

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Representações Sociais da Doença Mental

Um Estudo Qualitativo com Profissionais da Saúde Mental

ANTÓNIO MANUEL NETO MARTINS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Família e Intervenção Sistémica

Coimbra, 2013



Escola Superior de Altos Estudos

Representações Sociais da Doença Mental
Um Estudo Qualitativo com Profissionais da Saúde Mental

ANTÓNIO MANUEL NETO MARTINS

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo Família e Intervenção Sistémica

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira

Coimbra, 2013

Dedico este trabalho à minha avó.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas e amigos, obrigado pelo vosso contributo.

Professora Joana, foi um prazer enorme ter sido seu aluno ao longo dos últimos 3 anos. Muito obrigado.

Pai, Mãe, Jorge, João e Joaquina obrigado por todo o vosso apoio, amor e amizade. Este trabalho tem a vossa marca.

Gustavinho, deste-me força e fizeste-me acreditar.

Buda e Caramelo obrigado pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Ana obrigado por teres acompanhado esta viagem, mas acima de tudo por estares nesta viagem. Foi a nossa viagem. Só assim seria possível. Obrigado por tudo o que tens sido para mim.

Aos Profissionais que colaboraram neste estudo o meu sincero agradecimento.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	2
RESUMO	4
ABSTRACT	5
1 Introdução.....	1
1.1 Saúde e Doença Mental.....	2
1.2 Representações Sociais.....	4
2 Metodologia	11
2.1 Objetivos	11
2.2 Instrumentos	11
2.3 Procedimentos	12
2.3.1 Análise de Dados.....	13
2.4 Participantes	14
2.5 Ilustração Gráfica do Desenho do Estudo	16
3 Resultados	17
3.1 Dimensão Conceptual – Saúde Mental, Doença Mental, Critérios de Diferenciação	17
3.1.1 Conceções sobre a doença mental	17
3.1.2 Conceções sobre a saúde mental	19
3.1.3 Critérios de diferenciação entre saúde e doença mental.....	21
3.2 Dimensão explicativa – Etiologia/causalidade atribuída à doença mental	23
3.2.1 Etiologia/causalidade.....	23
3.3 Dimensão interventiva – Modelos de intervenção predominantes e objetivos a da prática clínica	25
3.4 Dimensão contextual – influência do contexto institucional na prática clínica.....	28
3.5 Modelo Gráfico descritivo das várias dimensões de análise	31
4 Discussão.....	32
5 Conclusões	39
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	48

RESUMO

Este trabalho pretende conhecer as representações sociais de Psiquiatras, Internos de Psiquiatria, Pedopsiquiatras e Psicólogos Clínicos sobre a doença mental em quatro dimensões: (1) conceptual – conceitos de saúde e doença mental, (2) explicativa – causalidade da doença mental (3) interventiva – modelos de intervenção e objetivos da prática clínica, e (4) contextual – influência do contexto na prática clínica.

É um estudo qualitativo de carácter exploratório, pontuado epistemologicamente pelo construcionismo social e teoricamente pelo quadro das representações sociais. Participaram 30 profissionais (13 Psicólogos, 10 Psiquiatras, 5 Internos de Psiquiatria e 2 Pedopsiquiatras) aos quais foi aplicada uma entrevista semi-estruturada que foi analisada quanto ao seu conteúdo (através do software NVivo 10).

Da análise dos resultados salienta-se que as representações dos profissionais quanto à conceptualização da doença mental são heterogéneas. A saúde mental é equacionada como flexibilidade, adaptação, funcionalidade e bem-estar biopsicossocial do indivíduo. A causalidade atribuída à doença mental assenta no modelo interacionista biopsicossocial. Quanto à intervenção, os participantes utilizam estratégias e modelos de intervenção ecléticos, salientando-se como objetivos a promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento, a promoção do funcionamento e autonomia e a “cura”. O contexto institucional surge como comprometedor da liberdade de atuação na prática pública e como facilitador da liberdade de atuação do clínico na prática privada.

Conclui-se que a análise individual (disposicional) do comportamento patológico é privilegiada em detrimento da análise contextual (situacional). Implicações do presente estudo para o quadro teórico das representações sociais da doença mental são consideradas.

Palavras-Chave: Doença Mental; Saúde Mental; Profissionais de saúde mental; Representações Sociais.

ABSTRACT

The present aims to acknowledge the social representations about mental disease of Psychiatrists, Psychiatrist Interns, Child Psychiatrists and Clinical Psychologists. Four dimensions were considered: (1) conceptual - concepts about health and mental disease; (2) descriptive – mental disease causes; (3) intervention – models for clinical intervention and clinical procedures; and (4) context – influence of the context in clinical procedures.

A qualitative and exploratory study was developed based, epistemologically, on social constructionism and social representations. Through the course of the research 30 semi-structured interviews were conducted (13 psychologists, 10 psychiatrists, 5 Internal Psychiatry and 2 child psychiatrists) to which it was applied a semi-structured interview. A content analysis of the interviews was performed by NVivo 10.

Results showed that the social representations of mental disease are heterogeneous. Mental health is conceptualized according to the flexibility, adaptation, functionality and the biopsychosocial well-being of the individual. The causality of mental disease is explained by the interactionist biopsychosocial model. Professionals mainly adopt eclectic intervention models and strategies in clinical practice. Participants refer that their goals are to promote the well-being, diminish the suffering and promote the functioning, the autonomy and “cure”. The public institutional framework compromises the flexibility in the clinical procedures. Private practices increases the procedural possibilities of the professionals.

Concludes that the individual analysis (dispositional) of the pathological behavior is privileged in detriment of the contextual analysis (situational). Implications of this study to the theoretical framework of social representations of mental illness are considered.

Keywords: mental disease, mental health, mental health professionals, social representations.

1 Introdução

Num estudo clássico, controverso, que abalou as profissões de saúde mental Rosenhan (1973) introduziu vários pseudo-pacientes em vários hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos da América. Estes eram pessoas comuns, “normais” que contavam as suas histórias de vida verdadeiras e que tinham como instrução adicional referir que ouviam vozes, que lhes falavam de “vazio” e “vácuo”, aquando da entrada nos hospitais. Todos eles foram internados, a maioria com o diagnóstico de esquizofrenia. Durante o internamento os pseudo-pacientes adotaram comportamentos “normais” tendo por isso solicitado alta médica. No entanto, mantiveram-se internados, variando o tempo de estadia entre 7 e 52 dias. Durante o tempo de internamento todos os comportamentos apresentados pelos pseudo-pacientes eram interpretados pelos profissionais de forma a serem enquadrados com o diagnóstico inicial, possuindo poder confirmatório – por exemplo, os registos escritos das experiências pessoais dos pseudo-pacientes eram interpretados como comportamentos compulsivos típicos da doença diagnosticada.

Muito embora o estudo de Rosenhan (1973) não tenha sido desenvolvido sob o quadro teórico das representações sociais, os resultados poderão ser perspetivados segundo o conceito, na medida em que colocam em evidência, por um lado, o papel das representações dos profissionais no processo constitutivo da realidade e o papel preditivo, explicativo e pragmático que tal leitura tem na vida dos indivíduos. Por outro lado, permite mostrar uma leitura institucional que, no quadro das representações dos profissionais de saúde, é coletivamente produzida, partilhada, de cariz funcional, apresentando-se como um saber prático. Oferecem desta forma programas para a comunicação e ação relativamente aos objetos que constituem interrogações para um grupo (Vala, 2006).

É precisamente o carácter interrogativo, não consensual, que envolve os profissionais de saúde mental, relativamente ao seu objeto de estudo – a doença mental – que constitui o foco desta investigação. Partindo do quadro teórico das representações sociais e considerando as representações dos profissionais à luz desta teoria (Moscovici, 1961) pretende-se aceder aos conteúdos representacionais que estes constroem sobre a teoria e a prática clínica, no que diz respeito (1) aos conceitos de saúde e doença mental; (2) à etiologia; (3) aos modelos de intervenção, estratégias, práticas e objetivos da prática clínica e (4) às influências contextuais na teoria e prática clínica. As semelhanças e diferenças dos conteúdos representacionais em função da formação de base dos participantes serão também consideradas.

1.1 Saúde e Doença Mental

O campo da psicopatologia é caracterizado pela heterogeneidade e incerteza (Morant, 2006), coexistindo múltiplos discursos, teorias e hipóteses sobre os distúrbios psicopatológicos (Pires, 2003), revelando que desde sempre várias são as teorias e os conceitos elencados para compreender e explicar a doença mental e delinear estratégias terapêuticas (Georgaca, 2001). Modelos biológicos, psicológicos, sociológicos e biopsicossociais concorrem no campo da saúde mental fornecendo grelhas teórico-práticas aos profissionais (Scheid e Brown, 2010).

O modelo biológico conceptualiza a doença mental como uma doença do cérebro (Cowan, Harter, e Kandel, 2000; Joffe, 2001). Esta assunção emerge de evidências científicas que apontam as variáveis genéticas da doença mental e dos avanços farmacêuticos das terapias medicamentosas que impulsionaram o conhecimento da química cerebral (Schwartz e Corcoran, 2010). Também os avanços na neuroanatomia têm permitido correlacionar a estrutura cerebral e o comportamento humano (idem).

O modelo psicológico, tradicionalmente, parte do pressuposto que as perturbações têm uma origem e causalidade psicológica (Gleitman, Fridlund e Reisberg, 2007). Segundo Peterson (2010) vários são os modelos psicológicos que oferecem um conjunto de asserções sobre a natureza do comportamento humano normal e patológico e como este pode ser prevenido, corrigido, modificado ou alterado. Por exemplo: 1. O modelo psicoanalítico, grosso modo, perfilha os indivíduos como sistemas energéticos, os problemas resultam do investimento energético nos sintomas e o tratamento encoraja o *insight*; 2. O modelo cognitivo-comportamental caracteriza os indivíduos como sistemas processadores de informação, os problemas resultam de padrões de aprendizagem e/ou pensamento inapropriados, o tratamento passa por alterações ambientais e/ou dos pensamentos/cognições disfuncionais; 3. O modelo humanista-existencial-fenomenológico define a pessoa pela liberdade de escolha e, conseqüentemente, como autor da sua própria existência, os problemas resultam de falhas no processo de auto-atualização e o tratamento encoraja a autenticidade dos indivíduos; 4. O modelo familiar sistémico assume que os indivíduos são produtos das suas famílias, os problemas resultam da dinâmica familiar e o tratamento visa modificar o *status quo* familiar.

O modelo sociológico advoga a saúde e doença mental como produto de circunstâncias sociais (Horwitz, 2010; Thoits, 2010), privilegiando os fatores situacionais, comparativamente à onnipresença dos fatores disposicionais presentes nos modelos psicológicos e biológicos (Thoits, 2010). Metaforicamente, os proponentes deste modelo

compreendem a doença mental como um colapso do indivíduo perante condições sociais/ambientais adversas (idem).

Por seu turno, o modelo biopsicossocial (Engel, 1977) pressupõe o papel das variáveis biológicas, psicológicas e sociais e a sua articulação como determinantes no processo saúde-doença. Por oposição ao reducionismo psicológico e sociológico, mas principalmente ao reducionismo biológico, surge a proposta biopsicossocial que delimita uma nova base conceptual e metodológica para o estudo da saúde e doença (Engel, 1977; Reis, 1999; Odgen, 2004). Inclui uma nova metateoria subjacente à teoria e prática clínica (Reis, 1999) que considera, concomitantemente, os mecanismos biológicos, os processos psicológicos e as influências sociais na saúde e doença mental (OMS, 2002; Peterson, 2010). Do modelo biopsicossocial consta a metateoria interacionista ou hierárquica, que concebe as dimensões social, psicológica e biológica com existência independente, mas que interagem e se influenciam entre si e a metateoria integradora ou dialética, onde as dimensões psicológica, biológica e social estão integradas num todo superior à soma das partes (Reis, 1999; 2005).

Os modelos psicopatológicos situam a etiologia como um dos elementos diferenciadores das diversas abordagens terapêuticas e condicionam as respetivas práticas. Neste sentido, Langer e Abelson (1974), num estudo clássico e controverso (Houts, 1984), partem do pressuposto que os modelos teóricos influenciam o processo de avaliação/diagnóstico. A Psiquiatras e Psicólogos de orientação psicodinâmica e comportamentalista foi apresentado um vídeo de uma entrevista a um candidato a um emprego. O que foi visionado pelos grupos foi, simplesmente, a biografia do indivíduo. No entanto, a metade dos participantes foi dito que se tratava de uma entrevista para um emprego e a outra metade foi dito que era um caso clínico. Os terapeutas teriam de avaliar o grau de ajustamento social e emocional do sujeito. Os resultados mostraram que nos dois grupos (compostos por profissionais de orientação psicodinâmica e de orientação comportamental) não houve diferenças na avaliação quando foi sugerido que a situação visualizada se tratava apenas de uma entrevista de emprego. As diferenças surgem entre os profissionais de orientação psicodinâmica e entre a situação estímulo entrevista de emprego e caso clínico. Os profissionais de orientação dinâmica apreciaram o sujeito, na condição clínica, como estando tenso, defensivo, com conflitos homossexuais, atitude passiva, do tipo dependente e hostilidade reprimida.

Mais recentemente, Ahn, Proctor e Flanagan (2009) realizaram um estudo sobre as crenças de clínicos de saúde mental acerca da causalidade biológica, psicológica e social da doença mental e quais as consequências de tal atribuição para o tratamento da patologia. No

estudo 1 os participantes eram confrontados com 445 categorias de doenças mentais listadas no DSM-IV-TR e teriam que pontuar cada uma delas em função do contributo biológico, psicológico ou social para a etiologia daquelas. No estudo 2, foram selecionadas 9 doenças consideradas mais familiares para os clínicos que participaram no estudo 1. Foram então listadas as causas específicas para cada uma das nove categorias e analisado em que medida as causas listadas são biológicas, psicológicas ou sociais/ambientais. O estudo 3 examinou o impacto das atribuições causais nos julgamentos acerca da eficácia da psicoterapia e da medicação. Relativamente ao estudo 1 e 2 foi encontrada uma relação inversa entre concepções biológicas e psicológicas e entre concepções biológicas e sociais/ambientais. Uma doença definida como fortemente biológica era concomitantemente definida como fracamente psicológica e social/ambiental e vice-versa, o que reflete a tendência para a distribuição contínua das doenças – do domínio físico até ao mental. No estudo 3 os clínicos que fizeram a atribuição causal biológica acreditam que o tratamento psicofarmacológico é o mais adequado. Os clínicos que atribuem a determinada doença um cariz essencialmente psicossocial defendem a psicoterapia como tratamento mais eficaz. Segundo os autores do estudo, os resultados demonstram “that even expert mental health clinicians make strong distinctions between psychological and biological phenomena” (p.1). Estes estudos, tal como o de Rosenhan (1973), tornados inteligíveis à luz das representações sociais sublinham o poder descritivo e prescritivo na atribuição de causalidade.

1.2 Representações Sociais

Na obra *La Psychanalyse, son Image e Son Publique*, Moscovici (1961) estudou de que forma os diferentes grupos sociais se apropriaram da teoria psicanalítica e dos seus conceitos, introduzindo o conceito de representações sociais e inaugurando um novo campo de estudos – o estudo das representações sociais. Este trabalho traduziu-se no marco inaugural do interesse e estudo contemporâneo das representações sociais (Walmsley, 2004). Situado na interface entre o psicológico e social (Spink, 1993; Rothes, 2006), as representações sociais enquanto objeto de investigação são alvo de interesse multidisciplinar – na psicologia, sociologia, antropologia, história, etc. –, aplicada aos estudo de questões muito diversas, como a saúde, doença, ambiente, justiça, violência, entre outros (Cabecinhas, 2009; Vala, 2006; Walmsley, 2004).

Do ponto de vista conceptual e não obstante a temática remeter para fenómenos psicossociais complexos (Vala, 2006) e multidimensionais (Silva, 2003), podemos entender

as representações sociais como “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2002, p.5), ou, ainda, segundo Moscovici (1973), como: “a system of values, ideas and practices with a twofold function: first to establish an order which will enable individuals to orient themselves in their material and social world and to master it; and secondly to enable communication to take place among members of a community by providing them with a code for social exchange and a code for naming and classifying unambiguously the various aspects of their worlds and their individual and group history” (p. Xiii).

Neste sentido, as representações sociais podem ser constelações de crenças, práticas sociais e conhecimento partilhado com expressão individual e na sociedade (Jovchelovitch, 1995). Central para a perspectiva das representações sociais é a crença de que os estados psicológicos são produzidos socialmente e que as nossas representações determinam os nossos comportamentos (Walmsley, 2004). Coloca-se assim em evidência o carácter construído e o carácter social das representações sociais na produção de um sentido (Rothes, 2006). Quer isto dizer que o indivíduo tem um papel ativo na produção de conhecimento, sendo a realidade reelaborada e construída pelo sujeito - sujeito-actor (Rothes; 2006; Vala, 2006), que se articula com outra ideia paradigmática do sujeito indissociável dos laços sociais (Vala, 1993). Assiste-se à construção social e partilhada das representações (Howarth, 2006). As representações sociais são então entendidas como resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social (Vala, 2006).

Para Moscovici (1961), no processo de formação das representações intervêm de forma interdependente e socialmente modelados dois processos sociocognitivos: a objetivação e ancoragem. A objetivação é um processo que remete para a organização dos elementos constituintes da representação, bem como o percurso através do qual os conteúdos abstratos e conceptuais relativamente a um objeto são transformados em imagens concretas, adquirindo materialidade (Vala, 2006; Walmsley, 2004; Silva, 2003). A ancoragem precede e procede a objetivação (Cabecinhas, 2009; Vala, 2006). Enquanto precedente, a ancoragem refere-se aos processos pelos quais o não familiar se torna familiar (Vala, 2006; Horwath, 2006). Enquanto procedente, a ancoragem refere-se aos processos “através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais” (Vala, 2006, p. 472). O processo de ancoragem opera como estabilizador do meio e como redutor de novas aprendizagens, por um lado, e leva à produção de transformações nas representações já

constituídas, por outro lado (Cabecinhas, 2009), revelando, diacronicamente, “um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo” (idem, p. 475).

O quadro teórico das representações é dotado de valor pragmático, comunicacional e funcional que contribuem para a: (1) organização significativa do real, permitindo ao indivíduo “uma orientação na sua forma de nomear e interpretar os diferentes aspetos da realidade quotidiana” (Silva, 2003, p. 84); (2) regulação e orientação dos comportamentos dos indivíduos e grupos sociais, articulando o objeto com o seu contexto (Silva, 2003; Vala, 2006); (3) diferenciação social, assinalando que a especificidade de cada grupo social contribui para a especificidade das representações que contribuem para a diferenciação dos grupos sociais (Moscovici, 1961); (4) suporte nos processos de interação e comunicação entre os indivíduos e os grupos (Silva, 2003), fomentando não só um espaço de partilha de consensos, mas de debate, discussão e argumentação no seio dos grupos ou entre os grupos (Vala, 2006).

Segundo Blin (1997 cit. in Silva, 2003) podemos considerar as representações profissionais como “representações sociais elaboradas na ação e na comunicação profissionais (interagir e interagir) e são especificadas pelos contextos, pelos atores pertencentes a grupos e pelos objetos pertinentes e úteis para o exercício das atividades profissionais” (p. 87). Emergem pois de uma relação de conhecimento que os atores produzem sobre os objetos profissionais, que se constituem como suporte basilar sobre o qual os indivíduos e os grupos agem, reagem e comunicam no quotidiano (Silva, 2003). Implica, portanto, conhecimento e reconhecimento partilhado relativamente aos objetos significativos, estando sob influência de elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros (Jodelet, 1989; 2002). As representações profissionais assumem quatro funções (Silva, 2003): (1) participam na construção de um saber profissional; (2) definem as identidades profissionais e protegem a especificidade dos grupos intra e interprofissionais; (3) orientam as condutas e as práticas profissionais; (4) e permitem, a posteriori, justificar as tomadas de posição e as práticas profissionais, reforçando as pertenças grupais.

Os profissionais de saúde mental são designados por Morant (1995; 1998; 2006), como um grupo social intermediário, cujo trabalho se situa na interface entre o sistema de inteligibilidade e racionalidade científico e a sua contraparte leiga. O seu trabalho transforma políticas governamentais e saberes teóricos especializados no tratamento de problemas de saúde mental em práticas tangíveis que influenciam a vida dos pacientes, das suas famílias e comunidades (Walmsley, 2004; Morant, 2006).

Comparando com os trabalhos científicos sobre as representações sociais da doença mental na população leiga, poucas investigações tendo como objeto de estudo a saúde e doença mental têm sido realizadas com especialistas na área (Morant 1995; 1998; 2006). Em Portugal, não encontramos estudos que se referissem às representações sociais destes profissionais de saúde – Psicólogos Clínicos, Médicos Psiquiatras, Médicos Internos de Psiquiatria e Médicos Pedopsiquiatras. Alguns trabalhos noutros países foram porém realizados (Morant 1995; 2006; Zani, 1994; Nascimento-Schulze, Garcia e Arruda, 1995; Correia, 2002).

Numa época de mudanças estruturais no sistema de saúde italiano que influenciaram não só as conceções dos profissionais sobre a doença mental, o *doente mental* e os programas assistenciais, mas também as racionalidades leigas sobre estes aspetos, Zani (1994) realizou um estudo clássico sobre as representações sociais leigas e profissionais da doença mental. O estudo enquadrou-se num projeto de investigação de grande envergadura que implicou vários investigadores coordenados por Bellelli (1987). A amostra incluiu dois grupos de sujeitos: estudantes universitários de diferentes áreas do conhecimento e profissionais de saúde mental – Psiquiatras, Psicólogos e Enfermeiros, contabilizando 480 Estudantes, 80 Psiquiatras, 90 Enfermeiros e 85 Psicólogos. Foram utilizados dois métodos de recolha de dados: associação livre e entrevistas semi-estruturadas. Dos resultados destacamos o posicionamento dos profissionais e dos estudantes relativamente aos modelos sobre a doença mental, causalidade, estratégias de tratamento e contexto de tratamento. Neste sentido, o grupo dos estudantes de psicologia expressaram uma conceção psicossocial da doença mental; o tratamento eleito como mais efetivo prendeu-se com alterações ao contexto social e com terapia familiar; os locais de tratamento seriam unidades locais de saúde mental e centros comunitários; os objetivos do tratamento seriam a formação de relações significativas. Os restantes grupos de estudantes apresentaram uma conceção médico-clínica - acreditam que as causas da doença mental são de natureza individual e relacionam-se com fatores biológicos; o tratamento deve envolver predominantemente o uso de psicofármacos e o local de tratamento deveria ser o hospital. Quanto ao grupo de profissionais, de forma semelhante ao grupo dos estudantes, também se encontraram modelos, conceções e estratégias de tratamento diferenciadas consoante o papel profissional desempenhado. Os Psiquiatras estão mais próximos do modelo biológico, fazendo atribuições causais biológicas, relevando como estratégias terapêuticas o uso de psicofármacos e o hospital como espaço privilegiado para o tratamento; com os Psicólogos emergiram conceções socio-relacionais sobre a doença mental e as estratégias de tratamento passariam pela psicoterapia.

Correia (2002) estudou as representações sociais de estudantes de psicologia, estudantes de outras áreas e Psicólogos clínicos australianos. Partindo da dicotomia entre os universos reificados e universos consensuais, assume como ponto de partida que no processo educativo e formativo rumo à profissionalização dos Psicólogos os conteúdos representacionais do senso-comum persistem com o conhecimento científico. O estudo teve como pergunta de partida, como as representações sociais podem ser transformadas ou modificadas durante o percurso educativo? Os resultados relevam que emoções negativas, como *distress* e tristeza, funcionamento desajustado e necessidade de assistência eram comumente utilizadas como indicadores de problemas de saúde mental. O doente mental era consistentemente visto como “diferente” tendo como ponto de referência o *self* dos participantes – a partir do *self* define-se o normal e o diferente.

Nascimento-Schulze, Garcia e Arruda (1995) sustentam o argumento de que os paradigmas tradicionais, nomeadamente o organicista e o psicogénico enquadram uma *espécie* de homem dual, havendo a necessidade de um novo paradigma unitário, holista. Considerando que os paradigmas influenciam as concepções sobre a saúde e a doença, as atribuições causais e a prática, os autores, partindo do quadro teórico das representações sociais, estudaram o núcleo central das representações de 100 sujeitos - 20 médicos e 20 estudantes de medicina, 20 Psicólogos e 20 estudantes de psicologia e 20 profissionais universitários não qualificados. O estudo é de cariz qualitativo e os dados recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas. O estudo conclui que a saúde é definida como experiência subjetiva ou um sentimento de bem-estar com o próprio, estando associada à ideia de harmonia. A doença pelo contrário era conceptualizada como desequilíbrio associada à disfunção do corpo. A representação de saúde obtida nos 5 grupos era compatível com o novo paradigma de saúde que a define como um estado de bem-estar ou como uma matriz que reflete a harmonia psicológica e somática. Os Psicólogos atribuem uma importância maior às variáveis ambientais ou contextuais, referindo-se também à necessidade de medidas preventivas para se alcançar Saúde, enquanto que os estudantes de psicologia atribuíram maior importância às variáveis emocionais como medida de saúde e doença. Os Médicos e Estudantes de medicina referem a interdependência entre os fenómenos físicos, biológicos, psicológicos e sociais para a definição de saúde.

Morant (1995) ao pressupor a importância dos profissionais de saúde mental enquanto promotores de políticas públicas de saúde mental e como agentes que enformam as representações sociais do senso comum estudou as representações sociais dos profissionais de saúde mental ingleses e franceses. A amostra foi constituída por 60 profissionais de saúde

mental e incluiu Psicólogos, Enfermeiros, Psiquiatras, Assistentes sociais e Terapeutas ocupacionais – 30 de nacionalidade francesa e 30 de nacionalidade inglesa de áreas urbanas e suburbanas de Paris e Londres. A entrevista semiestruturada centrou-se nas vivências diárias dos profissionais com os pacientes, considerações teóricas sobre a natureza, causa e tratamento da doença mental. Os dados recolhidos foram sujeitos a análise qualitativa através da técnica de análise de conteúdo. Quanto aos resultados, na definição de doença mental emergiram duas representações sociais entre os respondentes franceses e britânicos: i) representação social médica baseada na linguagem e assunções da psiquiatria; ii) e representação social funcional que conceptualiza doença mental como incapacidade para funcionar e lidar com. Por um lado, e no que diz respeito à representação social médica, termos como esquizofrenia, depressão maníaca, perturbação da personalidade tiveram como ponto de ancoragem o DSM-IV referido por todos os profissionais dos diferentes grupos. Termos como “neuroses” e “psicoses” surgiram nas narrativas de 75% dos participantes. Os Psiquiatras são o grupo mais auto-referente no que diz respeito aos modelos pelos quais são formados. Por outro lado e apesar da prevalência e dominância da narrativa médico-psiquiátrica, muitos dos profissionais que constituem a amostra adotam uma visão funcional da doença mental, representando-a como incapacidade de funcionar. Esta visão, veiculada principalmente pelos Enfermeiros, Assistentes Sociais e Terapeutas ocupacionais franceses e ingleses, privilegia não a sintomatologia, mas o impacto que esta tem na capacidade do indivíduo ter uma vida satisfatória. Concomitantemente e consistentemente, temas como *sameness* e *otherness* emergiram dos dados analisados. O tema *otherness* refere-se ao outro que é diferente, não compreensível e coexiste nos discursos dos profissionais com o tema *sameness* que introduz a noção similaridade e compreensibilidade. Frequentemente estes temas, *otherness* e *sameness*, são objetivados pelos profissionais de saúde mental pela etiqueta “psicose” e “neurose”, respetivamente. No que tange ao tema *otherness*, em que existe uma correspondência ao mundo da “psicose”, Morant (1995) afirma: “The mentally ill are represented as different and other because they are thought to experience the world differently and have a different way of being, which representors feel unable to understand, using their own models of the world and past experiences” (p. 7). Quanto à emergência do tema “sameness” e a associação deste à categorização neurótica, os profissionais encaram o mundo vivencial dos pacientes como manifestações semelhantes, embora hiperbólicas da experiência normal, que, não obstante, podem ser imaginadas e mesmo experienciadas pelos próprios profissionais de saúde mental. Por último, os dados sugerem que tal como as

representações leigas, as representações dos profissionais sobre a doença mental são diversas, complexas e caracterizadas pela heterogeneidade, incerteza e ambivalência.

Numa outra publicação, Morant (2006) (re)apresenta quais as representações sociais dos profissionais de saúde mental relativamente às formas de conceptualização e tratamento da doença mental. Quanto às formas de conceptualização três ideias centrais emergem – diferença, perturbação e *distress*. Estes temas ocorrem em 82% das entrevistas.

O tema “diferença” está vinculado às noções de psicose (e.g. esquizofrenia ou doença bipolar) e neurose (e.g. fobias, ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos e formas de depressão menores), que como vimos ocorrem em 75% das entrevistas e traduzem diferentes formas de compreensão da doença mental. Se por um lado, as psicoses são caracterizadas como qualitativamente diferentes, permanentes – traço - e incuráveis, as neuroses são, por outro lado, consideradas em termos de alterações quantitativas temporárias – estado normal. O segundo tema “perturbação” refere-se ao impacto dos sintomas na vida do paciente ou no funcionamento social. O terceiro tema “*distress*” envolve medo, falta de controlo e desesperança, alienação e depressão como um conjunto de características que permitem pragmaticamente definir doença mental pelos profissionais de saúde. De referir que este *distress* subjetivo pode ser amplificado através de um conjunto de forças sociais que estigmatizam o paciente através de rótulos e preconceitos. Relativamente ao tratamento e objetivos da prática clínica, os profissionais de saúde mental utilizam estratégias e modelos de intervenção terapêuticos ecléticos, múltiplos e variados que derivam de tradições teóricas e epistemológicas também elas distintas e têm como objetivos aumentar a qualidade de vida dos pacientes, melhorar o funcionamento social e ajudar os pacientes a lidar com os problemas intrapsíquicos. No entanto, os objetivos e as expectativas quanto à prática clínica foram estruturados em torno da distinção entre psicoses e neuroses. Os problemas neuróticos ao serem descritos como transitórios abrem a possibilidade de erradicação, enquanto que os problemas psicóticos considerados permanentes limitam o tipo de mudança que os profissionais esperam alcançar, estando a ênfase na ajuda aos pacientes a lidarem com a doença, a gerirem a doença ou a aceitá-la. Relativamente aos modelos teóricos que informam a prática terapêutica, os profissionais franceses adotam maioritariamente o modelo psicodinâmico e os britânicos o cognitivo-comportamental. A adesão dos profissionais a modelos específicos revela, segundo a autora, a sua influência socio-histórica.

2 Metodologia

2.1 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é conhecer as representações sociais que os profissionais de saúde mental têm sobre doença mental. Os objetivos específicos são:

(a) Conhecer as principais dimensões de significação, através dos discursos que estruturam as representações dos Psicólogos, Psiquiatras, Pedopsiquiatras e Internos de Psiquiatria sobre:

- i. O conceito de saúde e doença mental;
- ii. Os critérios de diferenciação entre saúde e doença mental;
- iii. A etiologia da doença mental;
- iv. Os objetivos a alcançar na prática terapêutica;
- v. As influências do contexto institucional na prática clínica.

(b) Verificar as semelhanças e diferenças em função da formação de base dos profissionais.

Trata-se de um estudo qualitativo, na medida em que se atende à compreensão (Giorgi e Sousa, 2010) e aos significados do processo narrativo nas ações individuais e nas interações sociais, de acordo com os atores intervenientes no processo (Coutinho, 2013), de carácter exploratório-descritivo, na medida em que pretende a aproximação a uma problemática pouco estudada (Coutinho, 2013) no âmbito do quadro teórico das Representações Sociais sobre a doença mental. Neste sentido, o presente estudo assume como quadro de referência epistemológico o construcionismo social (Gergen, 1985) e o referencial teórico das Representações Sociais (Moscovici, 1961), sustentando-se que as experiências e os significados não são apenas criados pelo indivíduo, mas existem na cultura e são influenciados por ela (Gergen, 1985, Quartilho, 2001), constituindo a narrativa ou a representação social um elo de ligação entre a experiência individual e o sistema cultural.

2.2 Instrumentos

Para recolha de dados, tendo em conta a especificidade dos objetivos, o enquadramento epistemológico e o referencial teórico foram construídos dois instrumentos:

O questionário sociodemográfico que permitiu a caracterização dos participantes quanto às variáveis sócio-demográficas, profissionais e académicas - idade dos participantes, sexo, atividade profissional, graduação académica, formação em psicoterapia, local onde exerce a

atividade profissional, tempo de experiência profissional (anos) e modelos de intervenção que informam a prática clínica; e a entrevista semiestruturada que foi construída tendo em consideração as questões de investigação, os objetivos do estudo e a revisão bibliográfica efetuada. Desta análise emergem quatro dimensões pontuadas pelo investigador: (1) conceptual, (2) explicativa, (3) interventiva e (4) contextual. A dimensão conceptual pretende aceder às representações conceptuais dos profissionais de saúde mental e traduz-se em três questões de carácter aberto: O que entende por doença mental, o que entende por saúde mental e quais os critérios de diferenciação entre saúde e doença mental. A dimensão explicativa pretende conhecer qual a etiologia da doença mental, na perspetiva dos profissionais de saúde mental correspondendo à questão sobre qual a etiologia da doença mental. A dimensão interventiva procura compreender os objetivos da prática terapêutica dos profissionais de saúde, ou seja, quais os objetivos da intervenção terapêutica. Por último, a dimensão contextual avalia de que forma os contextos institucionais influenciam a prática clínica.

2.3 Procedimentos

A recolha de dados aconteceu em dois períodos. Num primeiro período o questionário sociodemográfico e profissional e a entrevista semiestruturada foram realizados e testados com dois especialistas da área da psicologia e psiquiatria. O segundo período correspondeu à aplicação do questionário e da entrevista aos participantes da investigação. Nos dois períodos da investigação a entrevista semiestruturada foi gravada em suporte digital, à exceção de um participante que respondeu por escrito às questões da entrevista. Posteriormente as entrevistas foram transcritas para o processador de texto *Word*. Nenhuma expressão dos entrevistados/participantes foi modificada. A recolha de dados decorreu entre o mês de Fevereiro e Maio de 2013. Quando vinculados a um contexto institucional público - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Centro Hospitalar Baixo Vouga - foi solicitada, aos diretores de serviço de psiquiatria, permissão para recolha de dados no espaço institucional.

A maioria dos participantes foi contactado via e-mail, tendo depois sido agendado um encontro com os mesmos, na sua maioria no seu local de trabalho, à exceção de dois dos participantes, onde o café e a biblioteca substituíram os gabinetes institucionais dos profissionais de saúde.

A recolha de dados contou sempre com a presença do investigador, cabendo-lhe o imperativo ético de facilitar toda a informação necessária relativa ao cariz da investigação, objetivos e protocolo de recolha de dados, tendo sido assegurado o anonimato dos

participantes e confidencialidade dos dados, obtendo-se desta forma o consentimento informado por parte dos participantes.

O tempo de duração de aplicação do protocolo variou entre os 15 minutos e os 50 minutos.

2.3.1 Análise de Dados

A técnica utilizada no processo de análise de dados foi a análise de conteúdo (Bardin, 2011; Vala, 2009). Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo refere-se a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (variáveis) inferidas destas mensagens” (p.40).

De um modo geral, o processo de análise de conteúdo adoptado neste estudo compreende as orientações de Vala (2009) – (1) delimitação dos objetivos e definição de um quadro teórico de referência, (2) constituição do *corpus*, (3) definição de categorias e (4) definição de unidades de análise. Neste sentido, depois da construção da entrevista semiestruturada – fundamentada pelos objetivos, revisão sistemática da literatura e pelo quadro teórico e epistemológico de referência –, da recolha dos dados e respetiva transcrição, procedeu-se, numa primeira fase, à leitura flutuante. De seguida foi feita uma leitura pormenorizada das respostas, posteriormente a identificação das categorias temáticas para as dimensões definidas à partida e o tratamento dos resultados de acordo com os objetivos enunciados. Todo este processo contou com o apoio do programa de análise de dados qualitativos NVIVO10 como “suporte à organização e categorização da informação, permitindo um trabalho interativo de exploração de informação (documentos – análise vertical dos dados; e categorias – análise horizontal dos dados) em articulação com os pressupostos teóricos” (Aranha e Gonçalves, 2007).

As entrevistas semi-estruturas foram codificadas separada e individualmente por 2 juízes que acordaram quanto às categorias emergentes.

De referir, ainda, que para a análise e tratamento dos dados recolhidos através do questionário sociodemográfico e profissional, e com o intuito de se proceder à análise estatística descritiva da amostra, foi utilizado o programa informático de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

2.4 Participantes

A seleção dos participantes obedeceu aos critérios da amostragem por conveniência (Coutinho, 2013). Os critérios de inclusão foram: a formação de base dos profissionais de saúde mental a exercer clínica em contexto institucional público ou privado. Participaram 30 profissionais de saúde mental, 13 Psicólogos Clínicos e 10 Médicos Psiquiatras, 2 Médicos Pedopsiquiatras e 5 Médicos Internos de Psiquiatria. Treze são do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Dos Psicólogos 3 participantes são do sexo masculino e 10 são do sexo feminino. Dos Psiquiatras 8 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Dos Pedopsiquiatras 1 é do sexo masculino e outro feminino. Dos Internos de Psiquiatria 1 é do sexo masculino e 4 do sexo feminino. A idade média destes profissionais é de 39 anos ($DP=10.79$), sendo que o mais novo tem 25 anos e o mais velho tem 60. Considerando a média de idade do grupo dos Psicólogos é 38 ($DP=10.48$), dos Psiquiatras 44 ($DP=11.68$), dos Pedopsiquiatras 37 ($DP=.71$) e dos Internos de Psiquiatria 29 ($DP=3.03$). Quanto à escolaridade, 14 participantes são licenciados, 6 mestres e 10 doutores. Quanto aos Psicólogos 3 têm licenciatura, 2 mestrado e 8 doutoramento. Dos Psiquiatras 7 têm licenciatura, 1 mestrado e 2 doutoramento. Quanto aos Pedopsiquiatras 2 têm licenciatura. Dos Internos de psiquiatria 2 têm licenciatura e 3 mestrado (Tabela1).

Tabela 1
Dados sociodemográficos dos participantes

	Total		Psicólogos		Psiquiatras		Pedopsiquiatras		Int. Psiq.	
	N = 30		N = 13		N = 10		N = 2		N = 5	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	38.53	10.79	38.31	10.48	44.10	11.68	36.50	.71	28.8	3.03
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Género										
Masculino	13	43.3	3	23.1	8	80	1	50	1	20
Feminino	17	56.7	10	76.9	2	20	1	50	4	80
Escolaridade										
Licenciatura	14	46.7	3	23.1	7	70	2	100	2	40
Mestrado	6	20	2	15.4	1	10	0	0	3	60
Doutoramento	10	33.3	8	61.5	2	20	0	0	0	0

Notas: N = número total de sujeitos; M = Média; DP = Desvio de Padrão; Int. Psiq. = Internos de Psiquiatria.

Relativamente à formação pós-graduada em psicoterapia, 86,7% dos participantes (11 Psicólogos, 10 Psiquiatras, 2 Pedopsiquiatras e 3 Internos de psiquiatria) têm formação em psicoterapia e 13,3% (2 Psicólogos e 2 Internos de psiquiatria) não têm formação pós-graduada, tal como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2.
Formação Psicoterapêutica

	Formação Psicoterapêutica	
	Sim	Não
Psicólogo	11	2
Psiquiatra	10	0
Pedopsiquiatra	2	0
Internos de Psiquiatria	3	2
Total (%)	86.7	13.3

Relativamente ao local de exercício da atividade profissional 3 Psicólogos clínicos, 4 médicos Psiquiatras e 5 médicos Internos de psiquiatria trabalham nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); 1 Psicólogo clínico e 1 médico Psiquiatra no Hospital Sobral Cid (SC); 2 médicos Psiquiatras repartem a atividade entre os HUC e o SC; 1 Psicólogo clínico, 1 médico Pedopsiquiatra e 2 médicos Psiquiatras no Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV); 1 médico Psiquiatra e 1 médico Pedopsiquiatra no Hospital Distrital de Leiria; e 8 Psicólogos clínicos em consultório privado (tabela 3).

Tabela 3.
Dados profissionais – Local de exercício da atividade profissional

	Local de exercício da atividade profissional									
	Total		Psicólogos		Psiquiatras		Pedopsiquiatra		Int. Psiq.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CHUC – HUC	12	24	3	23,1	4	40	0	0	5	100
CHUC – SC	2	12	1	7,7	1	10	0	0	0	0
CHUC – HUC/SC	2	8	0	0	2	20	0	0	0	0
CHBV	4	16	1	7,7	2	20	1	50	0	0
HDL	2	2	0	0	1	10	1	50	0	0
Privado	8	8	8	61,5	0	0	0	0	0	0

Notas: CHUC-HUC: Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra; CHUC-SC: Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, Sobral Cid; CHUC-HUC/SC: Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra e Sobral Cid; CHBV: Centro Hospitalar do Baixo Vouga; HDL: Hospital Distrital de Leiria; Int. Psiq. = Internos de Psiquiatria.

Tal como se observa na tabela 4 o tempo médio de experiência profissional (em anos) dos Psicólogos é 13.00 ($DP = 8.02$), dos Psiquiatras 14.82 ($DP = 11.75$) e dos Pedopsiquiatras 4.00 ($DP = 2.83$). O tempo de experiência profissional varia entre os 2 e 27 anos no grupo de Psicólogos, 2 e 30 anos entre os Psiquiatras e 2 a 6 anos nos Pedopsiquiatras.

Tabela 4.

Dados profissionais - Tempo de Experiência Profissional

	Tempo de experiência profissional (anos)				
	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Psicólogo	13	13.23	7,73	2	27
Psiquiatra	10	13.18	11.60	2	30
Pedopsiquiatra	2	4.00	2.83	2	6
Interno Psiquiatria	5	2.00	0,71	1	3

2.5 Ilustração Gráfica do Desenho do Estudo

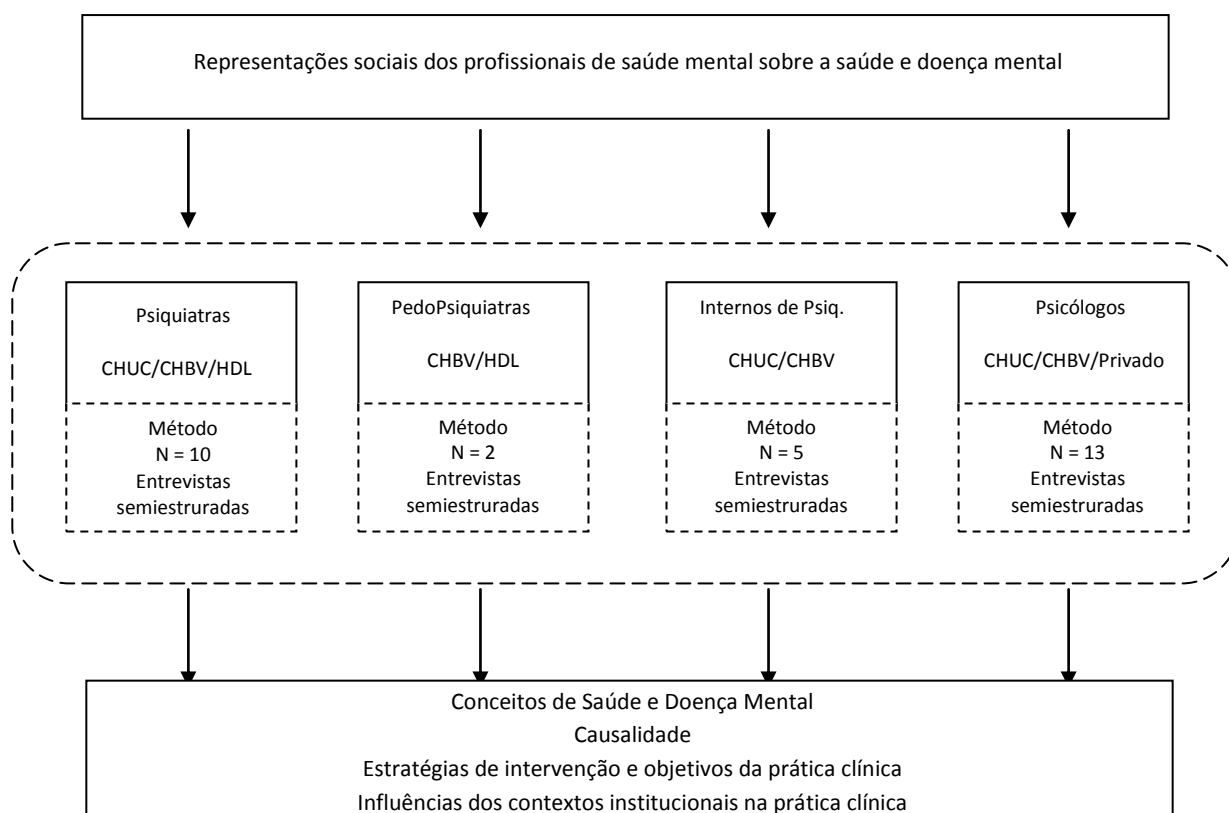


Figura 1: Desenho do estudo

3 Resultados

Depois de concluído o processo de análise de conteúdo, de acordo com as regras procedimentais referidas por Vala (2009) – delimitação dos objetivos, constituição do *corpus*, definição de categorias, definição de unidades de análise –, emergiram para cada uma das dimensões definidas a priori – (1) conceptual, (2) explicativa, (3) interventiva e (4) contextual – várias categorias e subcategorias. Os resultados apresentam-se de seguida, de acordo com os objetivos do estudo.

3.1 Dimensão Conceptual – Saúde Mental, Doença Mental, Critérios de Diferenciação

3.1.1 Conceções sobre a doença mental

Na categoria definição de “Doença Mental” verifica-se uma relativa heterogeneidade dos conteúdos representacionais dos participantes sobre como conceptualizar a doença mental. A categoria emergente mais referenciada é a “Perturbação”, que conta com 36 referências de 20 entrevistados. Aqui a doença mental é entendida, definida, significada e contextualizada de forma equivalente a ”alteração”, “transtorno”, “limitação” ou “incapacidade” que *a posteriori* condiciona e limita o funcionamento (seja ele “psicológico”, ”neurobiológico”, “biopsicossocial” ou “adaptativo”).

A doença mental traduz uma alteração do funcionamento cognitivo, comportamental dos sujeitos, alteração essa, que pode ter diversas causas e que acarreta supostamente um acréscimo de sofrimento para a pessoa e interfere de forma significativa com a sua vida, limitando-a, condicionando-a, alterando aquilo que a pessoa supostamente gostaria de fazer e que de alguma forma fica impedido em função das manifestações inerentes à doença. [E2, Psicólogo]

A doença mental é pela sua própria condição alguma coisa que perturba, que está localizado na mente e que perturba o funcionamento adequado do sujeito, segundo ele próprio, ou segundo o feedback que recebe da interação social, da família, etc. [E13, Psicólogo]

O “mal-estar e sofrimento”, com 8 referências de 7 participantes, é a segunda categoria mais saliente.

Tem a ver com sofrimento, mal-estar, com uma busca de qualquer coisa [E11, Psicólogo].

A categoria “Desvio da normalidade estatística” surge referenciada por 4 vezes por 4 participantes.

Doença mental para mim é um desvio da normalidade comportamental, cognitiva e emocional, que se traduz, de facto, por uma diferença também estatística da normalidade, mas também no sentido biológico, ou seja as doenças mentais terão subjacentes anomalias, de facto, do Sistema Nervoso Central [E3, Psiquiatra].

Pontuando a atividade subjetiva e intersubjetiva, psicológica e social da doença mental, emerge a categoria “Relatividade Psicológica e Sociocultural”, com 7 referências totais por 5 participantes. Sendo que, das 7 referências, 3 referências correspondem a 2 Psiquiatras e outras 3 a 2 Psicólogos, verificando-se uma distribuição homogênea entre os dois grupos profissionais.

(...) determinado muito pelo indivíduo, pela questão do sofrimento psíquico, ou seja pela questão do sofrimento que uma pessoa está a vivenciar, mas que também está a vivenciar no contexto social e relacional que o enquadra[E9, Psicólogo], e *“(…)mesmo quando falamos destas doenças mais biológicas, da psicose, doença mental grave, é incontornável um tipo começar por dizer que é uma representação social.*[E29, Psiquiatra]

A doença mental é entendida e vivida de formas muito diferentes em função dos contextos, das culturas, dos países. [E29, Psiquiatra]

O que é patologia ou doença mental num determinado sítio pode não o ser num outro local dependendo do enquadramento que lhe é dado. [E9, Psicólogo]

Outro conceito que emerge na estrutura das conceções de doença mental é o de doença mental como “ausência de saúde”, com 2 referências de 2 participantes, um Psiquiatra e um Psicólogo.

A saúde mental (...) um bem-estar psicológico, social, etc. a todos os níveis, sem dúvida quando existe doença mental há esta ausência de bem-estar também a vários níveis. [E21, Psicólogo]

Tabela 5.
Conceções sobre a Doença Mental

Doença Mental	Dimensão Conceptual				Total	Referências				Total
	Entrevistados					Psic	Psic	Int	Pedo	
	Psic	Psic	Int	Pedo		Psic	Psic	Int	Pedo	
Perturbação										
Psicológica	3	6	1	0	10	3	6	2	0	11
Neurobiológica	2	2	1	0	5	3	8	2	0	13
Adaptativa	1	2	0	1	4	1	4	0	2	7
Biopsicossocial	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
Total Parcial										32
Mal-estar e sofrimento	2	4	1	0	7	2	5	1	0	8
Relatividade Psicológica e Socio-Cult.	2	2	1	0	5	3	3	1	0	7
Desvio da normalidade estatística	3	0	1	0	4	3	0	1	0	4
Ausência de Saúde Mental	1	1	0	0	2	1	0	1	0	2
Por exclusão	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
O que os profissionais diagnosticam	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total										55

Notas: Psic = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra; Relatividade Psicológica e Socio-Cult. = Relatividade Psicológica e Socio-Cultural.

3.1.2 Concepções sobre a saúde mental

No que diz respeito à saúde mental, a maioria dos participantes enquadra-a no sentido mais amplo da saúde, ou seja, como um “bem-estar” integral ou biopsicossocial, que se traduz na subcategoria “Bem-estar biopsicossocial”, que conta com 20 referências de 16 participantes. Destas 20 referências, 10 foram feitas por 8 Psiquiatras, 6 por 4 Psicólogos, 3 por 3 Internos de Psiquiatria e 1 por um 1 Pedopsiquiatra.

Entendo por saúde mental uma saúde integrada, também não existe só saúde mental, então nesse aspeto faria mais sentido falar em saúde do contexto da definição da OMS, de um bem-estar integrado que é social, que é psicológico, que é físico e portanto a saúde mental é uma parte desse todo, mas ninguém tem saúde mental se não tiver saúde nos vários outros campos, nas várias outras áreas da vida. [E11, Psicólogo]

A saúde mental é, utilizando alguns conceitos da Organização Mundial de Saúde, um perfeito estado de bem-estar do indivíduo. [E12, Psiquiatra]

Filiada à categoria “Bem-estar”, para além da referida subcategoria “Bem-Estar Biopsicossocial”, surgem duas outras subcategorias: o “Bem-estar Psicossocial” e o “Bem-estar Psicológico”.

O “Bem-estar Psicossocial”, apresenta 7 referências de 6 participantes - emerge da constatação do processo de funcionamento harmonioso do indivíduo no seu ambiente social, promotor de um encaixe adaptativo indivíduo-meio. Das 7 referências 5 são de 4 Internos de Psiquiatria, 1 de um Psiquiatra e 1 de um Pedopsiquiatra.

Equilíbrio da pessoa a nível dos seus pensamentos, das suas emoções, da maneira como se relaciona com os outros, das suas atividades. [E4, Interno de Psiquiatria]

Então a saúde mental seria de uma forma assim mais resumida, o conjunto de condições que o indivíduo tem do ponto de vista psicológico que o permite fazer a sua vida de uma forma adaptada, a ele, aos outros e à sociedade. [E12, Psiquiatra]

O “Bem-estar Psicológico” conta com um total de 5 referências de 5 participantes – 2 referências de 2 Internos de Psiquiatria, 2 de 2 Psicólogos e 1 de um Pedopsiquiatra.

Saúde mental acho que tem mais a ver com o bem-estar psicológico. O facto de se sentir bem. [E15, Psicólogo]

Associada à estrutura conceptual “Bem-estar” emerge a categoria “Flexibilidade, adaptação e funcionalidade” com 21 referências por 11 participantes, salientando-se o grupo profissional dos Psicólogos com 20 referências de 9 participantes.

Mesmo que tenha alguns momentos menos bons ou com maior interferência (...) isso é transitório e portanto (...) de alguma forma consegue dar continuidade à sua vida dentro daquilo que considera ser o que desejaria que a sua vida contivesse. [E2, Psicólogo]

[O indivíduo] é tão mais saudável quanto mais capaz for de construir multi-respostas tão alternativas quanto possível, numa multi-realidade quanto possível num processo sistemático. [E7, Psicólogo]

Da saúde mental perspectivada negativamente, emerge a concepção de saúde mental como “Ausência de Doença”, com 9 referências de 8 participantes. Quatro emergem do discurso de 4 Psicólogos, 3 de 3 Psiquiatras e 2 de 1 Interno de Psiquiatria.

Em oposição ao que é a minha perspectiva da doença mental, portanto, a saúde mental será o oposto, ou seja, neste caso, num sentido estrito, a ausência dessas anomalias de facto biológicas do SNC que correspondem à ou melhor, às doenças mentais. [E3, Psiquiatra]

Do ter ao não ter saúde mental, da qualidade ou falta dela, surge a “Saúde mental como um *continuum*”, com 4 referências de 4 Psicólogos, 2 de 2 Internos de Psiquiatria e 1 de um Psiquiatra, o que contabiliza 7 referências de 7 participantes.

Acho que há um contínuo entre a doença e a saúde, não vejo a doença e a saúde como duas entidades totalmente separadas. Na minha opinião, há um contínuo [E28, Psicólogo]

A diferença entre saúde e doença não é qualitativa, mas é mais quantitativa, isto é as fronteiras muitas vezes são ténues, são esbatidas e portanto é mais uma questão do quão saudável está ou quão doente está. [E30, Interno de Psiquiatria]

Se para alguns participantes, a doença mental é um conceito complexo para outros a saúde mental é ainda mais difícil de conceptualizar. Neste sentido emerge a categoria “Conceito Lato e Complexo” com 6 referências de 5 participantes. Destas, 3 referem-se a 3 Psiquiatras e as outras 3 a 2 Internos de Psiquiatria.

É mais difícil definir saúde do que doença. [E29, Psiquiatra]

A questão da saúde é muito mais ampla, muito mais lata que a doença. [E30, Interno de Psiquiatria]

Para um Psiquiatra, que tem 3 referências, a questão da saúde desloca-se do domínio da *ciência estrita* para o conceito definido politicamente.

Saúde mental é um conceito, enfim, falado muito pela organização mundial de saúde e por políticas de saúde mais do que por instituições de saúde (...) envolve mais questões não médicas, questões também muito políticas. [E14, Psiquiatra]

Tabela 6.
Concepções sobre Saúde Mental

Saúde Mental	Dimensão Conceptual									
	Entrevistados				Total	Referências				Total
	Psiqu	Psic	Int	Pedo		Psiqu	Psic	Int	Pedo	
Bem-estar										
Biopsicossocial	8	4	3	1	16	10	6	3	1	20
Psicossocial	0	2	2	1	5	1	0	5	1	7
Psicológico	1	0	4	1	6	0	2	2	1	5
Total Parcial					27					32
Flexibilidade, adaptação e func.	1	9	1	1	12	1	20	1	1	23
Ausência de doença	3	4	1	0	8	3	4	2	0	9
Processo dimensional	1	4	2	0	7	1	4	2	0	7
Conceito Lato e complexo	3	0	2	0	5	3	0	3	0	6
Conceito Político	1	0	0	0	1	3	0	0	0	3
Total										80

Notas: Psiqu = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra; Flexibilidade, adaptação e func. = Flexibilidade, adaptação e funcionalidade.

3.1.3 Critérios de diferenciação entre saúde e doença mental

Nos relatos sobre critérios de diferenciação entre saúde e doença mental, entre normalidade e anormalidade ou entre normalidade e patologia, surgem com maior saliência, as seguintes categorias: “Flexibilidade, adaptação e funcionamento” com 29 referências de 18 participantes; “Mal-estar e Sofrimento” com 21 referências de 16 participantes; “Autopercepção e/ou heteropercepção de doença” com 13 referências de 8 participantes; “Frequência, duração e Intensidade sintomática”, com 6 referências de 6 participantes.

Relativamente à categoria “Flexibilidade, adaptação e funcionamento”, esta assenta em critérios psicossociais, funcionais e pragmáticos permitindo a inferência de doença mental ou saúde mental. Conta com 13 referências de 8 Psicólogos, 9 de 6 Psiquiatras, 4 de 2 Internos de Psiquiatria e 2 de 2 Pedopsiquiatras.

Critérios de diferenciação... eu acho que é muito o prejuízo de novo, a pessoa não conseguir funcionar no dia-a-dia de uma forma minimamente normal. [E21, Psicólogo]

Funcionamento da pessoa adequado em todas as dimensões familiares, sociais, laborais. [E23, Psiquiatra].

O indivíduo consegue dar a resposta que no momento se afigura como mais adaptativa. E portanto é esta capacidade de diferenciação das respostas que um indivíduo entende como as mais adaptativas ou mais funcionais que permitem exatamente a comunicação com o mundo e permitem uma interação saudável que fazem a diferença. [E7, Psicólogo]

Quanto ao critério “Mal-estar e sofrimento”, este é frequentemente associado como um estado de mal-estar e sofrimento para o próprio e para os outros. Relativamente ao grupo profissional esta categoria envolve 9 referências de 7 Psicólogos, 8 referências de 6 Psiquiatras, 3 referências de 2 Pedopsiquiatras e uma referência de um Interno de Psiquiatria.

A diferenciação entre saúde e doença tem a ver com o nível de sofrimento. Portanto se a pessoa está em sofrimento, seja lá ele qual for, está doente. Sofrimento, estamos a falar de sofrimento quando não falamos de respostas adaptativas. Portanto, há o sofrimento, chamemos-lhe assim, que é adaptativo e há o sofrimento que não é adaptativo. Se eu estiver a fazer exercício físico para ganhar forma física posso estar em sofrimento – estou cansado, estou com dores nos músculos, será, em princípio, adaptativo, se eu estiver dores musculares e eu não me conseguir mexer sistematicamente sem razão rigorosamente nenhuma, provavelmente estou doente. [E1, Psiquiatra]

Na minha prática clínica os critérios para diferenciação entre saúde e doença mental passa muito pelo sofrimento e por um critério que é subjetivo do ponto de vista do utente e que também é subjetivo do ponto de vista dos outros que lidam com aquela pessoa, porque às vezes pode acontecer que aquela pessoa não se sinta mal ou considere que não precise de ajuda, mas se os outros que estão á volta dela consideram portanto algo precisa de ser refletido entre todos, no conjunto. [E11, Psicólogo]

Os critérios que consubstanciam a categoria “Auto-perceção e Hetero-perceção” referem-se ao sentido, significado ou perspetiva de doença atribuída pelo próprio e/ou terceiros e é sustentada por 5 referências de 3 Internos de Psiquiatria, 4 de 4 Psicólogos e também 4 de 4 Psiquiatras. Este juízo subjetivo e intersubjetivo torna-se critério para diferenciar normalidade de patologia.

É quando as pessoas acham que algum componente psicológico está interferir na vida delas ou quando os outros, quando terceiros consideram que o comportamento de uma pessoa é pernicioso, é nesse caso que se pode falar de doença mental. [E5, Interno de Psiquiatria]

A categoria “Frequência, duração e intensidade sintomática” operacionaliza quais os comportamentos a considerar patológicos ou não patológicos, em função da frequência, duração e intensidade do fenómeno. Quatro referências foram feitas por 4 Psicólogos e 2 por 2 Internos de psiquiatria.

Eu acho que podemos pegar na questão da frequência, intensidade e duração dos sintomas. Eu acho que todos nós passámos num determinado momento na estrada e vimos algo que pensámos que tínhamos visto, mas provavelmente achamos que não estamos a alucinar. Percebemos que é algum tipo de perceção errada de algum fenómeno. Agora quando isso ocorre frequentemente e com uma grande intensidade e isso nos perturba, e nós confundimos, isto aqui nos quadros psicóticos, confundimos a realidade e não conseguimos perceber o que é real e o que não é, o que está dentro de nós e o que está fora, a isso eu penso que podemos falar em doença mental e isso pode-nos ajudar a diferenciar o limiar entre a saúde e a doença mental. [E28, Psicólogo].

Tabela 7.
Crítérios de Diferenciação

Crítérios de diferenciação	Dimensão Conceptual									
	Entrevistados				Total	Referências				Total
	Psiqu	Psic	Int	Pedo		Psiqu	Psic	Int	Pedo	
Flexibilidade, adaptação e func.	6	8	2	2	18	9	13	4	3	29
Mal-estar e sofrimento	6	7	1	2	16	8	9	1	3	21
Auto-perceção e hetero-perceção	2	3	3	0	8	4	4	5	0	13
Frequência, duração e intensidade sint.	0	4	2	0	6	0	4	2	0	6
Neurobiológico	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Desvio da normalidade estatística	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Dependência histórico-cultural	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total										72

Notas: Psiqu = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra; Flexibilidade, adaptação e func. = Flexibilidade, adaptação e funcionalidade; Frequência, duração e intensidade sintomatológica.

3.2 Dimensão explicativa – Etiologia/causalidade atribuída à doença mental

3.2.1 Etiologia/causalidade

Da passagem das concepções de saúde e doença mental para a atribuição causal da doença mental, emergem discursos que valorizam a multifatorialidade, a bifatorialidade e a unifatorialidade etiológica da doença mental. Na multifatorialidade, sobressai a causalidade interacionista biopsicossocial, com 23 referências de 16 participantes. A 6 Psiquiatras associam-se 10 referências, a 6 Psicólogos 7 referências, a 2 Internos de Psiquiatria 4 referências e a 2 Pedopsiquiatras 2 referências.

Embora esteja focado sobre os aspetos neurobiológicos não excludo que, quer a saúde quer a doença estão obviamente relacionados com um conjunto mais largo de fatores, incluindo sociais, ambientais em geral. Portanto, há necessariamente uma interação, entre, de facto, os fatores ambientais e os fatores biológicos no sentido de condicionar quer a saúde quer a doença”. [E3, Psiquiatra]

A doença mental tem várias etiologias. É aquela tríade do biopsicossocial, não pode ser só a parte biológica mas também a interação na sociedade. Claro que há fatores genéticos mas o meio ambiente também ajuda. [E15, Psicólogo]

A causalidade bifatorial, que adquire maior força de expressão entre os participantes, emerge da interação entre o “biológico” e os fatores ambientais e organiza a subcategoria “Bioambiental”, com 8 referências de 5 Psicólogos e 2 referências de 2 Psiquiatras, perfazendo um total de 10 referências de 7 participantes.

Há inevitavelmente uma interface entre a genética e a cultura. Parece-me que são os dois pilares. Honestamente, parece-me que é por um lado a cultura, poderá ser a cultura da família onde o indivíduo cresce, como a cultura de uma determinada população ou de determinada área geográfica, mas essa

aculturação não é suficiente, ou seja não explica tudo, porque depende efetivamente da predisposição genética que o indivíduo tem. (...) *é esta interface entre a cultura e as variáveis neurobiológicas e neurobioquímicas* [E7, Psicólogo].

A causalidade “unifatorial neurobiológica”, que agrega 4 referências de 3 Internos de Psiquiatria e 2 referências de 1 Psiquiatra, num total de 6 referências de 4 participantes, traduz-se num reducionismo biológico, isto é, fenômenos complexos como a doença mental poder-se-ão reduzir à biologia também ela complexa do cérebro para serem explicados.

“Penso que têm uma etiologia mais endócrina, neurofisiológica, algumas têm mesmo alterações estruturais a nível cerebral, outras se calhar não serão tão visíveis em exames imagiológicos, mas pode haver um desequilíbrio na neurotransmissão, nas várias vias cerebrais que estão subjacentes aos processos mentais” [E5, Interno de Psiquiatria].

De ressaltar ainda, muito embora só encontremos 1 referência explícita dentre os participantes, o valor atribuído aos quadros de referência ou modelos teóricos enquanto guias explicativos da doença mental.

Depende um bocadinho do background, da experiência de cada um. Se for uma pessoa mais orientada para a psicodinâmica terá umas certas explicações para a doença mental, se tiver uma formação mais cognitivo-comportamental terá certamente outra explicação, se for um médico Psiquiatra mais orientado mais para farmacologia ou para as neurociências terá outra explicação. As explicações no fundo dependem muito da formação de base de quem no fundo tenta a explicá-la. [E23, Psiquiatra].

Tabela 8.
Causalidade/Etiologia da Doença Mental

Causalidade – Etiologia	Dimensão Explicativa								Total	
	Entrevistados				Total	Referências				
	Psiq.	Psic.	Int	Pedo			Psiq	Psic	Int	Pedo
Multifatorial										
Biposicossocial	6	6	2	2	16	10	7	4	2	23
Bifatorial										
Bio-Ambiental	2	5	0	0	7	8	2	0	0	10
Bio-Psicológica	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
Psico-Social	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Total Parcial					10					13
Unifatorial										
Neurobiológica	1	0	3	0	4	2	0	4	0	6
Dependente do Modelo Clín.	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Total Parcial					1					1
Total										43

Notas: Psiq = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra; Dependente do Modelo Clín. = Dependente do Modelo Clínico

3.3 Dimensão interventiva – Modelos de intervenção predominantes e objetivos a da prática clínica

No que concerne aos objetivos que os participantes pretendem com a prática clínica emergem várias categorias:

1) “Promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento” da qual se salienta as referências de 15 participantes, com 21 referências. Destas 11 foram feitas por 7 Psicólogos, 6 por 4 Psiquiatras, 2 por 2 Internos de Psiquiatria e 2 por 2 Pedopsiquiatras.

Para mim a prioridade é que a pessoa esteja bem e que as pessoas que gostam dela e que convivem com ela se possível também estejam satisfeitas com o estado da pessoa. [E24, Psiquiatra]

2) “Promoção do funcionamento e autonomia” com 10 referências de 6 Psiquiatras, 7 de 6 Psicólogos, 3 de 2 Internos de Psiquiatria e 1 de 1 Pedopsiquiatra, num total de 21 referências de 15 participantes.

Que o doente tanto quanto possível atinja um patamar de funcionamento com tratamento, com tratamento a longo prazo, com tratamento, digamos, com princípio, meio e fim, o mais próximo possível do que aquilo que ele poderia conseguir habitualmente. [E1, Psiquiatra]

3) “Tratar - Curar” com 7 referências de 5 Psiquiatras, 5 referências de 3 Internos de Psiquiatria e 1 de 1 Psicólogo, perfazendo um total de 13 referências de 9 participantes

Que consiga estabilizar a pessoa, tratá-la ou curá-la. É essa a minha prática e o que espero sempre conseguir alcançar é tratar e curar. Porque se curam muitas coisas na nossa área, felizmente. [E6, Psiquiatra]

4) “Promoção do *Insight* e orientação para a auto-descoberta” com 9 referências de 6 Psicólogos e 2 de 1 Pedopsiquiatra, num total de 11 referências de 7 participantes.

Ela entenda [a pessoa], por exemplo, aspetos inerentes ao funcionamento da mente, aspetos inerentes aos vários condicionamentos que vamos sofrendo ao longo da vida, aspetos inerentes aos condicionamentos, por exemplo, da linguagem e de alguma forma isso poder contribuir para que haja um alargamento de perspetivas da pessoa em relação à maneira como lida com as suas experiências internas, os seus acontecimentos privados. [E2, Psicólogo]

5) “Psicoeducação e promoção de aprendizagens e estratégias” conta com 5 referências de 3 Psicólogos, 3 de 3 Psiquiatras e 1 de 1 Pedopsiquiatra, representando um total de 9 referências de 7 participantes.

Ensinar o doente a encontrar as estratégias que servem para si e para se auto-ajudar. [E8, Psicólogo]

6) “Alcançar os objetivos da pessoa” com 6 referências de 4 Psicólogos e 1 de 1 Pedopsiquiatra, que perfaz 7 referências de 5 participantes.

Eu espero conseguir alcançar que a pessoa que eu tenha à minha frente atinja os seus objetivos. [E9, Psicólogo]

7) Alcançar um “bom diagnóstico e implementação do tratamento” é o objetivo de 3 Psiquiatras e 1 Interno de Psiquiatria e conta com um total de 5 referências.

Os meus objetivos na minha pratica terapêutica é encontrar uma terapêutica estável. [E6, Psiquiatra]

8) A categoria “co-construção” com 5 referências de 3 Psicólogos.

Isto é um bocadinho como o diagnóstico, é uma co-construção, não são os meus objetivos, não faria sentido, são os nossos objetivos. São construídos caso-a-caso. Eu não trabalho numa lógica de quadro nosológico e portanto os objetivos para aquele quadro, para aquela perturbação xpto... eu trabalho no sentido de quais os objetivos para aquela pessoa ou para aquela família e portanto isso tem de ser negociado. [E11, Psicólogo]

9) A prática clínica como meio para um “processo de auto-descoberta” é o objetivo de 2 participantes, 1 Psicólogo e 1 Interno de Psiquiatria e conta com 2 referências.

Tentar descobrir um pouco somos todos nós um bocado, porque acaba por ser isso. Ao estudarmos as doenças psiquiátricas também entendemos um pouco sobre nós próprios. [E4, Interno de Psiquiatria]

10) Por último, temos a “aquisição de conhecimentos”, como objetivos da prática clínica, com 2 referências de 1 Psicólogo e de 1 Interno de Psiquiatria.

Conseguir-me desenvolver quer a nível teórico, quer a nível prático cada vez mais e melhor. [E10, Psicólogo]

Tabela 9.

Objetivos a Alcançar na Prática Clínica

Objetivos da prática clínica	Dimensão Interventiva									
	Entrevistados				Total	Referências				Total
	Psig	Psic	Int	Pedo		Psig	Psic	Int	Pedo	
Promoção do Bem-estar e diminuição do sofrimento	4	7	2	2	15	6	11	2	2	21
Promoção do funcionamento e autonomia	6	6	2	1	15	10	7	3	1	21
Tratar – Curar	5	1	3	0	9	7	1	5	0	13
Promoção do Insight e orientação para a auto-descoberta	0	6	0	1	7	0	9	0	2	11
Psicoeducação e Promoção de aprendizagens e estratégias	3	3	0	1	7	3	5	0	1	9
Alcançar os objetivos da pessoa	0	4	0	1	5	0	6	0	1	7
Bom diagnóstico e Implementação do tratamento	3	0	1	0	4	4	0	1	0	5
Co-Construção	0	3	0	0	3	0	5	0	0	5
Processo de Auto-descoberta	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
Aquisição de conhecimentos	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
Total										98

Notas: Psig = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra.

Se os participantes elencaram os objetivos referidos, cabe a pergunta – Como alcançar tais objetivos?

Dos dados recolhidos constata-se que uma parcela significativa dos participantes – 10 Psiquiatras, que corresponde à totalidade dos elementos deste grupo profissional (100%), 2 Pedopsiquiatras (100%), 4 Internos de psiquiatria (85,44%) e 2 Psicólogos (13,78%) – intervêm de modo eclético, de forma a alcançar os seus objetivos. Estes participantes identificam vários modelos terapêuticos que informam a prática, como sejam a terapia farmacológica, a terapia cognitivo-comportamental clássica e de 3ª geração, a terapia humanista, a terapia psicodinâmica e a terapia sistémica. Por outro lado, a maioria dos Psicólogos referem um modelo terapêutico específico para a sua prática. A terapia cognitivo-comportamental clássica é predominante entre 5 (30, 90%) Psicólogos, a terapia cognitivo-comportamental de 3ª geração conta com 3 (21,95%), a terapia psicodinâmica é referida por 1 (8,77%) Psicólogo, a terapia sistémica é referida por 2 (24,60%) e a prática eclética também é referida por 2 (13,78%).

Tabela 10.

Modelos de Intervenção Predominantes na Prática Clínica

	Frequência (n/%)					
	CC clássica	CC de 3ª ger	Psicodi	Sistémico	Ecletismo	Farmacológico
Psiquiatra	0/0	0/0	0/0	0/0	10/100	0/0
Pedopsiquiatra	0/0	0/0	0/0	0/0	2/100	
Interno de Psiq.	0/0	0/0	0/0	0/0	4/85,44	1/14,56
Psicólogo	5/30,90	3/21,95	1/8,77	2/24,6	2/13,78	0/0

Notas: CC clássica = Cognitivo-comportamental clássica; CC de 3ª ger = Cognitivo-comportamental de 3ª geração; Psicodi = Psicodinâmico.

3.4 Dimensão contextual – influência do contexto institucional na prática clínica

A dimensão contextual refere-se à avaliação da influência que o contexto institucional tem sobre a prática clínica desenvolvida. Podemos identificar 2 categorias, “público” e “privado”, que se refere à prática institucional no Serviço Nacional de Saúde ou à prática em consultório e/ou clínica privada.

No contexto “público” emergem duas subcategorias: a) “limitador da autonomia e liberdade” (19 referências de 11 participantes); “aprendizagem e modelos de formação clínica” (17 referências de 13 participantes).

No contexto “privado” emergem duas subcategorias: a) “promotor da autonomia e liberdade” (12 referências de 7 participantes); b) “promotor da responsabilização” (1 referência de 1 fonte de registo).

Relativamente à prática no Serviço Nacional de Saúde (serviço público), os participantes pontuam os constrangimentos que as instituições impõem à qualidade dos serviços prestados e desenvolvidos no apoio e/ou tratamento aos utentes. Estes constrangimentos contam com 12 referências de 7 Psiquiatras, 4 de 3 Psicólogos e 3 de 1 Pedopsiquiatra. Dos 11 profissionais de saúde que pontuam o contexto institucional como “limitador da autonomia e liberdade”, 10 exercem a sua prática no Serviço Nacional de Saúde.

Noto que às vezes estou a fazer a medicina, melhor dizendo a psiquiatria não que gostaria mas aquela que posso fazer. O que me é disponibilizado? Medicamentos. É-me disponibilizado terapia psicológica? Pouca. Tenho dificuldade a aceder a esses recursos? Tenho. Temos poucos Psicólogos disponíveis. Acabo por, se calhar, usar mais psicofármacos do que desejaria. Acabo, se calhar, por poder intervir menos do ponto de vista da esfera social, do serviço social do que desejaria porque ou não há recursos ou não há soluções, e obviamente que ter esses menos meios ao meu dispor ou meios de uma certa ordem influencia que, se calhar a minha atuação é mais biológica do que o que eu gostaria. [E24, Psiquiatra]

Pegando no momento presente... alguns critérios um bocadinho economicistas e numéricos e não qualitativos também influencia, embora na medida do possível faça por me separar desses critérios. E faço questão disso. Quer dizer, prefiro não respeitar o número ou a quantidade e respeitar a qualidade da intervenção, mesmo que me peçam para ver não sei quantos doentes numa manhã, eu prefiro ver menos mas vê-los de uma outra forma ou estar com eles de forma diferente. [E16, Psiquiatra]

Por outro lado, os discursos emergentes codificados na subcategoria “aprendizagem e modelos de formação clínica” – 7 referências de 5 Psiquiatras, 5 referências de 4 Internos de psiquiatria e 4 referências de 3 Psicólogos – assumem uma tonalidade mais positiva. Aqui, o contexto institucional acaba por fornecer aos seus profissionais ferramentas de aprendizagem, de formação, baseadas na experiência adquirida com os pares e nos modelos teórico-práticos que enquadram a prática clínica de cada um dos profissionais e do próprio contexto institucional, que se cruzam com os modelos de intervenção elegidos.

Eu formei-me aqui e por isso a formação que eu acabei por fazer foi sistémica, se se calhar tivesse feito a minha formação em psiquiatria nos HUC tinha ido para cognitivo-comportamental. Aqueles modelos teóricos que são usados mais na instituição onde nos formamos, penso que são aqueles que nos vão guiar e depois também usamos muito como armas terapêuticas aquelas de que dispomos na instituição onde trabalhamos. Por exemplo, nós aqui no Sobral Cid começámos muito mais cedo a pensar em termos psiquiatria comunitária, a pensar em terapia familiar, a pensar em reabilitação que eram coisas que por exemplo os nossos colegas dos HUC não usavam tanto. Pensam se calhar muito mais nos modelos biológicos e preocupam-se mais com outros aspetos que nós não nos preocupamos tanto, tem a ver penso com as armas terapêuticas que temos à nossa disposição. [E19, Psiquiatra]

Quanto à prática em serviços privados existe uma outra representação social destes profissionais ligada ao conceito de liberdade e autonomia, presente na subcategoria “promotor da autonomia e liberdade” que, ao invés do serviço público, possibilita liberdade e autonomia, sendo desta forma valorizada como promotora, surgindo referências dos Psicólogos que exercem a sua função no contexto privado – 12 referências de 7 participantes.

Na prática clínica privada existe uma maior liberdade em termos da maneira que manejamos, por exemplo, o setting. O setting aqui incluindo uma multiplicidade de coisas que vão desde o espaço físico, ao timing, à relação terapêutica... e portanto nesse sentido este contexto no qual trabalho tenha uma interferência muito significativa. [E2, Psicólogo]

[No contexto privado] Não tem pressão do número de doentes, nem do tempo que tem que gastar. Gasta aquilo que for necessário. E isto para mim faz toda a diferença. No contexto hospitalar as coisas já não são bem assim, há questões de tempo, de número que deve ser visto e pensando que não pode interferir na prática terapêutica. Aqui, nesse sentido, há uma maior liberdade, que tem retorno em termos da qualidade. [E20, Psicólogo]

(...) o contexto institucional acaba por facultar de alguma maneira um espaço para desenvolver um trabalho numa determinada orientação teórica que depois tem um reflexo nas psicoterapias que são desenvolvidas. [E9, Psicólogo]

De igual relevância, pese embora a referência ser feita apenas 1 participante (Psicólogo), encontramos o foco na maior responsabilização, traduzida na categoria “Promotor da responsabilização”, no que concerne à qualidade da prática clínica privada comparando com a prática no serviço público.

[No Serviço Público] *é quase mais um que está a ver, que faz parte do trabalho, enquanto que, de facto, na privada há outro tipo de responsabilidade, que continuo a dizer que está errado, porque a responsabilidade deveria ser exatamente a mesma, estamos a ver pessoas. Por isso é que acho que o contexto institucional de alguma forma pode aqui modelar, influenciar a prática terapêutica.* [E20, Psicólogo]

Tabela 11.

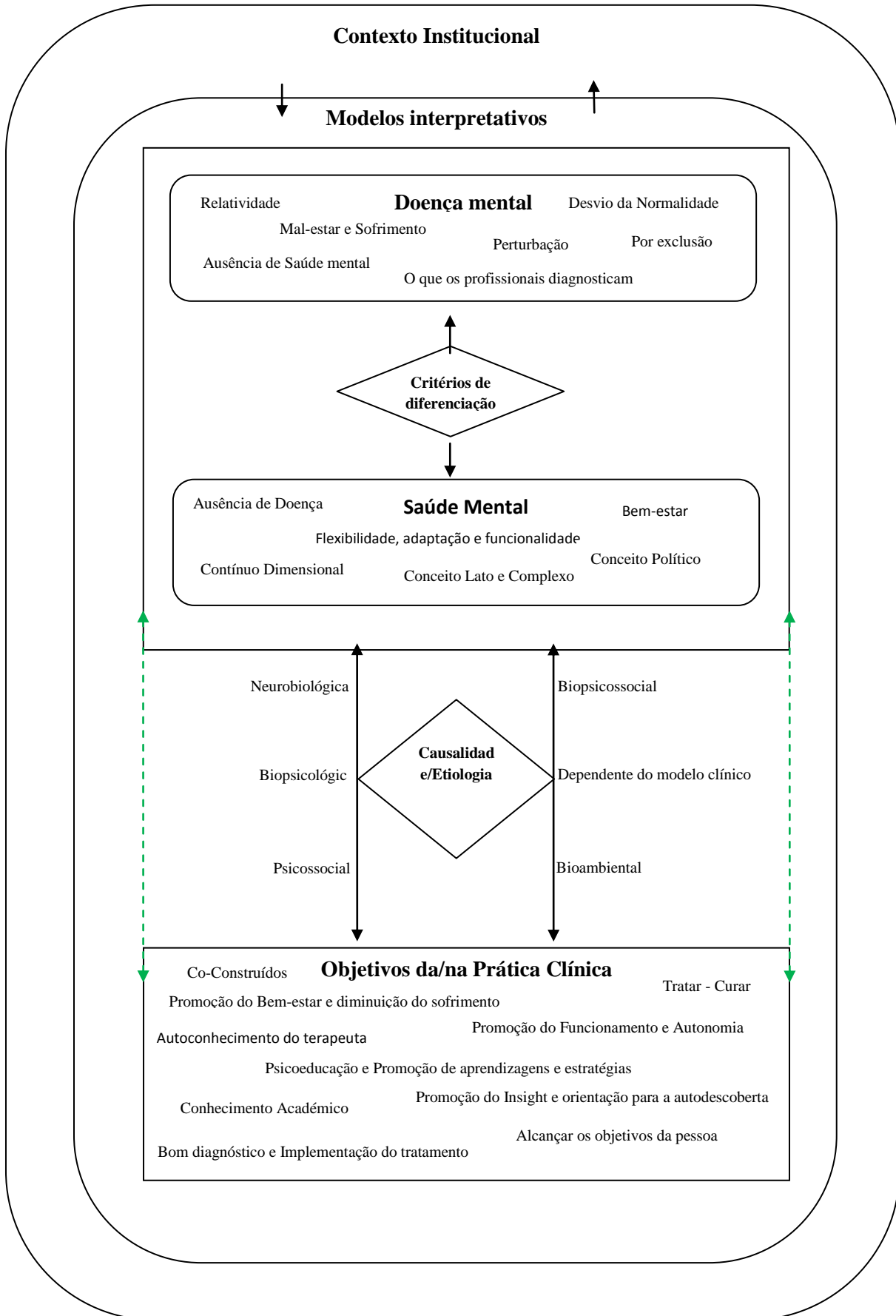
Influência do contexto institucional na prática clínica

Prática clínica	Dimensão Contextual									
	Entrevistados				Total	Referências				Total
	Psiqu	Psic	Int	Pedo		Psiqu	Psic	Int	Pedo	
Público										
Limitador da Autonomia e liberdade	7	3	0	1	13	12	4	0	3	19
Aprendizagem e modelos de formação clínica	5	3	4	1	13	7	4	5	1	17
Total Parcial					26					36
Privado										
Promotor da autonomia e liberdade	0	7	0	0	7	0	12	0	0	12
Promotor da responsabilização	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total Parcial					8					13
Total										49

Notas: Psiqu = Psiquiatra; Psic = Psicólogo; Int = Interno de Psiquiatria; Pedo = Pedopsiquiatra.

3.5 Modelo Gráfico descritivo das várias dimensões de análise

Ilustração 1
Modelo Gráfico descritivo integrador das várias eixos de análise



4 Discussão

Estudo pretendeu conhecer e descrever as representações sociais sobre a doença mental nos profissionais de saúde mental. Esta descrição, como referido, não é isenta do ponto de vista epistemológico e teórico, sendo, por isso mesmo, pontuada epistemologicamente através do construcionismo social pelo quadro das representações sociais. Assim, dos dados recolhidos, analisados e descritos, procedeu-se a uma análise interativa entre os dados, as assunções do investigador e a literatura consultada, dos quais emergiram 7 resultados fundamentais a discutir:

1. O campo conceptual da doença mental é múltiplo, complexo e heterogéneo como demonstram os discursos dos profissionais. Não obstante esta polivocalidade, no grupo dos psicólogos destacam-se entendimentos ou conceções *operacionais*, neutras do ponto de vista teórico, com pontos de ancoragem à definição de doença mental do DSM-IV-R (APA, 2006). No grupo dos Psiquiatras e dos Internos de Psiquiatria destacam-se conceções *etiológico-explicativas*, comprometidas do ponto de vista teórico com pontos de ancoragem nos modelos teóricos, nomeadamente o biomédico, que objetiva o cérebro como órgão responsável pela patologia. No grupo dos psiquiatras, sobressaem ainda *conceções relativistas* sobre a doença mental.

2. A saúde mental é conceptualizada pelos profissionais de saúde em função do equilíbrio psicossocial do indivíduo, ou seja, em função da flexibilidade, adaptação e funcionalidade e do bem-estar biopsicossocial.

3. As representações causais têm como referência o modelo interacionista biopsicossocial. No entanto, os Psiquiatras acentuam a dimensão biológica e os psicólogos a dimensão psicológica ou psicossocial.

4. Relativamente aos modelos de intervenção psicoterapêuticos predominantes e aos objetivos a alcançar na prática clínica, os participantes utilizam estratégias e modelos de intervenção ecléticos, salientando-se como objetivos a promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento, a promoção do funcionamento e autonomia e a “cura”.

5. O contexto institucional surge nos discursos dos participantes como comprometedor da liberdade de atuação ou como facilitador da liberdade de atuação do clínico.

6. A análise individual (disposicional) do comportamento humano é privilegiada em detrimento da análise contextual (situacional).

Relativamente ao ponto 1. *Concepções sobre a Doença Mental*, o que entendem os profissionais por doença mental? As respostas a esta pergunta expõem o carácter múltiplo, complexo e heterogéneo das representações dos profissionais de saúde mental, fundamentado nos discursos verbais e não verbais (onde surgiram hesitações, reflexões mais ou menos duradouras, esclarecimentos, entre outras) que traduzem incerteza na forma de conceptualizar doença mental. Esta interpretação vai ao encontro dos resultados apresentados por Morant (2006), que qualifica as concepções sobre a doença mental dos profissionais de saúde mental como incertas e ambíguas. Estas respostas são, pelo menos, teoricamente expectáveis, sobretudo, devido ao facto do universo conceptual da doença mental ser ele mesmo heterogéneo, construído sob múltiplas visões sobre o que significa doença mental (Morant, 2006; Rothes, 2008). Trata-se de um universo não consensual, onde predominam, pelo cariz complexo do objecto de referência, representações polémicas que conduzem ao debate e negociação constantes entre os profissionais de saúde mental (Morant, 2006; Vala, 2006; Cabecinhas, 2009). Assim, encontramos frequentemente nas narrativas dos participantes, representações da doença mental como perturbação, alteração, transtorno, limitação ou incapacidade. Não obstante a heterogeneidade conter um amplo leque de conceitos, algumas temáticas comuns emergiram dos dados. De salientar: (1) a doença mental como perturbação psicológica, geradora de (2) mal-estar e sofrimento; (3) a doença mental com substrato neurobiológico; e (4) a doença mental dependente e relativa aos contextos sócio-culturais.

À doença mental é atribuída a característica *Perturbação*, conceptualizada como “uma síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade actual (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes do funcionamento). Qualquer que seja a sua causa original, deve ser considerada como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no sujeito.” (DSM-IV-TR, 2006, p. xxxi). Esta definição tem um valor fundamental para os profissionais na medida em que permite, através de processos sócio-cognitivos, transformar um fenómeno comportamental não familiar e complexo em familiar e inteligível (Flick, Fischer, Schwarz e Walter, 2002; Foster, 2006). Embora, esta concepção seja proeminente não é contudo consensual entre os profissionais consultados, nem tão pouco na literatura científica (Wakefield, 1992; 2007), onde o debate ontológico e epistemológico se prolonga no tempo sobre o que é a doença mental, o que não é ou se é mesmo algo ou alguma coisa. Deste modo, a validade conceptual do conceito proposto pelos autores do DSM-IV-TR (2006) e a própria doença mental é questionada (Wakefield, 1992; 2007; Aragona, 2009).

Se a maioria dos profissionais de saúde se abstém, pelo menos na conceção de doença mental quanto à etiologia/causalidade, como aliás a definição do DSM-IV-TR refere, outros (maioritariamente os profissionais ligados à medicina), porém, têm em consideração a etiologia para a definir. Neste caso, a doença mental é sinónimo de doença do e no cérebro. Esta tese, mais consensual na biomedicina (Quartilho, 2001; Nordenfelt, 2007), é pontuada pelo paradigma positivista, de cunho realista, objetivista e reducionista (Engel, 1977; Quartilho, 2001; Frances, 2013) que privilegia explicações organicistas, e que assume a existência de doenças como entidades distintas (Frances, 2013). A doença mental como uma alteração do funcionamento neurobiológico, encontrada neste estudo, tem correspondência no estudo de Zani (1994) e de Morant (1995), que sugerem que os psiquiatras estão mais próximos do modelo biológico. No entanto esta não é a representação predominante entre os vários profissionais de saúde, nem mesmo entre os psiquiatras, participantes neste estudo.

No sentido inverso, alguns psiquiatras consideram que a doença mental é conceptualizada em função dos contextos sociais e dos processos de significação que aí ocorrem. Esta linha de raciocínio é extensamente debatida na comunidade científica e filosófica (Szasz, 1978; Wakefield, 1992; 2006; 2007; Sadler e Agich, 1995; Kendell, 2008; Kingma, 2007; Aragona, 2009; Conrad e Barker, 2010; Moncrieff, 2010), na medida em que se questiona se o conceito de doença mental é um conceito científico, objetivo e universal ou um conceito sociopolítico relativo à dinâmica espaço-tempo – nas palavras de Rounsaville et al (2002), *“the most contentious issue is whether disease, illness, and disorder are scientific biomedical terms or are sociopolitical terms that necessarily involve a value-judgment”* (p.3). Este debate surge frequentemente polarizado: de um dos lados, os defensores da doença como facto (científico) e, do outro, os que percebem a doença como dependente dos valores (sociais). No entanto, algumas tentativas de elaboração de um conceito híbrido emergiram entre diversos autores, de onde destacamos Wakefield (1992; 2006; 2007), que conceptualiza a doença mental como uma disfunção prejudicial – disfunção, refere-se à incapacidade do sistema psicofisiológico desempenhar a sua função. Prejudicial refere-se à desadequação num contexto social particular (Wakefield, 1992;2006;2007; Aragona, 2009). A troca de argumentos continua.

Sobre o ponto 2. *Conceções sobre Saúde Mental* surgem duas representações mais consensuais entre os participantes. A saúde como bem-estar biopsicossocial, mais comum nos Psiquiatras e a saúde como flexibilidade, adaptação e funcionalidade, mais comum nos Psicólogos.

A saúde como bem-estar biopsicossocial vai ao encontro dos resultados de outros estudos qualitativos sobre as representações sociais da saúde e da doença, nomeadamente os de Nascimento-Schulze, Garcia e Arruda (1995) com médicos e Flick, Fischer, Schwartz e Walter (2002) com médicos e enfermeiros. Neste quadro de referência, a saúde é biológica, psicológica e social no seu todo (Peterson, 2010). Não faz sentido, para grande parte destes profissionais, falar de saúde simplesmente como ausência de doença, nem tão pouco de saúde biológica, ou de saúde psicológica, ou de saúde social, por si só. A saúde é um processo biopsicossocial. Este quadro enunciativo sugere como ponto de ancoragem o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta organização define saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença (OMS, 2001) e surge, de alguma forma, como contraponto à conceção negativa de saúde (Almeida Filho, 2002), como ausência de doença (Dalgalarondo, 2008) ou como silêncio do corpo ou dos órgãos (Loureiro, 2008). No entanto, a conceção de saúde como completo bem-estar biopsicossocial e não simplesmente como ausência de doença (OMS, 2001), por um lado, é um conceito muito criticável, por ser lato, complexo, impreciso e, conseqüentemente, difícil de definir e objetivar (Dalgalarondo, 2008). Por outro lado, permanece, segundo Nordenfelt (2007), idealista e utópico, na medida em que poucas pessoas se encaixariam na categoria saudável.

A saúde como flexibilidade, adaptação e funcionamento encontra o seu referente na visão de saúde como equilíbrio do indivíduo perante si, na sua relação com os outros e com o ambiente, refletindo a ideia de harmonia (Nordenfelt, 2007). Esta narrativa é encontrada nos resultados globais do estudo, já referido, de Nascimento-Schulze, Garcia e Arruda (1995), onde as narrativas emergentes se enquadram exatamente na noção referida de equilíbrio e harmonia.

Nas conceções sobre a *causalidade/etiologia da doença mental*, correspondente ao ponto 3, o padrão de resposta dos participantes enquadra a causalidade/etiologia como multifatorial, destacando a complexidade biopsicossocial. Esta pontuação narrativa tem como referente fundamental o modelo biopsicossocial (Engel, 1977). Este modelo sustenta “que a saúde e a doença não podem ser restritas aos fatores biológicos ou orgânicos, como postula a biomedicina, pois as dimensões psicológica e social da pessoa são igualmente relevantes” (Reis, 1999, p. 416). Contudo, destacam-se duas metateorias: a interacionista ou hierárquica – que concebe as dimensões biológica, psicológica e social com existência independente, mas que interagem e se influenciam segundo um padrão hierárquico, estando na base da pirâmide uma das dimensões – e a integradora ou dialética – que “concebe as dimensões social,

psicológica e biológica, integradas num todo dinâmico, superior à soma das partes” (Reis, 1999, p. 416). No entanto, nas representações dos participantes salienta-se a metateoria interacionista ou hierárquica.

Tais atribuições estão em consonância com o estudo de Ahn, Proctor e Flanagan (2009) referido na introdução. Recorde-se que este estudo propôs-se avaliar as crenças de clínicos de saúde mental acerca da causalidade biológica, psicológica ou social das doenças mentais listadas no DSM-IV-TR (APA, 2006), tendo os resultados sugerido que uma doença definida pelos clínicos como fortemente biológica é concomitantemente definida por estes como fracamente psicológica e social/ambiental e vice-versa, refletindo a tendência para a distribuição contínua das doenças.

De referir, ainda, que muito embora a atribuição biopsicossocial seja sustentada pela maioria dos participantes, alguns psicólogos atribuem a causalidade à interação de dois fatores: os biológicos e os ambientais, não aludindo fatores psicológicos. Sendo profissionais com formação psicológica não deixa de ser um dado curioso.

No que respeita aos *modelos de intervenção predominantes e objetivos da prática clínica* (ponto 4) os participantes enfatizam como objetivos a promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento, a promoção do funcionamento e autonomia e a cura. Estes resultados, promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento e promoção do funcionamento e autonomia, estão em consonância com as conceções de doença mental e saúde mental. Estes dados vêm de encontro ao estudo de Morant (2006).

Se na doença mental existe uma perturbação que causa mal-estar e sofrimento e tem prejuízo no funcionamento do indivíduo e se a saúde mental implica flexibilidade, adaptação e funcionamento, parece lógico que a prática procure promover o bem-estar e diminuir o sofrimento e promover o funcionamento e autonomia do indivíduo.

Enquanto que a promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento e promoção do funcionamento e autonomia são objetivos a alcançar por grande parte dos psicólogos e alguns Psiquiatras – objetivos esses que têm um cunho mais psicossocial, a cura ou remissão sintomatológica é objetivo dos psiquiatras e internos de psiquiatria relacionada com modelo biomédico (Morant, 1995; Reis, 1999; Colombo, Bendelow, Fulford e Williams, 2003).

De que forma, que meios e que instrumentos os participantes usam para alcançar tais objetivos? Psiquiatras, Internos de psiquiatria e alguns Psicólogos que exercem a prática clínica no serviço público, não seguem um modelo e utilizam meios e estratégias ecléticos. Entre os Psicólogos verifica-se uma maior adesão a modelos monolíticos, como o modelo

cognitivo-comportamental clássico e de terceira geração, o modelo sistêmico e o modelo psicodinâmico.

Estes posicionamentos teórico-práticos vão de encontro novamente ao estudo de Morant (2006) onde os participantes referiam ter um foco eclético, aspeto que neste estudo é também estruturador da prática da maioria dos participantes. No entanto, se no estudo de Morant (2006), encontramos diferenças entre o ecletismo dos profissionais franceses – que adoptam um conjunto de ideias e práticas psicodinâmicas lacanianas e não adoptam a abordagem cognitivo-comportamental – e o ecletismo dos profissionais ingleses – que adoptam um conjunto de ideias e práticas psicodinâmicas relacionadas com a escola das relações objetais e a abordagem cognitivo-comportamental –, no presente estudo verificamos que os diferentes contextos institucionais determinam e legitimam a conceção teórica e a prática clínica. Por exemplo, os participantes que são profissionais do Hospital Sobral Cid, têm como característica identitária o pensamento sistêmico, para além da abordagem biológica, ao invés dos participantes profissionais dos HUC que adoptam a abordagem cognitivo-comportamental, para além da abordagem biológica, tal como podemos constatar pela referência do Psiquiatra E19, pág. 35 dos resultados.

Assim podemos hipotetizar que as representações profissionais têm um valor constitutivo e comunicativo e são partilhadas através de redes de socialização profissional que postula maneiras de ver, de pensar e de agir no exercício laboral (Blin, 1997; Silva, 2003).

Sobre a *influência do contexto institucional na prática clínica* (ponto5) o contexto institucional privado surge no plano discursivo dos participantes, principalmente entre os psicólogos, como facilitador ou promotor da liberdade de atuação do clínico (ver pág. 35). Já o contexto institucional público surge como comprometedor, na medida em que a instituição, em função dos seus quadros de referência ideológicos, da sua orgânica estrutural e funcional e do seu posicionamento hierárquico é determinante na estruturação de um contexto de ação normativo, descritivo e prescritivo da prática clínica dos participantes e nos quais emergem discursos bipolares entre a prática ideal e a prática efetiva, como se constata nos discursos dos participantes (ver pág. 35)

Parece então existir um determinismo institucional que condiciona a liberdade dos profissionais de saúde estudados. No entanto, para alguns profissionais, com mais anos de serviço e possivelmente com outro estatuto no seio institucional, a instituição embora condicione não determina completamente a atuação. Ver, por exemplo, a narrativa do Psiquiatra E16 na pág. 28 dos resultados.

Considera-se, em acordo com Silva (2003), que “as representações profissionais – construídas e partilhadas por atores ou grupos de atores pertencentes a um mesmo campo profissional e influenciados por normas sócio-institucionais relativas aos papéis ou funções – interferem nas práticas profissionais” (p. 90).

Sobre o ponto 6 – *o indivíduo, as representações sociais e a explicação do comportamento* –, o foco de análise no discurso dos participantes é o indivíduo em detrimento do meio. Esta constatação é particularmente evidente quando atendemos às concepções de doença mental, através das quais a grande parcela dos participantes acciona representações que privilegiam atribuições disposicionais tal como se pode por exemplo perceber pelo discurso do Psicólogo E13, pág. 17 dos resultados, onde refere que a doença mental é pela sua própria condição alguma coisa que perturba, que está localizado na mente e que perturba o funcionamento adequado do sujeito, segundo ele próprio, ou segundo outros.

A doença mental é explicada como algo que está na mente de um indivíduo que é capaz de a identificar, ao mesmo tempo que outros indivíduos também são capazes de o fazer. Assim, por um lado, privilegia-se como princípio explicativo a individualização do comportamento disfuncional, em detrimento dos contextos e das interações (Gonçalves, 2003). Por outro lado, assume-se que tanto o indivíduo, como aqueles que interagem com ele fazem a mesma atribuição, ou seja partilham a mesma representação. Esta representação partilhada parece obedecer a uma norma social, que assenta na condição moderna do indivíduo independente e antecedente à comunidade – a pessoa autónoma (Vala, 2006), que encontra o seu traçado histórico aquando da emergência do iluminismo (Danzinger, 1997). Estabelecendo um paralelo entre a emergência do indivíduo autónomo e os principais modelos de intervenção clínica como sejam o modelo psicanalítico, o modelo cognitivo-comportamental, o modelo humanista e o modelo biológico, vemos que os saberes “psi” importaram tal visão do indivíduo livre e autónomo, tal como podemos constatar através das representações dos participantes relativamente aos objetivos a alcançar na prática clínica, onde observamos que o tratamento também é focalizado no indivíduo. Deste modo, infere-se que os profissionais de saúde ao privilegiarem o indivíduo em detrimento do contexto, tanto na explicação dos comportamentos como na intervenção, potenciam a ocorrência do que Ross (1977) chamou de “erro fundamental”. Os estudos clássicos de Rosenhan (1973) e de Langer e Abelson (1974) referidos na introdução, cada um à sua maneira, são elucidativos da ocorrência deste fenómeno entre os profissionais de saúde.

Por último, não se sustenta que um dado modelo de compreensão e intervenção terapêutico é melhor que outro, ou que o foco de intervenção deverá ser o meio, o contexto ou

a interação. Tão só afirmamos, que o foco *só* no indivíduo seria redutor, tal como seria redutor se o foco estivesse *só* no meio.

5 Conclusões

Estudos epidemiológicos recentes demonstram que os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade, nas sociedades actuais (CNRSSM, 2007). Se a saúde mental é uma prioridade de saúde pública pensá-la deverá ser um exercício constante de todos os profissionais de saúde mental. Este estudo pretendeu questionar algumas noções fundamentais que sustentam os discursos da Psiquiatria e da Psicologia Clínica, sobretudo na teoria e na prática do “dia-a-dia” dos nossos serviços, sejam eles públicos ou privados.

Os estudos das representações sociais sobre a doença mental têm normalmente como foco as racionalidades leigas (Jodelet, 1989; Amaral, 1996; Loureiro, 2008; Foster, 2001), sustentando-se que conhecendo e compreendendo tais representações poderemos implementar medidas de promoção de saúde mental mais próximas da comunidade (Loureiro, 2008). Dado o estigma que acompanha a doença mental (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve e Pescosolido, 1999; Angermeyer e Matschinger, 2003; Dinos, Stevens, Serfaty, Weich e King, 2012) é um imperativo a implementação de tais programas (Corrigan, 2005; Rüsche, Angermeyer e Corrigan, 2005; CNRSSM, 2007; Loureiro, 2008). No entanto, teremos de perguntar-nos – Que programa(s) implementar? Baseados em que modelo(s)? Com que pressuposto(s)? E que consequências terão para a profissão, para as pessoas diagnosticadas e para a sociedade? Se é útil conhecer, compreender e refletir as representações sociais leigas, também será útil conhecer, compreender e refletir as representações dos profissionais de saúde mental. Além de serem inseparáveis, interpenetram-se (Morant, 1998; Morant, 2006). Neste sentido, o presente estudo poderá constituir-se num contributo para a investigação na área das representações sociais dos profissionais de saúde mental, na medida em que no contexto nacional não encontramos nenhum estudo sobre esta temática. Para além disso, pelo seu escopo e desenho específico, este estudo apela à reflexão e questionamento da teoria e prática em saúde mental, num momento da história em que se reconhece, pelo menos no plano das intenções políticas, a importância da comunidade no bem-estar das pessoas e, conseqüentemente, a implementação de programas de promoção/prevenção da saúde mental (CNRSSM, 2007). Reconhece-se no plano etiológico, entre os participantes deste estudo, a multifatorialidade biopsicossocial da saúde e doença o que tornará necessário reenquadrar o

indivíduo no seu contexto sociohistórico no plano das políticas de saúde pública, como aludem determinadas instâncias (OMS, 2001; CNRSSM, 2007).

Algumas limitações pontuam porém este trabalho quanto ao seu design metodológico. A amostra foi projetada para responder aos objetivos iniciais do estudo, que consistiam em conhecer e comparar as representações sociais dos profissionais de saúde mental em duas instituições públicas – dois hospitais gerais, um em Coimbra e outro em Aveiro. Porém, não foi possível, mesmo depois de obter as devidas autorizações institucionais, reunir um número significativo de profissionais que se disponibilizassem a responder ao protocolo de investigação, do que resultou a constituição de uma amostra heterogénea e desproporcional – 13 psicólogos, 10 psiquiatras, 2 pedopsiquiatras e 5 internos de psiquiatria do serviço público e privado. A metodologia de recolha dos dados foi feita através da entrevista semiestruturada, pautada, numa fase inicial, por uma postura da parte do entrevistador demasiado neutra - o investigador depois de se apresentar a si e à investigação limitou-se a fazer as perguntas tal como apresentadas no guião, o que poderá ter condicionado o interlocutor, os tempos da entrevista e também o material que acabou por emergir. Se, por um lado, poderá ter a vantagem da não diretividade, por outro a entrevista pode tornar-se numa espécie de interrogatório ou exame ou ainda perder-se a possibilidade de aprofundar significados e temáticas que pudessem ser uma mais-valia para o estudo. Quanto ao local das entrevistas, quatro delas foram realizadas no serviço de urgência de um hospital central e uma num café, o que dado o ruído existente e à entrada e saída de pessoal alheio à entrevista condicionou o seu desenrolar. Outra questão está ligada à desejabilidade social e à validade ecológica, na medida em que entre o dito e o feito pelos profissionais pode existir um desfazamento. Recorde-se, por exemplo, os constrangimentos institucionais sentidos, por alguns participantes, na prática clínica (ver pág. 34).

No que concerne a estudos futuros, seria interessante desenvolver uma investigação que visasse as representações sociais dos profissionais de saúde mental e as representações sociais da população não especialista, leiga. E se possível, considerar as representações dos profissionais com as representações dos seus clientes/pacientes/utentes. Tal estudo traria no plano teórico-prático uma outra compreensão sobre os processos relacionais, os significados e sentidos do ato terapêutico e em que medida as representações sociais se encontram ou em que medida se desencontram e em que medida, no encontro e/ou desencontro, o profissional e o paciente se moldam. Por outro lado, importaria desenvolver um estudo que incluísse não apenas a perspetiva e discursos dos profissionais de saúde mental mas que considerasse a observação da prática clínica.

Um dos objetivos iniciais do estudo prendia-se com a análise de outras dimensões para além das aqui desenvolvidas – a dimensão processual, sobre as representações dos profissionais relativamente ao processo de construção do diagnóstico e a dimensão valorativa sobre as representações dos profissionais relativamente às vantagens e desvantagens do diagnóstico. Estas dimensões foram avaliadas através de três perguntas que constam no guião da entrevista (e.g. anexo 2). A resposta a estas perguntas foi alvo de tratamento através da análise de conteúdo, da qual resultaram várias categorias que apontam para a importância do processo de diagnóstico – objetivação da doença - e para os malefícios do mesmo – rotulação e estigma social. No entanto, dada a importância, complexidade e amplitude dos dados emergentes, eles não estão incluídos no presente trabalho pois serão objeto de um futuro estudo que versará apenas sobre estes aspetos.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida Filho, N., e Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença – Crítica da teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4), 879-889.
- Ahn, W.K., Proctor, C.C., e Flanagan, E.H. (2009). Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. *Cognitive Science*, 33, 147–182.
- Amaral, V. (1996). Representações sociais da doença mental, expectativas e processos de atribuição causal. *Antropoanálise*, 2, 92-96.
- Angermeyer M.C., e Matschinger H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304–309.
- Aragona, M. (2009). The concept of mental disorder and the DSMV. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2, 1-14.
- Aranha, A., e Gonçalves, F (2007). *Métodos de análise de conteúdo NUD*IST (non-numerical unstructured data indexing, searching and theorizing) – Nvivo7*. Vila Real: UTAD.
- Associação Americana de Psiquiatria (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bellelli, G. (1987). *La représentation de la maladie mentale*. Nápoles: Università di Napoli.
- Blin, J.F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L'Harmattan.
- Cabecinhas, R. (2009). Investigar representações sociais: metodologias e níveis de análise. Em M.M. Baptista (Eds), *Cultura: metodologias e investigação* (pp.51-66). Lisboa: Ver o Verso Edições.
- Colombo A., Bendelow G., Fulford, B., e Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science e Medicine*, 56(7), 57-70.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Acedido em 2, Julho, 2013, em http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudental20072016__resumoexecutivo.pdf
- Conrad, P., e Barker, K.K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 67-79.

- Corrigan, P.W. (2005). Changing stigma through contact. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry, 1*, 614-625.
- Coutinho, C.P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cowan, W. M., Harter, D. H., e Kandel, E. R. (2000). The emergence of modern neuroscience: Some implications for neurology and psychiatry. *Annual Review of Neuroscience, 23*, 343–391.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Danzinger, K. (1997). *Naming the mind: how psychology found its language*. London: Sage.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., e King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness - Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 176-181.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129–36.
- Flick, U., Fischer, C., Schwartz, F. W., e Walter, U. (2002). Social representations of health held by health professionals: The case of general practitioners and home-care nurses. *Social Science Information, 41*(4), 581–602.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations, 10*, 1-18.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Nova Iorque: Harper Collins Publishers.
- Georgaca, E. (2001). O discurso da psicopatologia: Uma abordagem crítica ao dispositivo teórico da psiquiatria. Em M.M. Gonçalves e O.F. Gonçalves (Eds). *Psicoterapia, narrativa e discurso: A construção conversacional da mudança* (pp. 331-373). Coimbra: Quarteto.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*(3), 266-275.
- Giorgi, A., e Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Gleitman, H., Fridlund, A., e Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Gonçalves, M.M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: Exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45, 65– 86.
- Horwitz, A.V. (2010). An Overview of Sociological Perspectives on the Definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness. Em T.L. Scheid e T.N. Brown (Eds), *A Handbook for the Study of Mental Health*, 2ª ed. (pp. 6–19). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (2002). Representações sociais : Um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Eds). *As Representações sociais* (p.17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Joffe, R. T. (2001). Progress in the biology of psychiatry. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26,101–102.
- Jovchelovitch, S. (1995). Social representations in and of the public sphere: towards a theoretical articulation. *Journal for the theory of social behaviour*, 25(1), 81-102.
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 165, 695–702.
- Kingma, E. (2007). What is it to be healthy?. *Analysis*, 67, 128-133.
- Langer, E. J., e Abelson, R. F. (1974). A patient by any other name . . .: Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 4-9.
- Link, B. G., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A., e Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328–1333.
- Loureiro, L. (2008). *Representações Sociais da Loucura: Importância para a Promoção da Saúde Mental*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Moncrief, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory e Health*, 8, 370-382.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on social representations*, 4(1), 41-52.
- Morant, N. (1998). Constructions of “mental ill-health” amongst mental health practitioners in Britain and France. *Social Science Information*, 37 (4), 663-685.

- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45 (4), 817-838.
- Moscovici, S. (1961) *La psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1973). Foreword. Em C. Herzlich: Health and Illness (Eds.), *A Social Psychological Analysis* (pp. Xiii). London: Academic Press.
- Nascimento-Schulze, C. M., Garcia, A. I. F., e Arruda, D. C. (1995). Health paradigms, social representations of health and illness and theirs central nucleus. *Papers on Social Representations*, 4(2), 187-198.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10, 5-10.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Saúde mental, nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Acedido em 30, Julho, 2013, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Peterson, C. (2010). Psychological Approaches to Mental Illness. Em T.L. Scheid e T.N. Brown (Eds), *A Handbook for the Study of Mental Health*, 2ª ed. (pp. 89–105). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Pires, C.M.L. (2003). *Manual de psicopatologia* (2ª ed.). Leiria: Editorial Diferença.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, medicina e psiquiatria. Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da psicologia da saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 3, 415-433.
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde?* Lisboa: Vega.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his short-coming. Em L. Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10). Nova Iorque: Academic Press.
- Roths, I. (2006). *Suicídio juvenil: representações sociais dos médicos e dos psicólogos*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Rounsaville, B.J., Alarcón, R.D., Andrews, G., Jackson JS, Kendell R.E., e Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. Em D.J. Kupfer, M.B. First e D.A. Regier (Eds), *A research agenda for DSM-V*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Rush, N., Angermeyer, M. C., e Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Sadler, J. Z., e Agich, G. J. (1995). Diseases, functions, values, and psychiatric classification. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 2, 219-231.
- Scheid, T.L., e Brown, T.N. (Eds.). (2010). *Handbook for the Study of Mental Health* (2ª ed.). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Schwartz, S., e Corcoran, C. (2010). Biological theories of psychiatric disorders: A Sociological Approach. Em T.L. Scheid e T.N. Brown (Eds), *A Handbook for the Study of Mental Health*, 2ª ed. (pp. 64–88). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Silva, A. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Spink, M. J. P. (1993). The concept of social representations in social psychology. *Cadernos Saúde Pública.*, 9(3), 300-308.
- Szasz, T. (1978). *A fabricação da loucura: Um estudo entre a inquisição e o movimento de Saúde Mental* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Thoits, P.A. (2010). Sociological Approaches to Mental Illness. Em T.L. Scheid e T.N. Brown (Eds), *A Handbook for the Study of Mental Health*, 2ª ed. (pp. 106–124). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Vala, J (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em J. Vala, J., e M B Monteiro (Eds), *Psicologia social*, 7ª ed. (pp.457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2009). A Análise de Conteúdo. Em A.S. Silva, e J.M. Pinto (Eds)., *Metodologia das Ciências Sociais*, 15ª ed. (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Walmsley, C. J. (2004). Social representation and the study of professional practice. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(4), 78-103.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological and social values. *American Psychologist*, 47, 373–388.
- Wakefield, J. C. (2006). What makes a mental disorder mental? *Philosophy, Psychiatry, e Psychology*, 13 (2), 123–131.
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149-156.

Zani, B. (1994). Social representations of mental illness: Lay and professional perspectives. Em G. M Breakwell e D. V. Canter (Eds.), *Empirical Approaches to Social Representations* (pp. 315-330). Oxford: Clarendon Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Requerimentos – Declarações

Exmo. Sr(a).

Chefe do Serviço de Psiquiatria

do _____

Eu, _____, Licenciado em Psicologia, a frequentar o segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica, ramo de especialização Família e Intervenção Sistémica, ministrado pelo Instituto Superior Miguel Torga, a realizar um estudo/tese de mestrado no âmbito das Representações Sociais de Psiquiatras e Psicólogos sobre a Doença Mental, sob orientação da _____, venho por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar, no _____, a necessária recolha de dados aos profissionais de saúde – Psiquiatras e Psicólogos.

A referida recolha de dados obedece a um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada (ver anexo). Serão respeitadas as normas éticas e deontológicas: consentimento informado, anonimato dos entrevistados, confidencialidade dos dados, não sendo estes utilizados para qualquer outro fim e a não interferência com o normal funcionamento institucional.

Será disponibilizado a Vossa Exa. os resultados do estudo e a respetiva tese de dissertação de mestrado.

Aguardando deferimento ao requerido.

Com os meus melhores cumprimentos e consideração,

14/02/2013

Declaração da Orientadora

Eu, abaixo assinado, _____, _____, docente no _____, na qualidade de Orientadora de _____, aluno do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica, declaro que me comprometo a acompanhar o aluno nas diferentes fases do estudo/tese de mestrado, responsabilizando-me por supervisionar a recolha e utilização dos dados necessários para a realização, bem como zelar pelo cumprimento das normas éticas e deontológicas, nomeadamente para que os dados utilizados na realização do referido trabalho sejam mantidos confidenciais e não sejam utilizados para qualquer outro fim.

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização

_____, na qualidade de Diretor do Serviço de Psiquiatria _____, declaro que autorizo a recolha de dados no serviço supracitado, ao aluno do curso de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga, _____, no âmbito da tese de mestrado intitulada Representações Sociais de Psiquiatras e Psicólogos sobre a Doença Mental, sob orientação da _____, aos profissionais de saúde – Psiquiatras e Psicólogos.

Data: __/__/__

Assinatura

ANEXO 2

Protocolo de recolha de dados

No âmbito da dissertação de mestrado, intitulada **Representações Sociais da Doença Mental - Um Estudo Qualitativo entre Profissionais de Saúde Mental**, solicitamos a sua colaboração para (1) preenchimento do questionário de dados sociodemográficos e profissionais e (2) resposta ao guião da entrevista semiestruturada sobre a problemática da doença mental.

Assegura-se, como compromisso ético por parte do investigador e da instituição de ensino superior que patrocina o estudo, o anonimato e a confidencialidade dos dados, relevando que estes se destinam única e exclusivamente para fins científicos.

De referir, que em qualquer momento tem a liberdade de não preencher ou responder às perguntas propostas.

(1) Questionário sociodemográfico e profissional:

- Pretende-se com este instrumento recolher dados sobre as variáveis sociodemográficas e profissionais para caracterização da população em estudo e posterior análise crítica.
- O tempo de resposta não excederá os 2 minutos.

(2) Entrevista:

Serão apresentadas e colocadas um conjunto de perguntas sobre a doença mental - conceito de saúde e doença mental, critérios de diferenciação entre saúde e doença mental, etiologia - e algumas das dimensões relacionadas – processo de diagnóstico (consequências, vantagens e desvantagens), objetivos da prática terapêutica, influências do contexto institucional na prática clínica. Neste sentido, importa referir:

- Que as questões foram construídas de forma a lhe permitir a abrangência analítica que considere suficiente e necessária para reflexão e exposição sobre a temática.
- Que não existe limite de tempo na resposta às questões,

Questionário Sociodemográfico e profissional

1. Sexo: M F

2. Idade: _____ anos

3. Atividade profissional:

Psicólogo Médico Psiquiatra Pedopsiquiatra Médico Interno de Psiquiatria

4. Local(is) onde exerce a atividade profissional: _____

5. Tempo de experiência profissional

1 ano ou menos

Mais de 1 ano Quantos? _____ anos

6. Formação em psicoterapia: Sim Não

7. Graduação acadêmica:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro(s) Indique qual(is) _____

8. Qual(is) o(s) modelo(s) de intervenção psicoterapêutico/psiquiátrico predominante(s) na sua prática clínica

Farmacológico

Psicodinâmico

Comportamental

Cognitivo

Cognitivo – Comportamental

Humanista

Sistêmico

Outro (s) Qual ou Quais? _____

Guião da entrevista

1. O que entende por doença mental?
2. O que entende por saúde mental?
3. Na sua opinião, quais os critérios para diferenciação entre saúde e doença mental?
4. Na sua opinião, qual a etiologia da doença mental?
5. Como é o processo de construção do diagnóstico na sua prática clínica?
6. Na sua opinião, quais as consequências do diagnóstico?
 - 6.1. Na sua opinião, quais as vantagens do diagnóstico?
 - 6.2. Na sua opinião, quais as desvantagens diagnóstico?
7. Na sua prática terapêutica, o que espera conseguir/alcançar? Quais os seus objetivos?
8. De que forma o contexto institucional, do qual faz parte, influencia a sua visão sobre a saúde e doença mental e a prática terapêutica?

ANEXO 3

Consentimento informado

Eu, _____ (nome) concordo em participar no estudo intitulado *Representações Sociais da Doença Mental - Um Estudo Qualitativo entre Profissionais de Saúde Mental*, que tem como objetivos conhecer as representações sociais dos psicólogos e psiquiatras sobre:

1. o conceito de saúde e doença mental;
2. os critérios de diferenciação entre saúde e doença mental;
3. a etiologia da doença mental;
4. o processo de construção do diagnóstico, suas consequências, vantagens e desvantagens;
5. quais os objetivos a alcançar na prática terapêutica;
6. as influências do contexto institucional na prática clínica e na visão sobre a saúde e doença mental.

Neste sentido:

- a) Tenho a liberdade de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- b) Que me informaram que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim seja;
- c) Permito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo;
- d) Compreendo que o anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- e) Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

Data:...../...../.....

