise social e económica acarreta influência a saúde da população, não sendo novidade, que cada vez mais as doenças de foro psicológico “estão na moda”. Isto também devido à sociedade em que vivemos e a toda a pressão que o ser humano tem vindo a ser submetido.

Este estudo acabou por surgir devido à minha preocupação para com as pessoas que estão sozinhas e muitas delas inconscientes do que é a realidade. Faz parte da cidadania nos preocuparmos com estas pessoas, não podemos simplesmente virar a cara ao sem-abrigo que dorme na entrada do nosso prédio apenas porque tem um mau cheiro, ou porque já bebeu demais. Há necessidade das pessoas pensarem mas porque é que ele bebe? Ou porque é que cheira mal? Em vez de julgar ou apontar deveríamos nos colocar no lugar deles e perceber o porque. É urgente a sociedade crescer e se tornar mais solidária.

Abordei o acompanhamento social como factor fulcral na vida destes sem-abrigo com doença mental porque durante todo o estágio, ao lidar com estas pessoas, vi o quanto elas dependem de alguém, de um familiar ou de um vizinho, mas quando não há ninguém, tem de ser a técnica a ter a noção de que é necessário completar aquele espaço que está vazio para o bem daquela pessoa.

Referências Bibliográficas

ANDER-EGG, E., (1997). *Metodologia de Acción Social*. Argentina, ISCA.

ALVES, F., (2001). A história da loucura e as políticas de saúde mental. *In: ALVES, F., (Coord.). Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa, Universidade Aberta.

ALVES, F., (2001). Os Conceitos. *In: ALVES, F., (Coord.). Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa, Universidade Aberta.

BARDIN, L., (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELL, J., (1993). *Como Realizar um Projecto de Investigação - Um guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Gradiva

BENTO, A., BARRETO, E., (2002). *Sem-Amor, Sem-Abrigo*. Lisboa, Climepsi Editores.

BESTEIRO, S., GIL, C. M., MARIN, R., (2003). *Guia Para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa, Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.

BISNETO, J. A., (2007). *Serviço Social e Saúde Mental – Análise Institucional da Prática*. São Paulo, Cortez.

BISQUERA, R., (1989). *Métodos de Investigação Educativa*. Barcelona, Ediciones CEAC, S. A.

BOGDAN, R., BIKLEN, S., (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora.

BRUTO DA COSTA, A., (2002). *Exclusões Sociais*. Lisboa, Gradiva.

CRESWELL, J., (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks. CA, Sage Publications.

ESTIVILL, J., (2003). *Exclusión social: ensayo conceptual y estratégico*. Espanha, Oficina Internacional del Trabajo.

FAZENDA, I., (2008). *O Puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores.

FONSECA, F., (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa, Fundação Calouste Goulbenkian.

FRANCO, F., (1991). *Sobre a autonomia do método biográfico*. Sociologia – problemas e práticas. Nº9, pp.171-177.

Informação com base no documento “Carta de Ottawa, Primeira conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde”. Consultado em ficheiro Pdf. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Informação retirada do site da internacional, World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) - <http://www.who.int/en/>

Informação retirada do documento “Relatório – Proposta de Plano de Acção Para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental”, consultado em ficheiro pdf. <http://www.fnerdm.pt/Downloads/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>

JARA, J., (2002). *Razão Reencontrada – Psiquiatria Sem Estigmas*. Coimbra, Edições Quarteto.

MÉNÉCHAL, J., (2002). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa, Climepsi Editores.

MILHEIRO, J., (2000). *Loucos São os Outros*. 2ª Edição. Lisboa, Editora Fim de Século.

MUÑOZ, M., VAQUEZ, C., BERMEJO, M., VASQUEZ, J., (1999). *Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española, Intervención Psicosocial*. Vol. 7, Nº1.

ORNELAS, J., (1996). *Suporte Social e Doença Mental*”. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 260-268.

PEREIRINHA, J.A., (1996). *Pobreza e exclusão social: algumas reflexões sobre os conceitos e aspectos de medição*. In: FERREIRA C. et al., “*Entre a Economia e a Sociologia*”. Lisboa, Celta.

PEREIRINHA, J. A., et. al., (2007). *Género e Pobreza: Impacto e determinantes da Pobreza no Feminino*. Lisboa, Cig.

PIMENTA, M., (1992). *Os Sem-Abrigo da Cidade de Lisboa*. Lisboa, Cáritas/CESIS, Colecção Cáritas, Nº 14.

RANQUET, M., (1997). *Los Modelos en Trabajo Social: intervención com personas y familias*. Espanha, España Editors.

RIBEIRO, J.L.P., (1999). *Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 3(17), 540 – 558.

SHORTER, E., (2001). *Uma história da psiquiatria: da era do manicómio à idade de Prozac*. Lisboa. Climepsi Editores.

URIBE, V., CASTELL, C., ALBERDI A., (1994). *Incidencia de los Factores Sociales en la Salud y la Enfermedad Mental*. *Revista de Enfermería ROL*, (191,192).

YIN, R. K., (1984). *Case study research: design and methods*. London, Sage.