

Trabalho de Projeto
“Em Casa: Visitação ao Estigma da Doença Mental”

Marta da Silva Ramalho

Trabalho de Projeto
de Mestrado em Antropologia - Culturas Visuais

Marta da Silva Ramalho, “Em Casa:
Visitação ao Estigma da Doença
Mental”, Dezembro 2017

Dezembro 2017

Trabalho de Projecto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Antropologia - **Culturas Visuais** , realizado sob a
orientação científica da Professora Dra. Catarina Alves Costa
(FCSH-NOVA) e co-orientação do Professor Jaime Grácio (UN
Medical School),

Dezembro de 2017

“Uma pessoa vale mais do que o mundo inteiro”

São Bento Menni

A todas as residentes do 3.º A,

A todos aqueles a quem a vida não deu outra opção.

À minha Mãe, sem a qual nunca saberia o que é “A Casa”.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Mapril, pela clareza de observação antropológica;

Ao Prof. Dr. Jaime Grácio, pela disponibilidade e esclarecimento;

À Prof.^a Dra. Catarina Alves Costa, pela gentileza extrema sensibilidade visual e pessoal;

À Dra. Catarina Vidigal (CSI), pela compreensão e acompanhamento;

À Superiora Idília, acima de tudo, pelo voto de confiança;

À Enf.^a Alda, pela diligência, disponibilidade e articulação;

À Dra. Ana Batarda, pelo apoio incondicional e por toda a orientação não formal;

Ao Gonçalo, pela compreensão e construção de “bolsas de ar”, pela paciência e pela crítica generosa e assertiva;

Ao Dr. Luís Mendonça, pela partilha e disponibilidade;

À Dra. Isabel Namora, da Clínica Psiquiátrica de São José, pela voluntariedade de ajuda de hoje e de há 7 anos atrás;

À Enf.^a Fátima, da Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, pela inspiração e dedicação ao trabalho com os outros;

Ao “Birro”, pela imensa amizade que não se conseguiu sobrepor à depressão;

À minha filha, que pela ausência do tempo prestado, tenha ganho o prazer pela busca do conhecimento;

Ao meu pai, que pelo apoio incondicional, fielmente (sempre) assegurou a minha presença nas minhas ausências;

À Karina, cujo pragmatismo e boa disposição me suportaram e orientaram nos momentos de maior angústia.

Ao Márix, pela conciliação de agenda sempre disponível para “o outro”.

“Em Casa: Visitação ao Estigma da Doença Mental”

Trabalho de Projeto

Marta da Silva Ramalho

Resumo

O presente projeto de mestrado faz uma reflexão a partir do trabalho de campo elaborado com vista à realização de um documentário *etnopsiquiátrico*, que se anexa, sobre o cotidiano de uma residência comunitária de doentes mentais onde residem seis mulheres em processo de reabilitação. Pretende-se, através de um objeto visual, perceber como se constituem as suas vivências e relações, o alcance da sua condição estigmatizada e a sua inserção numa comunidade normalizada. Descreve-se o percurso de uma etnopsiquiatria documental, realizada no interior de uma instituição de saúde mental atual, onde se apontam muitas das dimensões intrínsecas à condição de doente mental, às instituições de saúde mental e à própria casa, enquanto elemento agregador destes. O resultado é um objeto visual de 18 minutos, onde, a partir da observação de pequenos gestos, se pode testemunhar a experiência de um doente mental e criar uma reflexão que permita redesenhar uma nova forma de inclusão, participação e agencialidade, dos que habitam dentro e fora da residência. Através de um filme, evidenciam-se as rotinas do espaço mais íntimo e primário de qualquer indivíduo: a casa, e revela-se a norma e o estigma da doença mental pela via da imagem não estigmatizante.

PALAVRAS-CHAVE: etnopsiquiatria, documentário, residência comunitária, saúde mental, doença mental, estigma, casa, cotidiano, inclusão.

Abstract

The present work elaborates on the process of making an *ethnopsychiatric* documentary about the daily life of a community residence for mental illness where six women in the process of rehabilitation reside. It is intended, through a visual object, to understand how their experiences and relationships are constituted, the extent of their stigmatized condition and their insertion into a standardized community. The thesis describes the making of this documentary, carried out inside a current mental health institution, where many of the intrinsic dimensions of mental illness, mental health institutions and the home itself are pointed out as an element that aggregates these. The result is a visual object where, from the observation of small gestures, one can witness the experience of a mental patient and create a reflection that allows redesigning a new form of inclusion, participation and agency, of those who live inside and outside the home. Through a film, the routines of the most intimate and primary

space of any individual: the house, are uncovered and the norm and stigma of mental illness is revealed through the non-stigmatizing image.

KEY WORDS: ethnopsychiatry, documentary, community residency, mental health, mental illness, stigma, home, quotidian, inclusion.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo I: O Panorama da Saúde Mental Actual	5
I. 1. O que é a Saúde Mental	5
I. 2. Como surge a doença mental.....	8
I. 3. A Saúde Mental em números	10
I. 4. O estado da Saúde Mental em Portugal	11
I. 5. A Institucionalização, o internamento de longa duração e as Residências Comunitárias	14
I. 6. A Casa de Saúde da Idanha	17
I. 7. Estigma, uma variável da Discriminação	20
Capítulo II: A Visão Antropológica da Saúde Mental	24
II. 1. A Saúde e a Doença pela Antropologia	24
II. 2. Casa e Residência.....	26
II. 3. Parentesco	28
II. 4. Etnografia com Câmara	29
II. 5. O Trabalho de Campo	33
Capítulo III: O Filme	43
III. 1. Questões de Ordem Técnica	46
III. 2. Questões de Ordem Ética e Ontológica.....	47
III. 3. A Montagem	52
III. 4. A Montagem Final	54
Capítulo IV: O Documentário	56
IV. 1. O objecto e as suas camadas	56
Conclusão	59

Bibliografia	62
Filmografia	66
Anexo 1: Transcrições do Diário de Campo	67
Anexo 2: Declarações e Consentimento Informado.....	69

Introdução

O relatório de projeto de trabalho que aqui se apresenta refere-se a um trabalho etnográfico centrado num grupo de mulheres, entre os 46 e os 66 anos, cujas estruturas mentais e interpretações pessoais da realidade – enquanto um processo ordenado em níveis ou descontinuidades -, podemos considerar diferente daquilo que se considera a norma comportamental. Habitantes de uma residência comunitária de saúde mental e cientes de que essa condição - não normalizada - lhes provoca, voluntária ou involuntariamente, uma condição de isolamento face a um quotidiano normalizadamente agressivo e hostil, importa registar, de forma cinematográfica, como se formam as suas vivências. Através de elementos visuais de cariz antropológico, pretendeu-se, pois, dar a conhecer uma realidade, que julgamos pouco conhecida, relacionada com os processos de vivência e reabilitação em saúde mental, cujo quotidiano, ao ser revelado, igualiza indivíduos e agentes sociais. Importa referir que o carácter antropológico do presente trabalho considera o indivíduo na sua perspetiva social e cultural, inteira e única, não o olhando, por isso, pelo modelo biomédico. Fazê-lo seria continuar uma perspetiva linear, individualista e a-histórica, que simplifica o aprisionamento daquele que sofre de uma perturbação mental numa única identidade: a de doente.

Com base num trabalho de campo de cerca de um ano e com recurso ao uso da câmara e som para o documentar, pretendeu-se, antes de mais, apresentar os aspetos reais, no sentido de tratar do modo como foram sentidos e experienciados pelas informantes e protagonistas do trabalho, do encontro e das relações estabelecidas, que seriam desperdiçados ou mesmo inacessíveis se elaborados de forma escrita (Martins, 2013). A escolha do elemento cinematográfico para apresentar a questão do estigma na saúde mental é, não só um elemento clássico da pesquisa antropológica, mas também um desafio extra para a investigação e consequente reflexão que a disciplina da Antropologia Visual tem vindo a fornecer desde meados dos anos 70 do Século passado, pela exploração do elemento visual no processo de reprodução cultural e social (Marcus e Banks, 1999: 17).

Para que se tornem concretos os eventuais conhecimentos sobre uma determinada realidade social, é necessária uma visão que integre várias dimensões da

vida social, que só pode ser evidenciada pelos elementos visuais, como linguagem expressa da descoberta constante dos seus intervenientes (Rouch, 1975, Barbosa, 2014). Este relatório de projecto foi assim construído com base nos elementos obtidos através do método etnográfico por excelência: a observação participante. Através dela, conseguimos compreender as vivências, as situações limite e o que elas implicam. Isso implica estar presente, nesse permanente encontro e confronto com as nossas próprias vivências e situações limite. Estes limites tornam-se mais desafiantes quando além dos encontros e negociações naturais do trabalho de campo, existe um encontro com a câmara.

A comunicação por meios visuais, em que os factos se assumem enquanto imagens (Rapazote, 2007: 90) não isenta a investigação, ou uma recolha prévia de dados, nem tampouco se baseia na mera observação. Essa linguagem de imagens é construída após uma análise dos elementos recolhidos e resulta de uma seleção capaz de traduzir uma representação - do que é representável e representativo - como parte ou símbolo de uma componente ou agente cultural, que se liga a quem o consome, ao espectador, pela reflexão que essa linguagem não verbal lhe desperta. Esta linguagem, que se orienta em vários sentidos, suscita uma reflexão feita através do “ver”, cuja mensagem final está na relação que se estabelece com o meio pela qual ela é produzida. Esta “estratégia mimética” (Banks, 1992) do filme etnográfico, apesar de conter uma construção de representações, apresenta a realidade como ela é. O que a Antropologia Visual considera como fundamental é a mensagem que transmite, não o meio pela qual ela nos chega (Morphy e Banks, 1999: 27).

Na presente investigação, e não pretendendo discutir a validade das formas ou métodos antropológicos, os elementos visuais não descuram, no entanto, uma componente escrita. Ambas se complementam numa só etnografia: a do processo e dos procedimentos, no caso da sua parte escrita, e a do produto de representação do outro no caso do filme (Martins, 2013). Nesta etnografia de processo e de produto, importa, referir que: *“(...) a antropologia é feita com pessoas e por pessoas e de que o trabalho de campo, apesar do tempo longo e da proximidade, não garante objetividade, ajudando, pelo contrário, a situar devidamente as diversas subjetividades que resultam dos múltiplos encontros que ocorrem (...)”* (Martins, 2013). No elemento visual, onde se

inclui o som, a voz, exponenciam-se as subjetividades reais e as imaginadas, criando a linguagem em que estão assentes a Antropologia Visual e o cinema (Barbosa, 2014).

A par da suscitação das imagens, o presente trabalho apresenta, no primeiro capítulo, uma breve contextualização e evolução histórica da doença mental e da psiquiatria. Traça-se, brevemente, o seu percurso até à atualidade, para melhor se perceber o que é e como é, hoje, olhada. Enunciados os números que a compõe, descreve-se a situação atual da saúde mental em Portugal. Sumariamente descrevem-se as possíveis formas de tratamento, a institucionalização e o internamento de longa duração, em concreto, as residências comunitárias de saúde mental, e a Casa de Saúde da Idanha, ambiente onde decorre o filme. Já situados, descreve-se o conceito de estigma enquanto variável de discriminação e componente elementar de análise deste objeto fílmico, as suas noções, processos e consequências, evocando principalmente Erving Goffman e outros autores mais atuais que se debruçam sobre o tema.

O segundo capítulo dá conta da visão antropológica da saúde mental. Como se olha para a saúde e para a doença pela lente antropológica? Através dela separam-se os vários elementos de análise, também presentes no filme, como sejam a casa e a residência, os seus significados e atributos no contexto da residência comunitária, e destas mulheres em particular, e o conceito de parentesco permitindo uma análise comparativa das suas relações internas. Definido o objeto de estudo, introduz-se a câmara. O que é a antropologia com câmara, como é que ela se faz e quais os desafios do trabalho etnográfico com um objeto que se interpõe entre “eu e o outro”? Relata-se, em seguida, o trabalho de campo, os seus processos, evoluções, retrocessos, desafios, oportunidades e angústias.

Nos dois primeiros capítulos, importa, antes de mais, dar a entender o que é a saúde mental, de que forma a Antropologia pode trabalhar a partir desse universo e daí partir para a análise de um objeto cinematográfico sobre o tema. No limite, e numa análise mais lata, julgo que importa à Antropologia e aos seus procedimentos éticos, a observação detalhada desta realidade.

Os terceiros e quartos capítulos debruçam-se em exclusivo sobre o projeto de trabalho desenvolvido: o filme documental de cerca de 18 (dezoito) minutos, resultado

de um “recorte” dos capítulos anteriores. Clarificam-se os processos da sua feitura, as questões de ordem técnica e ética que produziram aquele objeto específico, descreve-se a montagem, que material foi usado e porquê, e esclarecem-se as escolhas e as decisões que levaram aquele resultado final em concreto.

O quarto capítulo disseca e decompõe o documentário nas suas várias camadas de análise e revela o objeto final.

A conclusão encerra com algumas reflexões acerca do método de trabalho com reflexões pessoais acerca deste percurso e investigação, e principalmente desta experiência do encontro com o outro.

Capítulo I: Panorama da Saúde mental actual

I.1 - O que é a saúde mental?

O conceito de perturbação mental, principalmente desde o século XIX até aos dias de hoje, foi alvo de várias revisões, e é hoje entendido como uma síndrome ou um padrão psicológico, de significação clínica, associado a um mal-estar ou a uma incapacidade. Uma doença mental é, hoje, entendida como uma alteração dos processos cognitivos e afetivos do desenvolvimento, que se podem traduzir em perturbações ao nível do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), define a saúde mental como sendo o *“completo bem-estar psíquico e social”*, ao passo que um transtorno mental implica a perda desse bem-estar¹.

No final da Idade Média, os “loucos” eram excluídos da sociedade para serem submetidos a tratamentos. Até então, estes eram membros constituintes da sociedade e em alguns casos eram até reconhecidos como figuras de razão ou detentores de verdade. No século XVII dá-se uma mudança decisiva: todos aqueles que de alguma forma “perturbavam a ordem social” (onde estavam incluídos os vagabundos, criminosos, indigentes, libertinos e homossexuais) eram forçados a afastarem-se, criando aquilo a que Foucault chamou de “a Grande Internação” (Foucault, 1961). No início do século XIX, o olhar sobre a “loucura” muda de novo e os “loucos” passam a ser vistos como “doentes mentais”, sendo por isso objeto de estudo, passíveis de tratamento e até de cura. A “loucura” passa a ser vista como uma questão de saúde e não como uma questão de ordem pública. Elaboram-se as nosologias, questionam-se procedimentos e o conhecimento sobre a doença mental evolui. O discurso psiquiátrico muda e apesar de internados, as condições materiais em que o internamento ocorre, altera-se.

Só a partir da descoberta dos psicofármacos, e através do impacto do Movimento para a Desinstitucionalização da década de 70 do século passado, foi possível observar mudanças de atitude na sociedade. Primeiro pela melhoria das

¹ Sitio da OMS - <http://www.who.int/en/>

condições de vida nos Hospitais, por conta da introdução de novas formas de tratamento, como a terapia ocupacional, a psicoterapia institucional, e mais tarde pela contestação radical dos Hospitais Mentais como instituições asilares, totalitárias. A antipsiquiatria veio pôr em questão os métodos de encarceramento e tratamento dos doentes mentais, e a desinstitucionalização iniciou, nos Estados Unidos da América (E.U.A.) e um pouco por toda a Europa, ainda na mesma década, um processo de encerramento dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por serviços na comunidade.

Nos E.U.A., o Movimento da Desinstitucionalização obteve resultados desastrosos pois o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhado por redes de suporte ou pela criação de estruturas adequadas na comunidade. Assim, a maioria dos doentes acabam por se tornar sem abrigo ou acabam presos por delitos menores. Este modelo, serviu até hoje, como referência a evitar nos programas de desinstitucionalização.

Na Europa, o expoente máximo da desinstitucionalização ocorre em Itália, com o “Movimento da Psiquiatria Democrática”, iniciado por Franco Basaglia, que assume que a Psiquiatria – enquanto disciplina isolada - não consegue fazer face ao complexo fenómeno que é a “loucura”, nem este pode ser dissociado de outras disciplinas ou áreas de intervenção. Basaglia considera ainda todas as questões que se sobrepõe à patologia, como resultado do processo de institucionalização a que eram submetidos os doentes asilados. Em Trieste, Basaglia promove a substituição do tratamento hospitalar dos doentes mentais por uma rede de atendimento, da qual faziam parte serviços de cuidados comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (também por ele chamadas de "grupos-apartamento")².

Em 1973, a O.M.S. credencia o Serviço Psiquiátrico de Trieste como a principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Como

² Franco Basaglia dirigiu, de 1961 a 1972, o Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália) e reuniu, juntamente com a sua equipa, uma série de notas e ensaios baseadas na observação e experiência, sobre a prática institucional, que publica na obra “A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico”, em 1968.

consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, em 1978 é aprovada em Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia". Este movimento decretou o encerramento de todos os Hospitais Psiquiátricos e a criação de Centros de Saúde Mental e de residências para os doentes saídos dos Hospitais, ainda hoje em vigor.

No Reino Unido, esta transição foi feita através de uma equipa de avaliação de serviços psiquiátricos (TAPS), criada em maio de 1985, para avaliar a política nacional de substituição de hospitais psiquiátricos pelos serviços distritais, que durou cerca de 13 anos.³

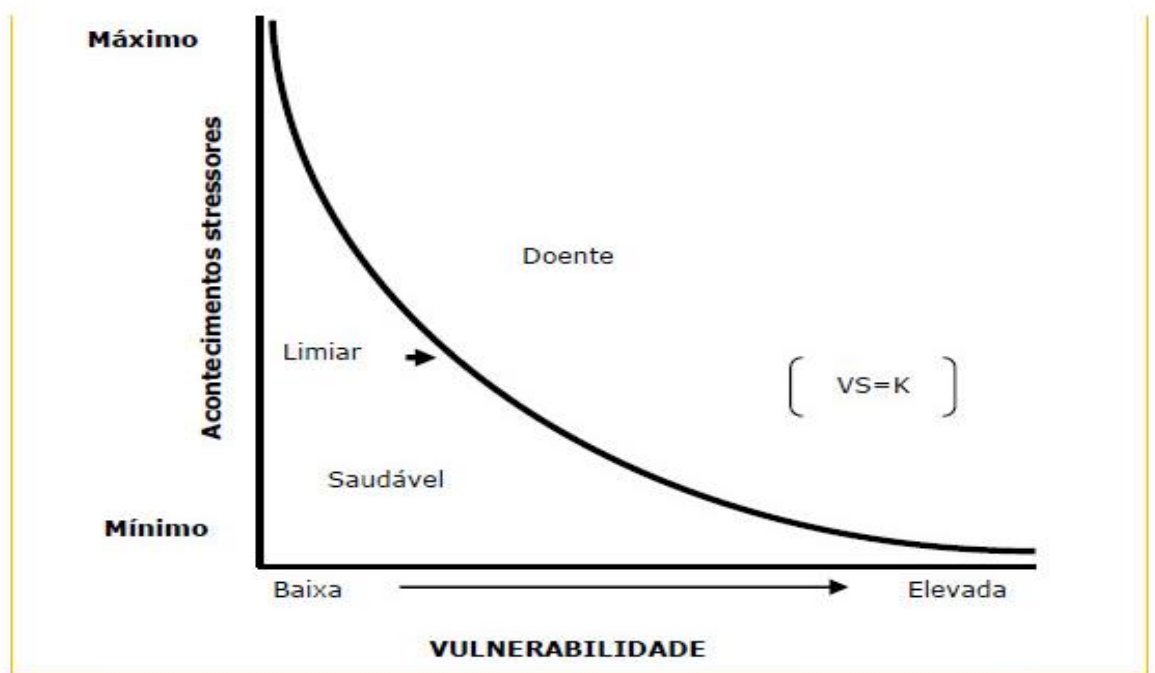
O advento da Psiquiatria Comunitária veio finalmente propor uma nova forma de tratar os doentes mentais na comunidade, sem os afastar da sua família e das suas redes de pertença, fatores fundamentais na sua reabilitação, através de Centros de Saúde Mental ou de Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais. Os internamentos passam a ter uma duração limitada, com o objetivo único de ultrapassar a fase mais aguda da doença, fazer um diagnóstico e instituir um plano terapêutico, que o doente segue com acompanhamento em regime ambulatório.

Em 2001, no Relatório Mundial da Saúde, a O.M.S. inclui o fator social na sua definição de perturbação mental que passa a ter a seguinte redação: *“perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de fatores biológicos, psicológicos e sociais”*. No entanto, esta definição não acompanha a lista de patologias inscritas no DSM V – o Manual de Diagnóstico Estatístico de Perturbações Mentais – que continua a ser tão abrangente que qualquer pessoa, facilmente, se pode reconhecer nelas.

³ “The TAPS Project - A report on 13 years of research, 1985-1998”

I.2 - Como surge a doença mental?

Em termos clínicos, a perturbação mental é atualmente “medida”, conferindo-lhe ou não o carácter de patologia, pelos níveis de stress e vulnerabilidade a que um individuo é exposto. A doença mental é passível de se desenvolver em qualquer individuo que atinja um limiar de vulnerabilidade (V) e acontecimentos stressores (S) dando assim origem à patologia, que aparece na intersecção limiar destes dois eixos [$VS = K$] podendo ser ocasionado por fatores biológicos (sejam estes genéticos ou neurológicos), ambientais ou psicológicos. “Assume-se [assim] que os desafios externos e/ou internos provocam crises em qualquer pessoa, mas dependendo da intensidade do stress provocado e do limiar para o tolerar, isto é, dependendo da vulnerabilidade pessoal, a crise será contida de forma homeostática ou levará a um episódio de transtorno...” (Zubin & Spring, 1977: 103).



A Equação para esta hipotética curva é $VS=K$, em que V é o grau de vulnerabilidade, S é o grau de stress induzido pelo acontecimento stressor, e K é a constante (o limiar).

Fig. 1 – Relação entre acontecimentos stressores e a vulnerabilidade (in Melo-Dias & Fernandes da Silva, 2015).

A dificuldade em definir a doença mental, prende-se com a larga abrangência de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção de uma realidade, do que pela sua falta

ou deficiência das capacidades anteriores à doença. A doença mental manifesta-se num determinado momento, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades. Portanto, na doença mental não há uma insuficiência do indivíduo, há sim uma alteração que pode ter vários graus, que pode ser tratada e em alguns casos até curada. O que é fundamental perceber é que a deterioração das capacidades do indivíduo são um resultado da doença e não a sua condição inicial.

Embora existam diversas categorias de perturbações mentais, as principais referem-se às perturbações neuróticas e às perturbações psicóticas. Enquanto as perturbações neuróticas afetam a percepção do sujeito sobre si mesmo e o nível de aceitação do Eu, mas não supõem uma desconexão com a realidade nem um afastamento importante da vida social, as perturbações psicóticas podem incluir alucinações, delírios e uma alteração afetiva e relacional grave. De um modo geral, estão também determinadas por fatores orgânicos, por vezes relevantes.

Aqueles sobre a qual a presente tese se debruça são as psicoses, entendidas como aberrações da conduta em relação aos padrões ou valores dominantes numa certa sociedade e aquelas que segundo a O.M.S. são, nos últimos anos, a principal causa de incapacidade e morbidade social.

Associado ao desconhecimento e ao estigma sobre a doença mental, surgem algumas crenças - infundadas - que são importantes mencionar para que se consiga construir esse olhar integral e unificado sobre o indivíduo com perturbação mental:

- A primeira delas é a da incurabilidade da doença mental, cuja crença descara a evolução da psiquiatria e farmacológica e o desenvolvimento de novos métodos psicoterapêuticos e psicossociais. Esta crença não prevê que hoje, é possível reverter uma doença mental. Também a ideia de que a agressividade é uma característica do doente mental é falsa. Ela é uma característica do ser humano e não exclusiva do doente mental. A agressividade, tantas vezes atribuída aos doentes mentais, não iguala ou supera a agressividade presente na população em geral, como vários estudos têm demonstrado. Uma outra ideia pré-concebida é a da incapacidade por parte doente mental, sendo esta a principal responsável pela exclusão e marginalização de pessoas com doença mental. A reabilitação e os tratamentos permitem a um doente mental

desempenhar praticamente todas as tarefas comuns ao quotidiano de indivíduos não doentes, e ver o seu trabalho reconhecido. Exemplo disso são Woody Allen (ator), Anthony Hopkins (Ator), Jim Carrey (Ator), Yayoi Kusama (artista plástica e escritora) ou Alice Evans (fotógrafa). A doença não apaga todas as dimensões humanas. Por último, a invisibilidade associada ao doente mental, resultado das restantes crenças mencionadas e que passa pela perda dos direitos cívicos daqueles, como sejam o direito de voto, casamento, constituição de família e de disposição dos seus bens. Ainda que haja medidas no sentido contrário, estes direitos nem sempre são salvaguardados ou promovidos.

I.3 - A Saúde mental em números

Para que se tenha uma noção geral do peso que estas doenças ocupam no tecido social, apresentam-se, sumariamente os números apurados pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental:

- 12% das doenças em todo o mundo são do foro mental, destes, 23% verificam-se nos países desenvolvidos.
- As perturbações por depressão são a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com um provável agravamento das taxas correlatas de suicídio e parasuicídio.
- Cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas, nomeadamente: depressão (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbação bipolar (2,4%) e demência (1,6%).
- Anualmente, 165 milhões de pessoas em toda a Europa são afetadas por uma doença ou perturbação mental, ainda que este número tenha vindo a reduzir desde 2015.
- Apenas um quarto dos doentes com perturbações mentais recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado.

I.4 O estado da saúde mental em Portugal

Os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal são escassos, no entanto, os dados do primeiro Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2013, pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, sugerem que mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%). Destes, os grupos mais vulneráveis são as mulheres, os indivíduos em situação de carência económica e os idosos, que apresentam um risco mais elevado que no resto da Europa.

Uma percentagem importante destas pessoas é portadora de doenças mentais graves: cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira, a grande maioria sem acesso a cuidados de saúde mental, programas de tratamento ou reabilitação psicossocial. Dez a 15% dos doentes mentais em Portugal necessitam de intervenção por serem resistentes a antipsicóticos ou pela ausência de uma rede de suporte ou por serem também doentes físicos e/ou por incapacidade de autonomia.

A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental refere mesmo que a carga global das perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% das doenças em Portugal, apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%) e superior às doenças oncológicas (10,4%).

No que toca à depressão, por exemplo, a O.M.S. fala mesmo de uma epidemia nos países ocidentais. Portugal, o país da União Europeia que mais benzodiazepinas (ansiolíticos) consome, é também um dos países onde a depressão assume maior gravidade e em que o intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o início do tratamento é mais elevado. Só 37% das pessoas com depressão *major* (aquela que mais fácil e rapidamente conduz ao suicídio) tiveram uma consulta médica no primeiro ano da doença.

Desde 1963 que Portugal se rege pela Lei de Saúde Mental (Lei nº 2118, 3 de abril), influenciada pelo *Mental Health Act* promulgado por J.F. Kennedy nos E.U.A., que propõe um modelo de cuidados baseado na comunidade. Decorridos mais de 50 anos, ainda não estão criadas as condições para que o modelo comunitário seja uma realidade efetiva no país. Não obstante, tratamento, reabilitação, capacitação e direitos do utente, são termos comuns na teoria das instituições de saúde mental. O foco institucional do governo central está na desinstitucionalização, que hoje é mais aberta, modernizada e cuja visão holística e integral de cuidados continuados tende a aplicar-se nas várias formas de intervenção, com vista à autonomia, fornecendo diferentes cuidados para diferentes pessoas.

Tanto o disposto na Lei de Saúde Mental - Lei n.º 36/98 – (e.g. *“prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade”, “reabilitação psicossocial (...) em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau de autonomia dos doentes”*), como o disposto no “Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007- 2016” (elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (C.N.S.M.) em 2007 e aprovado pelo Conselho de Ministros) pretendem *“definir as estratégias que promovam a concretização da organização proposta pela lei”,* cuja concretização passa por *“desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de doentes mentais graves”*. Esta realidade, é apenas praticada por uma minoria de serviços com estruturas na comunidade. É, por isso, imperativo que se adequem os recursos à escala das necessidades.

Neste mesmo momento, o Plano Nacional para a Saúde Mental (P.N.S.M.) 2007-2016, cumpre um dos seus objetivos fundamentais (talvez o único ponto do plano a ser integralmente cumprido): a diminuição da institucionalização de doentes mentais.

Ao fazer-se a passagem dos serviços locais de atendimento em saúde mental para os hospitais gerais, retirou-se a estes centros, mais próximos dos utentes e das suas necessidades, a possibilidade prática de se desenvolverem redes de cuidados na comunidade, que em outros países europeus, como a Suécia ou a Noruega, têm vindo a proliferar de há trinta anos para cá. Paralelamente, os hospitais psiquiátricos, não detêm

qualquer plano (nacional ou regional), funcionando sem qualquer obrigatoriedade de atender aos objetivos que lhes foram atribuídos pela lei de saúde mental. Ou seja, o atual modelo de gestão e financiamento é totalmente anacrónico, disfuncional e impeditivo do desenvolvimento dos serviços de acordo com os objetivos que se pretendiam alcançar. Não só o Plano Nacional de Saúde não tem verba para implementar estas soluções, como em Portugal, há uma reduzida participação de utentes e familiares, uma escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental (contrapondo, por exemplo com outros países europeus ou mesmo o Brasil), há uma resposta muito limitada às necessidades dos grupos mais vulneráveis e uma quase total ausência de programas de promoção e prevenção em saúde mental. Neste panorama, parece não haver espaço para o serviço de psiquiatria comunitária.

As dificuldades e insuficiências desta área são ultrapassadas pela esperança que os profissionais da área depositam no novo plano de saúde mental a ser desenhado em 2017, centrado no programa de cuidados continuados e integrados, cuja atribuição de verba governamental extra, pode finalmente trazer mecanismos que permitam criar serviços e programas intermediários de que há muito se carece. Este novo plano aposta também no desenvolvimento das unidades de saúde familiar, que fomentam a articulação das equipas de saúde mental com os cuidados primários, que permitem testar novos modelos de gestão e financiamento, particularmente adequados à realidade das equipas de saúde mental comunitária e, na criação de vários novos hospitais gerais, com unidades de psiquiatria e saúde mental, que podem constituir uma oportunidade para o desenvolvimento dos serviços locais de saúde mental. Por último, a esperança de que as instituições públicas disponibilizem verbas efetivas para a ampliação da rede de residências comunitárias.

Neste último ponto, a integração comunitária, enquanto processo de reabilitação do doente mental (*recovery*) e não como uma consequência da patologia, obriga a um questionamento estrutural dos modelos através do qual esta integração é feita. Este questionamento, deverá ser feito, pela observação e participação multidisciplinar que vai desde a psiquiatria, à farmacologia, passando pela redefinição dos espaços sociais e as relações causais de todas estas áreas.

As doenças mentais são as que mais incapacidade causam, no entanto, a nível institucional há pouca disponibilidade para olhar para este tema, tendo mesmo sido considerado uma questão de baixa prioridade política (Jané-Llopis e Anderson, 2006). Reverter esta falta de prioridade torna-se um processo árduo uma vez que os diretamente visados não estão inseridos na comunidade e estão, à partida, impedidos de uma agencialidade reivindicativa e, portanto, votados a um “não-papel” social.

I. 5. A Institucionalização, o internamento de longa duração e as Residências Comunitárias

Em Portugal, de 2005 a 2012 as camas psiquiátricas públicas diminuíram de tal forma que as consultas e o tratamento ambulatorio dos serviços de saúde mental local aumentaram em 4 vezes. Junta-se a esta insuficiência de estruturas alternativas, a emergência dos novos doentes crónicos, com comportamentos problemáticos e ou aditivos, vulnerabilidade extrema e com reinternamentos frequentes, também designados como “indivíduos com défice no funcionamento psicossocial” (indivíduos com comportamentos alterados, dependentes, não aderentes, apáticos e com incapacidade por parte dos cuidadores). Ainda que a tónica seja cada vez mais a da desinstitucionalização e a dos cuidados ambulatorios e residenciais, as últimas medidas governamentais relativamente a este tema apontam para a criação de mais estruturas de reabilitação psicossocial e implementação de cuidados continuados de saúde mental com vista à redução do número de episódios de internamento por perturbações psicóticas. No entanto, falta ainda dar resposta às reabilitações e integração dos portadores destas patologias, alterando a forma como são olhados e integrando-os na comunidade. Alterando inclusive, os procedimentos ao nível judicial, onde acabam, invariavelmente uma quantidade significativa de doentes de saúde mental.

Em Portugal, de 2014 a 2016, 74% das referenciações indicadas foram para o internamento de curto/médio prazo, principalmente devido a esquizofrenia e/ou alcoolologia. Um quinto dos doentes em saúde mental não têm indicação para serem colocados na comunidade, logo o resíduo institucional existirá sempre, ainda assim, é necessário olhar para as soluções onde a integração é passível de acontecer.

Um doente psicótico é um doente menos livre de tomar decisões, até se tornar incompatível com a vida em sociedade. O que o tratamento pretende é devolver o grau de autonomia social. Da mesma forma, a desinstitucionalização sem um programa de prevenção primária, cria problemas sociais que ficam sem resposta.

A Reabilitação Psicossocial é uma perspetiva relativamente recente, que se baseia na convicção de que é possível dotar o indivíduo de ferramentas que permitam ultrapassar as limitações causadas pela doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. É necessário, também, sensibilizar a comunidade para aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração. É necessário promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* dos indivíduos com perturbações mentais e da advocacia junto da sociedade. É necessário criar redes de suporte social que forneçam apoio às competências adquiridas e a desenvolver. A erradicação do estigma passa também por arranjar soluções para os diferentes tipos de doente e necessidades.

Em Nova Iorque, tal como em Lisboa, o programa *Housing First*, é um exemplo de habitação apoiada para a população sem abrigo e doente mental em que 30% do seu rendimento (proveniente de pensões sociais) é canalizado para o pagamento da renda da casa, promovendo a responsabilização individual (AEISP, 2009).

O diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde (D.G.S.) em declarações à TSF, esclareceu que: *“o principal problema tem sido falta de financiamento do Estado”*. E acrescentou que *“por esta altura deviam existir 4 a 5 mil doentes, graves, integrados nestas unidades, mas na realidade o número de pessoas que integram este serviço são cerca de 300 em unidades residenciais e cerca de 600 em unidades socio-ocupacionais. (...) ninguém sabe o que se passa com os doentes mentais graves sem acesso a estes Cuidados Continuados. Na prática, tudo indica que o mais provável é terem crises e internamentos psiquiátricos com muito mais frequência do que seria normal”*⁴

A implementação deste modelo de tratamento, implica mudanças e princípios, que a ocorrerem influem na composição do tecido social que passa por: uma rede de

⁴ Texto da Entrevista disponibilizada no sítio da TSF em 28/1/2015.

serviços que prestem cuidados diferenciados, não podendo os serviços de saúde mental ser uma estrutura à parte, devendo estar integrados nos Hospitais Gerais e Centros de Saúde, a continuidade de cuidados, a articulação com os serviços da comunidade, e fundamentalmente, perceber a importância da reabilitação psicossocial, da integração social e do apoio às famílias, fomentando a participação destas no planeamento e avaliação dos serviços.

Para atingir estes objetivos, os serviços de saúde mental têm que se articular com outros serviços que dispõem de recursos diferentes e adequados a esse fim, como escolas, centros de emprego e formação profissional, serviços de segurança social, instituições particulares de solidariedade social, centros paroquiais, juntas de freguesia, etc.. A complexidade dos problemas postos pela perturbação mental e pela exclusão social devida ao estigma exige uma união de esforços, recursos, disciplinas e matérias e uma ação concertada de valorização das redes de suporte social e do próprio indivíduo enquanto elemento constitutivo da sociedade.

Também a farmacologia, que hoje tem uma componente neuroprotectora⁵, acompanha e facilita a tendência da integração comunitária e conseqüentemente promove a não institucionalização e a qualidade de vida do doente.

É urgente a atualização nestes procedimentos e a definição de critérios para a integração e autonomia dos doentes para que se possa defender o direito ao cuidado e tratamento do doente, monitorizando a evolução do doente com vista à sua autonomia. Colocar um doente mental na comunidade sem saber se ele consegue ou é capaz de viver nessa comunidade é retirar-lhe o seu direito a não querer viver nesse sistema. A inclusão não significa, pois, impor um modelo de vida ou cultura dominante. Significa antes, ter resposta para as diferentes necessidades sociais e dotar o doente de mecanismos para a sua integração e participação social.

A reabilitação é uma das fases do *continuum* de serviços necessários para que as pessoas com perturbações mentais possam, não só ultrapassar os sintomas patológicos, como também recuperar a sua dignidade e alcançar um nível de funcionamento que

⁵ A farmacologia, hoje, tem componentes que atuam apenas no tecido cerebral doente, não afetando outras áreas do cérebro, eventualmente já sensibilizadas pelos episódios psicóticos.

lhes permita participar na comunidade onde vivem. No fundo trata-se de uma endoculturação: dotar o individuo de meios para que possa participar plenamente na sua sociedade tendo o seu comportamento adaptado a modos culturalmente aceites. O objetivo deste processo, consiste em proporcionar uma resposta às necessidades globais da pessoa, quer no aspeto físico e psicológico, como familiar, profissional, educacional, económico e cultural, de modo a favorecer o máximo de autonomia e integração social e contrariar o isolamento dos indivíduos cujas redes de contacto tendem a ser preenchidas apenas por profissionais da área, ou por conhecidos com uma problemática idêntica.

Nesta problemática, são as Organizações Não Governamentais (O.N.G.) e as Instituições Particulares de Solidariedade Social são as que mais têm desenvolvido serviços que dão resposta a estas necessidades. São elas quem promove a participação dos utentes na comunidade e concretizam o que está previsto na Lei 36/98 de 24 de julho, também conhecida pela Lei de Saúde Mental, que afirma que *“a reabilitação psicossocial deve ser assegurada em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de inserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao seu grau de autonomia”*. Os serviços mais frequentemente desenvolvidos pelas O.N.G. e I.P.S.S. são: o apoio residencial e ocupacional, a formação profissional feita normalmente em empresas de inserção, constituição de grupos de ajuda mútua, centros comunitários e o emprego apoiado ou emprego protegido. O Distrito de Lisboa é aquele que mais aderiu à implementação de respostas reabilitativas, tendo sido criadas, até ao final do ano de 2006, 497 lugares neste distrito, sendo os mais carenciados os distritos de Coimbra, Santarém, Viseu e Évora.

I.6 - A Casa de Saúde da Idanha

Em Portugal, a par das instituições públicas, que, como referido anteriormente, não conseguem dar resposta ao panorama atual, há instituições que desenvolvem e favorecem uma integração do doente mental na sociedade, com práticas complementares e inovadoras. Exemplo disso é a Casa de Saúde da Idanha (C.S.I.), local onde se realizou o presente trabalho de campo e tese. Este estabelecimento de saúde

mental, é dirigido pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Presente em Portugal desde 1894, conta atualmente com 12 estabelecimentos de apoio nas várias áreas da saúde mental a nível nacional. No local onde decorre a presente tese, na Cldanha (Belas), têm uma lotação de 525 camas, divididas em 17 unidades de internamento, 4 residências internas e 4 residências comunitárias de apoio moderado. Constituída em 1881, por São Bento Menni, a Casa surge como resposta ao abandono e exclusão social de que sofriam os doentes mentais, os deficientes físicos e/ou psíquicos na época. Dedicou-se à prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, com respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa com vista a uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população, considerando os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica e espiritual da pessoa doente, e orientada pela Doutrina Social da Igreja.

Os utentes são admitidos por referência e encaminhados para o curto, médio ou internamento prolongado, ou colocados nas Unidades Residenciais, que podem ser residências internas de apoio máximo ou residências de apoio moderado na comunidade, sempre acompanhados por uma equipa terapêutica multidisciplinar constituída por um/a médica/o, enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, engenheira alimentar e assistente espiritual, sendo um destes profissionais de saúde designado como técnico de referência de cada utente. Entre outros, a Casa garante aos seus utentes os seguintes direitos fundamentais:

- O reconhecimento da sua identidade

- A imagem e a reserva da sua vida privada, sendo vedada a utilização por quaisquer meios, a recolha de imagens, garantindo sigilo sobre a sua vida privada e a não participação em quaisquer atos públicos contra a sua vontade e sem autorização do seu representante legal (...)⁶.

O objetivo da C.S.I., ao criar estas residências, enquadra-se nas designações do Plano Nacional de Saúde Mental (P.N.S.M.) 2007-2016 e no *Mental Health Action Plan*

⁶ <http://www.irmashospitaleiras.pt/C.S.I./>

2013-2020 da O.M.S., que preveem, entre outros, a criação de “*respostas residenciais fora do âmbito clínico*”⁷ em “*community-based settings*”⁸.

A C.S.I. é atualmente, e desde há cerca de 25 anos, um dos poucos exemplos onde estes pontos do programa são um modelo integralmente posto em prática. Este programa, é, dentro da C.S.I., denominado de “Laço Verde”. “Laço” porque se pretende que os seus residentes criem laços, “Verde” pela esperança que nele depositam.

Este modelo de reabilitação, cuja evolução é monitorizada e registada num plano individual de intervenção (P.I.I.), quer de utentes de longa duração, quer de curta duração, tem como objetivo último, a alta. Por ser um modelo sem características asilares, utiliza métodos como as reuniões comunitárias (onde se faz uma reflexão crítica de direitos e deveres e tomadas de decisão por parte dos utentes), bem como outras atividades terapêuticas como a preparação autónoma da medicação e a estimulação cognitiva e social através dos vários ateliers diários em funcionamento na Casa, como sejam a pintura, escultura, bijuteria, tapeçaria, ou a leitura. Fora da instituição, os utentes utilizam o comércio local, fazem passeios, vão ao teatro, ao cinema ou à praia, entre outras atividades.

As implicações práticas do processo de *recovery* focam-se em dotar o doente de ferramentas que lhe permitam lidar com as dificuldades do quotidiano, com intervenções centradas nas necessidades dos pacientes e das suas famílias, sempre de acordo com a participação e escolha dos utentes. Pretendem, com tratamentos baseados na evidência científica, ir além de regular sintomas, adotando uma perspetiva global da pessoa. Fulcral para a recuperação e um elemento primordial no processo de *recovery* é a retoma imediata do funcionamento do utente na comunidade. Neste processo, uma das grandes dificuldades gerais da reinserção social é o estigma. Não podendo afirmar que este modelo diminui o estigma, o que se pretende é dotar o doente estigmatizado de uma maior capacidade de lidar com o estigma e a discriminação de que é alvo.

⁷ <http://www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>

⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, pág. 10.

I.7 - Estigma, uma das variáveis da discriminação

O estigma e a discriminação são o maior obstáculo à participação social e ao processo de *recovery*. Diversos estudos revelaram que, devido à discriminação, as pessoas com doença mental são bastante afetadas na sua autoestima, devido à percepção que têm da desvalorização que lhes é atribuída e da rejeição social que constantemente os atinge (Link e Phelan, 2001). Estes autores identificaram mesmo três formas específicas de discriminação: a discriminação direta, a discriminação estrutural e a discriminação pessoal, quando o indivíduo com doença mental acaba por interiorizar os estereótipos instituídos socialmente.

No caso da esquizofrenia, por exemplo, uma doença do cérebro que tem implicações no comportamento, o que existe é uma desconexão dos circuitos cerebrais com lesões na massa cinzenta que criam disfunções cognitivas. Os estudos da evolução desta doença apontam para 2 suicídios em cada 3 doentes, com muitas reincidências uma vez que as recaídas são potenciadas pela própria evolução da doença (que criam uma hipersensibilidade da fenda sináptica). Mais, 15% dos doentes com esquizofrenia, ao fim de 10 anos continuam internados, sem melhorias. Dos doentes referenciados com esquizofrenia, 15% estão em enfermarias, outros em estabelecimentos prisionais (6%) e 28% são independentes. A prevenção e o diagnóstico precoces são a única forma de não se chegar à institucionalização.

Em psiquiatria e saúde mental, a doença esquizofrénica é a mais complexa de definir. Não só porque ela abarca um largo espectro de sintomas, que segundo a O.M.S., vão desde as alucinações (ouvir, ver ou perceber algo que não existe), delírios (falsos e persistentes conceitos dos quais o paciente está firmemente convencido, mesmo quando há provas em contrário) até ao comportamento extravagante (aparência peculiar, abandono da limpeza pessoal, discurso desorganizado)⁹, como tem um curso evolutivo rápido e altamente incapacitante que obriga a uma intervenção precoce. A dificuldade de definição do diagnóstico, faz com que se descurem as primeiras fases da

⁹ OMS, Nota descritiva N°397, Abril de 2016;

doença. Por estas razões, Van Oos prefere a utilização do termo “Síndrome da Vulnerabilidade Psicótica” ou mais corretamente “Síndrome da Desregulação da Saliência” (BMJ, 2016; 352:i375), que não só torna mais clara a intervenção, como combate o estigma desse “pacote” de sintomas a que facilmente se chama esquizofrenia, evitando o agrupar de pessoas com um tão largo espectro de sintomas. No Japão e na Coreia do Sul, por exemplo, o termo “esquizofrenia” foi já abolido e os resultados publicados no jornal *Psychological Medicine*, apontam para uma diminuição do número de suicídios e uma maior procura de ajuda por parte dos doentes (Gregoire, 2016).

Nesta amputação de uma identidade total própria, por via de uma característica parcial, o doente reconhece o estigma e reforça a doença: *“O doente reconhece a sua anomalia, dando-lhe, pelo menos, o sentido de uma irreduzível diferença que o separa da consciência e do universo alheio. (...) A maneira como um sujeito aceita ou recusa a sua doença, a maneira como interpreta e dá significação às suas formas mais absurdas - tudo isto constitui uma das dimensões essenciais da doença.”* (Foucault, 2008 [1975]). Detentor de uma existência própria, mas não sabendo como acedê-la, torna-se incapaz de a recuperar (Young, 1995). Precisam, como o comprovam os estudos etnopsiquiátricos de Young (1995), Quintais (2013) ou Biehl (2005), de um suporte externo e de moderadores para poderem aceder a uma resignificação da sua experiência, por forma a libertarem o artefacto pré-construído e culturalmente sancionado e sentirem-se “normalizados” (Quintais, 2013; Young, 1995). O estigma, fortalece o imaginário social sobre a doença, a sua irrecuperabilidade, reforça a manutenção do poder, a ordem e o símbolo do normal/natural (Minuchin, 1990).

Outros autores referem também, que os programas anti estigma devem abandonar as estratégias assentes em explicações com base na doença porque, apesar de aumentarem o nível de informação disponível junto da população, não revelaram ter qualquer impacto na redução do medo, devendo, pelo contrário, focar-se no aumento do contacto porque o *“fator contacto direto com pessoas com doença mental”* revelou atitudes mais positivas por parte da população (Read e Harré, 2001). As experiências de comparação realizadas, concluíram que a estratégia de contacto direto apresentava melhores resultados na mudança de atitudes do público. (Read e Harré, 2001).

A abordagem à mudança social implica intensificar a familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental, criar um contacto direto entre estas existências e dessa forma perceber uma outra forma de ser e de viver, que permita olhar para o Outro, ausente de elementos e juízos discriminatórios.

Nestas *relações mistas* (Goffman, 1963 [2004]), entre “normais” e estigmatizados, há sempre um desconforto para ambos. Não só os normais não conseguem olhar para o “doente” como normal, como o “doente”, ciente da sua condição de estigmatizado, encobrirá sempre uma parte de si, por forma a igualar-se ao “normal”. A informação que o “doente” fornece sobre si mesmo é reveladora da sua condição de estigmatizado, que ao saber-se como tal, filtra e mostra apenas os atributos de uma *identidade social virtual*, aquela que – segundo a norma social – ele deveria possuir. A sua *identidade real*, nunca chega, por isso, a ser conhecida (Goffman, 1963 [2004]).

Nas relações mistas, o que se auto-isola torna-se por isso mais desconfiado, hostil, deprimido ou confuso e sente-se mais inseguro e/ou mais exposto na sua interação com o “normal”, oscilando entre a agressividade e a passividade (Goffman, 1963 [2004]). É por isso mais fácil para o estigmatizado, o convívio entre os seus pares, onde as identidades podem ser reais, são aceites e compreendidas e construir a partir daí, com o apoio do grupo, a elaboração de uma carreira moral que inclui a consciencialização de que são portadores de um estigma, as consequências sociais de o possuírem e a superação conjunta das suas limitações, que gradualmente os aproxima da “normalidade” .

Portador de uma doença - mental, física ou outra - o indivíduo exerce a identidade que lhe é conferida pelas suas relações sociais. Assim, qualquer pessoa poderia ser incluída na categoria de desviante pois uma pessoa comum, pode ter por vezes um comportamento desviante, tal como uma pessoa com desvio tem muitas vezes comportamentos normais, por isso, também o indivíduo estigmatizado pode desempenhar ambos os papéis da ambiguidade normal-desviante (Goffman, 1963 [2004]).

O que persegui, nesta tese, são os ganhos em todo este processo, não as perdas. Ainda que seja inevitável falar delas, não persegui as patologias ou os motivos que as causaram, mas antes a *dimensão humana que a doença apaga ou revela* (Foucault, 2008 [1962]) e a construção de um novo indivíduo, “pós doença” se assim lhe puder chamar.

Não havendo uma via para falar do estigma sem se falar do estigmatizado ou do estigmatizante, há formas de o mostrar sem que seja opressivo para qualquer dos lados. Falar de doentes mentais sem que seja pela via da dignificação do doente é perpetuar o estigma, a distância e a diferença entre indivíduos detentores de uma patologia e “normais”.

Adoptar um discurso centrado exclusivamente na parte doente de um qualquer indivíduo é deixar que o estigma continue a ter a voz que o doente não pode ter. Aquilo que tem que ser mostrado é a sua parte não doente, aquela que gera e constrói laços e relações, com vista à sua integralidade humana e social. É ver o doente mental como funcional ou “normal” e criar condições para a aceitação destes como parte de um contexto cultural maior, e portanto mais diversificado.

Perseguindo esse contacto direto, em busca desse encontro misto, não vou referir-me ou retratar o grupo de mulheres objeto desta tese como “utentes” ou “doentes”, mas antes como “residentes” de um contexto habitacional e relacional específico. Referir-me-ei a “utentes” sempre que se tratar de matéria relativa à institucionalização, e a “residentes” sempre que se tratar de matéria relativa à permanência em residência comunitária.

CAPITULO II: A VISÃO ANTROPOLÓGICA DA SAÚDE MENTAL

II.1 - A Saúde e a Doença pela Antropologia

O fenómeno da saúde ou da doença (enquanto ausência de saúde), deve ser entendido não de forma isolada, mas relacional, ou seja, agregado a aspetos sociais, culturais, políticos e económicos, imbuído do olhar dos diferentes atores sociais em torno de um bem comum: o de assegurar a saúde do individuo.

A concentração da atenção em episódios negativos ou exclusivamente focados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas, tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e a contribuir para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social.

Com frequência somos confrontados, nos meios de comunicação social, com imagens ou ideias exacerbadas que ridicularizam as vivências das pessoas com doença mental. Neste caso, trata-se de acentuar um imaginário público através de representações irrealistas e de utilização de linguagem discriminatória para descrever e identificar as pessoas com doença mental. Paralelamente, até anos recentes, e devido à dificuldade em apoiar as pessoas com doença mental, as soluções mais conhecidas e frequentes – os grandes hospitais psiquiátricos – passavam por asilar e isolar os portadores de uma doença mental das suas comunidades e das suas redes familiares.

Para além da apreensão que resulta do aparecimento da doença em si mesma e do receio provocado por uma situação que não se compreende, a manutenção dos indivíduos com doença mental numa organização que limita a liberdade de circulação e o contacto com as outras pessoas, tem tido como consequência o desconhecimento e o aumento do receio e até a incapacidade de nos relacionarmos com pessoas que vivem uma doença mental, aparecendo esta como um forte estigma do qual as pessoas em geral procuram distanciar-se. Mesmo quando se trata de um trabalho académico, como a presente tese.

O que se descarta nesta separação é que o contacto direto proporciona reflexões não só em torno do fenómeno saúde/doença, bem como da sua relação com aspetos sociais e culturais dos povos, ressaltando que o conhecimento biológico, por si só, não é suficiente para entender a complexidade desse fenómeno. Um ganho de saúde em anos de sobrevivência pode ser menos relevante do que a participação social. O consequente aumento da capacidade de adaptação de um doente pode-se tornar mais relevante e realista do que a cura absoluta.

A saúde humana pauta-se por um conjunto de dimensões e características, todas elas dinâmicas, que podem ser medidas e apesar das eventuais limitações de uma doença, um individuo pode sentir-se saudável, integrado e construir um percurso de vida com significado.

Gabor Maté, chama-lhe o “mito da normalidade”. O conceito de “normal” ou “anormal” por ser definido e construído a partir da conceção cultural do que é normal, não é igual em todos os locais. Portanto, num determinado local e tempo, temos um padrão cultural para aquilo que é entendido como normal e tudo o que sair fora dele é tido como anormal. Segundo Maté, aquilo que existe, na verdade, é um *continuum*, um espectro de traços (de personalidade) que se podem desenvolver e fundamentar uma patologia e que estão presentes em qualquer ser humano. Num espaço, físico ou cultural, onde a pessoa é aceite na sua totalidade, quaisquer que sejam os seus traços, não há doença. A doença é uma construção conceptual e cultural e não um fenómeno isolado do individuo. Uma sociedade que idealiza um individuo e lhe destrói contextos sociais, que ignora necessidades diferentes daquelas que são construídas culturalmente e castra o contacto com esses contextos, é uma sociedade que promove a doença (Maté, 2008).

Nas sociedades ocidentais, em que o individuo é qualificado por aquilo que produz e não por aquilo que é na sua totalidade, a valorização do individuo é-lhe atribuída pelos outros e não pelo valor humano e pessoal que lhe é inerente. Este paradigma produz e promove a rejeição, a desconexão com o seu contexto social e no limite, a doença. Também as alterações demográficas, as mudanças nos padrões de doença, a inovação tecnológica e a mobilidade geográfica lançam novos desafios às respostas a dar à doença mental.

Assim, torna-se urgente saber como se desinstitucionaliza, como se devolve à sociedade um elemento que é seu por natureza, mas que por não possuir todos os atributos culturais vigentes, é colocado à margem. Como se acolhe, suporta e agencializam indivíduos e personalidades que supostamente não têm espaço numa sociedade “normal”, sem se correr o risco do que aconteceu nos E.U.A., na década de 70, quando procedeu à desinstitucionalização maciça de doentes mentais que acabaram nas ruas da cidade?

Antes de Maté, já Foucault, na mesma década, sublinhava que “*entender a psicose é também buscar entender quais os padrões dominantes e quais as reações do grupo social a tais condutas estranhas e aos seus agentes*” (Foucault, 1978). É aqui que se cria o estigma.

II.2 - Casa e Residência

Antes de entrar na casa onde decorre o filme que deu origem à presente tese e perceber as relações que nela se estabelecem e desenvolvem, e elaborando os elementos clássicos de análise e investigação antropológica - as noções de casa e parentesco -, é necessário fazer uma distinção que me parece fundamental: a noção de “casa” e a noção de “residência”. Se para a população em geral estes dois conceitos parecem idênticos, dentro deste trabalho eles adquirem significados e funções distintas.

Casa, (latim *casa*, *-ae*, cabana, casebre), *substantivo feminino:*

1. Nome genérico de todas as construções destinadas a habitação;
2. Construção destinada a uma unidade de habitação, geralmente unifamiliar, por oposição a apartamento = MORADIA, VIVENDA;
3. Cada uma das divisões de uma habitação = CÔMODO, COMPARTIMENTO, DEPENDÊNCIA;
4. Local de habitação = DOMICILIO, LAR, MORADA, RESIDÊNCIA¹⁰

¹⁰ “**casa**”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/casa>

Re-si-dên-ci-a, substantivo feminino:

1. Morada habitual num lugar, domicílio.
2. Casa onde se reside, morada.¹¹

Apesar de ambos se tratarem de substantivos, neste objeto, a “Casa” assume o papel de entidade principal, de instituição por excelência, aquela que estipula as regras, instrui as tarefas, implementa condutas, fomenta os laços e restabelece e reabilita pessoas. A “residência” assume-se como o espaço físico que é habitado por um grupo restrito de pessoas que comunga de uma mesma condição, mas cuja sociabilidade influencia e pode ser influenciada pelos elementos que a constituem. É um reduto de liberdade, o espaço onde se partilham as mesmas regras, mas não necessariamente as mesmas rotinas. A residência é, além de tudo o mais, o símbolo de saúde que distingue as suas residentes das internas na Casa. Por oposição, a Casa é o símbolo de doença, de dependência (por oposição à autonomia) e de “Regras”. Neste trabalho, Casa e residência distinguem-se no seu idioma simbólico, significado e modelo cognitivo para pensar e experimentar o mundo.

A residência, cenário real do objeto fílmico, é fundada na aliança que se desenvolve entre as suas residentes, nas suas concordâncias e antagonismos, mas sempre em respeito e em concordância com a Casa. A coesão desta unidade residencial é o bastião de liberdade e identidade que se distingue dos utentes da Casa. É, para algumas das suas residentes, o espaço abrigador, protetor e de conforto, por oposição a um exterior agressivo (Bachelard, 1984) porque é dotada de uma moral e de uma organização “familiar” estipulada por quem lá reside. Sinal e agente de mudança dos processos de individuação, autonomia e saúde, são as vivências internas que lhe conferem significações únicas, coerentes e afirmativas das identidades pessoais e sociais e na qual as residentes se (re)constroem através das suas negociações. As suas relações internas são a expressão da coexistência e a construção conjunta de esforços de individuação e de processos relacionais que funcionam como um parentesco estrutural

¹¹ “residência”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/resid%C3%Aancia>

funcionalista (McCallum e Bustamante, 2012). Uma ausência de vínculos, propicia a desordem, a ausência de autonomia e retira o indivíduo do contexto do grupo social.

Por outro lado, a “família” é a unidade social universal onde se desenvolvem os múltiplos papéis de um sujeito, cuja existência individual e social são marcas das diferenças culturais. É uma organização de apoio, proteção, limites e socialização cujas experiências têm em vista a autopropetuação, acomodando no seio das suas significações as mudanças exteriores.

Nesta residência, as suas habitantes constroem uma história comum, através dos seus vínculos, afectos e fendas, que estruturam o universo de cada um dos membros do grupo e onde o suporte para a compreensão das suas diferenças individuais transcende todas as diferenças existentes no exterior desse núcleo.

II.3 - Parentesco

O grupo de residentes do 3.º A, objeto de estudo da presente tese, tem a mesma formação desde há 3 anos. Por partilhar o mesmo espaço e vivências, acaba por ter uma experiência de estrutura e identidade familiar, ainda que muitas das vezes as próprias se refiram umas às outras como “colegas”. Não obstante, sempre que uma adocece, por exemplo, as restantes preocupam-se em ajudá-la e apoiá-la para que ela “*não volte lá para dentro*”, garantindo assim a coesão do grupo e a manutenção de uma estabilidade, um *status quo*, que não se quer ameaçado. Tal como numa família, um eventual mal-estar de uma das residentes põe em causa não só a estabilidade da residência enquanto entidade autónoma, mas a autonomia e independência de cada uma das residentes, cuja participação compreende a existência dos outros, partilhando uma mutualidade (Patriarca, 2012, 592) do ser (Carsten, 2013). Nesta unidade e coesão, a residência torna-se assim o símbolo Lévi-straussiano da sua própria recuperação e o modelo cognitivo para estruturar, pensar e experimentar o mundo de cada uma das residentes, bem como de todas elas enquanto unidade “familiar”.

Aquele que é um grupo criado pela instituição, para autonomizar as utentes e estimular a criação de laços afetivos que suportem esta autonomização, acaba por ser, na prática, muito mais do que um mero grupo com um contexto e linguagem comuns e

torna-se um “Lar” onde os laços desenvolvidos vão além da própria terapêutica, da hierarquização e até da sua identidade enquanto “utentes de saúde mental” e constitui-se num sentido maior de compreensão e entreaajuda que conservam o grupo enquanto unidade familiar.

Tradicionalmente a casa está projetada para a família, enquanto produto da conjugalidade ou da descendência consanguínea, no entanto esta residência pauta-se por um “parentesco desnaturalizado” (Lévi-Strauss, 1967), assente no seu carácter funcional: a aliança de um determinado grupo de pessoas para a obtenção de fins comuns. O idioma que partilham dentro e fora da residência não é o do sangue, mas o do percurso de vida: um parentesco assente e construído em abstrações não totalizantes, em que cada elemento que o constitui pode ou não ser passível de mudança (Lévi-Strauss, 1967). Apesar do seu carácter funcional, o acumular de experiências vividas e partilhadas integram os elementos de qualquer outra relação de parentesco, como sejam a diferenciação, a hierarquização, a exclusão e por vezes até o abuso. (Carsten, 2013). São exatamente estas experiências que têm o poder de conferir a estas relações intersubjetivas o grau de parentesco, e é através delas que se consegue distinguir e perceber o papel de “mãe”, “filha” ou “irmã mais velha”.

II.4 - Etnografia com câmara

A grande questão comum a todas as ciências sociais parte da mesma pergunta: como concebemos o ser humano? A presente tese toma o ser humano como um ser unificado em que a mente não é apenas uma função do cérebro ou parte de um sistema nervoso, mas parte integral de um ser, nas suas relações intersubjetivas com os outros e com o mundo que o rodeia. Neste sentido, cada individuo tem uma narrativa pessoal que faz dele o ser unificado que é e compreender o mundo que o rodeia é, por isso, crucial. A Antropologia é, antes de mais, a ciência social pela qual é possível demonstrar a multiplicidade e a diversidade cultural que permite pensar e constituir o ser humano no mundo ou, como a singularidade de cada um se situa no que temos de comum.

A etnografia, enquanto método privilegiado da antropologia, exige do antropólogo, enquanto observador participante, uma permanente adaptação aos

encontros e distâncias, às aproximações e recuos, que lhe permitem integrar ou ir em busca da realidade observada. Se nas ciências exatas se distingue experiência de observação, no método etnográfico, experiência e observação, são na maioria das situações, a mesma coisa e é neste campo conjunto, que se produz o seu conhecimento.

Ao deixar de lado uma certa “rigidez”, imposta pelas ciências exatas e abrindo espaço para outras formas de recolher e transmitir conhecimento, o que a etnografia faz é captar, neste caso através da gravação de imagens, um determinado modo de fazer, num determinado espaço e tempo, na continuidade da impermanência humana (Morphy e Banks, 1999: 30).

Para chegar ao objeto final, o antropólogo teve que passar por um longo processo de acesso ao seu objeto: identificar gestos, palavras, conceitos, hábitos, disposições, humores, perceber-lhes a forma e a abrangência. No afastamento, decifrar os que não conhece e definir uma forma (ética) de ir em busca deles e acima de tudo o porquê e o propósito de ser daquela forma. Neste emaranhado, encontra-se ainda a relação estabelecida entre o antropólogo e o sujeito, a sua capacidade reflexiva, a sua carga subjetiva e a forma como ele será capaz de a representar num objeto artístico tão abrangente e complexo como um filme.

Se ambos os sujeitos da relação no trabalho de campo – observador e observado – estão imbuídos da sua mutualidade (Patriarca, 2012), só um elemento neutro poderá medir e fazer o registo real do encontro entre eles. Só uma câmara poderia, de forma real, ligar-me às residentes e ao mundo que nos rodeia, sem interferir num contexto já manipulado pela nossa presença e da câmara, mas onde a cada encontro nos revemos a nós mesmos. Apesar de nem tudo ser passível de ser filmado, todos os eventos gravados são importantes elementos de análise. O antropólogo regista (grava), analisa e utiliza esses dados para futura passagem de informação (Morphy e Banks, 1999: 14).

Como diz Madalena Patriarca (2012) a propósito do seu trabalho também em saúde mental:

“Quer dizer, o conhecimento antropológico só pode produzir -se mediante uma condição de mutualidade. É esta condição que nos permite situarmo-nos por relação ao contexto de observação. A mutualidade é sempre constitutiva do lugar onde o

antropólogo se posiciona. No sentido em que a mutualidade implica “estar com”, “estar na companhia de”, esta condição é, por conseguinte, constitutiva do outro, não lhe é nem anterior nem exterior. Mais ainda, o encontro, o face a face que ocorre na mutualidade implica necessariamente a inscrição de uma ética, isto é, um posicionamento ético no próprio face a face, que é ao mesmo tempo sua condição constituinte. Os dilemas de ordem ética ocorrem por isso sempre no curso do processo da mutualidade e não antes.” (Patriarca, 2012).

Com o filme etnográfico, a experiência do trabalho de campo, as sensações, os sentimentos e outras subjetividades são apresentadas com uma compreensão que escapa a qualquer uma de nós (eu ou as residentes) por estarmos envolvidas no processo, no encontro. Essas “presenças afetivas” são mobilizadoras de *insights* e o conhecimento produzido desta forma revela não só o processo pelo qual é feito, mas também o produto que dele decorre. Enquanto a antropologia clássica hierarquizava a explicação, a descrição e a experiência, “*o filme altera esta hierarquia*”, dando primazia à compreensão experimental e não à sua explicação. (MacDougall, 1998: 84). A experiência torna-se, assim, extensível e passível de ser tocada por outros, que não tenham participado nela.

Para mais, o filme etnográfico tem a capacidade de acrescentar uma nova dimensão à memória popular e à história social pois nele, há sempre qualquer coisa de familiar, há sempre um modo de fazer que é próximo do nosso. Através dele conseguimos ver o que estava lá antes da câmara e apreender que o que lá está é real, representando não só os interesses de outros, como criando um novo objeto capaz de formular uma interpretação particular (Nichols, 2010 [2001]: 43). Assim, quer pela mutualidade antropológica, quer pelo impacto que o recorte visual tem, não se pode falar de um olhar neutro, nem mesmo na objetividade que supostamente a câmara oferece, pois há sempre uma ideia que conduz a um meio de interpretação de uma situação observada. A câmara é sempre mais epistemológica do que objetiva: permite mais observar as condições de produção de conhecimento do “Outro” do que propriamente observar o “Outro”, com esse carácter neutral. O objeto final pode revelar questões sobre o contexto no qual as imagens foram captadas, bem como outros

aspectos processuais inerentes à produção do filme, que se podem tornar mais relevantes do que a sua forma inicial (Morphy e Banks: 18).

Neste encontro, *“também eu me deparei com a necessidade de encarar a mutualidade enquanto categoria de produção de conhecimento antropológico”*. Também eu fui, variadíssimas vezes, *“confrontada sobre os meus próprios processos de produção de conhecimento sobre eles”* (Patriarca, 2012). A única forma de ultrapassar estas questões foi não só através da leitura de literatura específica da área da psiquiatria, psicologia sistémica ou outras, mas fundamentalmente traduziu-se na forma como a câmara foi usada, enquanto objeto que, a par do bloco de notas, abre muito mais possibilidades de interação com os sujeitos de estudo, ou assim o pensava.

Apesar de haver sempre uma dimensão que falta à câmara: a da relação do antropólogo com o “Outro”, *“até porque a câmara tem um enquadramento que limita a realidade”* (Alves Costa, 2014)¹², a câmara traz consigo uma solução: ela torna aquilo que parece abstrato ao outro, num objeto concreto e palpável, independentemente da forma como esse objeto é recebido.

Neste trabalho houve dois elementos que sobrecarregaram o encontro entre mim e as residentes: eu e a câmara. Eu porque sou um elemento estranho, curioso e sedento de análise, “enviado” por uma autoridade normativa maior a quem as residentes obedecem e perante a qual há um dever de conduta que as faz agir com alguma cerimónia de tratamento (como por exemplo ser-me cedido o lugar da cabeceira da mesa ou a melhor cadeira, o café ser servido no serviço da sala e não no que está a uso na cozinha), e que são reveladores dos sinais da sua adaptação e convivência a uma norma social, de uma endoculturação. Por outro lado, e além de mim, há relação das residentes com câmara e cujo desafio de incorporar no filme, certamente levantará outras questões de foros distintos e que serão melhor compreendidos na descrição do trabalho de campo. A câmara, esse objeto permanentemente apontado às residentes, cuja luz de presença teve que ser tapada por ser impossível a abstração da sua presença, levou a que a uma das residentes chegasse inclusivamente a satirizar a sua presença

¹² <http://www.magazine-hd.com/apps/wp/o-panorama-entrevista-a-catarina-alves-costa/>, publicado em 7/05/2014.

dizendo que ainda iam *“acabar por ficar todas com a mania da perseguição”*, pois a luz vermelha a piscar estava sempre a *“olhar para ela”*.

II.5 - O Trabalho de Campo

Para a realização do documentário, objeto da presente tese, foram cumpridas todas as formalidades éticas exigidas pela C.S.I., incorporadas nos anexos do presente trabalho, e autorizado o meu acompanhamento a uma residência de apoio moderado do programa Laço Verde, levado a cabo pela Estrutura de Reabilitação Psicossocial da Casa de Saúde da Idanha.

Atualmente a C.S.I. possui 4 (quatro) apartamentos onde residem 6 (seis) utentes. O trabalho de campo da presente tese decorre integralmente com o grupo da residência “3.º A”, como é designado no seio da instituição.

As residentes, objeto de estudo e protagonistas do filme, todas elas do sexo feminino, foram diagnosticadas com psicoses graves (esquizofrenia e bipolaridade). Importa aqui dar uma outra explicação, que não a da mencionada no Capítulo I para clarificar a patologia pela via relacional: *“o comportamento psicótico caracteriza-se pela ausência de esforços de síntese e integração. A esquizofrenia, pelo contrário, é uma luta pela integração, que fracassa porque falta a energia para viver a verdade interior, mesmo num ambiente hostil”* (Gruen, 1995: 184, 185).

O trabalho de campo teve início a 13 de outubro de 2016, começando com a minha presença no Iº Encontro de Psiquiatria da Casa de Saúde da Idanha, sob o tema: *“O Internamento de Longa Duração na Atualidade”*, uma conferência com vários oradores que fazia parte integrante da semana aberta, comemorativa do dia da Saúde Mental (10 de outubro). Este momento foi importante para melhor integrar a linguagem e terminologia próprias da área da psiquiatria e saúde mental e perceber alguns dos atuais desafios e perspetivas futuras desta área. Foi também neste evento que consegui chegar à fala com o Prof. Dr. Jaime Grácio, à data Psicólogo na Clínica Psiquiátrica de S. José, instituição também pertencente à Ordem das Irmãs Hospitaleiras e tê-lo como co-orientador nesta tese.

Por indicação da Diretora de Psicologia da C.S.I. (Dra. Catarina Vidigal), responsável pela atribuição desta residência em específico, o 3.º A, o meu primeiro contacto com o grupo de mulheres que iria acompanhar, ocorreu no dia 25 de outubro, 3.ª feira, numa das suas habituais reuniões comunitárias, tendo ficado previamente decidido com a equipa multidisciplinar, que a minha introdução na residência seria feita tal como a dos estagiários: inicialmente com a presença da equipa e gradualmente ficando mais autónoma, sempre com o respetivo consentimento das residentes. Esclareci desde logo que a minha intenção seria só introduzir a câmara em janeiro de 2017, aproveitando assim os meses finais do ano de 2016 para perceber os processos e os mecanismos da residência e da C.S.I. e aprofundar a minha relação com as residentes. Acabou por não acontecer assim, a pedido das próprias residentes, e acabei por introduzir a câmara no dia 30 de novembro.

Nestas reuniões comunitárias, sujeitas a atas redigidas pelas próprias residentes, é feito um ponto de situação do quotidiano da residência e das utentes, com toda a equipa que as acompanha: a Monitora (Lena), a psicóloga responsável pelo programa Laço Verde (Dra. Catarina Vidigal), a Enfermeira (Sónia), a Assistente Social (Dra. Anabela) e a terapeuta ocupacional (Dra. Telma). Estas reuniões de acompanhamento visam tomar nota do estado de saúde das residentes e do quotidiano da residência e acontecem a cada 15 dias, às 3.ªs feiras, dia também destinado à recolha da medicação por parte das residentes. Nos vários foros de apoio à residência, a terapia ocupacional tem – entre outras - a vertente da gestão das tarefas na casa e dos vários ateliers com que as utentes ocupam os seus dias. As residentes recorrem à Enfermeira Sónia sempre que se sentem fisicamente doentes, visitam o médico sempre que necessário, à exceção de exames específicos em que têm que se deslocar ao Hospital Central, e consultam a Dra. Catarina e a Dra. Anabela sempre que necessitam. Diariamente são visitadas na residência pela monitora Lena.

Nesta primeira reunião (e pela primeira vez) fui apresentada como Antropóloga: Dra. Marta Ramalho. Dentro de uma instituição de saúde mental, a distinção pelo título – académico ou médico – é imprescindível. Ele distingue, normaliza e hierarquiza as interações. Ainda hoje, passado um ano, há residentes que por vezes me tratam por “Dra.”. De seguida cada uma das presentes fez uma breve apresentação de si própria, e

para que mais facilmente memorizasse os seus nomes, desenhei a nossa disposição na mesa (Fig. 2, Anexo I), tendo também transcrito as suas apresentações e escrito no diário de campo a minha primeira impressão sobre as residentes. *“A 1, 2 e 4 pareceram-me mais abertas e dispostas enquanto a 3, 5 e 6 me pareceram mais fechadas e menos colaborativas.”*

A minha primeira visita à casa, sozinha, aconteceu exatamente nos mesmos moldes do que estas duas últimas: com uma clara e evidente formalidade de tratamento, quer na apresentação e postura das residentes, quer nos temas e discurso.

Após várias visitas à casa e há medida que ia lendo o material que os orientadores me sugeriam, bem como aquele que surgia naturalmente das minhas observações no campo, comecei a perceber que o meu foco estava – natural e espontaneamente – a colocar-se na relação que estas mulheres desenvolveram entre elas e não tanto na questão da sua integração fora da instituição, que me pareceu relativamente pacífica e até indiferente face aos laços constituídos no interior da residência. O meu olhar ia-se orientando cada vez mais para dentro e cada vez menos para fora da casa. A partir de determinado momento, a própria menção à patologia deixou de fazer sentido e percebi que falar na patologia seria, pois, falar do estigma pela perspetiva estigmatizante, quando o que pretendo é exatamente o contrário. Aquilo que observo aqui é uma comunidade, com regras próprias, inicialmente construída para os fins descritos pela C.S.I. (e pelo P.N.S.M.) mas cuja vivência, no decurso do tempo, se naturalizou, dando origem a uma “família” – com os seus condicionamentos e regras naturalmente intrínsecas – onde os laços afetivos, que se estabeleceram pelo cuidado e partilha de um quotidiano comum, criaram não só um suporte que anula o sentimento de “estigmatizado” como instituiu um modelo relacional próximo do parentesco.

As minhas visitas aconteciam, inicialmente, quase sempre às quintas-feiras de manhã, com hora marcada. Esse era o espaço livre das residentes no seu quadro de tarefas e ocupações como a ginástica ou os vários ateliers que frequentam diariamente e como tal, adaptei-me a essa disponibilidade. Para mais, as residentes regem-se por horas e atividades, onde o espontâneo e inesperado não têm muito lugar. Devido à minha presença física, ao porte do meu título ou simplesmente pela minha mera observação, as “sessões”, como algumas residentes lhe chamavam, passaram a ser

iniciadas com perguntas como “*O que é que vamos fazer hoje?*”. Quer seja pela formatação do acompanhamento do processo terapêutico, pelo desejo ou pela necessidade de ocuparem o seu tempo, o facto de ter que haver uma atividade concreta e definida passou a ser uma preocupação por parte das residentes. Tentei gradualmente desconstruir esta ideia, com mais interações informais, com idas ao café, visitas sem o uso da câmara e conversas de cariz mais pessoal. Decidimos em conjunto e por sugestão da Maria José [6], que levaríamos para as nossas “reuniões”, um livro, uma música ou qualquer outro objeto relevante que daria o mote da interação, evitando assim a “*conversa de circunstância*” (Maria José [6]). Este contributo é, como se verá, de enorme importância na condução da linha fílmica.

Ficou claro desde cedo que este grupo funciona como um todo, coeso, e que a desconstrução nos seus elementos constituintes não seria possível, no entanto começaram a haver desmobilizações pontuais de um ou dois elementos. Apesar de terem opiniões divergentes, por exemplo a Antónia Benges [2] percebe a importância da divulgação deste trabalho, inclusive nos meios de comunicação social e instituições políticas, a Guilhermina [5] não se pronuncia, as restantes assumem o discurso da Billy [1], ou a Billy é o resumo e a voz de todas as outras: não querem a sua vida privada devassada. Percebe-se que deixam de se arranjar (com bandoletes e colares) como até então tinham feito para me receberem e começam até a “boicotar”, individualmente ou em grupo, a minha presença, que passa a ser vista como uma imposição ou mais uma atividade com horário marcado, na qual, na verdade as residentes efetivamente não produzem nada.

Tinha já percebido, pelo cancelamento das visitas, de 15 em 15 dias que eram as residentes quem estava a definir o ritmo de gravação e não eu. A Billy, tomando ou não a voz das restantes residentes foi perentória: “*Nós não sabemos o que faz com isso que aí tem*”. A partir dessa data, 23 de março de 2017, não permitiam que fossem feitas mais filmagens, a minha presença só poderia acontecer de 15 em 15 dias e uma vez que a Zezinha [6] faria anos no dia 30 de março, desejavam que a sua festa de aniversário fosse feita sem a minha presença. Passados cerca de 5 meses de trabalho de campo, não posso deixar de confessar a minha surpresa relativamente a esta tomada de posição.

Ingenuamente, pensei que a esta altura a proximidade e abertura que tinha construído com as residentes seria mais sólida.

Debatemos esta questão em conjunto, tal qual como observei nas reuniões comunitárias a que assisti, e assumi que as questões que me colocavam eram de extrema pertinência, pois de facto, em cerca de 5 meses de trabalho de campo, as residentes nunca haviam visto qualquer imagem captada por mim. Quanto ao propósito e progresso do trabalho que estava a desenvolver ali com elas, falávamos pontualmente das suas fases e desta forma de Antropologia (com câmara). A Luciana [3], referiu inclusive, que teve uma cadeira de Antropologia na sua licenciatura em História. No entanto, o método etnográfico com câmara, dava, muitas vezes, azo a deturpações e enganos. Acresce a estas questões, quer queiramos quer não, o peso que as patologias poderão ter num eventual sentimento de insegurança ou desconfiança. A vulnerabilidade de uma eventual humilhação social, seria mais uma de tantas dores, já bem conhecidas das residentes, a juntar às perdas e múltiplas feridas que já possuem. Não poderia eu criar mais uma ferida na coerência interna e existencial que estas mulheres se esforçam por construir a cada dia. A tutoria destas doentes é exercida pela C.S.I., no entanto, uma vez que são autónomas, cabe às mesmas decidirem como se pretendem ver retratadas no filme, no cumprimento do direito moral e ético da sua imagem, ao qual eu não me poderia sobrepor e que exigia da minha parte uma absoluta clareza.

Este revés no trabalho de campo, revela também que nunca me impus em todo este processo, limitei-me a acompanhar passivamente os momentos tal qual eles decorriam, deixando que a câmara filmasse as interações espontâneas com o mínimo da minha interferência. Eu própria tinha já percebido alguma dessa monotonia do “dia de filmagens”, onde de facto parecia que nada acontecia, causando algum desalento que tentava contrariar.

Numa das nossas conversas expliquei, inclusive, que tinha liberdade para fazer um filme com a câmara a apontar só para as suas mãos e pés ou para o prato de bolachas que tínhamos à nossa frente, mas que essa forma de o fazer, não faria jus a tanto e a tudo que ali se vivencia. Perante tal explicação, a Zézinha [6]: *“Pois é... mas as bolachas*

estão no prato e querem sair do prato, e ir-se embora, e a Marta insiste em filmar as bolachas no prato”.

Este foi, portanto, um momento decisivo e de viragem na orientação inicial que tinha prevista para o trabalho de campo. A minha presença, agora vista como uma insistência, uma imposição, nunca foi pensada por mim como tal. No decurso de todo o trabalho de campo, estive exclusivamente orientada para a relação com as residentes e os seus processos relacionais e não na relação delas comigo ou com a câmara. Achava que a esta altura, eu e a câmara já seríamos consideradas membros da casa e que, portanto, tal questão não se poria. Não calculei, em momento algum, que a negociação do encontro que teria que fazer, passasse por aqui.

Perante este recuo, a 5 de Abril de 2017, fui contactada pela Diretora de Psicologia do Programa Laço Verde, Dra. Catarina Vidigal que, ao saber da decisão das residentes na reunião comunitária, me informou daquilo que clinicamente pode ser entendido como um bom progresso no processo de *recovery* destas residentes. A minha presença na casa, com uma câmara, cujo produto as residentes desconheciam, criou nelas um saudável questionamento sobre a sua própria imagem. Sendo este episódio um sinal de que as vertentes do trabalho na reabilitação (como sejam a autodeterminação, o *empowerment*, a reflexão individual e em grupo, o questionamento, os consensos e a sua imagem e representação) criaram nas residentes um desejo de se salvaguardarem. Ou seja, sendo a minha presença um elemento estranho às suas rotinas diárias ou não, este acontecimento deu-lhes a oportunidade de questionarem – saudavelmente – a sua identidade e de não aceitarem passivamente o que lhes é solicitado ou “imposto”.

Esta comunicação unilateral, saída de uma tomada de decisão conjunta das residentes – atitude que normalmente é vedada ao doente mental, institucionalizado ou não – tem um enorme peso no processo de reabilitação, pois há um evidente e claro passo em frente na sua autodeterminação e no direito à sua identidade. Por outro lado, revela também a minha visão algo romântica - enquanto antropóloga – que parte para o terreno de investigação sem planos, guiões ou composições do objeto com que se vai deparar e sem nunca perspetivar estes avanços e recuos.

Há ainda um fator que nunca considerei, a incontornável patologia. Sendo estas residentes na sua maioria doentes com sensibilidade psicótica, a desconfiança faz parte do seu percurso e, portanto, da sua sociabilidade. Como em qualquer sociabilidade, passada a fase de encantamento com o novo, ao aprofundar-se o conhecimento do outro, as dúvidas e questões que de alguma forma não foram esclarecidas, revelam-se e inevitavelmente há necessidade de definir papéis, individualidades, ordens e poderes. Nesta questão em específico, foram fundamentais os pareceres da Dra. Catarina Vidigal e do Dr. Jaime Grácio, que me esclareceram sobre a melhor forma de me posicionar, que passava pela religação às residentes pela relação, pelo contacto direto.

Dada a evidência da volatilidade do meu objeto de estudo, à qual não posso nem devo - por questões éticas - sobrepor-me e para não ficar presa à inconstância onde se torna difícil permanecer e articular-me, resta-me distanciar-me deste objeto. Comuniquei, por isso, que só voltaria à residência quando tivesse as imagens que pretendia utilizar, das cerca de 9 horas que tinha captado, com a condição de serem as próprias residentes a dizerem-me com que material se sentiam confortáveis.

A 18 de maio de 2017, levei cerca de duas horas de material que tinha gravado e que seria a primeira seleção de material que pretendia usar na construção do filme. Pela primeira vez as residentes viram-se. A ideia que tinham de si próprias, não é coincidente com a imagem que captei, e o que perceberam naquelas imagens é que eu tinha de facto captado imagens reais. Que não havia qualquer tipo de manipulação ou interferência naquilo que captei. Ficaram espantadas com a sua própria imagem, estranham a sua voz, teceram comentários estéticos e deram inclusive sugestões de músicas, de planos e de sequências que poderia utilizar, algumas delas incluídas no filme final. Acima de tudo e porque apesar das nossas várias conversas sobre o trabalho de projeto, nunca falámos da questão estética, surpreenderam-se com o facto de ter sido fiel a tudo o que ali se passou.

Após este distanciamento, forçado, em meados de junho, as imagens que tinha captado deixaram de me fazer o mesmo sentido. Esse distanciamento, deu-me uma objetividade que se provou mais tarde, absolutamente fundamental para construir o filme. Desiludida com o material até então captado, pela falta de assertividade na captura das imagens que queria, pelo facto de não me ter conseguido impor ao objeto

de estudo e de não ter conseguido captar o olhar mais observacional que tinha inicialmente idealizado sobre o tema, talvez por zelo excessivo para com as residentes e o seu espaço privado, teria que criar, a partir do material que já tinha, algo mais significativo em termos de conteúdo. Só assim conseguiria continuar a perseguir o tema na perspetiva que tinha idealizado, criar dinamismo no filme - que as imagens por si só não têm - e explorar a sensação de curiosidade (até de algum *voyeurismo*) ao estarmos dentro de uma casa com doentes mentais e assim manter-me fiel à ideia inicial de cariz mais observacional. Além de que, poderia mais facilmente “dissecar”, dentro do filme, as várias camadas que o tema insere.

Esta - por vezes angustiante - mudança de rumo não só salvaria o material que já tinha, como lhe daria uma importância que não vislumbrei à partida, trazendo um novo e abundante material de reflexão e questionamento que não eram anteriormente visíveis. Além de não o poder desperdiçar, tinha que lhe dar o devido e merecido respeito.

Decidida que estava a não enveredar pelo carácter da patologia, onde podia recorrer, por exemplo, a entrevistas às residentes, ou mesmo pedir-lhes que me deixassem revelar algumas das confidências mais pessoais que me fizeram e assim construir uma narrativa mais intimista, para as quais sabia à partida que não estariam muito dispostas, ponderei pedi-lo aos profissionais que acompanham a residência. No entanto, esta opção tonaria o meu filme institucional, algo de que queria fugir, pois queria permanecer “Em Casa”. Optei então por incluir a pessoa que – não sendo de dentro - melhor conhece as residências por dentro: a Monitora Lena.

A Monitora Lena acompanha as 4 residências de apoio moderado há cerca 6 anos e já conhecia algumas das residentes desde a altura em que estas estavam no internamento, quando a própria era auxiliar. Ninguém melhor do que ela para ser a voz, o relato do “observador permitido”, de como funcionam as casas. Decidi, pois, entrevistá-la. Além do mais, o registo de entrevista, por impor uma presença, não se coadunava com o movimento natural da Casa, e por isso decidi não o fazer com as residentes. Sentia falta de um texto que explicasse algumas das dinâmicas e imagens, que são relevantes para contextualizar algumas ações que poderão ser óbvias para mim porque participava delas, mas que poderiam não o ser para o espectador. Optei por isso,

por chamar uma voz que apesar de não residir ali, sabe e acompanha as suas rotinas. E manteve-a dentro do filme nesse mesmo registo: não presente, mas a acompanhar e relatar a vivência. A casa funciona pela gestão de quem lá reside, a Lena apenas monitoriza. Visita a casa todos os dias, dá instruções, identifica tarefas e ajuda no seu desempenho, mas não se faz presente. A função da Lena é assumida de passagem, tal como será a sua voz e a sua presença no objeto filmado. A casa é de quem lá vive. A Lena passa, então, a ser a narradora esporádica do tema, em modo *off*, pois só seria verdadeiro atribuir - no filme - exatamente os mesmos papéis que na realidade são desempenhados – e que as imagens das residentes ilustram como vivência do real.

No que diz respeito à captação das imagens, tive sempre muita dificuldade em sair do fixo, da hora marcada, das conversas forçadas com temas atuais ou circulares ou das representações “apresentáveis”. Decidi não interferir em nenhuma representação além daquela em que já nos encontrávamos e tornar-me apenas participante: mais uma na casa. Não pedir às residentes que posassem para câmara, que interagissem com ela, nem liguei a câmara sem pedir autorização para tal. Por ter captado poucos momentos que considero efetivamente espontâneos e libertadores, apesar de haver momentos catalisadores de ação ou de partilha, como as cenas do poema, decidi ilustrar simbolicamente o seu quotidiano com os objetos de que se rodeiam, e dar a perceber, através do seu mundo material, mais dimensões deste grupo. Esse mundo material que é também ele sinónimo da sociabilidade e que ajuda a situar a vivência e a compreender melhor o espaço onde decorre e existe o real.

Por sentir que o trabalho de campo decorria sempre no mesmo espaço, e apesar de ter bastantes elementos de análise “Em Casa”, havia uma sensação quase claustrofóbica que não fazia jus àquilo que é o quotidiano das residentes. Pedi autorização à C.S.I. e fui filmar um dos ateliers de que as residentes mais falam, o de tapeçaria e que aparecem no objeto final, explicado pelas próprias.

Não posso precisar quando terminou de facto o trabalho de campo. Se posso precisar quando deixei de filmar, não o posso garantir no que toca ao contacto e relação que tenho com o meu objeto de estudo, o 3.º A, pois ainda hoje tenho contacto com as residentes. A minha relação com as residentes estendeu-se e prolongou-se para lá do

trabalho de campo, para lá de mim e até à minha família próxima e as imagens que delas captei continuam presentes até hoje.

Capítulo III: O filme

No decurso do trabalho de campo, que me levou de outubro de 2016 a setembro de 2017 a estar presente uma a duas vezes por semana no 3.º A, fiz o registo escrito e cinematográfico das interações com as residentes e da entrevista com a monitora Lena, por forma a abarcar todo o universo dos seus papéis sociais, acompanhando o mais possível o seu quotidiano, apelando aos processos, memórias e narrativas. Este acesso foi, muitas vezes, feito com recurso a dispositivos como livros, música, ou narrativas pessoais onde se partilhavam os referenciais culturais das residentes.

O encontro destas mulheres comigo, e de mim com estas mulheres, foi sempre o reflexo do encontro de representantes de uma normalidade e da sua ausência. Assim, antes de ser realizadora ou antropóloga, eu sou o símbolo de alguém que supostamente é detentora de saúde mental e, portanto, dentro daquele espaço, eu represento sempre “o outro”. Neste encontro de símbolos, há sempre um esforço de encaixe, numa relação que se pretende igualitária, e a conseqüente expectativa de correspondência a uma representação. Apesar de consentida, a câmara é sempre um objeto intrusivo e ultra vigilante, portanto, o meu desejo de ser “*a fly on the wall*” (Nichols, 2010) nunca se conseguiu concretizar senão por breves momentos, como aquele em que Luciana bebe o seu café e fuma um cigarro à janela, e em que estava absolutamente ausente da presença da câmara.

De um modo que se pretendia mais observacional inicialmente ou mais colaborativo como se veio a revelar, o filme revela que este grupo de mulheres, enquanto representação de doentes mentais em processo de reabilitação e enquanto inseridos na comunidade têm um quotidiano que difere em muito pouco do quotidiano de uma pessoa “normal”, provando aquilo que Foucault dizia: “(...) *a essência da doença não está apenas no vazio que ela escava, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm colmatá-lo.*” (Foucault, 2008 [1962]).

O filme incorpora, por isso, as rotinas, o humor, alguma tensão, afetos, múltiplas participações - a minha incluída - uma explicação das regras da casa, por vezes em modo *off*, e o discurso direto das residentes, sinónimo das suas relações e afetividades, mas

também do seu processo de *recovery*, sem nunca entrar numa área demasiado íntima e eticamente mais delicada: porque estão ali?

Neste objeto, a ideia de que um doente mental é alguém incapacitado é absolutamente desvirtuada e emerge naturalmente o questionamento sobre estas e outras dimensões do ser humano, através de uma retórica ou *voyeurismo* reflexivo.

O ponto de vista puramente observacional, mais particular e subjetivo, como se viu no relato do trabalho de campo, foi sempre difícil de captar. Não só porque a casa é habitada por um grupo de 6 (seis) pessoas que não posso desmembrar, como a chegada até cada uma delas isoladamente foi sempre laborioso. Fica claro no filme, que este grupo de mulheres funciona como uma unidade coesa composta de seis unidades. Retirar um elemento e dar-lhe mais (ou menos) visibilidade ou atenção é contribuir para o desequilíbrio dessa unidade. No entanto, o que filmei não é só o que lá está, é uma parte da forma como vejo tudo o que lá está (Nichols, 2010 [2001]).

Durante a realização do filme, cumpro a fidelidade e genuinidade das palavras das residentes, tal como Biehl (2005) fez com “Catarina” em “VITA”, e assim chegar à confessionalidade das pessoas, no mais íntimo que possuem: a sua casa, o local onde através da suspensão do julgamento moral, se pode testemunhar e aceder ao interior escondido dos sujeitos (Quintais, 2013) fazendo com que a expressão do filme assentasse na sua capacidade retórica, que ecoará em cada espectador no seu conjunto de significações e familiaridades. A obra em si, enquanto criação exterior e meio de transmissão de informação, só terá a sua significação quando ocorrer no espaço interior de cada um dos seus espectadores (Rapazote, 2016).

A “voz do outro” apresentada neste filme, na verdade não me pertence, pertence a quem o vê. Na perspetiva clássica, este objeto contém aquilo que pertence ao documentário: o envolvimento nas questões sociais, a construção e desconstrução de crenças e *insights* de uma parte da realidade que representa o mundo e o seu envolvimento numa ordem social e os valores que a sustentam, sendo apenas esta sua orientação para o mundo histórico o que lhe dá sentido (Nichols, 2010 [2001]: 93).

Posso então fazer um filme sobre estigma a partir de relações e de laços construídos, ao invés de me focar numa narrativa (algo densa) sobre patologias, estigmas e memórias, ainda que estes elementos estejam inevitavelmente presentes.

O desafio prende-se com o tipo de filme-documentário que surgirá: mais assente na prática sensorial e sensitiva da experiência e não tanto na literatura específica da área. Esta opção é viável para o objeto em si – o filme, não o seria tanto para uma etnografia escrita.

Apesar de todas as dúvidas e questões iniciais, o filme começou-se a construir por ele próprio, pelo desenrolar da experiência em campo, sem nunca lhe conseguir escrever um guião. Foi possível delinear e elencar uma lista de planos (cinematográficos), de elementos de análise a constar, de informação necessária e uma série de outras questões que deveriam ser respondidas, pela Lena ou pelas residentes, para que houvesse sentido e validade na informação transmitida de forma visual, mas é impossível escrever um guião para um objeto sobre o qual não se tem controlo e que vive de uma força própria, pela qual também eu sou conduzida.

Acima de tudo, o que pretendia nesta construção era desconstruir as “convenções vigentes” (Rapazote, 2016) de representação do doente mental pela via da ideia de “doença”, independentemente de ela ser real ou não. Na abrangência do mundo que representava, o que procurava era o recorte do real na sua componente mais harmoniosa, mais igual com aquilo que é comum a todos. No fundo, o que procurava era o cumprimento do postulado e propósito da Antropologia Visual: explorar “de forma visual” o processo de reprodução cultural e social (Morphy e Banks, 1999: 17) que é capaz de redefinir trajetórias e sistemas culturais. Que na presença destas residentes não se sinta distância, mas proximidade e identificação.

Para esta construção, a par das vicissitudes do trabalho de campo, das intersubjetividades e das outras dimensões da produção de conhecimento já mencionadas, há outras questões, que se refletem talvez numa ordem mais prática e que influenciaram e determinaram não só a condução como a construção do objeto final.

III.1 - Questões de ordem técnica

Não sendo detentora de equipamento de vídeo e áudio próprios, estive, durante todo o trabalho de campo, dependente de terceiros para o empréstimo deste material. Marcava o dia da visita ao 3.^a A e requisitava o empréstimo do material para esse dia. Operava a câmara, enquadrava a ação num plano geral, filmava e captava o som (direto) sozinha, por vezes com recurso a um gravador de áudio extra. Geralmente a meio da minha visita à casa, mudava a câmara de posição, não só porque a câmara e o tripé ocupavam espaço necessário ao desempenho das tarefas das residentes dentro da casa como, em alguns casos a câmara ficava tão exposta que se tornava, um elemento obstativo.

Rapidamente me dei conta que a luz vermelha de sinalização da câmara incomodava algumas das residentes que iam confirmando se a gravação estava a decorrer ou não, como tal tapei-a. O tripé, demasiado largo, ocupava espaço que não existia no local onde normalmente as residentes se juntam, na cozinha, o único lugar da casa onde é permitido fumar. Assim, usava a câmara quase sempre à mão. Colocava-a no colo, enquanto conversava, em cima da mesa ou em cima da arca frigorífica, no canto da cozinha. O áudio era também um ponto de difícil acesso: as conversas acontecem com todas as residentes presentes e as várias conversas cruzadas ou discursos simultâneos criavam muito ruído, embora alguns destes trechos sejam úteis para pontuar alguns momentos da vivência da Casa. Também a presença do rádio, companhia diária e constante das residentes, estava sempre ligado num volume que não permitia a captação “limpa” das vozes das residentes. Introduzir microfones de lapela estava fora de questão: se a câmara já era incomodativa e castradora, estes objetos estranhos, neste nível de proximidade com o corpo iriam inibir muitíssimo mais e formatar posturas, algo de que queria escapar em absoluto. Como tal, optei por manter o ambiente o mais natural possível, com o mínimo de interferência, tornando a câmara mais um acessório meu até que fosse um adereço da casa.

As residentes têm um ritmo muito próprio, com rotinas muito bem estabelecidas e enraizadas, principalmente dentro de casa, daí a dificuldade de escapar do *setting* da cozinha, o local onde a maior parte das residentes passa a maior parte do tempo. Isto obrigou-me a assumir este como o local da ação principal do filme. Daí decorre a

eventual estranheza dos planos bem como a distância do posicionamento da câmara. Enquadra-se esse estranhamento naquele que temos em relação à própria doença mental.

III.2 - Questões de ordem ética e ontológica

A grande questão ética no método etnográfico é a ausência de um limite concreto entre o antropólogo - realizador e o participante. A produção antropológica cinematográfica não pode ser simplesmente decomposta em elementos distintos sendo um deles a mera observação e o outro a pura participação, pois se é possível a observação sem a participação, a participação do etnógrafo como - também ele - um objeto a ser observado (em todas as suas dimensões) pelo seu objeto de estudo, não é possível.

Neste trabalho em concreto, e não querendo parecer redundante relativamente ao descrito no Capítulo anterior, sobre a Etnografia com câmara, além dos condicionamentos e regras próprias da Casa, há agora um novo elemento a ser observado e analisado: o antropólogo - realizador. A mutualidade que se gera no encontro vai, por sua vez, criar novas condutas. Porque composta de todos os sentidos humanos – com ou sem patologias associadas – a mutualidade incorpora, sempre, uma dimensão sensorial que é parte integrante da etnografia. Como diz Sarah Pink:

“Ethnographic practice entails our multisensorial embodied engagements with others (perhaps through participation in activities or exploring their understandings in part verbally) and with their social, material, discursive and sensory environments.” (Sarah Pink, 2009: 25).

Por ter esta propriedade sensorial inclusa, a etnografia comporta uma inevitável negociação no trabalho de campo em que os papéis devem ser bem definidos. Esta, além de ser uma construção de sociabilidade, é quem nos fornece os elementos metodológicos e epistemológicos, ou, como diz Herminio Martins: *“(...) como se a metodologia não fosse uma epistemologia detalhada e a epistemologia o sistema das metodologias.”* (Martins, 1996: 40). Pelo seu cariz visual e o seu papel de intervenção

social, a antropologia com câmara obriga à criação de novas metodologias e práticas específicas do objeto estudado. Não podendo, pois, fugir a esta inevitabilidade, parece-me relevante assumi-la no meu filme, não só como parte do trabalho de campo, mas da própria investigação enquanto elemento epistemológico fundamental à perspetiva antropológica que pretendo construir.

Acresce a estas, a questão efetiva de saber como represento o outro. Se é certo que no início me propus observar doentes de saúde mental, portadoras de psicoses graves, em ambiente comunitário, o que observo agora são residentes de uma casa que eu visito e estudo. Ainda que o sejam (doentes) e que elas próprias mencionem (ou não) a sua doença, cada uma delas à sua maneira, este grupo é antes de mais, um grupo de mulheres com uma experiência de fragilidade numa área específica da sua individualidade (com uma “síndrome de vulnerabilidade psicótica”, como descreveria Jim Van Oos) cujos condicionamentos e condicionantes não deixam por isso de acrescentar valor a uma vivência “normalizada”. Não estou a representar apenas aquelas pessoas, estou a representar um grupo de pessoas cuja condição é motivo de isolamento social. (Nichols, 2010 [2001]).

Então, como tratar estas pessoas que filmo? (Nichols, 2010 [2001]: 45). Esta sempre foi a minha grande questão e aquela que orientou não só o meu trabalho de campo como a montagem do objeto fílmico. Esta questão colocou-se sempre não porque sei, à partida, que há algo de diferente entre nós, mas exatamente porque não quero representar estas mulheres como diferentes. Isso seria persistir no estigma. Também por este motivo me incluí no filme, deixando de ser uma mera observadora e passando a ser mais um agente (social) “Em Casa” (Morphy e Banks, 1999).

Optei por não incluir, ou sequer ligar a câmara sempre que algo mais sensível acontecia: como quando se deu a fuga da Guilhermina da residência ou aquando da recaída da Zézinha, nem tampouco captei imagens no dia em que a monitora Lena se encontrava na residência a fazer a mala para levar à Guilhermina (após a sua fuga e consequente internamento), apesar de ter falado sobre isso com as residentes e com a própria Lena. Em ambos os eventos, também eu me fazia presente, no entanto, expor tais factos no filme ou usar esses momentos de fragilidade para criar um objecto mais rico, desvirtuaria a negociação que tinha com a Casa e com as residentes.

À semelhança do que aconteceu em outros exercícios visuais (também académicos), impera a mesma sensação de que tudo o que de melhor acontece, acontece quando a câmara não está ligada. Não podia, no entanto, faltar ao cumprimento da nossa negociação pois essa é a riqueza do que me deram e aquilo que constitui a sua própria vida. Não posso, por isso, devassá-la a bem de um objeto de trabalho. Esta pauta ética minimiza os efeitos nefastos ou novos desencontros e recuos no trabalho de campo uma vez que a negociação pela verdade sempre foi a medida da minha relação com as residentes. O princípio da nossa negociação, e da relação realizador – objeto, sempre foi esta: o da honestidade, de outra forma este trabalho não seria possível (Nichols, 2010 [2001]). Por esta razão, das cerca de trinta visitas que fiz à casa, apenas liguei a máquina para filmar em catorze delas, a minha relação para com o objeto filmado é que não poderia ser questionada. E por este motivo, o consentimento informado só foi assinado pelas residentes, após o visionamento da seleção de imagens finais que tinha feito, como garantia e concordância com a representação de si próprias que as residentes desejavam. (Nichols, 2010 [2001]).

Ponderei fazer o registo de entrevista de cada uma das residentes, o seu trajecto pessoal, a sua narrativa até à entrada na Casa e após o diagnóstico da doença para que melhor se conhecesse a condição e evolução das suas vivências. No entanto, quanto mais o fazia, mais espaço dava à colocação de um eventual rótulo, mais reforçava uma “incapacidade”. Além do mais, este registo iria obrigar a uma direcção que não estava disposta a assumir, por ser invasiva, por reforçar posturas não espontaneas e comportamentos representativos que não acescentam, só diminuem. Também porque este processo seria eventualmente penoso para as residentes e conseqüentemente para mim. A própria natureza do documentário – enquanto forma visual de transmissão de informação - assenta em princípios éticos: ele não se constitui para impor regras, colocar responsabilidades sobre um individuo ou entidade, mas antes para colocar questões - na maioria das vezes de ordem ética - que só se conseguem formular num determinado contexto histórico (Nichols, 2016).

Por força desta conduta ética, que a par do desenrolar do trabalho de campo, foi aquela que mais pautou todo este trabalho, nunca impus uma direcção. Nunca, em momento nenhum, pedi às residentes que fizessem qualquer gesto ou ação para a

câmara. Tive o mínimo de influência nos temas e assuntos das conversas e até mesmo no *setting*, deixando essa direção às residentes e impondo-me o mínimo possível nas suas condutas, apesar de saber que me esperavam, naquele dia acordado, com hora marcada, como mais uma rotina instituída.

Como decidi não intervir, não dirigir, acabei por transferir para mim a responsabilidade de um filme com pouca explicação e que tive que resolver com a introdução da voz *off* da Monitora Lena, ciente do risco de poder inclusive, ser questionada pela falta de perspectiva pessoal cunhada nas imagens.

Dada a suscetibilidade e volatilidade do meu objeto de estudo, as idiosincrasias e vicissitudes da produção no trabalho de campo, cheguei inclusivamente a sugerir às residentes que fossem elas a empunhar a câmara e filmarem-se a elas próprias - convite que foi de imediato recusado - como também não descartei a hipótese de fazer um filme com uma estrutura mais ensaísta, pondo-me a mim como narradora dessa experiência. Quanto a esta última hipótese, nunca me consegui “representar” como narradora, pois tinha já assumido o papel de mais uma “Em Casa”, pelo que me era difícil colocar, ainda mais como narradora de uma realidade de que eu era tão próxima. Mais ainda, os textos que decorriam das imagens que tantas vezes visionei e cujas falas sei de cor, ao serem escritos por mim, trariam não só um peso maior às imagens como essa abordagem traria, julgo, uma formulação final mais questionável ao espectador. (Nichols, 2010 [2001]).

Ao optar por serem as residentes a falar das residentes, a separação entre realizador e objeto dilui-se, até porque eu estou ao lado das residentes e quase nunca atrás da câmara. São elas o exemplo e a ilustração do que quero dizer, e, por conseguinte, são elas que dão o significado simbólico do grupo que representam, de uma forma muito mais preponderante e independente. (Nichols, 2010 [2001]). Como escreve Bill Nichols: “*Nós falamos-vos de nós*” (Nichols, 2010 [2001]: 63). Eu estou presente na casa como mais uma residente ou visita, mas estou do lado de lá. Não sou eu que falo sobre as residentes, são as residentes que falam delas próprias ou no limite, a Monitora Lena. Quando me coloco em paridade com o meu objeto, o único senso de separação que existe é o de que falamos de dentro para fora da Casa, cumprindo o propósito e objetivo do filme que seria formulado como: *nós vivemos assim*. Nesta

perspetiva, o que fica visível no imediato é a paridade e a intimidade entre realizador e objeto. (Nichols, 2010 [2001]).

As grandes questões são éticas: a não manipulação, a não imposição, a não direcção, a verdade e o real. Inicialmente, a ideia era fazer deste um objecto observacional, mas dado que o grupo, muito por indicação terapêutica, funciona como um organismo único, quase total, a captação de imagens sem essa “imposição”, seria quase como uma “perseguição” da minha parte e tornar-se-ia eticamente condenável. Para mais, este documentário pretende ser uma evidência de um quotidiano ou de pequenos gestos que compõem esse quotidiano num ambiente pouco conhecido, e não uma “transferência de informação” (Nichols, 2016).

Sendo o ato de filmar um confronto entre o olhar de quem filma e o olhar dos outros, ele é sempre uma relação de poder onde nem sempre há consciência. Ora, a minha presença ali, só podia ser feita em consciência e nunca num confronto direto com o meu objeto de estudo. Ajustei por isso a minha forma de filmar a esse gesto consciente e hiper-realista: os planos são quase sempre fixos, embora a câmara muitas vezes andasse na mão. Não houve, em momento nenhum uma direcção da minha parte, exceto numa cena que não entra na montagem final em que peço expressamente à Fátima que vire para a câmara uma almofada de ponto de Arraiolos, feita por elas no atelier de tapeçaria. Não poderia, como disse anteriormente, sobrepor o meu desejo de construir um objeto a um desconforto nas residentes, capaz de lhes criar alguma instabilidade.

Esta história, não é por isso minha, ou apenas minha. A parte autoral que me cabe é apenas a da montagem. Este filme é feito com as residentes, e por isso estão identificadas como tal na ficha técnica. Foram as residentes que decidiram se a forma como as representei era a correta. Na verdade, a direcção foi delas e não minha. Outra postura da minha parte não faria sentido tendo em conta a forma como me comprometi a tratar este tema.

III.3 - A montagem

A edição e montagem do material filmográfico foi feita depois de uma seleção de cerca de 10 horas de material de vídeo e 3 de material de áudio. Destes, selecionei cerca de 2 horas de material o qual foi primeiramente exibido às residentes, a 18 de maio de 2017 para que dessem a sua aprovação e posteriormente, no dia 11 de julho à Direção da Casa de Saúde da Idanha.

A complexidade da conceção filmográfica que o tema comporta, prende-se principalmente com a questão ética: a representação das residentes, os seus limites e formas de abordagem. A montagem é das tarefas mais árduas e por isso mais demorada, não necessariamente pelo que implica em termos técnicos, que são seguramente cinquenta por cento do trabalho da construção fílmica, mas pela enorme quantidade de decisões, suposições, experiências e considerações que envolve. A relação entre a construção efetiva do filme, a criação de significados dentro dele e a escolha criativa, encerra opções complexas que podem nem sempre ser perceptíveis ao outro (Morphy e Banks, 1999: 27). Se o objeto fílmico tem alguma pretensão de contribuição antropológica, tem que se valer das suas propriedades cinematográficas para criar um sistema de significados idêntico ao de uma etnografia escrita (Morphy e Banks, 1999: 27). Por isso mesmo, e por ser uma técnica que não domino, tive que recorrer a técnicos credenciados para tal e dado o peso do objeto que pretendia construir esta revelou-se ser a tarefa onde mais me demorei.

A primeira montagem, ocorreu a 20 de agosto de 2017 e serviu, principalmente para criar a estrutura do filme. Como começa, como acaba, os melhores planos, os planos fundamentais, as cenas imprescindíveis, no fundo, a construção de todos os elementos de peso numa única linha. Até aqui, sem qualquer preocupação com questões de ordem cronológica ou de sentido temporal. Também na montagem me faço acompanhar por um caderno de campo, pois é aqui se se dá a construção de modo efetivo e é aqui que me surgem questões cuja minha proximidade com objeto nem sempre deixa vislumbrar. Decorrendo da lista filmográfica de investigação enunciada logo após a bibliografia da presente tese, a primeira questão que anotei foi: “como é que eu entro em casa?”

Inspirada por Frederik Wiseman, mestre do cinema observacional cujo trabalho se centra quase todo em instituições sociais, e cuja particularidade de montagem me atrai, decidi seguir-lhe os passos: Wiseman centra a rodagem dos seus filmes no interior da instituição que retrata e apenas insere planos de exterior no início e no fim do filme. Decidi, pois, localizar no exterior o espaço onde decorrerá a ação e lentamente cumprir todos os passos pelos quais se entra em casa. Entramos em casa, para, lá chegados, ver a Monitora Lena a sair, desempenhando o papel que na realidade ela representa. Começa-se lentamente a apresentar o espaço principal, quem habita a casa, quem a compõem, quais as suas rotinas e ações e as suas dinâmicas, tal como em *“La Moindre des Choses”* (Nicholas Philibert, 1996, França), apesar de este ser um filme com um cariz mais performativo.

Numa segunda montagem, a 7 de outubro, depois de definida a estrutura do filme, que garantidamente não seguia a ordem cronológica do trabalho de campo, mas antes um equilíbrio de espaços e de tempo, físico e mental, onde se elabora o vazio e o preenchido, o estático e o dinâmico, a solidão e o acompanhado, unificados dentro de um novo espaço de ação construído por mim. De outra forma, os planos que tinha, tornariam a estrutura do filme muito redundante, pois a colocação da câmara é muito idêntica e a aproximação às residentes é difícil. Neste novo espaço, fui inserindo os planos de corte dos objetos pessoais que fui recolhendo e que, cada um à sua maneira, revelam práticas e vivências de identidades que se escondem por detrás deles. Preocupada que estes não tivessem uma componente demasiado pueril como os filmes de Daniel Mackler, tentei traduzir a existência destas mulheres e da sua coabitação, através dos seus objetos pessoais – e da casa - usados e partilhados diariamente e que colmatam a falta de proximidade às residentes sem necessariamente as identificar. Assumi a realidade do material que tinha e compus uma realidade a partir desses “recortes” também eles reais.

O resultado fazia-se sentir pelo choque dos espaços vazios e silêncios como em *“Grey Gardens”*, de Albert e David Maysles, 1975 (E.U.A).. O discurso das residentes como discurso do filme aparecia ainda como demasiado vago, correndo o risco de lhes serem atribuídas visibilidades superficiais e sem a objetividade de *“Hombre Mirando al Sudeste”*, de Eliseo Subiela, 1987 (Argentina), que apesar de se tratar de uma obra

ficcionada, atribui ao doente mental uma racionalidade que gostaria que estivesse presente. Os planos, na sua grande maioria gerais, obrigaram a cortes muito abruptos que só poderiam ser pacificados com o acompanhamento do som. Essa estranheza que é gerada por dois planos gerais colados, muito presente em “*Jaime*”, António Reis, 1974 (Lisboa), funcionam num espaço como o Hospital Miguel Bombarda, onde não há mais elementos visuais no plano a não ser o confinamento e a solidão de Jaime. Aqui, “Em Casa” essa combinação seria falsa. Não porque o confinamento e a solidão não existam, mas porque não são representativos desta vivência em concreto. Nesta primeira montagem apercebi-me que 30 minutos dentro de casa é muito tempo e, no entanto, de todas as vezes que lá estive, o tempo passava sempre depressa.

Ainda assim, a montagem foi-se apurando sem que tivesse necessariamente a editar: há uma construção mental da montagem que vai sendo feita mesmo sem a montagem real, e que acontece naturalmente pela força dos elementos visuais, que permanecem em nós por mais tempo do que gostaríamos.

Montagem Final

Após vários visionamentos, em vários ambientes, para poder confirmar os meus vários desconfortos em relação à montagem que já tinha e chegar a uma que representasse o mais possível a real vivência da casa, continuava a sentir que estávamos demasiado tempo em casa e que, portanto, havia uma tendência claustrofóbica na sequência que tinha montado. Havia também uma sensação de que aquele quotidiano não estava a ser inteiramente representado. Não tendo tido a vastidão e intensidade do trabalho de campo visível em “*Estamira*”, (Marcos Prado, 2005, Brasil), que abarca todos os papéis sociais da sua personagem, e para fugir a alguma clausura, decidi inserir o material que tinha captado do atelier de tapeçaria e reordenar alguns planos para lhes dar mais coesão, lembrando-me de Humberto Martins:

“Num trabalho de campo que deve captar com profundidade a integridade das pessoas, eventos, performances e mesmo elementos de cultura material, não podemos também, por outro lado, negligenciar no ato de representação (edição da informação)

uma boa representação do que presenciámos, escutámos e conhecemos” (Martins, 2013).

Nesta montagem, trabalhei o início e ensaiei um final, inseri a voz *off* da Monitora Lena. No decurso da gravação em campo, há processos e práticas que são desvendados pela voz e pelas imagens das residentes, como o Natal ou a passagem de ano, outras, nem sempre tão evidentes, mas necessários para melhor se perceber os seus quotidianos, como as regras da casa, necessitavam de ser explicados de alguma forma, sem que os discursos se tornassem redundantes. Esse foi o ponto de partida para a inclusão do discurso da Monitora Lena. Esta opção retira ao filme alguns dos silêncios que compunham a montagem inicial e conferem-lhe um outro ritmo e dinâmica, retiram-lhe o peso e carga reflexiva, é certo, no entanto, devolvem um olhar mais positivo e ao mesmo tempo mais realista do que é o quotidiano das residentes. Os silêncios, ainda assim presentes, tornam-se exemplos de alguns estados de alma destas mulheres. Por outro lado, estas opções tornam também o filme num elemento menos pesado, aliviando a sensação e escuridão, caos e doença que se faz presente em filmes que retratam a saúde mental como são exemplo *“Para-me de Repente o Pensamento”*, de Jorge Pelicano (2014, Porto).

Esta ultima montagem deteve-se principalmente no áudio e não tanto no vídeo. Deteve-se acima de tudo em dar coerência ao discurso para uniformizar a continuidade de planos num sentido mais narrativo e talvez, conseqüentemente, menos reflexivo.

Capítulo IV

IV. 1 - O Documentário: O objeto e as suas camadas

Tendo em conta que as notas relativas à filmagem, gravação e montagem ficaram descritas nos capítulos anteriores, neste pequeno capítulo darei nota da interpretação do filme enquanto objeto de análise final.

Na minha apresentação do material selecionado à Direcção da Casa de Saúde da Idanha, em julho de 2017, onde estiveram presentes o Director Clínico, Dr. Pedro Varandas, a Superiora Idília, a Dra. Catarina Vidigal (psicóloga) e a Dra. Anabela (Assistente Social), e que serviu quase como que um ensaio de apresentação da presente tese, as imagens surtiram o efeito para o qual o filme tem o propósito: a reflexão e o levantamento de questões de várias ordens. Desde logo, a noção de estigma. O que significa, como o combatemos, qual é a sua natureza e a sua essência. De seguida as questões foram levadas, de forma mais pragmática, para o objecto do filme: os doentes mentais. O que é um doente mental, como se distingue e como se cataloga um doente ou um inimputável? Os criminosos, por exemplo, estão quase sempre associados à doença mental porque há – culturalmente – uma enorme dificuldade em entender o ser humano como capaz das mais variadas atrocidades ou gestos não “normais”. É aqui, neste ponto reflexivo e de questionamentos vários que o filme que se cumpre.

Neste objeto fílmico, a ordem das cenas não corresponde à ordem da gravação, mas antes a uma composição construída com o objetivo de mostrar o mais possível o quotidiano da casa, partindo dos seus pequenos gestos, objetos, as suas relações internas, objetivas e subjetivas, e os seus espaços e vivências, mais ou menos intensos.

Partimos de fora para dentro, da rua situamos o espaço exterior da casa e a sua envolvência e começamos a apresentar o narrador, para que nos habituemos a uma narração descontinuada. Passamos para o interior da casa, de onde a Monitora Lena sai e revela-se o título. “Em Casa” dá uma indicação do que se pode esperar, sem desvendar muito e entramos no espaço principal da ação: a cozinha. Pelas conversas que se expõem – legendadas – vão-se apresentando as pessoas, as relações, os conflitos e as eventuais tensões que se vivem. De seguida, a cena do almoço dá conta das dinâmicas,

da ordem e da organização da casa e em que moldes ela se faz, num tempo mais lento, praticamente no tempo real da ação.

Quando saímos e passamos para os ateliers, temos pela primeira e única vez a voz de uma das residentes, a Antónia [1], que explica quais os benefícios de um atelier, no caso de tapeçaria, e onde pela primeira vez se percebe que há um cariz religioso envolvido naquilo que até então não se percebe que é uma casa de reabilitação. Até então poderia ser uma casa qualquer.

Voltamos para dentro de casa, particularmente para o produto que sai desses ateliers, e entramos no silêncio partilhado pelas residentes. Percebe-se o espaço e as interações entre as residentes e a relação direta comigo: presencia-se a diferença de relação e a cerimónia que ela encerra. Nestes saltos entre espaços, dentro e fora, vazio e cheio, vão-se percebendo os vários estados de alma, de solidão, humor, afeto, e até alguma tensão que vão sendo pautados e separados com planos de objetos que as próprias mencionam ou que lhes pertencem e acompanham, como o rádio ou o cinzeiro. O telefone, sinaliza as notícias que dão entrada à forma como duas das residentes lidam com a desilusão e da qual rapidamente saem e se envolvem num elemento exterior que as acompanha e lhes ocupa o tempo: o Bobby.

Explica-se o funcionamento da casa, vemos o Natal e descreve-se como será a passagem do ano. Ficam claros alguns dos papéis que cada uma das residentes desempenha dentro de casa através do seu discurso direto ou de conversas entre elas.

Não podia fechar este objeto sem que fossem as próprias a falar do seu grupo. Voltamos ao exterior e terminamos, tal como Wiseman, na rua, longe e distantes de uma casa onde estivemos tão envolvidos, tão dentro, e do qual essa distância nos causa estranheza.

“Em Casa” poderia ser uma qualquer casa partilhada por seis mulheres. Não existe, em momento algum, referência à saúde mental das residentes e quando há alguma alusão a ela, é feita pela voz das próprias residentes. O que o filme desvenda, poderia ser uma qualquer residência, que obedece a regras e a uma organização que não depende em exclusivo de quem lá vive, mas que não necessita de ter uma referência a saúde mental para ser percebida. Não é essa condição que lhe dá significado e

existência, é antes a da partilha e das vivências interiores, são os laços constituídos que dão coesão à Casa. Por este exercício de quase *voyeurismo*, pretende-se, pois, dar a entender, através destas representantes de pessoas com doença mental enquanto atores sociais, um quotidiano tão comum e tão próximo de qualquer outro não regulado ou monitorizado.

A profundidade deste objeto fílmico surge da banalidade deste dia-a-dia, tão raso, que é impossível atribuí-lo a uma doença mental ou a qualquer outro rótulo e que faz com que a segmentação social destes elementos pareça não só desnecessária como incompreensível.

Aborda-se o estigma negando-o, abordando-o por tudo aquilo que ele não é, deixando presente que os contactos diretos, os encontros mistos e a construção de laços não só é possível e salutar como a mutualidade que insere vai muito além de qualquer definição de saúde, de doença ou de estigma.

CONCLUSÃO

Este trabalho de projeto surge do desejo de uma experimentação aliada a questões de ordem mais pragmática. Tinha o desejo de fazer um filme, de pôr em prática conhecimentos adquiridos nas sessões lecionadas nas várias disciplinas que compõe o Mestrado em Antropologia – variante Culturas Visuais e não repetir os erros cometidos nos exercícios anteriores, além de estar movida por questões de ordem pessoal. O facto de ser trabalhadora-estudante e mãe, comprometia desde logo a minha disponibilidade para a dedicação profunda a uma dissertação e mais ainda, a uma deslocação prolongada para fazer trabalho de campo.

Há cerca de sete anos tinha tomado conhecimento, pela primeira vez, da Casa de Saúde da Idanha, que me suscitou uma curiosidade que não cessou até ao meu envolvimento na presente tese. Os motivos que inicialmente me levaram à Casa de Saúde nem sequer diziam respeito à saúde mental, no entanto, a partir dos poucos dias que lá passei e dos vários utentes e profissionais com que me cruzei, fui assolada por várias questões para as quais só agora obtive resposta: “Como vivem estas pessoas? De que é constituído o quotidiano destas centenas de pessoas? Como é que se vive, quando uma doença transcende a capacidade humana de contrariar um evento e nos “atira” para um lugar e para uma vida na qual somos impotentes ao ponto de ter que ser redefinida por outros? Porque estão ali aquelas pessoas?” O contacto com aquela realidade, fazia-me questionar a alguns dos profissionais de saúde com quem me cruzava, o porquê de ali estarem. Rapidamente percebi que os episódios que originaram e fundamentam a permanência de alguns daqueles doentes na instituição são comuns a qualquer individuo. Qualquer um poderia ali estar. E a placa aposta à entrada principal contém uma frase que nunca esqueci: “Uma pessoa vale mais do que o Mundo inteiro”. Frase do fundador da Casa, São Bento Menni que hoje poderia caber na Antropologia como “Uma pessoa é um mundo inteiro” (sublinhado meu), e deve ser descoberta como tal.

Aquilo que me conduziu até aqui não foi só a experimentação, foram as pessoas propriamente ditas. Na presença de individuos que sabemos *a priori* serem portadores de um défice de funcionamento psicossocial ou cujos cérebros são neurotípicos, há, invariavelmente, um cuidado com a diferença. Escolhem-se os temas das conversas e as

palavras. Depois do embate do encontro inicial, depois de construída a relação e de se fazer parte da Casa, rendemos-nos à evidência de que a perturbação mental não anula a pessoa na sua totalidade. As relações que se desenvolvem são geradoras daquele que é, muitas vezes, o elemento causador de uma suposta desconexão com a realidade, da patologia propriamente dita: a pertença.

Em cerca de quase um ano de convívio, não posso, contudo, negar que algumas vezes senti que havia qualquer coisa que era do domínio do “não-humano”. Não sendo também do domínio do anímico, há de facto uma inexplicável barreira, invisível, que não permite que se chegue mais perto, que faz com que a relação não se estabeleça na sua totalidade e potencialidade infinita. Como se a profundidade da relação fosse sempre passível de ser medida e encaixada numa qualquer categoria, preferencialmente lúdica ou terapêutica. No entanto, isso não descarta que a relação exista, que se estabeleça e se desenvolva dentro dos limites que qualquer relação implica. Recordo-me das palavras da Luciana [3], que afirmativamente e olhando-me nos olhos me disse: *“Nós sabemos. A gente sente quem é que gosta de nós, sabe? A gente sente.”*

Nas subjetividades e intersubjetividades dos encontros mistos, há sempre uma dialética reflexiva que nos impede de viver um quotidiano sem questionar a paridade, a igualdade e diferença. Estas mulheres, que se agarram a um quotidiano ditado e organizado por outros e se ancoram nas pequenas tarefas do dia a dia, constroem-se diariamente numa identidade e num sentido, como todo e qualquer indivíduo, diariamente, o faz. É a organização do quotidiano, o desempenho de tarefas externas, que nos organiza e nos define, interiormente, como sujeitos. É o que fazemos todos os dias que nos dá coesão, que nos torna “ser”.

Transcendendo a doença, a patologia, reconhecemos-nos, tal como num espelho, numa existência que poderia muito bem ser a nossa. Os contornos da narrativa pessoal daqueles sujeitos ali presentes, não são os nossos por alguma razão que não se explica apenas pela biologia ou pela psiquiatria. Sabemos apenas que os momentos de desintegração que ocorrem a qualquer um, podiam perfeitamente colocar-nos ali naquele lugar. É o reconhecimento desta diferença que nos transcende, a uns e a outros, e que dilui o estigma em relação ao que é diferente. É exactamente esse elemento de diferença que nos coloca na mais próxima paridade com aquele que é diferente.

Quando a vida não oferece escolha e nos esvazia do tempo em que “*éramos gente*” [1], a única forma de viver é pelos quotidianos que criamos ou são criados para nos ancorar a uma realidade. Essa realidade é composta por liberdade, pelos pares, pela casa, pelas tarefas domésticas, pelos horários, pelas ocupações criativas e pela família.

Este filme existe, hoje, porque o sentido da visão é formador de ideias, de conceitos e de novas formas de ver. A forma como as coisas são vistas e a forma como aquilo que é visto é entendido, também é culturalmente construído (Morphy e Banks, 1999: 22). A desconstrução que acontece sempre que nos permitimos a um encontro com o outro, seja ele que outro for, não só é salutar como promove uma reflexividade construtiva, capaz de edificar uma nova trajetória de um sistema cultural (Morphy e Banks, 1999: 21).

Acima de tudo, aquilo que me parece fundamental, hoje, depois desta vivência, é o estreitamento de um caminho cujas margens não cabem num molde de normalidade e que nos conduzem invariavelmente ao mesmo destino: o humano. Quanto ao objeto que dela sai, o filme, a sua voz ecoará em cada espectador na medida da sua familiaridade com ele.

BIBLIOGRAFIA

- AEISP – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. 2009. Boletim “Comunidade”, N.º 6, Maio 2009.
- Bachelard, Gaston. 1984. *La Poétique de L’Éspace*. Paris: PUF.
- Barbosa, Andréa. 2014. “Imagem, Pesquisa e Antropologia”, *Cadernos de Arte e Antropologia*, Vol. 3, N.º 2, 3-8.
- Basaglia, Franco. 1985. “A Instituição Negada”, Brasil, Editora Graal.
- Bastos, Susana Pereira. 1997. *O Estado Novo e Os Seus Vadios - Contribuição para o estudo das identidades marginais e a sua repressão*, Lisboa: Dom Quixote.
- Biehl, João. 2005. *VITA - Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- BJPsych Bulletin, “The TAPS Project - A report on 13 years of research, 1985-1998”, Julian Leff, Noam Trieman, Martin Knapp, Angela Hallam, 1-05-2000, <http://pb.rcpsych.org/content/24/5/165>
- Borges, L.M & Pocreau, JB. 2009. “Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria”; *Psicologia em Revista*, V. 15, N.º 1, 232-245.
- Caldas de Almeida, José Miguel e Xavier, Miguel. 2013. “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1.º Relatório”. 2013. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Carsten, Jane. 2013. “What Kinship does – and how”, *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, Vol. 3 (2), 245-251.
- Conselho Nacional de Saúde Mental. 2007. “Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016”.
- Devereux, Georges. 1978. *Ethonopsychiatrie*. França: Éditions La Pensée Sauvage.
- Direção Geral de Saúde. 2012. “Plano Nacional de Saúde Mental”, Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. 2016. “Portugal, Saúde Mental em números – 2015”, Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS

- Foucault, Michel. 2010, [2001]. *Os Anormais*. França: WMF Martins Fontes, Lda.
- Foucault, Michel. 2008, [1975]. *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia Edições (2.ª Edição).
- Foucault, Michel. 1987, [1975]. *Vigiar e Punir*. Brasil: Editora Vozes.
- Foucault, Michel; 1978, [1972]. *A História da Loucura*. Brasil: Editora Perspectiva.
- Goffman, Ervin; 1974, [1961]. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, S.A..
- Goffman, Ervin; 1963, [2004]. *Estigma - Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Brasil: Editora Sabotagem.
- Gregoire, Carolyn. 2016. "Renaming Schizophrenia could combat stigma and help patients Recover – Japan and South Korea have already banned the term". The Huffington Post: https://www.huffingtonpost.com/entry/schizophrenia-reclassification_us_56b20834e4b01d80b2449334
- Gruen, Arno. 1995. *A Loucura da Normalidade*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Hacking, Ian. 1999. *The Social Construction of What?* England: Harvard University Press.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur e Good, Byron. 1985. *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press.
- Langdon, Esther Jean e Wiik, Flávio Braune. 2010. "Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (3).
- Lei n.º 36/98, de 24 de julho. 1998. *Diário da República*, I Série, N.º 169, 24-7-1998.
- Lévi-Strauss, Claude. 1967. *Les Structures élémentaires de la Parente*. Paris: Mouton.
- Link, Bruce G. e Phelan, Jo C.. 2001. "Conceptualizing Stigma", *Annual Review of Sociology*, Vol. 27, 363-385.
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- Llopis, Jané, Eva e Anderson, Peter. 2006. "Mental Health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories". Luxembourg, European Communities.
- MacDougall, David. 1997. "De quem é essa História?" in *Cadernos da Antropologia e Imagem*, 5 (2); 93-106;
- MacDougall, David. 1998. *Transcultural Cinema*, United Kingdom: Princeton University Press;
- Martins, Herminio. 1996. "A Revolução Kuhniana e as suas implicações para a sociologia", in "Hegel, Texas e outros ensaios de teoria social", Lisboa: Edições Século XXI.
- Martins, Humberto. 2013. "Sobre o lugar e os usos das imagens na Antropologia: notas críticas em tempos de audiovisualização do mundo", *Revista Etnográfica*, Vol. 17 (2), 395-419.
- Maté, Gabor. 2008. *The Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. North Atlantic Books.
- McCallum, Cecília e Bustamante, Vânia. 2012. "Parentesco, Género e individuação no quotidiano da casa em um bairro popular de Salvador da Bahia"; Vol. 16 (2), 221-246, *Revista Etnográfica*.
- Melo-Dias, Carlos e Fernandes da Silva, Carlos. 2015. "Sobre a Vulnerabilidade...", *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (3), 411-420, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311>.
- Minuchin, Salvador. 1990. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Morphy, Howard e Banks, Marcus. 1999. *Rethinking Visual Anthropology*. Yale University Press.
- Nichols, Bill. 2010, [2001] *Introduction to Documentary*. USA: Indiana University Press.
- Nichols, Bill. 2016. *Speaking Truth with Film – Evidence, Ethics, Politics in Documentary*. USA: University of California Press.

- Relatório Mundial da Saúde, 2001. Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde. 2010. *“Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança”*.
- Patriarca, Madalena. 2012, *“Como nos tornamos antropólogos? Imprevisto e mutualidade na constituição do terreno etnográfico da saúde mental em Lisboa”*; vol. 16 (3), Revista Etnográfica, 589-618.
- Pink, Sarah. 2009. *Sensory Ethnography*. Sage Publications, Inc., UK.
- Pussetti, Chiara. 2009. *“Migrantes e Saúde Mental - A construção da Competência Cultural”* Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Quintais, Luís. 2013. *Mestres da Verdade Invisível*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Read, John e Harré, Niki. 2001. *“The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of “mental patients””*, Journal of Mental Health, vol. 10 (2), 223-235.
- Rouch, Jean, 1977. *The Camera and the Man*, em Paul Hockings (org.), Principles of Visual Anthropology. Haia e Paris: Mouton Publishers. 83-102.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Vidigal, Maria José. 2016. *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: Editora Trilhos.
- Van Os, Jim. 2016. *““Schizophrenia” does not exist”*, British Medical Journal. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i375> (Published 02 February 2016)
- Young, Allan. 1995. *The Harmony of Illusions - Inventing Post Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press.
- Zubin, Joseph e Spring, Bonnie. 1997. *“Vulnerability – A new view of schizophrenia”*. Journal of Abnormal Psychology, 86 (2), 103-126. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

FILMOGRAFIA

- “Diálogo Aberto”, Daniel Mackler, 2014 (Finlândia)
- “Estamira”, Marcos Prado, 2005 (Brasil)
- “Grey Gardens”, Albert e David Maysles, 1975 (Estados Unidos da América)
- “Hombre Mirando al Sudeste”, Eliseo Subiela, 1987 (Argentina)
- “Jaime”, António Reis, 1974 (Lisboa)
- “La Moindre Des Choses”, Nicholas Philibert, 1996 (França)
- “Lares de Cura”, Daniel Mackler, 2014 (Suécia)
- “Pára-me de Repente o Pensamento”, Jorge Pelicano, 2014 (Porto)
- “Take These Broken Wings”, Daniel Mackler, sem data, (Estados Unidos da América)

ANEXO I

Transcrição do Caderno de Campo

Disposição das residentes na reunião comunitária de 25 de outubro de 2016 na Casa de Saúde da Idanha, Belas:

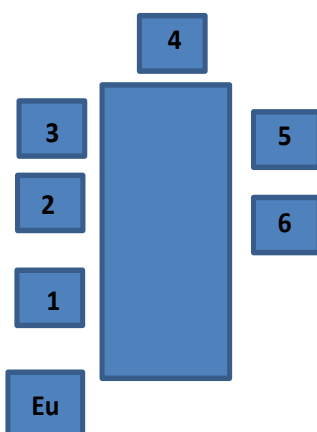


Fig.- 2, Esquema da disposição da mesa com as residentes

1

“Chamo-me Antónia Pires, tenho 66 anos, às vezes tenho um feitio difícil. Sou a mais velha da Casa. Às vezes sou irascível, mas dou-me muito bem com as minhas colegas. Tenho muitos embates ali com a monitora Lena, mas ela já me conhece e não me leva a mal. A enfermeira Sónia, posso sempre contar com ela, desde que a avise. Hoje, por acaso estou bem-disposta. Fui professora primária durante 33 anos. Estou reformada há algum tempo, mas agora não me lembro há quanto. Estou no Laço Verde há 5 anos. Em casa, não cozinho. Trato da limpeza da sala e das casas de banho. Tinha atelier de Tapeçaria, mas agora estou com um problema nas mãos e já não consigo.”

2

“Chamo-me Antónia Benges. Fui professora, Secretária e trabalhei numa empresa comercial. Gosto de estar na Casa porque somos muito independentes.

Podemos ir ao cinema, passear e só temos que avisar a portaria que vamos. Vimos aqui buscar a medicação semanalmente. Faço o Atelier da Palavra e o de Artes e Utilidades. Vou à Ginástica duas vezes por semana. Temos sempre muitas atividades.”

3

”Sou a Luciana Fontes, tenho 56 anos. Estou no Laço Verde há 3 anos e meio. Dou-me bem com as minhas colegas todas e a casa tem muito bom ambiente. Não há atritos nem discussões. Era funcionária dos CTT e estudava História na Faculdade de Letras. Comecei a ter problemas de saúde, comecei a faltar e tive que me reformar. Aqui consigo fazer alguma coisa da minha vida. Tenho um filho com 16 anos. Vou ao atelier de Tapeçaria e devia estar na ginástica, mas sou muito preguiçosa...”

4

”Fátima Rodrigues, tenho 58 anos. Estou na Casa desde 1999 (há 17 anos). Vinha bastante doente, mas tenho tido muita ajuda. Gosto muito das colegas. Vou ao atelier de Tapeçaria e à Ginástica.”

5

”Guilhermina, tenho 53 anos. Fui esteticista e massagista. Tenho uma filha com 34 anos e tenho duas netinhas gémeas com 5 meses. Gosto muito das colegas. Vou à Ginástica, ao atelier de Tapeçaria e Bijuteria.”

6

”Maria José Serrano. Estou no Laço verde há 10 anos. Ando doente de há uns tempos para cá. Gosto muito da casa e gosto muito das minhas colegas. Somos muito unidas. Vou ao atelier de Tapeçaria, Bijuteria e Artes Plásticas. Também fazia o atelier da Palavra, mas vou ter que deixar porque me custa muito a ler. Temos uma equipa muito competente. Sempre que há um problema vem logo alguém ter connosco. Tenho uma filha com 39 anos, que casou há pouco tempo.”

”Percebi nesta primeira reunião que todas as utentes gostam muito da Casa e que têm um laço muito forte entre elas. Compreendem-se, apoiam-se e ajudam-se nas suas diversas fragilidades e chegam a rir-se delas próprias. Gostam muito da equipa multidisciplinar e têm fortes laços com elas, principalmente com a monitora, Lena.”

25 de Outubro de 2016

ANEXO II

- Declaração de Compromisso referente à Execução e Divulgação do Estudo solicitado pela Casa de Saúde da Idanha

- Declaração de Compromisso referente à Execução e Divulgação do Estudo pela Mestranda

- Declaração de Orientação e Conduta Ética

- Declaração de Cedência de Imagens e Consentimento Informado das Residentes e participantes no filme

- Declaração de retirada do Professor orientador, Dr. José Mapril

- Carta de Orientação da Professora Dra. Catarina Alves Costa

- Carta de Co-Orientação do Professor Dr. Jaime Grácio



DECLARAÇÃO

ASSUNTO: Pedido de autorização de recolha de dados.

Exmo. Sr^a Marta Ramalho

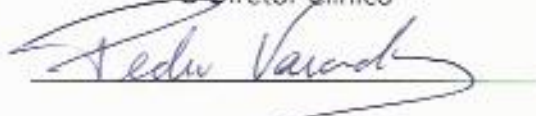
Depois de avaliada a sua proposta para realização nesta instituição do estudo, "Documentário/Filme Etnográfico." na Casa de Saúde da Idanha, vimos comunicar-lhe que a mesma poderá ser realizada dentro dos pressupostos explicitados no projeto de investigação/ protocolo do estudo.

Esta autorização só será válida depois de nos enviar (por correio postal ou eletrónico) a "Declaração de Compromisso Referente à Execução e Divulgação do Estudo" devidamente assinada, bem como o comprovativo da autorização deste estudo pela Comissão de Ética da instituição académica.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Dr. Pedro Varandas
Médico Psiquiatra

O Diretor Clínico



(Pedro Varandas)

ANEXOS: Declaração de Compromisso Referente à Execução e Divulgação do Estudo



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO REFERENTE À EXECUÇÃO E DIVULGAÇÃO DO ESTUDO

Marta da Silva Ramalho, declaro que todos os processos do estudo "Documentário/Filme Etnográfico" serão realizados por mim ou pela equipa que coordeno, tal como descrito no projeto de investigação/ Protocolo do Estudo previamente enviado para a Vossa instituição.

Declaro ainda que:

1. Farei menção à Casa de Saúde da Idanha, em todas as publicações que forem efetuadas com este estudo;
2. Irei enviar-vos todas as referências de eventuais publicações deste estudo;
3. Estarei disponível, em data a acordar, para apresentar uma breve comunicação sobre o estudo no Vosso estabelecimento de saúde, quando este estiver finalizado;
4. Deixarei uma cópia com os resultados do estudo referentes às pessoas atendidas no estabelecimento de saúde (quando aplicável).

Idanha, 2016.05.30

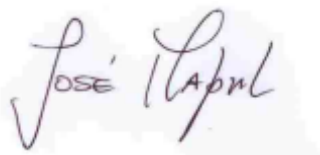
O Investigador

DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO E CONDUTA DE ÉTICA

Na sequência da investigação proposta para tese de Mestrado em Culturas Visuais (Antropologia) pela Mestranda Marta da Silva Ramalho, tendo em conta que esta envolve pessoas como objecto de estudo, na qualidade de Orientador da Mestranda e na ausência de uma Comissão de Ética na Universidade Nova de Lisboa, declaro que este estudo decorre de acordo com os princípios estabelecidos no Código de Ética da Universidade Nova de Lisboa (que junto se anexa) e para o qual dou a minha garantia do cumprimento das normas de conduta ética nele descritos.

Mais ainda, a Mestranda compromete-se com a declaração de compromisso referente à Execução e divulgação do estudo perante a Instituição que acolhe e conforme se junta anexo.

Lisboa, 20 de Julho de 2016

A handwritten signature in blue ink that reads "José Mapril". The signature is written in a cursive style with a large initial 'J'.

Professor Doutor José Mapril
(Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
da Universidade Nova de Lisboa)



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- Com a utilização da imagem da pessoa assistida Luciana Forte na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, banners, etc);
- Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- Que a cedência de imagem é gratuita;
- Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
 Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 4/12/2017

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

Luciana Antónia Pereira Fortes

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, Luciana Antónia P. Fortes (nome), residente na Rua _____ (morada), em Belas, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão N.º 05340700, válido até 8/8/18, contribuinte N.º 041651881, pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitação ao estigma da doença mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente académicos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investigação, qualquer outra utilização e/ou exibição que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autorização por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura: Luciana Antónia Parreira Fortes

Data: 1 de Junho de 2017



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- Com a utilização da imagem da pessoa assistida Maria José Seucuc na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, *banners*, etc);
- Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- Que a cedência de imagem é gratuita;
- Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
 Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 14/12/14

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

Maria José Seucuc [Assinatura]

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, D^o José Garcia de Sousa Paulo (nome), residente na Rua Sociedade 22 do Dao, n^o 15/3^a (morada), em Belas, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão N.º 04651683, válido até 09/03/2020, contribuinte N.º 109759680, pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitaçao ao estigma da doença mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente académicos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investigação, qualquer outra utilização e/ou exibição que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autorização por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura Marta José Garcia de Sousa Paulo

Data: 1 de Junho de 2017



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- a) Com a utilização da imagem da pessoa assistida Fernando - Filomena Rodrigues na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, *banners*, etc);
- b) Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- c) Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- d) Que a cedência de imagem é gratuita;
- e) Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
 Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 14 / 02 / 2017

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Fernando - Filomena Rodrigues

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

[Assinatura]

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, Fernanda Filomena Rodrigues (nome), residente na Rua Sociedade 22 de Maio n.º 15-3.ºA (morada), em Belas, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão N.º 05118438, válido até 25-2-2020 contribuinte N.º 119854910, pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitação ao estigma da doena mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente acad micos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investigao, qualquer outra utilizao e/ou exposio que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autorizao por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura Fernanda-Filomena Rodrigues

Data: 1 de Junho de 2017



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- Com a utilização da imagem da pessoa assistida Maria Guilhermina Silva na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, *banners*, etc);
- Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- Que a cedência de imagem é gratuita;
- Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
 Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 14/12/17

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Maria Guilhermina Silva

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

Arabela Cavalho

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, Maria Guilhermina Silva (nome), residente na Rua Sociedade 22 Maio nº 153º A (morada), em Belas, titular do ~~Bilhete de Identidade~~/Cartão de Cidadão N.º 622 13 40, válido até 18/12/17, contribuinte N.º 130 960 462, pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitação ao estigma da doena mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente acad micos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investiga o, qualquer outra utiliza o e/ou exposi o que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autoriza o por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura Maria Guilhermina Silva

Data: 1 de Junho de 2017



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- a) Com a utilização da imagem da pessoa assistida Antónia Soares na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, *banners*, etc);
- b) Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- c) Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- d) Que a cedência de imagem é gratuita;
- e) Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
- Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 14/12/11

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Maria Antónia Soares

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

[Assinatura]

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, Maria Antónia Gaffes Pinel (nome), residente na Rua Rua Sociedade 22-7 - 1.º andar - 30 A (morada), em Belas, titular do ~~Bilhete de Identidade~~/Cartão de Cidadão N.º 1081894, válido até 20/05/20, contribuinte N.º 170328520 pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitaçao ao estigma da doença mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente académicos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investigação, qualquer outra utilização e/ou exibição que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autorização por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura Maria Antónia Gaffes Pinel

Data: 1 de Junho de 2017



DECLARAÇÃO DE CEDÊNCIA DE IMAGEM

O presente documento refere-se à cedência de imagem da pessoa assistida abaixo citada, conforme autorização por parte da própria ou do seu representante legal junto deste estabelecimento de saúde.

Ao assinar o documento, concorda:

- Com a utilização da imagem da pessoa assistida Antónia Pereira na divulgação e registo de sua participação em eventos como ateliers, passeios, festas, exposições, desfiles, entre outros, por este estabelecimento de saúde, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, painéis, banners, etc);
- Que por "imagem" entende-se a fotografia, filmagem ou ilustração da pessoa assistida individualmente ou em grupo;
- Que esta autorização é exclusiva para uso do estabelecimento de saúde anteriormente referido, não estando este autorizado a ceder as imagens para outras instituições e fins que não os estabelecidos na alínea a;
- Que a cedência de imagem é gratuita;
- Que caso o responsável ou da pessoa assistida se sintam constrangidos, ofendidos, incomodados ou desrespeitados pelo uso da imagem e discordem da sua publicação, devem comparecer nesta unidade de saúde e registar o pedido de retirada de imagem junto da Direção do estabelecimento, a qual se compromete a concretizar esse pedido num prazo de 24 horas.

Deste modo e ciente do mencionado acima:

- Sim, concordo com os termos e autorizo o uso de imagem
 Não concordo com os termos e não autorizo o uso de imagem.

Data: 14/12/2017

Pessoa Assistida/Tutor/Pessoa significativa

Antónia Pereira

Enfermeiro chefe da unidade / Técnico
de referência

[Assinatura]

Consentimento Informado e Cedência de Direitos de Imagem

Eu, Antónia do Rosário Tânia Beirã (nome), residente na Rua Sociedade de 22 de Maio nº15-3A (morada), em Belas, titular do Bilhete de Identidade/~~Cartão de Cidadão~~ ^{Passaporte} N.º 110893717, válido até 18 Fev. de 2020 contribuinte N.º 261988263, pelo presente instrumento, declaro que estou informada e tenho conhecimento do estudo levado a cabo pela mestranda Marta da Silva Ramalho, aluna N.º 47392 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade Nova de Lisboa e autorizo a cedência das imagens e do som captados no âmbito do projeto de trabalho do Mestrado em Culturas Visuais, denominado "Em Casa: visitação ao estigma da doena mental", produzido e realizado pela referida mestranda, a ser exibido apenas em contexto e para fins estritamente acad micos, por tempo ilimitado e em todo o Mundo.

Dado o carácter confidencial da investigao, qualquer outra utilizao e/ou exposio que não a do Júri e orientadores do Mestrado, estão sujeitas a prévia autorizao por parte da realizadora e da Casa de Saúde da Idanha.

Assinatura Antónia do Rosário Tânia Beirã

Data: 1 de Junho de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro ter deixado as funções de orientador da tese de mestrado em Antropologia: Culturas Visuais, de Marta Ramalho, subordinada ao título “Em Casa: Visitação ao estigma da doença mental”. Essas deverão ser asseguradas a partir da presente data pela Prof^a Dr^a Catarina Alves Costa.

Lisboa, 16 de Outubro de 2017



José Mapril


Professor Auxiliar, Departamento de Antropologia FCSH-UNL
Investigador integrado, Centro em Rede de Investigação em Antopologia (CRIA-UNL)

Lisboa, 20 de Dezembro de 2016

ASSUNTO: Trabalho de Projecto – Tese de Mestrado

É com muito prazer que aceito ser orientadora do trabalho de projecto "Em casa: visitação ao estigma da doença mental", a realizar pela aluna do mestrado em Culturas Visuais, do Departamento de Antropologia, Marta Ramalho (aluno nº 47392).

Sem mais assunto de momento, aproveito para apresentar os melhores cumprimentos



(Catarina Alves Costa)

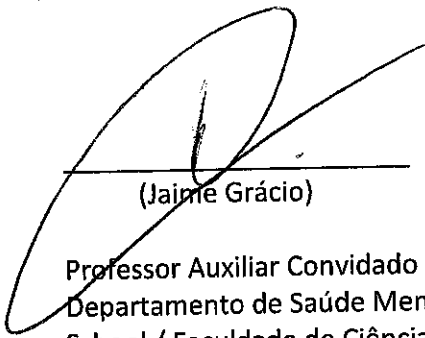
Professora Auxiliar

Departamento de Antropologia

Lisboa, 20 de Dezembro de 2016

ASSUNTO: Trabalho de Projecto – Tese de Mestrado

Declaro que aceito ser co-orientador do trabalho de projecto com o título “Em casa: visitação ao estigma da doença mental”, a realizar pela aluna Marta Ramalho (aluno nº 47392), do mestrado em Culturas Visuais, do Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.



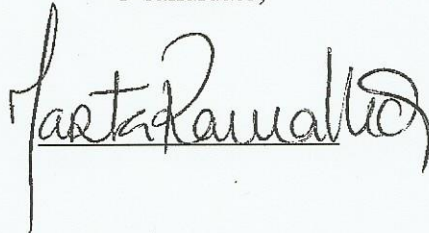
(Jaime Grácio)

Professor Auxiliar Convidado
Departamento de Saúde Mental e Centro de Estudos de Doenças Crónicas, CEDOC, NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta tese/ Dissertação /Relatório /Trabalho de Projecto é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

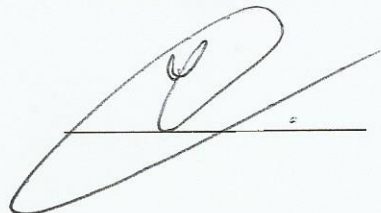
O candidato,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fátima Paula', written over a horizontal line.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2017

Declaro que esta Dissertação / Relatório / Trabalho de Projecto se encontra em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

^{co-}
O(A) orientador(a),

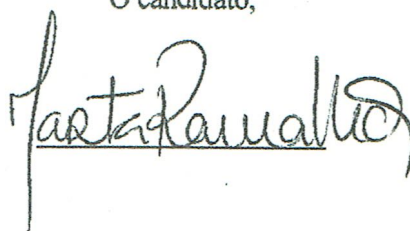
A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop and a horizontal line extending to the right.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2017

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta tese/ Dissertação /Relatório /Trabalho de Projecto é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fátima Raulino', written over a horizontal line.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2017

Declaro que esta Dissertação / Relatório / Trabalho de Projecto se encontra em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2017