



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO SOCIAL, DESENVOLVIMENTO E
DINÂMICAS LOCAIS
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"A importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação da pessoa com
doença mental e o educador social: Um estudo de caso"

Joana Filipa Morim Leitão

30 de setembro de 2018



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO SOCIAL, DESENVOLVIMENTO E
DINÂMICAS LOCAIS
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"A importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação da pessoa com
doença mental e o educador social: Um estudo de caso"

Joana Filipa Morim Leitão

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Educação Social,
Desenvolvimento e Dinâmicas Locais, orientado pela Professora Doutora Maria
Filomena Ribeiro Fonseca Gaspar**

30 de setembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para todos os que estiveram comigo ao longo desta jornada, até ao seu resultado final.

Aos meus pais pela paciência e apoio que sempre demonstraram, sem esquecer os miminhos da mãe que facilitaram imenso.

À minha avozinha que todos os dias esteve presente e teve muita paciência para lidar comigo, principalmente nos dias menos bons deste percurso.

À minha irmã, que estando fisicamente ausente, esteve sempre presente para ouvir os meus desabaços e às minhas sobrinhas que me fizeram rir quando não tinha vontade.

À minha homónima e à minha Pratas, pelo apoio em todos os sentidos, pois sem elas nada disto seria possível.

À Paula por se ter disponibilizado a ajudar quando foi preciso.

A ti Liliana que sempre lá estiveste.

E a ti também.

A todos os meus colegas de curso que fizeram esta caminhada comigo, cada um foi importante e contribuiu para o meu crescimento, mas em especial ao Cláudio.

À APPACDM de Soure que acolheu o meu trabalho sem hesitar e me permitiu alcançar os objetivos.

À Professora Doutora Sónia Mairos Ferreira que iniciou esta caminhada comigo, sendo sempre muito paciente e dando-me os seus melhores conselhos, e, por fim, à Professora Doutora Maria Filomena Gaspar que me ajudou a chegar até ao fim, que acreditou em mim e que nunca permitiu que eu desvalorizasse o meu trabalho.

A todas estas pessoas e a outras que de certa forma acabaram por estar presentes e contribuíram para a realização do trabalho, **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

O presente trabalho intitulado "A importância da escrita das cartas como estratégia de comunicação da pessoa com doença mental e o educador social: Um estudo de caso" surgiu no contexto do estágio curricular no âmbito do Mestrado de Educação Social, Desenvolvimento e Dinâmicas Locais.

Este estudo, realizado na Instituição APPACDM de Soure, teve como principal objetivo evidenciar a importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação na relação do indivíduo com doença mental e o educador social.

A primeira parte contempla os aspectos referentes ao enquadramento teórico que fundamentam a abordagem prática do trabalho, mais especificamente a área da doença mental, o papel do educador social, intervenção na doença mental, o Modelo de Bronfenbrenner na compreensão das relações humanas e a importância da comunicação com o doente mental.

Na segunda parte do trabalho, apresentamos o estudo de caso que desenvolvemos. Teve como principal objetivo evidenciar a importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação na relação da pessoa com doença mental e o educador social, seguindo a metodologia da análise de cartas.

Palavras-chave: saúde mental, doença mental, educação social, educador social, cartas, estudo de caso.

ABSTRACT

This study, entitled “The importance of writing letters as a communication strategy on the relationship between individuals with mental disability and the social educator: a case study”, has its origin in a curricular internship within the Master of Social Education, Development and Local Dynamics program.

The present study, developed in APPACDM Soure, aims to show the importance of writing letters as a communication strategy on the relationship between individuals with mental disability and the social educator.

The first part of this study embraces the theoretical framework that supports the practical work, specifically in the area of mental disability, the social educator role, its intervention, the Bronfenbrenner’s Model in the explanation of human relationship and the importance of communication with individuals with mental disability.

In the second part of this article, it was explained how this case study was developed. It’s main objective was to highlight the importance of letter writing as a communication strategy on the relationship between individuals with mental disability and the social educator, following a methodology of letters analysis.

Keywords: mental health, mental illness, social education, social educator, letters, case study.

Índice de Siglas

APA: American Psychiatric Association

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DGS: Direção Geral de Saúde

ICD: International Classification of Diseases

OMS: Organização Mundial de Saúde

APPACDM: Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Doente Mental

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

Índice

Introdução.....	9
Parte I - Enquadramento Teórico.....	10
1. Doença Mental.....	10
1.1. Saúde e Doença Mental.....	10
1.2. Doença Mental: Classificação.....	14
1.2.1. Depressão.....	17
1.2.2. Ansiedade.....	18
1.2.3. Perturbação Bipolar.....	20
1.2.4. Perturbação Obsessivo-Compulsiva.....	21
1.2.5. Psicoses.....	22
1.2.6. Esquizofrenia.....	22
1.3. Doença Mental: Prevalência.....	23
1.4. Doença Mental e Comportamentos de Risco.....	28
1.5. Doença Mental: Representações Sociais.....	30
2. Educação Social.....	31
3. Educador Social.....	35
3.1. Educador Social: Identidade, Funções e Competências.....	37
3.2. Educador Social: Modelos da sua Intervenção.....	44
3.3. Educador Social: Valores Éticos e Morais.....	46
4. Intervenção na Doença Mental.....	49
4.1. Institucionalização Desinstitucionalização.....	49
4.2. Reabilitação Psicossocial e Socioeducativa.....	51
5. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner.....	53
6. A Comunicação.....	56
6.1. A Comunicação com o Doente Mental.....	57
Parte II - Estudo de Caso.....	59
1. Objetivo do Estudo de Caso.....	59
2. Metodologia.....	59
2.1. Estudo de Caso.....	59
2.2. Procedimento.....	61
2.3. Cartas: epistolografia.....	62
2.4. Análise do Conteúdo.....	63
2.5. Caracterização da Instituição.....	65

2.6. Caracterização do Sujeito: M.	70
3. Resultados do estudo de caso.....	73
3.1. Considerações Finais.....	84
Conclusão.....	86
Referências Bibliográficas.....	88
Anexos.....	101
Anexo I - Consentimento informado.....	102
Anexo II – Análise do Conteúdo das Cartas.....	104

Introdução

No âmbito do Mestrado de Educação Social, Desenvolvimento e Dinâmicas Locais, precisamente, no estágio curricular realizado na instituição APPACDM de Soure, desenvolvemos este trabalho intitulado "A importância da escrita das cartas como estratégia de comunicação da pessoa com doença mental e o educador social: Um estudo de caso". Teve como principal objetivo evidenciar a importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação na relação do indivíduo com doença mental e o educador social, seguindo a inovadora metodologia da análise de cartas.

Optou-se pela divisão do trabalho em duas partes. A primeira contemplará os aspetos referentes ao enquadramento teórico que fundamentam a abordagem prática do trabalho, mais especificamente a área da doença mental (aflorando diversas doenças desse foro), o papel do educador social (funções, competências e valores), intervenção na doença mental, o Modelo de Bronfenbrenner na compreensão das relações humanas e a importância da comunicação com o doente mental. Tendo um teor teórico, cumprirá o propósito de proporcionar um enquadramento para o estudo desenvolvido e apresentado, na segunda parte.

Nessa segunda parte, apresenta-se “um estudo de caso”, partindo da premissa de João Amado (2017, p.141), citando Stake (2007), que “o verdadeiro objetivo do estudo de caso é a particularização, não a generalização. Pegamos no caso particular e ficamos a conhecê-lo bem, numa primeira fase não por aquilo em que difere dos outros, mas pelo que é, pelo que faz.” A metodologia utilizada contemplou a leitura e, posterior, análise de cartas escritas por M., indivíduo do sexo feminino, residente na Residência Autónoma, resposta social, que visa a desinstitucionalização, da APPACDM de Soure, desde dezembro de 2016. Para contextualizar, serão, sumariamente, caracterizadas M. e a instituição que a acolheu. Seguir-se-ão a análise e a apresentação dos resultados obtidos através de cartas, ou seja, os dados recolhidos, organizados e analisados em categorias e subcategorias. O material recolhido será dividido em duas categorias de relações (intrapessoal e interpessoal) e em quatro subcategorias (tempo, emoções, contexto e tema).

Para finalizar a parte relativa ao estudo de caso, serão apresentadas as considerações finais, destacando o papel das cartas no estabelecimento da relação entre a autora das cartas e o educador social.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Doença Mental

1.1 Saúde e Doença Mental

Os conceitos de saúde e doença mental são controversos. Durante muito tempo, a sua compreensão limitou-se ao indivíduo doente. Desde meados do século XX, que a saúde se constitui, definitivamente, como um conceito específico e como objeto de investigação e intervenção, independente das doenças. Como refere Fazenda (2008) e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), a saúde mental é “um estado de bem-estar subjetivo no qual o indivíduo realiza as suas capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal, desenvolvendo as suas competências na vida pessoal e social, tal como, a capacidade de autonomia e escolha de um projeto de vida, existe uma auto-realização intelectual e emocional e os seus comportamentos adequam-se à realidade.” (citado por Tavares, 2010, p. 14)

A American Psychiatric Association (APA, 1980) citada por Teixeira (2010, p. 4) define saúde mental como o “sucesso simultâneo no trabalho, amor e criação, com capacidade de resolução madura e flexível de conflitos entre instintos, consciência, outras pessoas importantes e a realidade.” Por outro lado, Robinson (1983) afirma que saúde mental é um estado dinâmico em que se demonstra pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com as normas locais e culturais.

São variadas as teorias que tentam definir a saúde mental. Muitos desses conceitos centram-se em torno de aspetos do funcionamento individual, que enfatiza a motivação de um indivíduo na contínua busca da realização pessoal (Maslow, 1970). Este autor descreveu a realização pessoal como sendo psicologicamente sadio, integralmente humano, muito evoluído e plenamente maduro. Considerava que os indivíduos “sadios”, ou “realizados”, possuíam particularidades tais como: i) um entendimento ajustado da verdade; ii) competência de aceitar-se, aos outros e à natureza humana.

A população portuguesa, neste início de século é bem diferente daquilo que foi há poucas décadas. Em suma, envelheceu. Nos últimos trinta anos duplicou o número de pessoas com mais de 65 anos, a chamada terceira idade, o que, por sua vez, traz consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doença, tanto física como psíquica. A doença mental transporta frequentemente consigo a má alimentação, deficiente higiene e exposição a fatores de risco responsáveis por deterioração do estado geral. A

parte racional e a parte emocional do cérebro formam um todo indivisível, no qual as sensações são importantes para o pensamento assim como os pensamentos são importantes para as emoções. O pensar e o sentir estão intimamente alinhados às ideias, aos valores, aos princípios e aos entendimentos complicados, ficando a ideia autêntica de que a emoção humana é especial (Damásio, 2000, citado por David, 2010).

Até à época do renascimento, a doença mental relacionava-se com bruxarias e feitiçarias e as pessoas eram isoladas, excluídas da sociedade e abandonadas em locais como caves, sótãos, prisões e/ou eram enviadas para as guerras e consideradas como perdas menores. Contudo, é a partir deste momento para a atualidade que começam a surgir novas luzes sobre a doença mental, visto que passam a existir alguns pensadores curiosos pelos “loucos” e começam a produzir contributos importantes.

De acordo com Nogueira (2013), são apresentados Vesálio e Leonardo Da Vinci como pioneiros nas preocupações da doença mental, através das suas obras como por exemplo, “O Elogio da Loucura de Erasmo de Roterdão” e em “Hamlet de Shakespeare”, trabalhos onde a loucura é explorada e visualizada de uma outra forma, começando a abrir horizontes dos conceitos até então pré-concebidos, sem medos ou proibições. “Aos poucos a visão de loucura vai perdendo a sua construção fantasiada, para ir renascendo na robustez da razão, como um conjunto de corpo e mente indivisível e em que ambas as partes, podem adoecer.” (Nogueira, 2013, p.9).

Esta pequena melhoria, incentivada por grandes nomes, foi um avanço, mas ainda pequeno, pois o que a sociedade iniciou, em meados do século XVII, foi a criação de “casas”, espaços próprios para acolher as pessoas com doença mental e indivíduos “diferentes dos demais” que perturbassem a norma social, como por exemplo, “pobres «inválidos», velhos na miséria, mendigos, desempregados renitentes, sujeitos com doenças venéreas, libertinos de todas as espécies (...)” (Foucault, citado por Nogueira, 2013, p.10) .

“A Europa, na altura centro do mundo, vê dissipar-se a nuvem negra que a idade média deixou nos seus céus e ao aproximar-se das teorias humanistas, vai deixando para trás, as noções de feitiçaria e ocultismo que caracterizam as épocas passadas.” (Nogueira, 2013, p.9).

Desta forma, os doentes mentais, já não corriam tanto risco de vida, todavia existiam ainda alguns senãos, sendo que as suas permanências nestas instalações não permitiam tratamentos, uma vez que não existiam pessoas especializadas para trabalhar com estas pessoas. De acordo com Nogueira, percebe-se que a frequência dos doentes

nestes espaços, não surgiram “com uma postura curativa, mas sim como forma de reestruturação e organização social” (2013, p.10)

Foi a partir do século XVIII que começaram a surgir outros nomes de referência, tais como, Philippe Pinel (França), Tuke (Inglaterra) e Wagnitz e Reil (Alemanha) e que começaram também a trabalhar a questão da doença mental. Estes médicos preocuparam-se em explicar que uma pessoa com doença mental seria diferente de um criminoso, ou seja, estaríamos perante uma doença considerada como um distúrbio do sistema nervoso e que por sinal deveria ser estudada. Deste modo, a pessoa passou de louca a doente, sendo-lhe concedida e reconhecida o direito ao tratamento e não o isolamento e/ou prisão.

Descartes, Josef Gall e Freud foram outros pensadores que se debruçaram sobre a questão da doença mental e que começaram também a definir o lugar da psiquiatria contemporânea.

Durante o século XX, as teorias criadas por estes autores, “começam a partilhar terreno com visões psicológicas onde predomina a psicanálise e onde se começa a esboçar a psiquiatria social por um entendimento mais amplo da doença mental.” (Nogueira, 2013, p.10).

Para além destas novas visões, em 1950, também uma data decisiva, surge algo revolucionário na doença mental, como os primeiros psicofármacos, “tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, etc.” (Alves, citado por Nogueira, 2013, p.11), que vieram contribuir e revolucionar a intervenção junto das pessoas com esta doença, bem como permitir a possibilidade de cura da mesma. Com estes medicamentos surgiu uma mais valia que foi a possibilidade de o indivíduo com doença mental ser desinstitucionalizado e devidamente medicado fazendo o tratamento já inserido na comunidade.

A doença mental, “é um sofrimento humano concreto e imenso. Pode-se manifestar em níveis distintos de gravidade, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente” (Basteiro et al., 2003, p. 38). Fonseca (1997) citado por Gonçalves (2008) considera que o diagnóstico de doença mental só pode ser definido a partir de um certo número de indicadores tanto de carácter individual como de carácter colectivo, indicadores que nos permitem graduar, entre as categorias de “doença” e de “saúde”, as diversas formas (normais, desviadas e patológicas) do comportamento humano.

Tavares (2010), baseando-se nos estudos de Fazenda, refere que é difícil definir doença mental, uma vez que “esta abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. Para a autora, as doenças mentais manifestam-se em determinado momento da vida, antes do qual não existiu qualquer alteração ou perda das capacidades.” (Tavares, 2010, p.15).

Existe pouco consenso sobre o modo de funcionamento adequado dos sistemas da cognição, da percepção, raciocínio, etc., o que faz com que as fronteiras entre um desempenho eficaz e capaz dessas funções e um desempenho disfuncional sejam menos claras.

A definição primária de doença física assenta essencialmente em disfunções no corpo, apesar de poder ser relacionada com fatores sociais e culturais. Já a doença mental depende não apenas da disfunção, mas simultaneamente da consideração da desadequação social e cultural nela implicados. Esta natureza contextual das doenças mentais faz com que a sua definição nunca se aproxime da natureza da grande parte das doenças físicas (Horwitz & Scheid, 1999, citados por Neto, 2012).

Outro conceito, definido por Jara (2002), refere que “a doença mental é uma doença de foro psicológico, em que os sintomas mentais são uma realidade subjetiva que resultam, na maioria das situações, em comportamentos, atos e inibições ou incapacidades, expressando-se na vida da pessoa, deteriorando as relações com os outros e com o mundo.” (citado por Tavares, 2010, p.16).

O facto de qualquer rótulo de doença mental implicar simultaneamente a necessidade de um reconhecimento, oscila entre uma atitude cultural e/ou de uma disfunção de acordo com as normas e regras dos contextos espaço/temporais particulares, não implicando que não haja a possibilidade de uma definição universal de doença mental. Como refere Horwitz (2002, p. 26), “os comportamentos específicos chamados de doença mental em culturas diferentes variem, não significa que a definição de doença mental esteja presa a uma cultura. O significado de doença mental como uma disfunção psicológica socialmente desadequada é universal; são comportamentos particulares aos quais esta definição se aplica que são delimitados pela cultura”. Ou seja, todas as sociedades têm uma categoria de doença mental ou loucura para designar comportamentos que fogem à regra, mas o conteúdo do que é essa perturbação mental é

que pode variar de cultura para cultura. Os juízos sociais sobre a doença mental começam nas exposições.

“A doença mental não se limita a um dos extremos do espectro de racionalidade. Ela reside frequentemente num comportamento cujo sentido imediato é perfeitamente evidente, mas que apesar disso é considerado «perverso», «irrealista», «despropositado», etc., trata-se de juízos que ocupam uma espécie de território interior entre a razão e a moralidade” (Ingleby, 1982, p. 100).

Os médicos psiquiatras encaravam que era impossível definir doença mental no mesmo sentido que a doença física, na perspectiva de que a sua conceção tem incluído um juízo moral. Colocavam a explicação da loucura no seio da sociedade. Assim, “se é a sociedade que produz e define a doença mental e se esta é o resultado das condições degradantes de vida, de deterioração dos laços sociais, etc., então a sociedade é que está doente, não os indivíduos” (Alves, 2001, p. 28).

A Psiquiatria surge como uma ciência reparadora, com a função de observar e castigar os loucos e o médico surge no acolhimento como forma de justificar a exclusão social do doente mental. Com esta medida, pretendia-se combater a loucura através da ética, inculcando valores morais e sociais. Com a introdução da Psiquiatria como disciplina médica, rapidamente se percebeu que para melhor tratar os doentes mentais, era necessário conhecê-los. Desta forma, “os loucos tornaram-se doentes objeto de conhecimento.” (Alves, 2001, citado por Sousa, 2008, p. 8)

1.2 Doença Mental: Classificação

A primeira classificação internacional das causas de morte (*International List of Causes of Death*) resultou de uma lista de nomenclaturas de doenças desenvolvida por Bertillon, médico e estatístico francês, tendo sido introduzida na Europa em 1893 e, em 1898 nos Estados Unidos da América.

A primeira revisão ocorreu em 1900, tendo-se procedido a novas revisões em ciclos de dez anos de forma a manter a atualização dos progressos da medicina (Moriyama, Loy & Robb-Smith, 2011). A partir da sexta revisão, na altura denominada Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte – CID-6 (*International Statistical Classification of Diseases Injuries, and Causes of Death, ICD-6, WHO, 1948*) foi incluído, pela primeira vez, um capítulo destinado às doenças mentais.

Em 1952, foi publicada a primeira edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-I, APA, 1952) consistindo numa lista de diagnósticos organizados por categorias incluindo um glossário com a descrição clínica de cada categoria.

As revisões de ambas as classificações foram sofrendo alterações mais ou menos discretas em termos de terminologia até à edição do CID-9 (*International Classification of Diseases*, ICD-9, WHO, 1977) em coordenação com a posterior publicação do DSM-III (APA, 1980), nas quais se introduziram alterações metodológicas e estruturais importantes. O DSM-III, considerado um manual teórico, apresentou um enfoque mais descritivo, propôs pela primeira vez um sistema de classificação multiaxial, isto é, distribuída por eixos, de forma a fornecer informação destinada à avaliação formal do diagnóstico (eixos I-III) e ainda outras informações que complementam esse diagnóstico (eixos IV e V). Muitos foram os que dentro e fora da Psiquiatria consideraram esta abordagem nosológica da doença mental uma ‘revolução’ (Alarcón, 2009). Basicamente, refletia o abandono de uma abordagem marcadamente dominada até então pela teoria psicanalítica, bem como os avanços da psicofarmacologia e uma maior abertura às influências culturais nos processos psicopatológicos. Daí, também, a sua larga aceitação, difusão e adoção por muitos países e profissionais de diversas áreas, tendo sido traduzido para mais de 30 línguas.

A evolução do manual e suas revisões posteriores (DSM-IV, APA, 1994) representaram um aumento exponencial de inclusão de novas categorias diagnósticas, bem como a definição de critérios mais claros e precisos. O número de diagnósticos quase que duplicou desde as duas primeiras edições do DSM (106 diagnósticos no DSM-I e 182 no DSM-II) até à sua terceira edição (265 no DSM-III e 292 no DSM-III-R), passando para 297 diagnósticos no DSM-IV. Naturalmente, a configuração e tamanho do manual também se modificou largamente, passando de 130 páginas na primeira edição para 886 páginas no DSM-IV (Mayes & Horwitz, 2005).

O recentemente publicado DSM-5 (APA, 2013), retornando ao sistema de classificação categorial, deu continuidade aos reconhecidos avanços registados pelas edições mais recentes, em particular, a definição de categorias diagnósticas efetuadas com base em resultados de estudos empíricos, assim como o uso de critérios específicos de diagnóstico.

Quanto ao CID-10, constitui um manual bastante mais detalhado do que o CID-9, em particular no que se refere a informação relativa à morbilidade, tendo-se expandido

para mais cerca de 3000 categorias (Moriyama et al., 2011). O ICD-10 tende a ser mais utilizado na Europa, Ásia e África, enquanto o DSM-IV se encontra mais disseminado nas Américas (Jablensky & Kendell, 2002). No entanto, tem sido feito um esforço de compatibilização nas versões mais atualizadas. Ainda assim, persistem algumas diferenças nestes dois sistemas de classificação, sendo no geral, o ICD-10 considerado um sistema mais abrangente por incluir uma mais ampla gama de doenças e outras condições médicas e uma maior ênfase na distinção entre problemas orgânicos e outro tipo de perturbações, ao passo que o sistema DSM se focaliza exclusivamente em perturbações mentais (Jewell, Hupp & Pomerantz, 2008).

No geral, os sistemas de classificação DSM e ICD permitem obter informações clínicas relevantes acerca de diferentes doenças mentais e seus critérios de classificação e facilitam a comunicação entre profissionais, possibilitando o uso de uma linguagem comum (Araújo & Neto, 2014).

Algumas das críticas e limitações apontadas por alguns autores ao DSM referem-se a um excessivo enfoque no modelo médico subjacente à sua orientação, sendo visto como um “dicionário medicalizado que define os critérios de várias doenças mentais, mas sem no entanto especificar o que é uma doença mental” (Lacasse, 2014, p.6), com efeitos claramente prejudiciais para as pessoas com doença mental.

Em síntese, é reconhecido que as várias revisões do DSM têm tido como objetivo último aprofundar a compreensão sobre as doenças mentais no sentido de melhor as definir e tratar (Thakker & Ward, 1998). Também, que a classificação é um elemento importante para a sistematização da observação e conhecimento científico (Follette & Houts, 1996), permitindo que os profissionais comuniquem entre si através de uma linguagem comum e assim, orientem o tratamento, monitorizem o acompanhamento e estabeleçam prognósticos, abrindo novos caminhos para a investigação e prática clínica. Contudo, e apesar da sua extrema relevância e influência, os fatores culturais e psicossociais parecem manter-se relativamente descurados (Alarcón, 2009). Isto porque muitos daqueles a quem é diagnosticada uma doença mental grave, demonstram estar sensíveis ao significado cultural dos seus problemas, às respostas dos que os rodeiam, pelo que, é essencial que o profissional esteja atento às potenciais experiências de estigmatização bem como à reação dessas pessoas a tais experiências (Castillo, 1997). Por esse motivo, será eticamente desejável e necessário que os profissionais de saúde mental se mantenham sensíveis aos determinantes culturais, essenciais para um tratamento e recuperação eficazes (Kress, Eriksen, Rayle

& Ford, 2005). Apesar das críticas, os sistemas de classificação das doenças mentais como o DSM e o ICD constituem guias importantes para os profissionais que trabalham na área da saúde mental. Nos últimos anos estes sistemas têm procurado, com base em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, contribuir para uma atualização das doenças mentais e sua categorização, trazendo novos contributos para a prática clínica. Todavia, tal como proposto por Frances (2013), se a atribuição de um diagnóstico resultar de um processo faseado no tempo, este poderá minimizar o estigma, bem como o recurso a um tratamento por vezes demasiado invasivo. Neste caso, a atribuição de um diagnóstico clínico poderá ter uma maior utilidade quer para os profissionais de saúde quer para aqueles que se confrontam com um problema de saúde mental.

1.2.1 Depressão

A depressão é, provavelmente, a mais antiga e mais frequente das perturbações psiquiátricas diagnosticadas (Townsend, 2011). A existência de um período de tristeza ou desânimo é comum entre os indivíduos, sendo uma resposta normal às desilusões ou frustrações do dia-a-dia. São episódios de curta duração enquanto dura o processo de adaptação à perda, alteração ou fracasso (seja real ou percebido) que foi experienciado. A depressão, como quadro patológico, ocorre quando este processo de adaptação não é eficaz. O Relatório Mundial de Saúde (2008) indica expressamente que a urbanização, o envelhecimento populacional e as mudanças de estilos de vida formam uma combinação entre si tornando as patologias crónicas e não transmissíveis - como por exemplo a depressão - cada vez mais importantes na morbilidade e mortalidade. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders - Text Review*, 4ª edição, o transtorno depressivo major - depressão - caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Nas crianças e adolescentes, o humor pode apresentar-se irritável ou rabugento em vez de triste. O indivíduo pode ainda experienciar pelo menos quatro sintomas adicionais: alteração do apetite, do peso, do sono e da atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida e planos ou tentativas de suicídio.

Um indivíduo deprimido sente-se triste, desamparado, desanimado ou abatido. No entanto, muitas pessoas com depressão negam a existência de tais sentimentos que podem surgir de outras maneiras: raiva persistente, ataques de ira, constante

culpabilização dos outros ou, uma das manifestações mais comuns, inúmeras dores corporais sem causa médica que as justifiquem (Morais et al, 2010). Podem ainda ocorrer perda de interesse por atividades que antes dariam prazer, passatempos, contactos sociais ou desporto. Ou, noutros casos, baixa de rendimento académico, apresentação de comportamentos estranhos ao individuo, como o desleixo do cuidado pessoal, o isolamento, a intoxicação alcoólica recorrente, entre outros. Tendo um conjunto de características comuns, é preciso ter em conta que o termo depressão engloba outras perturbações que se distinguem pela duração, severidade, número de sintomas depressivos, com ou sem alternância de momentos de euforia. Assim, dentro das perturbações do humor podem encontrar-se as perturbações depressivas ou depressão unipolar (que envolvem unicamente a depressão) e as depressões bipolares (que envolvem períodos de depressão e presença de um ou mais episódios de mania) (APA, 2006).

A depressão é uma das perturbações mentais mais prevalentes e com consequências mais devastadoras para o indivíduo – pessoais, profissionais e sociais, sendo atualmente a quarta causa de incapacidade em todo o mundo, prevendo-se que entre 2020 e 2030 se torne a segunda e a primeira, respetivamente, causa incapacitante (Murray & Lopez, 1997).

Há ainda dois outros fatores a ter em conta na origem do distúrbio depressivo no indivíduo: o primeiro é o consumo de álcool e drogas na adolescência (Smith & Blackwood, 2004; Fergusson, Boden & Horwood, 2009). O segundo são as características psicológicas como o neuroticismo (Santos, 2011), traço de personalidade que se caracteriza por uma emocionalidade ou instabilidade emocional e vulnerabilidade ao stress que tem sido associada à depressão (Roberts & Kendler, 1999; Mulder, 2002; Song et al, 2008). Há um vasto conjunto de estudos que apontam para a associação entre as perturbações depressivas e vários comportamentos de risco (Verger et al, 2009): tabagismo, alcoolismo, ausência de atividades físicas/desporto, sedentarismo, hábitos alimentares pouco saudáveis. Outros estudos sugerem que os comportamentos de risco tendem a agrupar-se ao invés de serem atos isolados (Rosal et al, 2000).

1.2.2 Ansiedade

A ansiedade é um estado normal no indivíduo que resulta de uma reação normal a algo específico como um sistema de alarme. O que diferencia o estado normal do patológico é a intensidade da ansiedade (Bauer, 2002). A ansiedade generalizada pode

ser definida como um estado de inquietação e tensão sem a presença de um objeto (situação ou indivíduo) específico que poderão originar queixas somáticas como dores de estômago ou cefaleias sem qualquer etiologia física (Braconnier, 2000). A ansiedade em excesso é uma reação emocional desagradável produzida por um estímulo externo considerado pelo indivíduo como ameaçador produzindo alterações fisiológicas e comportamentais. É um sentimento de receio perante algo difuso, vago, incorreto, mesmo indefinido e impreciso, surgindo assim como uma reação emocional que se produz perante situações que são interpretadas como ameaça. A ansiedade geralmente caracteriza-se por uma grande variedade de sintomas somáticos – tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese, palpitações – e sintomas cognitivos – apreensão, inquietação, distraibilidade, perda de concentração, insónias.

A ansiedade difere do medo pois neste o perigo ou ameaça é externa, real e, geralmente, de origem não conflituosa (Brandtner, 2009) enquanto na ansiedade há um sentimento que acompanha uma sensação eminente de perigo que adverte o indivíduo que existe algo a temer (Batista & Oliveira, 2005). As respostas a este sentimento variam de indivíduo para indivíduo: uns tendem a superestimar o nível e a probabilidade do perigo de uma determinada situação; outros, pelo contrário, tendem a substituir a sua capacidade de enfrentamento dessa situação, o que faz com que surjam os sintomas fisiológicos (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). A ansiedade, como sintoma, tem uma prevalência alta, 18%, na população geral (Epstein, 2011). Fazendo parte natural da vida do indivíduo, a ansiedade é propulsora de mudanças e alterações experimentadas ao longo da vida que quando não desproporcionada pode ajudar o desenvolvimento e desempenho do indivíduo, promovendo criatividade e estimulando a cooperação interpessoal (Cabrera & Sponholz, 2002). Por outro lado, a ansiedade patológica é caracterizada por um conjunto de respostas ou reações desajustadas a uma perceção ou a um estímulo, podendo interferir no desenvolvimento normal do indivíduo, interferindo na autoestima, na interação com os outros, na aquisição de conhecimentos e na memória, predispondo para uma maior vulnerabilidade com perda de defesas físicas e psíquicas (Cabrera & Sponholz, 2002).

A ansiedade patológica pode ser diferenciada da normal pelos seguintes critérios (Cabrera & Sponholz, 2002):

a) Autonomia – quando a ansiedade ocorre sem causa aparente ou, se existe um estímulo, a reação é desproporcional;

- b) Intensidade – quando elevada está relacionada com alto nível de sofrimento ou com uma baixa capacidade de tolerância;
- c) Duração – persistente ou recorrente;
- d) Comportamento – disfuncional, com prejuízo global do funcionamento.

A ansiedade é, assim, uma resposta temporária normal e esperada perante situações de tensão e pode ser considerada um estímulo necessário à adaptação e ao enfrentar de situações inesperadas. Uma ansiedade moderada e situacional geralmente resolve-se com o desaparecer do fator desencadeante ou com a adaptação, por parte do indivíduo, à situação. Sheehan (1982) citado por Ruiloba (1992), diferencia ansiedade exógena de ansiedade endógena. A ansiedade exógena surge como resultado de conflitos externos, pessoais ou psicossociais, estando ligada à ansiedade generalizada. Por outro lado, a ansiedade endógena, com características autónomas e relativamente independentes dos estímulos ambientais, surge por perturbações em indivíduos com vulnerabilidade genética e/ou antecedentes familiares, sendo responsável por crises de angústia, pânico e quadros fóbicos.

1.2.3 Perturbação Bipolar

De acordo com Josep Martí (2009), a perturbação bipolar, no passado também chamada de doença maníaco-depressiva, é uma perturbação psiquiátrica caracterizada por alterações acentuadas do humor, com episódios de intensa depressão e outros de extrema euforia, chamados clinicamente de episódios de mania. Podem ocorrer também episódios mistos, nos quais estão presentes tanto sintomas depressivos, como maníacos.

A apresentação da doença é muito variável, podendo existir um predomínio de um tipo de episódio numa pessoa. Os episódios podem ser leves, moderados ou graves, interferindo frequentemente com a rotina diária pessoal, profissional e familiar do doente.

As mudanças de humor podem ocorrer de uma forma esporádica, cíclica, ou por vezes consecutiva, sem intervalo livre. Existem, no entanto, períodos livres de sintomas, em que o humor está a funcionar de forma adequada.

Estes episódios prejudicam seriamente a vida das pessoas, desorganizando o seu pensamento e comportamento. Segundo o autor, a perturbação bipolar tem frequentemente uma evolução grave e crónica.

Existem diferentes tipos de perturbação bipolar, dependentes da gravidade dos sintomas e da sua duração. Tradicionalmente, distinguem-se dois tipos, a tipo I e a tipo II (Martí, 2009).

Chama-se perturbação bipolar tipo I, quando os doentes apresentam pelo menos um episódio de mania e este episódio dura pelo menos uma semana. Também podem apresentar episódios depressivos, com duração de pelo menos duas semanas. Esta é a forma mais grave de perturbação bipolar.

A perturbação bipolar tipo II, é quando os doentes têm, essencialmente, episódios de depressão e apenas períodos ocasionais de euforia (hipomania). Nestes casos, os períodos de euforia não têm a gravidade que tem nos doentes com perturbação bipolar tipo I, não configurando episódios de mania.

1.2.4 Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Todos podemos sentir-nos obcecados em algum momento da nossa vida por determinados pensamentos ou condutas que não conseguimos abandonar ou evitar. Mas quando estes pensamentos se transformam em ideias não desejadas, que atormentam a consciência e produzem na pessoa uma angústia patológica apesar dos esforços em se evitar, pode dizer-se que se está na presença de uma obsessão (Martí, 2009).

Igualmente, quando determinadas condutas, a sua planificação e realização, passam a ser atos incontroláveis que se concretizam contra o desejo do próprio indivíduo, pode dizer-se que estamos perante uma compulsão, como lavar constantemente as mãos, verificar as torneiras do gás, entre outras coisas.

A perturbação obsessivo-compulsiva “é uma doença constituída por obsessões (ideias/representações) ou compulsões (ações), que se impõe contra a vontade do indivíduo que os experimenta, fazendo-o sentir impotente para apagar esses pensamentos obsessivos da sua consciência ou para resistir ao impulso de realizar certo comportamento ou ritual (compulsão)” (Martí, 2009, p. 622).

De acordo com o mesmo autor, entre os fenómenos obsessivos incluem-se os pensamentos, os atos e os medos obsessivos. Os seus traços característicos são a impossibilidade de os controlar eficazmente, a tendência para a repetição incessante, o absurdo do conteúdo e a existência angustiante que provocam. Os pensamentos obsessivos são ideias que, de uma forma repetitiva, se introduzem na consciência do sujeito e interferem no fluxo normal do seu pensamento, provocando-lhe mal-estar ou sofrimento. Pode tratar-se de palavras, frases, imagens ou representações obsessivas. As

compulsões, segundo Martí (2009, p. 622), “representam no plano da ação o mesmo que as ideias obsessivas no plano do pensamento”.

1.2.5 Psicoses

A pessoa em psicose pode acreditar em algo com toda a certeza, mesmo que para os outros essa ideia seja irracional e haja provas de que é falsa (delírio); também pode ouvir, ver ou sentir coisas que não estão presentes (alucinação).

A psicose não é, em si mesma, uma doença. Existem várias doenças que atingem o cérebro e prejudicam as suas funções (como doença bipolar, esquizofrenia, depressão major, demência, uso de drogas, etc.), podendo provocar psicose, mas também outros sintomas, como alterações das emoções ou desorganização do pensamento.

A psicose depende não só de haver vulnerabilidade do cérebro (por exemplo por causas genéticas ou problemas na formação do cérebro), mas também pelas situações desafiantes que o cérebro vai enfrentando ao longo da vida (por exemplo, infeções e outras doenças, medicação ou drogas e mudanças na vida).

O tratamento da psicose e a duração desse tratamento dependem da doença que está presente. Contudo, em qualquer caso de psicose, uma parte do tratamento será com medicamentos chamados antipsicóticos, que são muito eficazes.

Em alguns casos a psicose faz parte de uma doença crónica que não conseguimos curar. Noutros não é possível encontrar a causa da psicose, pelo que não se consegue prever a probabilidade de nova psicose surgir. Para prevenir novos estados de psicose, quer num caso quer noutro, está recomendado que se mantenha a medicação por períodos prolongados, mesmo se já não tiver os sintomas iniciais.

Se tiver dificuldades com a medicação é importante falar com um médico. Existem várias estratégias que podem ajudar a cumprir o tratamento, como usar o alarme do telemóvel para lembrar as tomas da medicação, uma caixa de medicação, pedir ajuda a outra pessoa ou, em alguns casos, substituir os comprimidos por injeções mensais.

1.2.6 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta o pensamento, as emoções e o comportamento (Martí, 2009).

Martí (2009, p. 631) refere que “embora se desconheça a causa exata da esquizofrenia, a maioria dos especialistas concorda que na sua origem está uma base

biológica (ou genética) e o meio ambiente a que estamos expostos, nomeadamente nascimento traumático, complicações durante a gravidez e infeções virais. Outros fatores ambientais como o stress, perder o emprego ou o abuso de substâncias químicas podem desencadear os primeiros sintomas de esquizofrenia. O uso de drogas, em particular os alucinogénios e o cannabis, parecem ser, fatores de risco para a esquizofrenia.”

O diagnóstico é essencialmente clínico baseando-se na presença de sintomas: positivos e/ou negativos. Estes podem incluir delírios (ideias e pensamentos que apresentam conteúdos que para os doentes são verdade, como acreditar que é perseguido, filmado, que tem poderes especiais ou uma missão muito importante no mundo), alucinações (ouvir vozes que comentam o seu comportamento ou dão ordens, sem haver ninguém presente, sentir odores e sabores diferentes ou outras sensações táteis), alienação do pensamento (sensação de que os pensamentos podem ser lidos, roubados, inseridos ou controlados por outras pessoas), passividade somática (sensação de estar a ser controlado), alterações do pensamento (bloqueio, pensamento concreto, respostas ao lado, etc.), alterações cognitivas (dificuldade de concentração e alterações da memória), falta de interesse e prazer nas atividades, isolamento social e dificuldade na expressão emocional.

A esquizofrenia evolui através de exacerbações e períodos de remissão. Como tal, é importante cumprir a terapêutica prescrita, para evitar o aparecimento de sintomas anteriormente descritos. O tratamento baseia-se no uso de medicamentos denominados antipsicóticos, que deverão ser escolhidos de acordo com as necessidades do doente e efeito terapêutico pretendido.

1.3 Doença Mental: Prevalência

A dimensão da carga global das doenças mentais permaneceu relativamente desconhecida até ao início do ano de 1990, altura em que a OMS desenvolveu o “Estudo da carga global da doença”. Este estudo tinha como objetivo quantificar a carga de mortalidade prematura e incapacidade decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade e sexo para as diferentes regiões e países do mundo. Para o efeito, desenvolveu métricas de avaliação que incluíam o número de anos de vida ajustados à incapacidade e que resultam da soma do número de anos de vida perdidos devido a morte prematura e do número de anos de vida vividos com incapacidade. O novo

elemento deste estudo foi a inclusão do impacto das doenças para a população que, não sendo fatais, trazem uma enorme sobrecarga (Andrews, 2001).

Este estudo e outros que se seguiram contribuíram em larga medida para chamar a atenção para o encargo pessoal, social e económico das doenças mentais e colocar a saúde mental no centro do debate científico e da agenda política (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006), a começar por uma maior consciencialização da universalidade das doenças mentais mas também e acima de tudo, do sofrimento e carga associados, francamente desproporcionais ao fraco investimento alocado para esta área.

Desta forma, verifica-se que, apesar dos importantes ganhos em saúde registados ao longo das últimas décadas, a sobrecarga das doenças mentais tem vindo a aumentar. As doenças mentais são comuns e estima-se que possam afetar cerca de 25% das pessoas em determinada fase das suas vidas, estando presentes em cerca de 10% da população mundial (OMS, 2001). Em 2001, as doenças mentais representavam as maiores causas de incapacidade, uma das maiores causas de morbilidade e morte prematura, contribuindo em mais de 37% do número de anos de vida vividos com incapacidade entre pessoas com 15 anos ou mais (Lopez et al., 2006). Representavam ainda cerca de 12% da carga total das doenças em todo o mundo e 23% nos países desenvolvidos. Segundo a OMS (2005), 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças do foro psiquiátrico: depressão unipolar (11.8%), perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool (3.3%), esquizofrenia (2.8%), perturbações bipolares (2.4%) e demência (1.6%). Dados epidemiológicos mais recentes, atendendo à variabilidade de diagnósticos, apontam para que em cada ano cerca de um terço da população adulta sofra de uma doença mental (Kessler & Üstün, 2008). Particularmente preocupante é a tendência ascendente da perturbação depressiva. Em 1990, ocupava a quarta posição em termos do número de anos de vida ajustados à incapacidade (Lopez & Murray, 1998), que se manteve em 2000 (Uston, Yuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004) e, passando a ocupar o terceiro lugar em 2004 (OMS, 2005). Estima-se que em 2030 a depressão passe a liderar o ranking do número de anos de vida ajustados à incapacidade nos países desenvolvidos (Lépine & Briley, 2011; Mathers & Loncar, 2006).

De acordo com os critérios diagnósticos seguidos por um estudo europeu, à excepção das perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool e das perturbações psicóticas, onde se revela uma maior predominância de homens, as mulheres apresentavam 2 a 3 vezes mais frequentemente um diagnóstico de perturbação

do humor (depressão unipolar e bipolar), da ansiedade (pânico, agorafobia, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de pós-stress traumático), somatoforme (hipocondria, dor somatoforme) e da alimentação (anorexia, bulimia).

Estima-se que em cada ano, cerca de 38.2% da população da Europa sofra de pelo menos uma doença do foro psiquiátrico (doença mental e/ou neurológica), comparado com as estimativas de 2005 que apontavam para uma taxa de 27.4% das doenças mentais (Wittchen, Jacobi & Rehm, 2011).

Verifica-se ainda, que apenas uma minoria destas pessoas recebe tratamento (Kessler & Üstün, 2008; Wittchen et al., 2011). Porém, e apesar de nos países europeus se apontar para uma prevalência bastante elevada de doenças psiquiátricas, uma leitura mais atenta destes resultados permite perceber algumas discrepâncias. Por exemplo, o estudo realizado em 2011 incluía 27 diagnósticos clínicos, incluindo doenças mentais e doenças neurológicas, abrangendo todos os grupos etários, isto é, desde a infância até à terceira idade. Por sua vez, o estudo de 2005 apenas contemplava 13 diagnósticos clínicos referentes a doenças mentais, abrangendo grupos etários dos 18 aos 65 anos. Assim sendo, este aumento na prevalência das doenças psiquiátricas na Europa pode estar mais relacionado com questões metodológicas dos estudos do que ao aumento da prevalência em si (e.g. verifica-se que os diagnósticos adicionais contribuíram para 11.1% da prevalência total das doenças mentais, Wittchen et al., 2011). A esta situação não será, pois, alheio o aumento dos diagnósticos clínicos que têm vindo a ser introduzidos nas revisões dos sistemas de classificação das doenças mentais. No entanto, também é certo que para além dos problemas de saúde mental diagnosticados, existem outros considerados subliminares, ou seja, aqueles que, apesar de não preencherem os critérios para atribuição de um diagnóstico de doença mental, representam também eles, uma fonte de angústia e sofrimento psicológico e como tal, beneficiariam de uma intervenção atempada (Xavier et al., 2013).

Por essa razão também, os estudos epidemiológicos desenvolvidos nas últimas décadas representaram um contributo importantíssimo no revelar da dimensão que os problemas de saúde mental constituem, dos determinantes envolvidos, do impacto pessoal, familiar, social e económico, bem como das lacunas e descontinuidades ao nível do seu tratamento.

Com o objetivo de estudar a morbilidade psiquiátrica em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), disponibilizou dados relativos à prevalência das perturbações psiquiátricas,

especificamente: da ansiedade, do humor, de controlo dos impulsos e da utilização de substâncias. Os resultados do estudo mostram que mais de um quinto das pessoas entrevistadas apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Estes dados revelaram que dos 10 países europeus comparados (Portugal, Alemanha, Bélgica, Bulgária, Espanha, França, Holanda, Irlanda do Norte, Itália, Roménia), Portugal ocupou a segunda mais alta prevalência de perturbações psiquiátricas (22.9%) na Europa, cujos valores são apenas ligeiramente inferiores aos da Irlanda do Norte (23.1%), mas no entanto, ocupando o primeiro lugar no que se refere às perturbações de ansiedade (16.5%) e de controlo dos impulsos (3.5%) e o terceiro lugar em relação às perturbações do humor (7.9%) e por utilização de substâncias (1.6%).

No que se refere à prevalência estimada de ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida, esta foi de 42.7%, registando-se uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas nas mulheres, no grupo mais jovem (18-34 anos) e em pessoas separadas e viúvas. Ainda, e consistente com outros estudos, as mulheres apresentaram valores superiores de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade e os homens apresentaram mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias. Outro aspeto importante que este estudo vem chamar a atenção é para as lacunas e iniquidades existentes em Portugal ao nível do tratamento, em particular no que se refere aos cuidados de saúde mental e à falta de acesso adequado às necessidades identificadas. A situação não é, porém, igual nos diversos graus de gravidade avaliados, representando cerca de um terço nas perturbações graves (33.6%), mais de metade nas perturbações moderadas (64.9%) e mais de três quartos nas perturbações ligeiras (81.8%). Para além da existência de lacunas no tratamento, este relatório dá conta de outros fatores de preocupação, nomeadamente: uma utilização pouco racional dos recursos existentes; o elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa, em especial entre as mulheres; o intervalo de tempo entre a ocorrência das perturbações psiquiátricas e o início do tratamento (mediana de 4 anos de tempo de espera nos casos da depressão major e de 2 e 3 anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada). Ainda, os resultados em relação ao consumo de psicofármacos evidenciam um padrão superior nas mulheres, em particular de ansiolíticos (24.3% das mulheres e 9.8% dos homens) e antidepressivos (13.2% das mulheres e 3.9% dos homens); no caso das mulheres estes números representam os mais elevados na Europa,

encontrando-se no caso dos homens entre os três mais altos. Apesar do importante contributo do primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental para uma melhor compreensão da prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal, este não incluiu dados referentes à esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e ainda excluindo, entre outros, residentes em lares, hospitais e instituições psiquiátricas, uma importante limitação que leva a que apenas uma parte da realidade portuguesa relativa às doenças mentais possa ter sido avaliada.

Considerando o exposto, será útil regressar aos dados do 3º Censo Psiquiátrico (DGS, 2004), que incluiu um total de 66 instituições de saúde, das quais 45 públicas (68.2%), 18 ordens religiosas (27.3%) e 3 privadas (4.5%). Neste estudo foram incluídos dados referentes a consultas, urgências, internamentos e ainda, instituições privadas, do Continente e Regiões Autónomas. Importa, pois, destacar alguns elementos importantes aí considerados. Por exemplo, verificou-se que, no total da amostra, as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes e predominantes nos internamentos, somando um total de 3556 pessoas acompanhadas (21.2%), dos quais 65.1% do sexo masculino. Por sua vez, de seguida predominaram as perturbações depressivas em particular nas consultas, tendo sido atendidas um total de 2499 pessoas (14.9%), das quais 79.7% mulheres. Os ‘atrasos’ mentais (por referência ao ICD-9, assim se referiam às deficiências intelectuais) representaram um total de 2247 pessoas atendidas (13.4%), seguindo-se as perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool num total de 1494 (8.9%), com maior frequência nos homens (75.7%) e a que implicou um maior recurso às urgências. Com 1436 casos (8.6%), surgem as neuroses (por referência ao ICD-9, e que nas revisões posteriores se subdividem em várias em diversos grupos: perturbações de ansiedade, somatoformes e dissociativas). Por fim, este estudo destaca ainda que as esquizofrenias e os ‘atrasos’ mentais correspondem a cerca de dois terços dos internamentos e que as perturbações depressivas constituem o principal diagnóstico nas consultas (DGS, 2004).

Em conclusão, os dados do 3º Censo Psiquiátrico bem como os do primeiro Estudo Epidemiológico revelaram uma frequência elevada de doenças mentais na população portuguesa, superiores à maioria dos países europeus, situação que se revela preocupante se tivermos em conta as dificuldades associadas ao acesso a serviços adequados às necessidades dos casos. Esta situação, da dificuldade do acesso, parece estar relacionada com o evitamento das pessoas em irem ao médico “por causa do

estigma e a vergonha da doença” (Rasinski, Woll & Cooke, 2005, Vogel, Wade & Haake, 2006).

De facto, a discrepância que existe entre a necessidade de cuidados e a obtenção dos mesmos parecem resultar da ação combinada de vários determinantes, nomeadamente: o diminuto investimento na saúde mental, escassez de recursos, organização insuficiente dos serviços de saúde mental onde se inclui a centralização dos serviços em grandes instituições e falta de articulação com os cuidados de saúde primários e ainda, o estigma associado às doenças mentais (DGS, 2013).

Tais evidências vêm, mais uma vez, chamar a atenção quer para a elevada prevalência dos problemas de saúde mental quer para o estigma social enquanto obstáculo ao tratamento e recuperação.

1.4 Doença Mental e Comportamentos de Risco

Há uma constelação de fatores que afetam a saúde do indivíduo e entre essa multiplicidade de fatores destacam-se os comportamentos. Estados de mal-estar, perturbação ou doença, são influenciados por estilos de vida considerados não saudáveis (Adler, 1999), sendo que um estilo de vida não saudável é composto por padrões de comportamentos não saudáveis ou que envolvem riscos para a saúde, mantidos ao longo do tempo e apresentados em diferentes contextos (Andrews & Dishion, 1994).

Os comportamentos relacionados com a saúde poderão ser classificados em comportamentos de saúde positivos ou negativos (Simões, 2007). Os comportamentos de saúde positivos são aqueles que contribuem para a promoção da saúde, para a prevenção do risco, para a deteção precoce quer da doença quer das deficiências. São exemplos deste tipo de comportamentos cuidados de higiene, alimentação equilibrada, usar cinto de segurança, fazer exercício regular ou check-ups regulares. Pelo contrário, comportamentos de saúde negativos dizem respeito aos comportamentos que pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou de acidentes. São exemplos deste tipo de comportamentos o consumo de substâncias, alimentação desequilibrada, condução sob efeito de álcool, conduta sexual insegura (Ogden, 1996; Steptoe & Wardle, 1996). Estes comportamentos de saúde negativos são também conhecidos de comportamentos de risco sendo a maior ameaça à vida, à saúde e ao bem-estar dos indivíduos (Igra & Irwin, 1996).

O termo comportamentos de risco ou *risk-taking* está ligado a um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde, nomeadamente ao consumo de substâncias,

condutas sexuais de risco, condução imprudente, comportamento homicida ou suicida, desequilíbrios alimentares e sedentarismo. Pode ainda ser designado como um comportamento controlado, consciente ou não, mas com uma incerteza, mais ou menos percebida, das suas consequências quer para o bem-estar quer para a saúde, física ou mental, do próprio ou dos outros (Trimpop, 1994). Uma característica que é reconhecida como comum neste tipo de comportamentos é o seu carácter voluntário. Esta característica está associada ao facto de muitos destes comportamentos de risco servirem para o indivíduo sentir novas experiências, algumas desconhecidas, para serem aceites e ganharem respeito pelos seus pares, para manifestar rejeição pelas normas e valores convencionais e, ainda, como forma de lidar com a ansiedade, frustração ou sofrimento psicológico em geral (Simões, 2007).

Para Baumrind (1987) os comportamentos de risco tornam-se destrutivos quando contribuem, direta ou indiretamente, para estados de alienação dos jovens podendo ser potencialmente perigosos quando levam os jovens a isolar-se ou a afastar-se dos seus pares, de quem são mais próximos, a ir em contraciclo no que o seu papel na sociedade, a baixar o seu rendimento escolar, a abandonar projetos ou a sentir-se incompreendido ou rejeitado pela sociedade.

Para Braconnier e Marcelli (2000) os comportamentos de risco, em alguns jovens, podem tornar-se um estilo de vida de risco, com sérias consequências para a sua vida adulta. Daí que apontem três características nestes comportamentos a que é preciso dar atenção: repetição, duração e acumulação. A repetição do comportamento de risco (consumos, condutas); a duração do comportamento (meses ou anos); acumulação de comportamentos de risco (consumo de álcool e atividade sexual). Uma das determinantes nos comportamentos de risco nos jovens é a perceção que estes têm de invulnerabilidade sendo, para Schwarzer e Fuchf (1995) uma das potenciais causas dos comportamentos de risco.

De facto, alguns destes comportamentos problemáticos permitem aos jovens – em especial os adolescentes – realizar necessidades importantes como sejam a aceitação pelos seus pares ou reivindicar a independência (Bobrowski et al, 2007). Esta perspetiva reconhece que a eventual ocorrência de alguns problemas de comportamento durante a adolescência não serão, necessariamente, problemas de saúde mental, mas, pelo contrário, um comportamento normal ou padrão para esta fase da vida humana. No entanto, por outro lado, a intensificação e a frequência destes comportamentos de risco

pode causar danos consideráveis na saúde física e mental do jovem e prejudicar o seu desenvolvimento.

Há fatores que contribuem para a percepção de invulnerabilidade ou percepção incorreta dos riscos de alguns comportamentos como sejam: falta de experiência pessoal com o problema; a crença que é possível prevenir o problema pelas ações pessoais; crença que se o problema ainda não apareceu também não irá aparecer e a crença que não se trata de um problema frequente (Simões, 2007). Os comportamentos problemáticos ou de risco independentemente da forma como possam ser definidos ou caracterizados podem ter consequências negativas. Não é por isso fácil ter uma definição absoluta sobre o que são comportamentos de risco ou problemáticos.

1.5 Doença Mental: Representações Sociais

“O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão” (Gonçalves, 2010, citado por Nogueira, 2013, p.12)

Apesar das melhorias, o estigma na doença mental ainda continua a ser uma realidade. Deste modo interroga-se como ainda é possível existir tanta desconfiança e desconforto por grande parte da nossa sociedade?

A resposta não é concreta e afirmativa, no entanto, após alguma leitura, foi interessante observar que somos nós, “pessoas do mundo”, que criamos opiniões sobre outras pessoas e acabamos por inferir o seu comportamento. “A percepção social passa essencialmente, por categorizar, agrupar pessoas de acordo com as suas categorias.” (Nogueira, 2013, p.12)

Ainda de acordo com Leyens (1985) e Lima (2010), citado por Nogueira (2013, p.12), “a categorização permite-nos construir um mundo significativo, estável, explicável e conseqüentemente previsível pois permite abarcar um grande número de informações à custa de uma esquematização, que poderá ser depois inventariada. (...) Embora já seja uma capacidade adquirida, a ação de categorizar é essencial ao bem-estar humano, de forma a simplificar o mundo e não questionar todos os seus procedimentos. É uma forma de organizar o mundo em que vivemos, que vemos, ouvimos, lemos; de outra forma a nossa existência seria no mínimo caótica.”

O ser humano tem medo do desconhecido, por isso coloca as pessoas em categorias por ser mais fácil de explicar os acontecimentos, muitas das vezes sem tentar perceber o que foi que aconteceu. Não interrogando as situações, não terá respostas que

não quer ouvir ou que lhe interessam, aceitando o que já existe e prejudicando muitas vezes as pessoas envolvidas.

“Como tal é pedido a profissionais e serviços de saúde que mobilizem estratégias que invistam na promoção e no conseguir do bem-estar dos seus doentes. Estratégias estas que passam por desconstruir alguns dos maiores obstáculos ao bem-estar do doente mental, nomeadamente o estigma e a exclusão social da qual este é muitas vezes vítima; o desconhecimento em torno destas perturbações, assim como em alguns casos, o deficiente acesso a cuidados médicos.” (Nogueira, 2013, p.14)

2. Educação Social

A ligação dos conceitos “trabalho social e educativo” ganha cada vez mais consenso. Segundo Carvalho e Baptista (2004, p.83), a Educação Social corresponde a um espaço profissional onde se verifica um ponto de “encontro, e de cruzamento, entre a área do trabalho social e a área da educação”.

Segundo Pérez Serrano (2010), a Pedagogia Social é a ciência da Educação Social orientada para os indivíduos e os grupos, que tem presente os problemas humanos e sociais que podem ser tratados a partir de instâncias educativas, com o objetivo de proporcionar a integração social e o bem-estar dos sujeitos. Por outro lado, a Pedagogia Social e a Educação Social possuem uma forte relação, no sentido em que a pedagogia social abrange as “três formas” de educação: educação formal, não formal e informal; e que a educação social tende a promover ações sociopedagógicas tendo em conta os vários contextos e situações (Ortega, 2005). A educação formal consiste numa educação dada pelas instituições escolares, é uma educação sistémica e organizada com planos e objetivos concretos que tem como finalidade a instrução dos indivíduos; a educação não formal é considerada uma educação mais vivencial e comunitária (Collado & Alvarez, 1992), ocorre fora do estabelecimento de ensino e é variável consoante o público e o contexto; a educação informal ocorre através de interações, é não assumida e está relacionada aos processos de socialização (família, comunidade)

A Educação Social, como modelo de intervenção usa modelos teóricos de diferentes disciplinas: história, sociologia, direito, psicologia, psiquiatria, entre outras (Capul & Lemay, 2003).

Assim, a educação social surge como um domínio de ponta, funcionando como uma plataforma agregadora de várias disciplinas e de projetos de intervenção que se relacionam (Carvalho & Baptista, 2004).

Para Petrus (1998), a educação social deve ser conceptualizada e explicada em função de determinados fatores como o contexto social, a conceção política, a cultura predominante, a situação económica e a realidade educativa. Para compreender a educação social e a sua necessidade é importante ter em conta as mudanças que dizem respeito a cada um destes fatores e às suas consequências no contexto social.

Ao falarmos em educação social, em primeiro lugar é importante ter em conta que o ser humano é um ser sociável e está sujeito a um processo de socialização, que se inicia no seu nascimento e que termina com a sua morte. É a partir desta socialização que se inicia a vida social do indivíduo. Segundo Pérez Serrano (2010), a Educação Social apresenta vários aspetos e perspetivas, pode estar relacionada ao processo de socialização e ao ciclo de vida do indivíduo ou pode centrar-se numa educação especializada, com a finalidade de intervenção e tratamento de algum tipo de inadaptação social. A socialização do indivíduo pode ser feita de dois modos (Quintana, 1994), o primeiro é “espontâneo” ao nível da família, dos grupos de amigos, das relações pessoais e das experiências sociais; o segundo é de forma “intencional”, através da ação das pessoas e instituições encarregues de “dar a educação”. Esta segunda, pretende ser pedagógica e procura corrigir as “falhas” da primeira. Através do processo de socialização ocorre também a formação dos comportamentos sociais, que estão sujeitos a alterações, influências ou desvios, consoante as experiências do indivíduo, ao longo do seu desenvolvimento (Quintana, 1994).

Para Pérez Serrano (2010), a educação social propõe-se a alcançar determinados objetivos que dizem respeito ao indivíduo e à sua vida ativa no campo social: chegar a uma maturidade social, promover as relações humanas e preparar o indivíduo para que este seja capaz de viver em comunidade. Todos os objetivos convergem para um principal que é a integração total do indivíduo na sociedade, para que este seja capaz de produzir transformação e mudança. Na educação social a principal preocupação é o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos.

A educação social deve em primeiro lugar ajudar o indivíduo a “ser” e a conviver com os outros, o que implica processos de aprendizagem de convivência (Ortega, 1999). A educação social pode ser vista como a educação necessária para a educação para os valores, a educação para viver em sociedade, com o outro, e não apenas conosco mesmos. Viver com a identidade, mas também com a alteridade (Vieira, 2012). Portanto, segundo esta lógica, o indivíduo deve aprender a ser com os outros e a viver junto com os outros.

Segundo Ortega (1999, citado por Díaz, 2006, p. 92), “há muito mais educação fora do que dentro do sistema escolar e que este deverá procurar sempre o objetivo da educação “ao longo da vida”. A educação social deve, antes de mais, ajudar a ser e a conviver com os outros: aprender a ser com os outros e a viver juntos em comunidade. Portanto, os objetivos que perseguem a educação social poderiam sintetizar-se no contributo para que o indivíduo se integre no meio social que o envolve, mas com capacidade crítica para o melhorar e o transformar.” A educação social, entendida nestes termos, promove e dinamiza uma sociedade que educa e que está em constante interação com a educação para a socialização. Esta relação, além de ser importante para a integração e o equilíbrio, é também uma ferramenta essencial para contrariar as dificuldades e principalmente o conflito social.

Riera (1998, citado por Díaz, 2006, p.98), refere que a Educação Social deve ser entendida como uma “disciplina científica que teorize e conceptualize, que investigue, organize, recompile e sistematize os conhecimentos com ela relacionados. Para além disso, as intervenções não serão eficientes se não existirem teorias e modelos teórico-práticos nos quais se sustente a ação.”

Na tentativa de perceber um pouco melhor a Educação Social, não tendo esta um único conceito, de acordo com Petrus (1998, citado por Díaz, 2006, p.98), são apresentadas várias perspetivas que surgiram a partir da cultura do bem-estar, tais como:

- a Educação Social como adaptação;
- a Educação Social como socialização;
- a Educação Social como a aquisição de competências sociais;
- a Educação Social como didática do social;
- a Educação Social como ação profissional qualificada;
- a Educação Social como ação próxima da inadaptação social;
- a Educação Social como formação política do cidadão;
- a Educação Social como prevenção e controlo social;
- a Educação Social como trabalho social educativo;
- a Educação Social como *paidocenosis*;
- a Educação Social como educação extra-escolar.

Cada uma delas explica a sua importância e mostram como em conjunto é bem visível a presença de cada uma para justificar a existência da Educação Social, bem como os resultados positivos da aplicação da mesma.

Utilizando algumas ideias da perspectiva de socialização, o autor refere três tipos, referindo-se à socialização primária, que diz respeito ao núcleo da família (“aprendizagem afetiva dos comportamentos de grupo”), a socialização secundária, que se refere ao resultados das interações que acontecem no nível do exossistema (família-escola, grupos mais gerais e menos afetivos) e por último, a socialização terciária, que diz respeito “à ressocialização, reeducação social, etc., ou seja, o processo mediante o qual se pretende que um indivíduo se reintegre na sociedade depois de ter revelado condutas antissociais, associas o dissociais.” (Petrus, 1998, citado por Díaz, 2006, p.100)

Desta forma, a Educação Social pode e deve ajudar a ser, a conviver, a aprender e a saber estar com os outros e a viver em comunidade, contribuindo assim para que a pessoa envolvida se consiga integrar no contexto social que a envolve, sendo mais capaz (mais autónoma). Para outros autores a Educação Social também é considerada como uma profissão de interações e de relações com as pessoas com quem trabalha, possibilitando deste modo, o aumento da autonomia.

“A educação social, para além de solucionar determinados problemas de convivência, tem uma função não menos importante, que é a de ser um instrumento igualitário e de melhoria da vida social e pessoal. Estamos convencidos de que só uma estratégia criativa e inovadora de proteção e educação social poderá evitar o risco de conviver com situações injustas e conducentes a atitudes violentas, já que a violência social, em múltiplas ocasiões, é a expressão da insatisfação sentida por um sector da população que se vê privado da possibilidade de fazer parte dessa sociedade do bem-estar a que tem direito.” (Díaz, 2006, p.103)

A educação social é uma profissão com grande dinâmica e adaptabilidade, que provém de um conhecimento profissional que não é específico e que tem sido definido por vários campos científicos. É possível referir que a educação possui as suas raízes nas Humanidades e que tem como princípio central a perspectiva integradora. Neste sentido, os principais objetivos da educação social são facilitar a articulação social e impedir a marginalização e a exclusão através de processos de interação social, ou seja, o principal objetivo é alcançar uma cidadania plena para todos os indivíduos (AIEJI, s.d.).

A educação social pode ser definida como um direito da cidadania que se concretiza numa profissão de carácter pedagógico, geradora de contextos educativos e ações mediadoras e formativas. Seguindo esta linha de pensamento, a educação social

possibilita: “a incorporação do sujeito da educação à diversidade das redes sociais, entendida como desenvolvimento da sociabilidade e da circulação social”, e por outro lado, “a promoção cultural e social, entendida como abertura a novas possibilidades da aquisição de bens culturais, que ampliem as perspectivas educativas, laborais, de ócio e participação social” (ASEDES, 2004, p.29).

3. Educador Social

O educador social desempenha um papel importante junto dos sujeitos com os quais interage, pois dele depende uma integração social positiva nos contextos em que vivem. O seu trabalho, orientado por critérios de competência profissional baseada em metodologias e técnicas orientadas para uma prática social de intervenção, corresponde, no dizer da Carvalho e Baptista (2004, p.83), “a um espaço profissional desenhado no ponto de encontro, e de cruzamento, entre a área de trabalho social e da área da educação”.

Segundo Azevedo (2011), o educador social é um profissional que não se limita a satisfazer as necessidades básicas das pessoas; pelo contrário, o seu dever passa principalmente pela socialização e pela integração dos indivíduos que se encontram em risco de exclusão ou marginalização social. Além disso, o educador social pode ser ainda um mediador.

A sua relação com os outros deve pautar-se por comportamentos de respeito e de combate a todas as situações discriminatórias, trabalhando, no dizer de Diaz (2006, p.100) para “uma socialização terciária (...) ou seja, o processo mediante o qual se pretende que um indivíduo se reintegre na sociedade depois de ter revelado condutas antissociais, associiais o dissociais”, visando a inclusão plena dos diversos atores sociais.

Os profissionais de educação social devem criar uma relação de proximidade com os indivíduos, aproveitando essa relação para apoiar e potenciar o seu desenvolvimento. O educador social deve ser um profissional de relação, isto é, “possui uma relação obrigatória assente numa pedagogia de proximidade humana, onde ela própria se liga ao ‘outro’ valorizando-se como menção axiológica primordial” (Azevedo, 2011, p. 38).

Segundo Borda Cardoso (s/d, p.8) a definição do papel profissional do Educador Social passa pelo “tipo de desempenho que dele se espera, do que ele sabe e é capaz de fazer no quadro das competências para que foi preparado e das respostas emergentes aos desafios laborais”. Para Noguero e Solís (2003, p.6) o objetivo final das ações do

educador social é conseguir “a participação de todos os membros do grupo com o fim de transformar a realidade. (...) supõe a criação de um processo de ensino – aprendizagem de uma série de valores, atitudes e estratégias que estejam de acordo com o espírito crítico, a participação ativa, a transformação social, etc.”

A identidade do educador social é marcada pela sua polivalência, pela pluralidade de funções e pela diversidade de contextos de trabalho, uma vez que envolve características muito complexas e diversificadas. Além disso, este profissional abarca duas categorias antagônicas (Quintana, 1994). Em primeiro lugar, esta profissão remete para a autonomia, pois o trabalhador social deve atuar segundo as suas próprias iniciativas. Para Vieira (2012) o educador social é um profissional de relações e de interações com as pessoas com quem trabalha, como tal, deve procurar sustentar sempre a sua autonomia. Por outro lado, a natureza do trabalhador social deve ser vocacional, sendo que este deve ter aptidão e gosto pelo seu trabalho, deve ter uma boa capacidade de integração e de atuação; em segundo lugar remete para uma heteronomia, pois possui dependência relativamente à instituição em que se encontra, o que pode trazer algumas limitações (Quintana, 1994).

Para Noguero e Solís (2003, p.7), “o educador social marca a forma de trabalho no grupo, proporcionando ferramentas necessárias (atitudes, valores, capacidades, motivação, etc.) para que a autonomia do mesmo cresça progressivamente (...).” A sua figura tem um caráter “eventual” no tempo de vida do grupo com o qual trabalha e, por conseguinte, trata de facilitar em todo o momento que o grupo aprenda e adquira os meios necessários para uma autogestão individual e coletiva.

Carvalho e Baptista (2004, p.84) referem quão difícil é conciliar num mesmo ator o desempenho simultâneo de papéis, pois “consideram o educador social como um prático, porque é pragmático e concreto, como um militante, dado ser um idealista que luta pelas suas convicções e como um especialista, porque é um prospetivo que balança entre o militante e o prático.” Esta relação não pode ser conflitual, mas complementar. Além de tutor é também um mentor, companheiro que assegurará um desenvolvimento harmonioso de uma identidade pessoal e profissional com base na maturação decorrente de um autêntico encaminhamento identitário, ouvinte, conselheiro, disponível, dialogante, amigo institucional. Referem-no, ainda, como “um ator social, porque vive a complexidade da vida em sociedade, enquanto protagonista de um determinado contexto social e histórico-geográfico, como um educador porque procura viabilizar a escolha dos seus projetos, como um mediador social, porque resulta da dinâmica entre o

ator e o educador, presente e distante, empreendedor, gestor de conflitos interpessoais e intergrupais, que, sem serem tomados como indivíduos providenciais, ajudam a procurar caminhos pessoais, promovendo a capacidade de decisão e de participação dos indivíduos ao mesmo tempo que são integrados em redes sociais que possam apoiar o processo de reconstrução das respectivas identidades” (Carvalho & Baptista, 2004, p. 92).

Os contextos de trabalho do educador podem ser muito diversificados dado que este pode atender a inúmeras realidades sociais. Segundo Valléz (2009), se tivermos em conta o campo profissional a que o educador se dirige podemos definir três grandes campos: a educação social “especializada” (que procura auxiliar a inserção social de pessoas ou grupos), a animação sociocultural (que visa apoiar as necessidades socioculturais e o desenvolvimento da comunidade) e a educação de adultos.

Relativamente às faixas etárias com que o educador pode trabalhar, estas podem ir desde as crianças até aos idosos. Por outro lado, se tivermos em conta as problemáticas com que o educador pode trabalhar podemos definir três grandes temas: população em risco social (como é o caso das pessoas que foram vítimas de abandono, negligência e/ou mau trato), população em situação de desadaptação social (pessoas vítimas de delinquência e/ou exclusão) e população em geral (adultos, idosos, desenvolvimento local) (Ortega, 1999; Valléz, 2009).

O “traço” marcante do educador social é, sem dúvida, a capacidade para saber encontrar e ajudar a percorrer caminhos que vão no sentido do bem estar da pessoa e da sociedade. O que o distingue de outros profissionais é a formação polivalente que lhe permite apropriar-se de situações de carência, saber intervir educativamente e encaminhar para outros profissionais os casos que necessitam de intervenção especializada. O educador social é um mediador entre sujeitos e as respostas profiláticas ou terapêuticas aplicáveis (Borda Cardoso, s/d, p. 14).

3.1 Educador Social: Identidade, Funções e Competências

O profissional de educação social, devido à sua dualidade (educacional e social), e ao grande leque de funções que pode desempenhar, ainda não possui uma afirmação forte na sua identidade profissional (Carvalho & Baptista, 2004).

Neste sentido, o perfil profissional e as competências do educador devem clarificar-se e adaptar-se consoante o contexto em que este se encontra, ou seja, a identidade profissional do educador social vai-se criando nos contextos profissionais e

vai sendo transmitida e entendida pelo exterior. Assim, tem-se verificado um grande debate e muitas reflexões acerca da atividade profissional dos educadores sociais. Segundo Carvalho e Baptista (2004, p.85) tal situação prende-se com um conjunto de fatores, nomeadamente: “o processo lento e recente de configuração profissional das incumbências que lhe são inerentes”; “dificuldade na partilha de funções com outras profissões na mesma área; já existentes ou apenas emergentes”; “reservas quanto ao esboço de ações sistemáticas em prol de uma intervenção educativa não escolar”; “peso de uma tradição voluntarista e benévola, entretanto em crise”; “instabilidade epistemológica no terreno da fundamentação científica dos respetivos saberes e práticas”.

O educador social deve adquirir competências para exercer a sua atividade profissionalizante numa perspetiva inclusiva e promover o desenvolvimento de atividades de dinamização, usando estratégias mobilizadoras do quadro sociocultural da comunidade e do indivíduo. Para tal, deve utilizar, de forma integrada, os saberes transversais e multidisciplinares adequados às necessidades do indivíduo/instituição/comunidade e demonstrar capacidade de integração numa dinâmica de trabalho social em rede. Dada a sua intervenção em contextos sociais diversificados precisa de conceber a elaboração, a implementação e a avaliação de projetos da e na instituição, precisa de divulgar experiências e boas práticas na comunidade, bem como avaliar o seu desenvolvimento profissional.

Perrenoud (1999) refere que as competências partem de uma apropriação integrada de saberes, de atitudes e do saber fazer sob a forma de capacidades. São estas competências que dotarão o educador social, pela reflexão, de uma possibilidade de intervenção sobre uma realidade problemática, cuja leitura assenta na comunicação, na empatia, na persistência superando obstáculos, nas injustiças, nas frustrações, na construção do sonho e da esperança.

Para Ortega (1999), o educador tem as funções de acompanhar, orientar, incentivar, ajudar, dinamizando e ativando os indivíduos e os grupos. O educador deve ter ainda a função de ajudar o indivíduo a descobrir as suas potencialidades e aptidões.

As funções do educador social podem ser de cariz socioeducativo; dirigidas a problemáticas individuais, familiares ou da comunidade; de informação ou orientação; diagnóstico, elaboração, acompanhamento e avaliação de projetos educativos ou sociais. Este profissional pode ainda atuar em situações de prevenção e deteção de situações problemáticas ou de risco, que possam levar à exclusão social.

No que diz respeito ao papel do educador social, este visa acompanhar as pessoas ou os grupos no seu processo de inserção e participação, adotando as mais diversas estratégias como a dinamização de projetos comunitários (Ortega, 1999). Estas dinâmicas sociais pretendem que os indivíduos assumam uma postura ativa, participando de forma crítica e responsável nas decisões da sua vida e da sua comunidade (Molina, 2003).

Para Petrus (1994), as funções do educador social podem ser sintetizadas no seguinte:

1. Função detetora e de análise dos problemas sociais e as suas respetivas causas;
2. Função de orientação e relação institucional;
3. Função de relacionamento e de diálogo com os educadores;
4. Função reeducativa no seu sentido amplo (não clínica);
5. Função organizativa e participativa da vida quotidiana e comunitária;
6. Função de animação grupal comunitária;
7. Função promotora de atividades socioculturais;
8. Função formativa, informativa e orientadora;
9. Função docente social;
10. Função económico-laboral.

De acordo com esta lógica de pensamento, é fundamental ter presente que existe também a variável do meio, que está relacionada com o contexto em que o educador está inserido e desenvolve o seu trabalho.

Romans (2000) defende dois tipos de funções profissionais para o educador social: as funções a desenvolver no meio externo e as funções a desenvolver no meio interno. As primeiras funções dizem respeito àquelas que se realizam da instituição para o exterior e que são dirigidas a problemáticas individuais, à família ou à comunidade em geral. É também importante referir que este trabalho é muitas vezes feito através de funções educativas. Estas funções devem estar relacionadas com um trabalho orientado para as pessoas que estão interessadas, pois requer uma relação mútua de colaboração e envolvimento da pessoa que solicita o serviço; por outro lado, estas funções também devem estar relacionadas com o trabalho da prevenção e que são detetadas muitas situações de risco e é precavida a exclusão de um determinado indivíduo ou grupo. Além deste trabalho que é orientado para o indivíduo ou para a unidade familiar existem também algumas funções direcionadas para a comunidade em geral.

O trabalho realizado na comunidade deve ser um trabalho responsável e conduzido por uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais das várias áreas que vão ao encontro dos serviços e apoios que esta comunidade requer. Este deve ser um processo orientado e responsável que exige em primeiro lugar vontade individual de aprendizagem e partilha por parte dos profissionais envolvidos (Romans, 2000).

Segundo Romans (2000), além das funções de carácter educativo que devem estar presentes na comunidade, é possível identificar funções mais específicas como as funções de informação e orientação que visam fundamentalmente detetar e resolver os problemas sociais, promover a participação da comunidade de forma a aumentar a capacidade de inovação e criar projetos comunitários que desenvolvam os indivíduos e a comunidade. Além do envolvimento da comunidade, tudo isto deve ser feito com base num trabalho coordenado e conjunto com outras entidades e redes sociais.

Para que se verifique desenvolvimento comunitário e que este seja eficaz é necessário fazer inicialmente um diagnóstico que permita averiguar a situação económica, social e geográfica em que se encontra a comunidade. Depois de encontrados os indicadores da realidade é essencial que se procurem alternativas locais dinamizadoras de projetos e grupos que levem ao desenvolvimento económico e cultural (Ortega, 2003). É também importante delegar tarefas e responsabilidades, educando líderes locais para que estes sejam autónomos no desempenho das suas funções e colaborem no desenvolvimento da comunidade (Romans, 2000).

Entende-se como funções do meio interno aquelas cujo trabalho se desenvolve dentro de uma determinada instituição. Apesar de este ser um meio fechado, a atividade de uma determinada instituição varia consoante muitos fatores como o tipo de estabelecimento, a filosofia em que se apoia, os seus objetivos e o público a que se destina. Algumas das funções do meio interno podem estar relacionadas com a elaboração de projetos, a promoção e coordenação de atividades, o trabalho em equipa interna e a integração em equipas externas fomentando a criação de parcerias (Romans, 2000). O trabalho do educador social deve ser definido à partida pela instituição que o contratou, porém devido à versatilidade do educador e ao trabalho diversificado que este pode desenvolver, este ponto muitas das vezes não é definido. Os educadores, muitas das vezes, dão conta que não realizam o trabalho para o qual foram formados e contratados (Romans, 2000; Ortega, 1999). Por outro lado, isto pode também levar à falta de educadores nas instituições, uma vez que estas não têm conhecimento do seu

trabalho e da importância da sua figura profissional no contexto. Capul e Lemay (2003, p. 109) afirmam que o educador social se “queixa frequentemente, que as suas funções são pouco nítidas porque está sempre a meio caminho entre um pedagogo, um trabalhador social (...) um terapeuta.”

Romans (2000) defende ainda um terceiro tipo de funções que se podem desenvolver nas duas anteriores, as funções de gestão. Em qualquer meio é importante a gestão principalmente no que toca a coordenar serviços ou gerir a administração e a economia. Estas funções não se dão ao mesmo tempo nem com a mesma intensidade, elas vão sendo priorizadas segundo a situação e as necessidades da comunidade ou indivíduos.

Por sua vez, Valléz (2009) define as funções e tarefas do educador social tendo em conta os vários âmbitos de intervenção. Segundo este autor as funções do educador social podem ser:

- Educativa;
- Docente em vários contextos;
- Informativa, orientadora e de suporte a indivíduos ou grupos;
- Animação e dinamização de grupos;
- Organizadora, planificação, programação, desenvolvimento e avaliação da sua intenção;
- Gestão e administração;
- Observação de características de indivíduos e grupos e deteção das suas necessidades;
- De relação da instituição, pessoas e grupos;
- De reeducação;
- De elaboração, coordenação e avaliação de projetos, programas, campanhas.

Para realizar as funções que lhe compete, o educador social necessita de uma série de competências que se vão desenvolvendo ao longo do seu trabalho.

Segundo Romans (2000) o conceito de competência passa pelo domínio de um determinado conjunto de saberes combinados, coordenados e integrados no exercício profissional, que beneficiam o indivíduo e a sua forma de atuar. Estas competências são o saber, o saber fazer e o saber ser e estar (conhecimento, aptidão e atitude). O saber está ligado ao conhecimento, uma vez que o educador social deve ter bons conhecimentos acerca da sua instituição, do trabalho que desenvolve e da sua profissão; o saber fazer está relacionado com o desempenho das suas funções, isto é, o educador

deve ter estratégias e habilidades que permitam uma aplicação correta dos seus conhecimentos; por último o saber ser e estar, diz respeito a um conjunto de relações interativas que se estabelecem nas intervenções educativas. Esta está ligada às habilidades sociais do educador e permite uma relação humana e profissional com os usuários, os colegas e os parceiros sociais.

Carvalho e Baptista (2004, p. 25) consideram que a “formação das competências de um(a) educador(a) social exige, em conformidade, uma sólida preparação em alguns domínios das ciências da educação em íntima conjugação com o estudo dos comportamentos individuais e coletivos e uma sólida cultura geral”. A isto, acrescentam-se ainda a necessidade de uma consciência crítica e criativa das políticas e das práticas sociais, uma postura ativa, a capacidade de interpretação e de avaliação das situações e de atitudes, e a capacidade para um exercício pragmático de solidariedade para com os outros. Além destas características e tendo em conta os autores, o educador social deve ser dotado de reflexividade, polivalência técnica; adaptabilidade; espírito empreendedor, projetos, improvisador e líder no sentido de ter poder de decisão.

Para Romans (2003, citado em Nogaro & Cofferi, 2010) é possível definir três tipos de competências que um bom educador social deve ter, e que vão sendo melhoradas através das suas experiências a nível profissional e de alguma formação. Estas são: os conhecimentos de âmbito geral e/ou específico; as capacidades que estes indivíduos possuem para elaborar projetos educativos, para intervir, para trabalhar em equipa, para uma formação contínua, para gerir recursos económicos e técnicos, e por fim a capacidade de liderança, isto é, as atitudes que este profissional necessita de tomar para o seu exercício profissional.

Segundo vários autores (AIEJI, s.d.; Valléz, 2009) as competências profissionais dos educadores sociais podem ser definidas de acordo com duas dimensões: as competências fundamentais que englobam os diferentes níveis sobre como atuar/intervir, refletir e avaliar nos diferentes contextos da sua prática profissional; e as competências centrais que segundo o autor proporcionam as ferramentas metodológicas para o trabalho. Segundo estes autores, dentro desta segunda dimensão das competências centrais temos:

- Competências relacionais e pessoais;
- Competências sociais e comunicativas;
- Competências organizativas;

- Competências sistêmicas;
- Competências de aprendizagem e desenvolvimento;
- Competências geradas pelo exercício da profissão;
- Competências teóricas e metodológicas;
- Competências condutoras;
- Competências culturais;
- Competências criativas.

De acordo com um estudo realizado por Senra (2006, citado em Valléz, 2009), as principais competências profissionais (específicas) do educador social são:

- solução de problemas, ou seja, a capacidade para intervir em situações de conflito, analisando a situação objetivamente e procurando soluções que a resolvam;
- empatia, pois o profissional deve identificar-se com o sujeito, para que se crie um ambiente facilitador e sem barreiras;
- perspectiva e conhecimento social, isto pressupõe um conhecimento aprofundado acerca de determinados aspetos dos sujeitos e da intervenção;
- comunicação e abertura para com os outros, é uma capacidade básica e necessária que visa facilitar a aproximação do educador social e a criação de uma relação fluida que permita uma intervenção profissional adequada e eficaz;
- autocontrolo, já que é uma capacidade de resistência ao stress e às exigências complexas e diárias da profissão;
- auto-estima e autoeficácia; são dois termos que se ligam, pois, a autoestima parte da percepção que o educador tem de si mesmo e da valorização que dá às suas características pessoais, por outro lado a autoeficácia surge da autoestima e faz referência à confiança e à segurança que o sujeito tem de si mesmo;
- consciência profissional: é a consciência que o educador deve ter do seu trabalho, das suas limitações e respetivas consequências;
- a capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar, com responsabilização, colaboração e partilha entre os vários profissionais envolvidos.

Ortega (1999) defende que o educador deve ter determinadas características pessoais e relacionais como a empatia e a simpatia. Além disso deve ser acolhedor e ter autonomia. Relativamente a outras características como o autoritário, o mesmo autor afirma que quando uma relação entre educador/educando é tensa ou autoritária não se verifica um ambiente apropriado para que o educador possa fazer o seu trabalho,

podendo levar a uma relação repressiva e distante, o que dificulta a comunicação educativa e a intervenção pretendida.

O educador social deve ser um profissional transparente e humano, mas que deve ter um grande conhecimento e alguns saberes que fundamentam a sua prática. Mais do que ensinar conteúdos, a prática do educador social deve incidir no trabalho junto dos indivíduos e das comunidades, no sentido do desenvolvimento da sua reflexão crítica.

Assim, a prática do educador social torna-se significativa quando este consegue que os indivíduos façam uma introspeção acerca da sua vida e da sua condição humana (pessoal e social) e que mudem esta mesma realidade, caso não seja do seu agrado. Como princípio básico o educador deve ser uma pessoa madura, responsável e saudável (mentalmente e emocionalmente). Deve ser capaz de manter uma postura otimista e deve ser paciente mesmo em situações complicadas. Além disto o educador social deve estar consciente das suas capacidades e limitações em qualquer intervenção (Ortega, 1999).

3.2 Educador Social: Modelos da sua Intervenção

O educador social é um agente com uma identidade profissional ainda em construção. O seu reconhecimento público é um direito profissional, apesar de difícil, pois o educador irá intervir em instituições com vários profissionais do campo social.

Os educadores sociais sentem-se desvalorizados com frequência graças às outras profissões que os fazem sentir meros construtores de serviços. Mas como em todas as profissões, o educador social segue modelos e princípios que regulam a sua ação. Na última década existiram três modelos de ação do educador social: até 1965, o modelo tutelar; de 1965 até 1990, o modelo técnico; desde 1990, o modelo reflexivo (Carvalho & Baptista, 2004).

Carvalho e Baptista (2004) falam do modelo tutelar, do período caritativo, até 1965, que coloca o amor pelo outro como determinante na educação, sendo o educador uma figura familiar com autoridade e com sérios riscos de criar uma dependência; do modelo técnico, do período científico de 1965 a 1990, que apela ao rigor científico porque tem em conta a subjetividade do modelo anterior; e o modelo reflexivo, a partir de 1990, em que o educador problematiza a complexa realidade das situações, impondo-se de forma autónoma e responsável, de acordo com os problemas que se lhe deparam. Mas, em todos os momentos, é preciso respeitar os outros aplicando, no dizer de

Carvalho e Baptista (2004, p. 103), “os princípios da liberdade, para nós e para os outros, da emancipação, atuando com independência, da verdade, cultivando a verdade e a autenticidade do valor da vida na relação com os outros, do autodesenvolvimento, onde o bem - estar físico, mental e social de todos é fundamental e da privacidade no respeito pela integridade do ser humano”.

Reamer (1997, p. 169), um professor da Escola de Trabalho Social da Universidade de Rhode Island, EUA, refere que “só alguns programas de educação em trabalho social exigem que os estudantes tirem um curso completo e distinto sobre ética em trabalho social”, afirma este autor em relação ao trabalho do educador social.

É possível observar a abundância de práticas profissionais acumuladas pelos profissionais da Educação Social, as quais constituem na realidade, a grande riqueza de uma profissão que tem no geral, conseguido obter a classificação de competente para o desempenho efetivo do seu trabalho.

O educador social, enquanto profissional, estabelece uma ligação de vizinhança que permite elogiar a importância de cada situação de forma própria, de modo a que cada indivíduo se sinta único.

O educador social é um agente de mudança social que utiliza estratégias de intervenção educativa. “Actua no combate à pobreza e na inclusão social, nas inadaptações sociais e no bem-estar social, contribuindo ainda, para o desenvolvimento comunitário, para a construção de projectos de vida, envolvendo-se nas necessidades formativas da população em diversos contextos e desenvolve a adaptação social e laboral. Desempenha funções educativas, reeducativas, informativas, de orientação, de animação, de gestão, de desenvolvimento local, de desenho de projectos, de intervenção, de mediação, entre outras” (Baptista, 2004, citado por Casteleiro, 2008, p. 11).

Entre as competências do saber, saber fazer, saber estar e saber ser, o educador deve adquirir as capacidades de: análise, crítica e autocrítica; organização e planificação; comunicação; a resolução de problemas; adaptação a novas situações; relação com diversas áreas disciplinares; ética profissional; criatividade, rigor, compromisso, responsabilidade, solidariedade; liderança e gestão; iniciativa e espírito empreendedor, criando assim a ponte entre os doentes e a família (Baptista, 2004, citado por Casteleiro, 2008).

O educador social surge nos dias de hoje para assim contribuir para a valorização do SER sobre o TER, permitindo caminharmos da “sociedade do espetáculo” para a “sociedade da integração”.

O principal agente dinamizador deve ser o educador social, profissional apto para ajudar a construir projetos de vida, que evitará a marginalização do ser humano.

O educador social dedica apoio à pessoa individualmente para alcançar e satisfazer os seus objetivos, bem como o exercício da cidadania. Isto implica o apoio às pessoas em desenvolvimento, para que estas possam expandir e solucionar os seus problemas individuais ou grupais e potencializar as habilidades de cada um, possibilitando com que o mesmo delibere por si mesmo.

Assim, é essencial capacitar o doente mental, para que este esteja apto para compreender e atuar dentro da sua comunidade, através das suas próprias perspetivas, conhecimentos e habilidades.

3.3 Educador Social: Valores Éticos e Morais

A deontologia de uma profissão, ou seja, o código moral que retrata o desenvolvimento da sua prática é, ao mesmo tempo, um meio que permite distingui-la de outras e um meio para construir a unidade de um grupo profissional. Assim, esta afirmação é essencial e funciona como uma estratégia tanto para excluir como para afirmar uma relação de pertença (Aballéa, Ridder & Gadéa, 2003). O profissional de Educação Social é confrontado, muitas vezes, com situações complicadas no seu trabalho, que dizem respeito a outras pessoas e às suas vidas, o que sugere que este profissional necessite de um conjunto de valores éticos onde possa apoiar a sua prática. Alguns autores (Valléz, 2009; ASEDES, 2005) defendem que estes valores éticos se devem basear nos valores humanistas e democráticos, que promovem a igualdade e o respeito para todos. Por outro lado, deve ser dada atenção individual a cada pessoa e às suas necessidades. Neste sentido, surgem várias tentativas de definição do código deontológico do educador social, tal como a que passamos a apresentar, que abarca alguns princípios gerais como:

- Princípio da profissionalidade, que supõe que os profissionais realizam o seu trabalho com responsabilidade e seriedade;
- Ação socioeducativa, direcionada às necessidades existentes;

- Justiça social, pois cada ação deve basear-se na Declaração Universal dos Direitos do Homem;
- Informação responsável e confidencial, pois deve existir a confidencialidade das informações por parte do educador;
- Formação permanente, já que a qualidade da ação passa por uma formação permanente e contínua;
- Solidariedade profissional, pois o profissional deve manter uma postura ativa, construtiva e solidária;
- Respeito pelos sujeitos da ação, pois é essencial que se tenha sempre presente a dignidade, a autonomia e a liberdade da pessoa;
- Coerência institucional, o educador deve conhecer o regulamento interno e o projeto educativo da instituição;
- Participação comunitária, através da promoção da participação da comunidade é possível que a comunidade intervenha na procura de soluções locais de forma a combater as necessidades existentes e a aumentar a sua qualidade de vida;
- Complementaridade de funções e coordenação, o educador deve trabalhar coordenado com equipas e redes sociais que enriqueçam o seu trabalho.

Segundo Azevedo (2011), a profissão do educador social encontra-se apoiada num conjunto de valores humanistas: a solidariedade, a fraternidade, a hospitalidade, a proximidade, a bondade, a partilha, o respeito, e a responsabilidade.

Nos últimos anos tem-se vindo a verificar que a ética profissional se tem centrado na articulação de princípios gerais morais de ação e a sua utilização na tomada de decisões, bem como na justificação de ações com argumentos racionais de dedução. Parte-se de princípios gerais e regras básicas e aplica-se a casos particulares (Banks & Nohr, 2008). Nas profissões sociais é importante ter em conta um determinado número de fatores, nomeadamente o facto de se trabalhar com pessoas e de ser necessário um tratamento correto sem grandes favoritismos e preferências pessoais e destas serem pessoas vulneráveis que apresentam problemas específicos e que estabelecem uma relação de confiança com os profissionais. É importante ter em conta e honrar esta confiança, ter consideração pela vida de cada um e estabelecer empatia com o utente ao mesmo tempo que se deve compreender a importância moral da situação (Carvalho & Baptista, 2008).

O facto de se trabalhar “com” e não “para” as pessoas leva a uma acrescida dedicação profissional, mas também com capacidade de entrega pessoal e espírito de ajuda. Para os trabalhadores sociais, neste caso concreto o educador social, a relação estabelecida deve ser mais do que um recurso técnico. Para Carvalho e Baptista (2008, p.30), estes profissionais têm de “garantir que têm capacidade para comportamentos assumidamente relacionais, para a consideração positiva da conflitualidade, para assegurar o desenvolvimento harmonioso da autoestima e para o acompanhamento subtil”, tendo presente que se lida com projetos de vida, que são muitas vezes frágeis e ao mesmo tempo com todos enquanto comunidade.

Além disto, é muito importante falar da questão do sigilo profissional, uma vez que estes consideram o direito ao segredo profissional um atributo próprio da sua profissão e um elemento que diz respeito à sua identidade (Aballéa et al., 2003). Um conjunto de valores próprios espelha a identidade destes profissionais, porém esta profissão ainda não possui um estatuto profissional próprio.

O reconhecimento do profissional de educação social poderá depender de vários fatores como: as dinâmicas da sociedade em geral; a postura ética deste profissional; a qualidade da formação académica deste profissional; o rigor da análise do profissional de educação social relativamente aos problemas e à eficácia da sua intervenção (Molina, 2003).

Por todas as razões atrás mencionadas, torna-se essencial a afirmação de um *ethos* ligado à intervenção socioeducativa, que pode surgir através da formação, tanto inicial como contínua, numa perspetiva acentuada e direcionada para a promoção de valores como a autonomia, a responsabilidade e a profissionalidade (Carvalho & Baptista, 2008). Em termos de formação ética devem ser estudados modelos que privilegiem a aquisição de competências e aptidões de carácter técnico e instrumental, aos tradicionais modelos teóricos. Em termos metodológicos devem ser tidos em conta os processos interativos e programas de investigação-formação que permitam estratégias de estudos próximas com o terreno e os atores nos seus contextos de intervenção. Segundo os autores é importante apostar nestas matérias e definir um “ethos profissional” (Carvalho & Baptista, 2008).

4. Intervenção na Doença Mental

4.1 Institucionalização e Desinstitucionalização

A institucionalização acontece aquando da presença de doentes em instituições, onde são abrangidos vários conjuntos de tarefas, sob a vigilância e o cuidado de profissionais, que acontecem ao longo das vinte e quatro horas que o dia contém. Integra pessoas com dificuldades de executar até as tarefas mais básicas do dia-a-dia, sendo imprescindível o cuidado permanente pelos técnicos de saúde, para lidar com a evolução da doença ou o controle da mesma.

Os hospitais são das instituições que mais doentes psiquiátricos recebem e foram durante muito tempo as únicas. Contudo, recentemente, já começaram a surgir novas respostas (outras instituições – IPSS) com o objetivo de diminuir o número de internamentos das pessoas com doença mental nos hospitais e garantir que “não há razão nenhuma para que, em nenhum ponto do país, haja pessoas institucionalizadas apenas por questões sociais” (Moniz, 2016, consultar no site referenciado)

Ainda segundo Moniz (2016, consultar no site referenciado) “Temos pessoas que viveram 40 anos ou mais da sua vida institucionalizadas, por não terem soluções alternativas. Este, sim, é talvez o mais grave problema de direitos humanos”. Muitas foram impedidas de estar com a sua família e junto da comunidade, perdendo por consequência a sua individualidade e identidade, degradando cada vez mais a sua condição de vida e causando a rutura dos laços familiares e sociais. (Orlando, 2013)

Segundo Baságlio (1982, citado por Orlando, 2013, p.14) “a institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional”

“Por meados do século XX foram assinaladas situações de sobrelotação de algumas instituições, de falta de adequado tratamento dos seus doentes e mesmo de violação dos seus direitos e da sua dignidade” (Palha & Costa, 2015, p.8)

Deste modo, na sequência destas questões críticas, surge a necessidade da criação do processo de desinstitucionalização.

“No século XIX, surge nos EUA um movimento de desinstitucionalização que pretende melhorar as condições de vida dos doentes mentais, divulgar a terapia ocupacional e a psicoterapia institucional, contestando os hospitais mentais como instituições totalitárias” (Fazenda, 2008, citado por Sousa, 2008, p.10). Assim, a desinstitucionalização no seu objetivo singular abrangeria três procedimentos importantes:

- 1 – a transferência dos doentes internados em hospitais psiquiátricos para instituições alternativas;
- 2 – o congelamento dos novos internamentos e o seu desvio para outras instituições;
- 3 – o desenvolvimento na comunidade de novos serviços, acessíveis e eficazes.

A desinstitucionalização é definida por Bento e Barreto (2002, citado por Tavares, 2010, p. 33) como “a substituição dos hospitais psiquiátricos para internamento prolongado por serviços alternativos de menor dimensão, menos isolados e com base na comunidade, para cuidar das pessoas com doença mental”.

Os serviços institucionais representam, segundo a autora, um recurso importante para os doentes mentais, mas é necessário evitar que, uma vez o doente institucionalizado, não passe por situações, tais como: i) a despersonalização (pouca privacidade); ii) a desinserção familiar e comunitária; iii) o tratamento massificado; iv) a vida monótona e rotineira que trata todos os doentes de igual forma.

Considera-se, portanto, que a institucionalização tem riscos e perigos que podem causar danos graves à auto-estima e integração do doente mental na sociedade.

“A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico direcionado para a reedificação dos doentes mentais, quando estes doentes têm um longo tempo de internamento e que, após uma avaliação cuidada, feita por técnicos especializados, que verificam as melhoras significativas dos doentes, na sua transposição para a sociedade, o que implica alterar modos de pensar, de sentir e de estar. A princípio, a desinstitucionalização buscava defender e promover o regresso à comunidade dos doentes mentais, cuja institucionalização já não tivesse mais carácter terapêutico” (Amarante, 1996, citado por Oliveira, 2007, p.5).

Nas palavras de Orlando (2013, p.13) “desinstitucionalizar é cuidar do doente e não da doença, para, a partir daí, as residências terapêuticas ganharem um novo sentido e a terapia deixar de constituir somente prescrição de medicamentos. Desinstitucionalização é compreendida pelas complexas formas de tratar o indivíduo na sua vida, é um comportamento ético, contrário ao estigma, à exclusão e à violência, é o caminho para a inclusão social do doente mental.”

No entanto, o caminho da desinstitucionalização é ainda um longo percurso. Trata-se de uma luta com muitos obstáculos por ultrapassar, sendo que o sistema é dos primeiros a comprometer este processo. Contudo, a certeza pelo melhor e pela garantia dos direitos dos doentes deve ser uma premissa presente, pois já se vão nutrindo efeitos através de investigações e projetos que pretendem contribuir para esta área.

4.2 Reabilitação Psicossocial e Socioeducativa

A reabilitação permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver em comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui a assistência no desenvolvimento de aptidões sociais, interesses e atividades de lazer, que dão sentido de participação e de valor pessoal. Promove a aquisição e desenvolvimento de aptidões, tais como controlar o regime alimentar, cuidar da higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, gerir dinheiro, usar os diferentes meios de transporte, entre outros, permitindo, juntamente com processos de *empowerment*, o *recovery* do utente, obtendo desta forma grandes ganhos em saúde.

A OMS, em 1995, destaca a reabilitação psicossocial como “(...) um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2005, p.116). A reabilitação psicossocial constitui-se assim como um processo abrangente, e não apenas uma técnica. As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida (hospital ou comunidade) e as condições naturais e socioeconómicas do local onde é levada a cabo. Os principais objetivos são “(...) a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” (Ibidem). Como tal, “[a] reabilitação psicossocial é um dos componentes do

tratamento abrangente em saúde mental com base na comunidade (...), permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades” (Ibidem)

Alves (2001) refere que, os programas de reabilitação psicossocial exigem, o suporte de um sistema integrado e abrangente da intervenção nas várias áreas de vida:

- 1- Dispositivos residenciais/ambientais que ofereçam diferentes níveis de supervisão;
- 2- Serviços de supervisão psicossocial que proporcionem experiências socializadoras diversificadas treino de competências sociais, atividades de vida diária, reabilitação profissional, entre outros;
- 3- Trabalho sistemático com as famílias; gestão de casos em equipa;
- 4- Coordenação integrada dos vários serviços comunitários de saúde mentais e sociais que potencialmente possam responder às necessidades de inserção social das pessoas com doença mental;
- 5- Serviços psiquiátricos adequados que permitam uma avaliação multidisciplinar das situações (psicossocial), uma intervenção na crise (urgências e tratamento), planos de tratamento individualizados, medicação e tratamento (individual e grupal), médico, social e psicológico e tratamento compulsivo.

As intervenções psicossociais, a terapia cognitiva, a terapia cognitiva-comportamental, o treino de competências sociais e o treino de resolução de problemas são citados na literatura como essenciais para um melhor funcionamento global dos pacientes com doença mental crónica.

No entanto, as intervenções devem ser diferenciadas consoante a fase da doença em que são implementadas. Assim, numa fase aguda, a intervenção passará primeiramente por proporcionar ao paciente um clima de segurança, num ambiente estável, organizado, previsível e adaptado às suas necessidades, para depois se poder trabalhar a modificação de comportamentos. Na fase crónica, o enfoque será dado a técnicas que visem o treino de competências perdidas com a doença, adquirindo o treino, de competências sociais, especial destaque, não só pelas dificuldades cognitivas inerentes à própria doença, como pelo isolamento social, perda de expectativas de vida, abandono de objetivos, institucionalização ou internamentos sucessivos ou ainda a progressiva redução de convívio com pessoas saudáveis.

A intervenção socioeducativa, nestes casos, consistirá em ajudar, aconselhar e promover o doente mental na sua formação e desenvolvimento pessoal. Manifesta-se,

assim, numa procura de inclusão na prática social, revelando assim um compromisso com a realidade social, através das tarefas da ação e intervenção social e reeducativa.

O trabalho socioeducativo é um trabalho constante e organizado, que ambiciona ser uma solução com necessidades diferentes e forçadas a condições intrínsecas diversas, tais como: a pobreza, a exclusão social, o abandono e baixas qualificações.

Os programas de intervenção socioeducativa estimulam a mudança. Nasceram de um desejo de mudar uma vida, são atividades organizadas e pensadas por um grupo de educadores sociais que partem de um diagnóstico de uma determinada dificuldade, para ajudar numa determinada posição.

Os educadores possuem conhecimentos que influem na mudança de comportamentos, porque distinguem determinadas situações e têm a capacidade de tomar resoluções, ao assegurar o duplo papel: de investigadores e educadores. São profissionais que mostram um perfil ativo e maleável, com conhecimentos e experiências essenciais para a prática de distintas tarefas.

Sendo que, o doente mental, na maioria dos casos vê diminuída a sua autonomia e inserção social, passa pelo educador social desenvolver programas que visem a promoção desses aspetos no indivíduo, bem como, também a aquisição de alguma profissionalização (no sentido daquilo que vem sendo prática nos casos de deficiência mental) e na educação familiar, no sentido de reorganização das rotinas e práticas familiares. Cremos que, com estas ações, o educador social possa ter um papel premente no processo de desinstitucionalização.

5. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner

O modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, procura estabelecer uma melhor compreensão do desenvolvimento humano e compreender os “aspetos da vida da pessoa, seja o tempo em que vive, os ambientes dos quais participa e as relações que estabelece.” (Koller & Poletto, 2008, p.405)

“Segundo Bronfenbrenner (1991, citado por Poletto & Koller 2008, p.414), a privação social pode estar presente em diferentes espaços ecológicos e constituir-se na falta de interações com outras pessoas.” Contudo, todos os contextos e momentos da vida podem configurar em situações de risco ou de proteção. Todavia, o resultado dos acontecimentos depende da qualidade e da existência das relações emocionais e sociais e também do que os ambientes propiciam, como por exemplo a afetividade e a reciprocidade.

Urie Bronfenbrenner iniciou a sua teoria identificando-a como modelo ecológico, no entanto, foi fazendo algumas reformulações e por fim concluiu que seria mais correto chamá-lo de Modelo Bioecológico. A sua alteração prende-se com o facto de o primeiro enfatizar mais o ambiente e os contextos e o segundo ser mais completo, contemplando também as características pessoais, sociais e psicológicas da pessoa em desenvolvimento. Ou seja, este modelo só faz sentido quando falamos das pessoas e do meio que as envolve.

Para entender melhor, Bronfenbrenner, na sua nova teoria, passou a contemplar o ambiente e os contextos, bem como, o processo, a pessoa e o tempo.

Desta forma, o modelo apresenta no contexto, quatro níveis ambientais, que são: o microsistema, onde se dão os processos proximais como a família, a escola e os vizinhos próximos, o mesossistema, nível onde se dá a relação de dois ou mais microsistemas, sendo que estes têm uma participação ativa (por exemplo: família-escola), o exossistema, ambiente em que a pessoa não frequenta como participante ativo, mas que influencia indiretamente sobre o seu desenvolvimento, e por fim o macrosistema, ambiente onde se inserem as ideologias, as crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e sub-culturas, situações e acontecimentos históricos e que estão presentes no quotidiano das pessoas.

Relativamente ao processo, estamos perante as várias interações recíprocas que o sujeito realiza, com pessoas, objetos, etc, e que ocorrem de forma progressiva e mais complexa. Ou seja, sendo o sujeito um ser humano biopsicologicamente em evolução, deve ser ativo, situação que se denomina por processos proximais - “atividade interação”.

Sobre a importância da pessoa o autor revela que são tão importantes as suas características biopsicologicamente, bem como aquelas que são construídas na sua interação com o meio envolvente (ambiente). Será oportuno acrescentar que as características da pessoa são tanto produtoras como produto de desenvolvimento, sendo que, influenciam os processos proximais, através da sua força, conteúdo e direção.

Deste modo, é importante referir que o desenvolvimento está relacionado com a estabilidade e a mudança nas características biológicas da pessoa durante o ciclo de vida da mesma.

Por fim, Bronfenbrenner refere o tempo como outro aspeto importante e o último, a ser tratado no seu modelo, uma vez que, este permite analisar a influência no desenvolvimento de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo de todo o ciclo.

Assim sendo, deste grande tempo, como nível, pode subdividir-se outros três que são o microtempo, o mesotempo e o macrotempo.

O microtempo refere-se à existência e à desistência que se observa nos processos proximais, como por exemplo, o tempo de duração das relações estabelecidas entre as crianças e os seus pais ou família ou ainda durante a realização de determinada atividade.

O mesotempo, refere-se à periodicidade das situações que ocorrem no processo proximal, considerando em intervalos de tempo como dias e semanas.

Por fim, o macrotempo, centra-se nas expectativas e nos eventos constantes e diferentes que surgem tanto na sociedade ampliada como das gerações e a forma como estes afetam e são afetados pelos processos e pelos resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo da vida.

Resumindo, a análise do tempo através destes três níveis, deve centrar a pessoa em relação aos seus acontecimentos presentes, colocando-os desde os mais próximos até aos mais distantes, enaltecendo sempre como grandes acontecimentos históricos.

Abordando sucintamente o modelo de Bronfenbrenner (1996), pôde-se concluir que o mesmo foi e é importante, pois permite que o desenvolvimento do ser humano possa ser entendido de forma contextualizada, contemplando a relação dinâmica das quatro dimensões descritas, evitando a descontextualização dos vários grupos que existem, bem como das pessoas que a eles pertencem.

Posto isto, considera-se importante a abordagem deste modelo perante as temáticas que têm vindo a ser descritas, uma vez que, se está a falar de ‘pessoas’, seres humanos; de doença mental, que como foi possível verificar tem origens e muitas delas em situações causadas pelos contextos, pelas situações de vida menos positivas que vão surgindo; e por fim o educador social, referência na área das Ciências Sociais, que tem um papel importante, como foi possível referir, e que pretende atuar com a pessoa que tem a necessidade.

Em síntese, o Modelo Bioecológico foi e é importante para a compreensão na área da Educação, na medida em que considera todos os aspetos relacionados com o meio que influencia o ser humano como relevantes para os processos de desenvolvimento e aprendizagem deste ao longo da vida.

6- A Comunicação

Com a evolução da comunicação foi possível ao ser humano construir relações e hoje viver delas. Estas podem ocorrer de diversas formas, através da comunicação verbal e não verbal.

A palavra comunicação vem do latim “*communicare*” e significa dividir alguma coisa com alguém, “pôr em comum, conviver. Este “pôr em comum” implica que transmissor e receptor estejam dentro da mesma linguagem, caso contrário não se entenderão e não haverá compreensão.” (Instituto Bento de Jesus Caraça, s/d, p.8).

Lourenço (2012, p.22) refere que “a comunicação é um processo social básico fundamental em todos os setores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro. Assim, verificamos que a comunicação e a existência são conceitos inseparáveis.”

Já Esteves (2012, p.113) diz que a comunicação é fundamental para o relacionamento humano e constitui “um processo interativo onde cada elemento modifica e manipula o significado dos factos, podendo atribuir-lhes uma nova interpretação, mudar a sua conduta ou direção”.

O homem é um ser eminentemente social, pelo que a comunicação é de particular importância na relação entre as pessoas e é parte integrante de todo o percurso de uma vida. O processo de comunicação permite assim compreender e partilhar mensagens, sendo que estas e a sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas.

Deve ser referido que este processo poderá ser influenciado, de forma positiva ou negativa, por variados fatores, tais como a postura e as atitudes corporais, os gestos, a expressão facial, o contacto visual, a voz, a distância ou proximidade, o silêncio, o toque, as características físicas, os limites dos sentidos, o nível de educação, as diferenças culturais, os valores, a religião, os preconceitos, a língua falada, a diferença de idade e o desenvolvimento intelectual.

Phaneuf (2005, p.22) afirma que o processo de comunicação “consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo”, sendo que “pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p.82).

No entanto, e como já referido, a comunicação passa também pela transmissão de mensagens não-verbais, emitidas através da linguagem corporal, nomeadamente expressões faciais, postura corporal, gestos ou simplesmente a forma de olhar o outro

(Stefanelli & Carvalho, 2005). Esta linguagem permite a expressão de sensações, emoções, sentimentos e manutenção dos laços significativos com os outros.

A comunicação é, portanto, uma atividade humana básica e essencial à vida, desempenhando um papel de extrema importância em todo o processo de desenvolvimento humano.

6.1 A comunicação com o Doente Mental

Stefanelli e Carvalho (2005) defendem que os conceitos de comunicação e saúde se interpõem, não se podendo falar em saúde sem nos reportarmos à comunicação.

A comunicação é importante em qualquer contexto de saúde, no entanto, em saúde mental, assume uma importância acrescida quer pela natureza dos problemas, quer pelo impacto que tem.

O processo de comunicação refere-se ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, no sentido de promoverem a sua saúde mental.

Desta forma, é fundamental que a comunicação seja clara, compreensível, credível e principalmente personalizada, isto é, adequada às necessidades de informação do doente naquele momento e adaptada ao seu nível cultural e capacidades cognitivas.

O processo comunicacional com o doente mental pode influenciar significativamente a sua satisfação, a sua adaptação psicológica à doença, os seus comportamentos de adesão e a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A comunicação assume um papel fundamental, na medida em que permite o desenvolvimento da relação e por conseguinte, pode, criar um contexto favorável ou desfavorável, daí a sua importância.

É através da comunicação que um profissional tem acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto, e às suas necessidades. É através dela que um profissional fornece orientações que possibilitam à pessoa, família ou comunidade, uma melhor gestão da sua situação de saúde/doença.

É fundamental que os profissionais sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde.

Existe uma significativa discrepância entre o que eu quero dizer; o que eu digo; o que o outro quer ouvir; o que o outro ouve e o que o outro compreende. Daí a importância da escolha das palavras, do contexto e da forma como são transmitidas. Por

isso, é importante "trabalhar" a questão do léxico, do significado, do contexto, dos fatores promotores da eficiência da comunicação e dos ruídos/ barreiras na comunicação

Nesse sentido, o educador social socorre-se de variadas estratégias de comunicação, que permitam avaliar as necessidades da pessoa, que facilitem a transmissão de informação sobre o seu estado de saúde, de modo a promover a sua saúde e adotar estratégias de intervenção que resolvam ou minimizem o problema.

São vários os estudos que indicam que há fortes relações positivas entre a capacidade de comunicação de um profissional e a capacidade do doente seguir as recomendações e adotar comportamentos preventivos em saúde.

Outros evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida.

Uma comunicação adequada, centrada na pessoa e no seu contexto, deve ser considerada como um dever ético e uma responsabilidade de qualquer profissional que trabalhe em contacto direto com pessoas, de forma a garantir que os cuidados prestados para além da competência técnica, também tenham uma competência relacional e humana.

Parte II - Estudo de Caso

1. Objetivo do Estudo de Caso

Este estudo de caso tem como objetivo contribuir para **evidenciar a importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação na relação do indivíduo com doença mental e o educador social.**

2. Metodologia

2.1. Estudo de Caso

“O estudo de caso pode consistir no estudo de um indivíduo, de um acontecimento, de uma organização, de um programa ou reforma, de mudanças ocorridas numa região, etc.” (Amado et al., 2017, p.124)

Deste modo, para a realização deste trabalho, foram as cartas, o meio utilizado para demonstrar a importância das mesmas como estratégia na comunicação na relação da pessoa com doença mental e o educador social. Foi através deste documento, que surgiu a possibilidade da concretização de um estudo de caso, ou seja, “uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos.” (Yin, 2001, p.32)

Na realização dos estudos de caso, existem alguns aspetos fundamentais que devem ser tidos em conta, tais como, a construção do conhecimento contextualizado que o mesmo possibilita e as qualidades (exigidas) do investigador. Desta forma, permite que a pessoa que estuda valorize o seu trabalho e compreenda as particularidades do caso.

De acordo com Yin (1989, citado por Amado et al., 2017, p.125), “atualmente, as exigências intelectuais e emocionais do investigador para o estudo de caso são, de longe, muito maiores do que para as outras estratégias de investigação”.

Estas estratégias de investigação, mencionadas como mais exigentes, num processo de investigação como um estudo de caso, devem-se ao facto de esta metodologia estudar em profundidade um ou mais exemplos de fenómenos no seu contexto natural, refletindo a perspetiva dos participantes envolvidos.

Para corresponder à exigência pretendida, o investigador que se dedique ao estudo de caso deve possuir um conjunto de competências básicas como:

“- saber formular boas perguntas e interpretar as respostas;

- ser um bom ouvinte e não ser traído pelas suas próprias ideologias ou preconceitos;

- ser adaptável e flexível, e conseguir ver as situações inesperadas como oportunidades e não como ameaças;

- ter uma boa capacidade de ‘agarrar’ os aspetos que estão a ser estudados; esta capacidade reduz os dados relevantes e a informação toma proporções geríveis;

- não ser influenciado por preconceitos, incluindo os que derivam da teoria.” (Yin, 1989, citado por Amado et al., 2017, p.125)

No fundo, o investigador que utiliza o estudo de caso como metodologia não se preocupa em generalizar, mas sim em dedicar-se ao conhecimento “e à compreensão das particularidades do caso ou dos casos em estudo.” (Amado et al., 2017, p.126)

O presente estudo baseia-se na análise de um conjunto de cartas, redigidas por um indivíduo portador de doença mental, a frequentar uma Residência Autónoma, o que permitirá “estudar um determinado fenómeno naquele contexto específico, numa perspetiva holística, o investigador esforça-se, ao mesmo tempo, por refletir a peculiaridade do caso e por transmitir uma imagem complexa, vivida e única do mesmo.” (Morgado, 2013; Marcelo & Parrilla, 1991, citado por Amado et al., 2017, p.126)

O estudo de caso exige trabalho de campo, no sentido em que o investigador deve manter contacto prolongado com os participantes da investigação, na realidade que os envolve e que pretende estudar. Assim, é importante identificar os contextos, a permissão e o apoio dos participantes para desenvolver o estudo, bem como a correta e adequada caracterização da situação em que o estudo se desenvolve e consiste.

Assim, “o investigador tem de recorrer a um conjunto amplo e variado de técnicas de recolha de dados...” (Amado et al., 2017, p.137) Isto significa, segundo Bell (2002, p.23, citado por Amado et al., 2017, p.138), que “nenhum método é excluído”.

Segundo Yin (1989, citado por Amado et al., 2017, p.138), uma das condições básicas para a pesquisa, ... é a de saber redefinir as questões perante a existência de uma multiplicidade de fontes consultadas e em virtude do longo tempo passado no terreno.” No fundo, o autor realça a importância da triangulação de dados como forma de garantir credibilidade e uma grande validade científica.

Resumindo, de acordo com Stake (2007, citado por Amado et al., 2017, p.132), existem alguns critérios para a escolha de casos, tais como, a importância de aumentar o que podemos aprender, “isto é, que sejam casos que nos permitam compreender os

fenómenos e até trazer alguma mudança aos conhecimentos generalizados sobre o assunto” e a importância da complexidade do estudo. Ou seja, que o mesmo possa ser estudado dentro do tempo previsto, bem como o fácil acesso e acolhimento do investigador.

Segundo Amado et al. (2017, p.145), as características que melhor definem o estudo de caso são:

- “a focagem dos fenómenos a estudar dentro de um contexto (social, cultural, institucional, temporal, espacial, etc.) e
- o objetivo de explicar/compreender o que lhe é específico e, de algum modo, determinado pelo contexto.”

2.2. Procedimento

O estudo de caso foi efetuado com um sujeito de 23 anos, com doença mental, a frequentar uma Residência Autónoma, que utilizou a redação de cartas para comunicar com o educador social.

Previamente, foi explicado ao sujeito o objeto de estudo, o procedimento que iria ser tomado, e foi dada a informação de que, após a conclusão, teria acesso aos resultados do trabalho.

Qualquer investigação efetuada com seres humanos deve ser avaliada do ponto de vista ético (Fortin, 2009). A investigação eticamente correta baseia-se no consentimento informado ou esclarecido. Assim sendo, torna-se indispensável proteger os direitos e liberdades das pessoas que participem em estudos.

Posto isto, foi solicitado ao participante a concordância por meio de assinatura do protocolo do consentimento informado (**Anexo1**), tendo o cuidado de, numa linguagem clara e acessível, explicar-lhe em que consistia o estudo, mostrando total disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e para a apresentação dos resultados.

As cartas do participante foram redigidas, sempre por iniciativa própria e sem qualquer interferência do investigador, entre o mês de dezembro de 2016 e o de julho de 2017, período em que o sujeito foi acompanhado pelo educador social – investigador.

As cartas foram analisadas tendo em conta o período temporal a que se referem, bem como pela lógica do seu conteúdo, ou seja, tentado perceber o que aconteceu primeiro. Depois de ordenadas e numeradas, foram criadas grandes categorias de forma a dividi-las de acordo com as categorias identificadas pelo investigador. Estes grupos dizem respeito a categorias relacionais, especificamente: intrapessoal, sobre si;

interpessoal, sobre os pares; interpessoal, sobre a instituição; interpessoal, sobre o(a) educador(a) social; e interpessoal, sobre a família.

Posteriormente, foram criadas subcategorias, que vieram reduzir a quantidade de texto, filtrando apenas a informação necessária para o investigador. As subcategorias de: tempo, emoções, contexto e tema. De seguida, os excertos selecionados nas subcategorias foram enquadrados nas grandes categorias, ou seja, integrando o tempo, as emoções, o contexto e o tema, dentro das categorias intrapessoais ou interpessoais referidas anteriormente.

2.3. Cartas: epistolografia

A investigação socorre-se de alguns formatos escritos para a análise de documentos, como por exemplo, os diários de bordo e os portefólios, contudo, a epistolografia, ou seja, a análise de cartas, foi a estratégia utilizada neste estudo de caso.

Apesar das cartas serem um meio menos comum, “são também potenciais fontes de informação valiosa para efeitos de investigação.” (Amado et al., 2017, p. 289)

Segundo Burgess (1997, citado por Amado, 2017, p. 290) “as cartas são um indicativo de diferentes espécies de relações sociais.”

Desta forma, foi possível chegar até ao objeto de estudo e verificar a importância que estas podem ter nas relações sociais, neste caso em concreto, na relação e comunicação que se pode estabelecer entre o(a) educador(a) social e o indivíduo com doença mental.

No estudo “*The polish peasant in Europe and America*”, de Thomas e Znaniecki (citado por Amado et al., 2017, p. 290), foram identificados cinco tipos de cartas: as cerimoniais (relacionadas com casamentos, batizados, etc.), as informativas (para enviar informação), as sentimentais, as literárias e as de negócio.

Para além da análise do conteúdo das cartas, existem outros indicadores que se podem ter em conta, tais como a frequência com que as cartas são escritas, a sua extensão e o contexto. Sobre os estilos e os conteúdos, estes podem alterar-se de acordo com o objetivo e os destinatários.

De acordo com Connelly e Clandinin (1995, citado por Amado et al., 2017, p.291), a redação de cartas constitui “um modo de estabelecer diálogos entre o investigador e os participantes, é outra fonte de dados na investigação narrativa.”

2.4. Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é uma técnica que já tem sido aplicada em muitos campos das ciências humanas.

Segundo Berelson (1952, citado por Amado et al., 2017, p.304), um dos criadores da análise de conteúdo, a técnica consiste na “pesquisa documental que procura ‘arrumar’ num conjunto de categorias de significação o ‘conteúdo manifesto’ dos mais diversos tipos de comunicações (protocolo de entrevistas e histórias de vida, documentos de natureza vária, imagens, filmes, propaganda e publicidade). O seu primeiro propósito consiste, pois, em proceder à descrição objetiva, sistemática e, eventualmente quantitativa de tais conteúdos. Pode dizer-se que, nesta perspetiva, ela incide sobre as denotações (o primeiro sentido do discurso) e não sobre as conotações (reflexo dos pontos de vista subjetivos de quem fala ou escreve).”

Surgindo mais tarde, aparece a definição de Krippendorff (1990, citado por Amado et al., 20017, p.305) que diz, que “estamos diante de uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto.”

Mais abrangente e que engloba outras perspetivas diferentes, é a definição de Robert e Bouillaguet (1997, citado por Amado et al., 2017, p. 306), que diz que “a análise de conteúdo *stricto sensu* define-se como uma técnica que possibilita o exame metódico, sistemático, objetivo e, em determinadas ocasiões, quantitativo, do conteúdo de certos textos, com vista a classificar e a interpretar os seus elementos constitutivos e que não são totalmente acessíveis à leitura.”

Numa tentativa de síntese, de acordo com Vala (1986, citado por Amado et al., 2017, p.306) “a análise de conteúdo tem como finalidade efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas,”

Após a apresentação das definições dos autores referidos, e de outras leituras realizadas, foi possível concluir que na utilização da análise de conteúdo de cartas é necessário ter-se em conta o que foi dito, como se disse e a quem se disse, porque se disse e qual o efeito. Ou seja, na análise de conteúdo o mais importante “é o facto de ela permitir, além de uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos ou elementos das mensagens (...) através da sua codificação e classificação por categorias e subcategorias, o avanço (...) no sentido da captação do seu sentido pleno (...), por

zonas menos evidentes constituídas pelo referido ‘contexto’ ou ‘condições’ de produção.” (Amado et al, 2017, p.306)

Desta forma, pensa-se que é este aspeto que permite aplicar a análise de conteúdo a um leque variado de documentos, tendo em conta, principalmente, aqueles que têm uma visão subjetiva do mundo, para que assim o investigador se possa colocar no lugar do outro e ver o mundo como ele, tal como propões a investigação interacionista e fenomenológica.

No nosso estudo podemos estar perante uma investigação de um estudo estrutural (desenho da investigação), onde “o investigador não dispõe de hipótese de partida, mas reúne dados de forma controlada e sistemática que depois organiza e classifica. A análise de conteúdo é a técnica privilegiada para processar o material recolhido.” (Vala, 1986, citado por Amado et al, 2017, p.309)

Depois de perceber qual o desenho da investigação, é fundamental explicitar a perspetiva do investigador, perceber quais são os seus objetivos e de que forma se pode avançar e analisar os materiais de estudo.

Segundo Amado et al., os passos de categorização e codificação são:

- a definição do problema;
- a explicitação de um quadro de referência teórico;
- a constituição de um corpus documental;
- a leitura atenta e ativa;
- a formulação de hipóteses;
- a categorização.

A ordem destes passos é flexível e pode ser alterada de acordo com as necessidades do estudo.

Ainda segundo Wolcott (1994, citado por Vale, 2004, p.11), são identificadas três grandes componentes da análise de dados: a descrição, a análise e a interpretação. “A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspectos essenciais e identificar factores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e ilações a partir dos dados obtidos.” (Martins, 2006, p. 80)

Já na perspetiva de Janesick (1994, citado por Vale, 2004, p.14), “não há um único bom sistema para análise dos dados. O investigador deve procurar o caminho mais eficaz para contar a sua “história”, de modo a convencer a audiência. Ficar o mais

“colado” possível aos dados é o mais poderoso meio de contar a história. A investigação qualitativa depende da apresentação sólida dos dados descritivos, de modo a que o investigador conduza o leitor a uma compreensão do significado das experiências efectuadas no estudo.”

O estudo de caso a que este trabalho diz respeito, foi realizado através de cartas, documento utilizado para a recolha de dados. Estas foram surgindo, de forma espontânea, na sequência da relação do sujeito com doença mental com o educador (a) social, no período de interação da relação cliente/profissional e que aconteceu entre dezembro de 2016 e julho de 2017.

As cartas analisadas têm uma extensão variável: entre 8 e 108 linhas. Esta extensão foi identificada nas próprias, ou seja, foram contabilizadas as linhas das cartas originais.

Como referido, anteriormente, o sujeito escreveu as cartas nas respostas sociais que frequenta, Residência Autónoma e Centro de Atividades Ocupacionais.

Os temas identificados através da epistolografia foram vários: os cigarros; o estado emocional (ansiedade, depressão); as mentiras; pessoas que existiam na vida do sujeito antes da chegada à instituição (pares e família); a alimentação; as saídas da residência (os passeios de dia, de noite); o crime, os conflitos, a gratidão, as desculpas (o perdão); as relações com o sexo oposto; os pares (quer na residência, quer na instituição); os técnicos; a família; as recaídas; a fé (Deus) e os erros versus o arrependimento. De uma forma geral, estes foram alguns dos assuntos abordados nas cartas, contudo, os resultados que iremos apresentar referem-se apenas à relação entre o sujeito e o(a) educador(a) social, destinatário principal das cartas.

2.5. Caracterização da Instituição

A realização do estágio decorreu na APPACDM de Soure, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que iniciou a sua atividade, em novembro de 1982, como extensão do Centro Educacional de Condeixa-a-Nova, que pertencia à delegação Distrital de Coimbra. Em janeiro de 1992, constituiu-se como delegação autónoma - Centro Educacional de Condeixa, atual APPACDM de Condeixa, passando a possuir uma extensão – Centro Educativo de Soure.

A APPACDM de Soure é uma IPSS, sem fins lucrativos, que se destina à defesa e promoção dos direitos do Cidadão Deficiente Mental nas áreas da educação, trabalho,

segurança social e saúde, segundo uma planificação integrada de serviços de apoio que vão desde a infância até à idade adulta.

A existir autonomamente desde maio de 2002, e inspirada numa filosofia humanista em que os valores fundamentais são a abertura aos outros e a aceitação da diferença, a Instituição presta um conjunto de serviços/respostas sociais destinados a desenvolver atividades para jovens e adultos com deficiências, incapacidades ou em situação de desvantagem e risco social.

Com o intuito de alcançar os seus objetivos, a APPACDM de Soure utiliza como estratégias, a melhoria contínua da qualidade dos serviços através da implementação do sistema de gestão da qualidade, a promoção e a formação contínua dos colaboradores, a motivação e o incentivo de dirigentes, colaboradores e clientes na definição e concretização de políticas institucionais e a prestação de serviços que visem a satisfação das necessidades específicas de cada cliente.

De forma a assegurar a melhoria da qualidade de vida do cidadão com deficiência, incapacidade e em situação de desvantagem, a instituição preza ainda, os valores como a individualidade, a competência, a solidariedade, a confidencialidade, o rigor, a privacidade, a integridade e a responsabilidade.

Sobre o que pretende, a atividade social, da APPACDM de Soure, tem como filosofia de base, uma perspetiva integrativa e globalizante da pessoa portadora de deficiência mental. Defende que todo o ser humano possui um potencial a desenvolver, quer a nível intelectual ou laboral, quer na promoção do desenvolvimento afetivo e psicossocial.

Deste modo, visa os seguintes objetivos:

- Promover a integração do cidadão com deficiência mental, no respeito pelos princípios fundamentais da cidadania e tendo em atenção as recomendações dos organismos internacionais e comunitários com responsabilidades específicas nesta área;
- Promover o equilíbrio das famílias dos cidadãos com deficiência mental, sensibilizando-os e motivando-os para a defesa dos direitos dos seus familiares;
- Sensibilizar e co-responsabilizar a sociedade e o Estado, nas formas possíveis para o papel que lhes cabe na resolução dos problemas dos cidadãos com deficiência mental e suas respetivas famílias;
- Defender e promover os reais interesses e satisfação das necessidades dos deficientes mentais nas Instituições, no trabalho, no lar e na sociedade, tendo como princípios

básicos o pleno gozo de todos os direitos civis, com exceção daqueles que legalmente estejam privados em consequência das suas capacidades;

- Manter e melhorar as estruturas de resposta existentes em obediência aos princípios de humanização e normalização sem descuidar a qualidade dos serviços que presta às pessoas com deficiência mental e, ainda fomentar a criação de novas estruturas, delegações ou estabelecimentos por forma a gradualmente satisfazer as necessidades na área da sua atuação, promovendo e desenvolvendo meios não restritivos para o cidadão com deficiência mental;

- Promover e defender a criação de legislação e a adequação da existente - nacional ou comunitária - no sentido de serem sempre reconhecidos e respeitados os direitos e os deveres do cidadão com deficiência mental;

- Manter e desenvolver laços de estreita colaboração com todas as entidades nacionais e estrangeiras, podendo filiar-se em organismos nacionais ou internacionais desde que daí resultem benefícios para os seus objetivos;

- Defender e promover, junto dos organismos ou Federações Nacionais ou Internacionais, de que seja filiada e no uso dos direitos que aí lhe sejam conferidos, a política, as atitudes e os meios mais aconselháveis e adequados para a proteção dos reais interesses dos cidadãos com deficiência mental;

- Promover a nível nacional e internacional, atividades culturais, formativas, recreativas, desportivas, de lazer e ocupação de tempos livres para o cidadão com deficiência mental;

- Promover atividades, programas e ações com outros grupos sociais, em especial os mais desfavorecidos, nomeadamente através da intervenção formativa.

Os objetivos da Instituição, assim como os valores e estratégias utilizados, especificamente no apoio especializado a cidadãos portadores de deficiência mental e a pessoas socialmente desfavorecidas (pessoas provenientes de meios familiares com várias problemáticas - desemprego, alcoolismo, drogas, violência doméstica pessoas com mobilidade reduzida, entre outras), fundamentam a existência do apoio social que a APPACDM de Soure presta através das seguintes respostas sociais:

- 1) - Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)

O Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) constitui uma resposta social dirigida a jovens e adultos, de idade igual ou superior a 16 anos, portadores de deficiência ligeira, grave e profunda, cujas competências não permitem a sua vinculação laboral. Destina-se também a clientes que apresentem desvantagens graves e moderadas

na sua integração social, adaptação a padrões de vida e organização pessoal que garantam uma vida em qualidade, mas manifestem capacidades residuais para o desenvolvimento de atividades socialmente úteis.

2) - Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam satisfazer as suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária.

3) - Lar Residencial (LRE)

O Lar Residencial é um equipamento para acolhimento de pessoas com deficiência, que se encontram impedidas, temporária ou definitivamente, de residir no seu meio familiar. Sendo uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados num local de acolhimento, quando por motivo de doença, razões de disfunções graves ou outro impedimento, não possam, os familiares assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária.

4) - Residência Autónoma (RA)

A Residência Autónoma é uma unidade de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinada a pessoas com doença mental, com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, independentemente da idade. Um dos objetivos principais é treinar a autonomia dos clientes para que estes desempenhem as atividades de vida diária e possam tomar decisões independentes ao longo do seu percurso de vida.

5) - Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)

O Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) é uma valência da APPACDM de Soure que pretende disponibilizar às crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente, os serviços de Serviço Social, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Constitui objetivo geral do CRI apoiar a inclusão no ensino regular das crianças e jovens com deficiências e incapacidade, através da facilitação do acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada indivíduo, em parceria com as estruturas da comunidade.

6) - Centro de Atividades de Tempos Livres Integrado (CATL)

O Centro de Atividades de Tempos Livres constitui uma resposta social, desenvolvida em equipamento ou serviço, que proporciona atividades de lazer a

crianças e jovens a partir dos 6 anos, nos períodos disponíveis das responsabilidades escolares e de trabalho, desenvolvendo-se através de diferentes modelos de intervenção, nomeadamente acompanhamento/inserção, prática de atividades específicas e multi-atividades, mas assegurando sempre o objetivo principal que é permitir momentos lúdicos, assim como a felicidade das crianças.

7) - Empresa de Inserção de Jardinagem – JardinSoure

A “JardinSoure”, segundo o regulamento interno, é uma empresa de inserção promovida pela APPACDM de Soure, apoiada financeiramente pelo IEFP, no âmbito da resolução do Concelho de Ministros nº104/96 de 9 de julho que criou o mercado geral de emprego, e pela diretriz nº 10 do Plano Nacional de Emprego, considerada como mais uma solução no combate à pobreza, ao desemprego e à exclusão social. Foi fundada em outubro de 1999, tendo como objetivo principal a integração ou reintegração socio-profissional de pessoas desempregadas, beneficiárias do Rendimento Social de Inserção e de pessoas com deficiência e/ou incapacidade, com base em atividades dirigidas a necessidades económicas não satisfeitas pelo normal funcionamento do mercado. As atividades principais da empresa são a construção e manutenção de espaços verdes, bem como a instalação de sistemas de rega. Para desempenho de tais tarefas, dispõe de um grupo de jardineiros, com formação ministrada pela instituição que tem experiência acumulada resultante de mais de uma década no trabalho em espaços verdes.

8) - Formação Profissional (FP)

Este departamento, fruto de um processo de reflexão e avaliação do trabalho desenvolvido que concluiu na eficácia do serviço prestado pelo mesmo aos seus beneficiários, contempla todas as iniciativas relacionadas com a atividade formativa, desde a fase de diagnóstico à investigação, difusão e avaliação do trabalho desenvolvido pela entidade. O Departamento de Formação Profissional da APPACDM de Soure visa:

- Promover a coesão social e a qualidade de vida das pessoas desfavorecidas ou em situação de exclusão socio-profissional;
- Melhorar e valorizar a qualificação profissional, no Concelho de Soure, potenciando as condições de empregabilidade;
- Proporcionar formação profissional em diversas áreas, de forma a garantir um nível mais elevado de qualificação profissional e escolar e a responder às expectativas dos destinatários das ações propostas;

- Proporcionar aos beneficiários da atividade formativa, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, práticos e teóricos, potenciadores de significativa melhoria ao nível do desempenho;
- Promover a aprendizagem, sensibilização, informação e desenvolvimento dos participantes, contribuindo para o exercício de uma cidadania ativa;
- Reconhecer e valorizar as competências adquiridas ao longo da vida;
- Desenvolver formação enquanto processo de inovação e de criatividade, formando futuros profissionais sensíveis às temáticas específicas de cada ação de formação;
- Promover a utilização das novas tecnologias de informação, contribuindo para a inclusão tecnológica;
- Promover a auto-estima através da valorização pessoal, social e laboral;
- Dotar os formandos de novas competências de relacionamento interpessoal e de trabalho;
- Conhecer pormenorizadamente o território de atuação da entidade aos níveis demográfico, social e económico.

Posteriormente, a tudo que foi descrito, importa ainda realçar que os valores, as estratégias e os objetivos que foram enunciados, só fazem sentido juntando a Missão “Crescer, inovar e satisfazer as necessidades dos nossos clientes, de modo individualizado, competente e solidário” e a Visão “Ser reconhecida como uma organização sólida e inovadora na melhoria da qualidade de vida do cidadão com deficiência, incapacidade e em situação de desvantagem, nas áreas da reabilitação, educação e qualificação profissional”, pois foram estas que permitiram o sonho e a concretização de um trabalho social com resultados visíveis e com impacto para as pessoas envolvidas e toda a comunidade.

2.6. Caracterização do Sujeito: M.

O sujeito M., sobre o qual se desenvolveu o nosso estudo de caso, é do sexo feminino, integrou a instituição, com 23 anos, em dezembro de 2016. Vinha muito debilitada e precisar de muito trabalho interventivo, que a ajudasse a superar “todos” os problemas que trazia consigo (problemas emocionais/psicológicos, físicos, etc.). Quando entrou para a instituição estava a cumprir pena suspensa.

Do relatório/diagnóstico médico da M., elaborado pela médica psiquiátrica, na Patologia Dual, no Hospital Sobral Cid, foi possível retirar as seguintes informações:

- Perturbação de Adaptação com Depressão;

- Dependência de álcool continuada, desde os 13 anos;
- Antecedentes de dependência de opiáceos e outras substâncias desde os 18 anos;
- Antecedentes de consumos intensivos de anfetaminas aos 18 anos, durante 4 meses;
- Síndrome cerebral orgânico, pós-traumatismo craniano com coma de 9 dias, por atropelamento aos 8 anos;
- Debilidade mental e emocional moderada, que a incapacita de gerir a sua pessoa e bens e a equipara a menor de 13 anos, na gestão de si, necessitando de nomeação de tutor para sua proteção.

A M. chegou, então, à instituição com este diagnóstico, com palavras recorrentes como a “depressão” e/ou a ansiedade, com pedidos constantes de SOS’s e muita “queda de lágrimas”. Foi sem dúvida um trabalho inicial muito difícil, contudo a esperança e a vontade de contribuir na mudança positiva e consciente da cliente foi mais forte que tudo.

Sobre a M. foram surgindo várias informações novas sobre as suas rotinas, sobre questões pessoais, de saúde e sociais, de relação, etc., desconhecidas até então, pois era nova na instituição.

A M. tomava medicação psiquiátrica, para a ajudar a lidar com os seus problemas, todavia a mesma foi alterada várias vezes até se conseguir ajustar e encontrar um equilíbrio por forma a manter estável.

No que diz respeito aos apoios monetários, da Segurança Social ou outros, a M. nunca teve direito a receber nada. Foram solicitados o Rendimento Social de Inserção e a Pensão por Invalidez. Contudo, tal como foi referido pela técnica que acompanhou todo o processo, o facto de a M. não ter uma morada fixa (sem ser a da instituição), não lhe daria direito ao Rendimento. Sobre a Pensão por Invalidez deu-se todo o processo, no entanto, o mesmo foi indeferido. Posteriormente, a M. ficou à espera de ingressar nos cursos da Formação Profissional e assim obter algum apoio monetário. Até que esta data chegasse, todas as necessidades que a cliente teve (alimentação, medicação, tabaco, roupa, etc.) foram suportadas pela Instituição e, nos primeiros meses, por um amigo que já a teria ajudado, em vários momentos, comprando-lhe o tabaco e deixando-lhe algum dinheiro para beber café. A diretora técnica foi a pessoa que desde início acompanhou a M. e a ajudou a gerir todas as necessidades.

Questões como as dos cigarros, os cafés, a alimentação e as saídas (da residência com os colegas), também eram alguns assuntos de importância que se falavam entre técnicos, auxiliares e com a própria cliente.

A M. veio do Hospital Sobral Cid com a indicação médica, de que poderia fumar apenas seis cigarros por dia, dois de manhã, dois a meio do dia e dois à noite. A dificuldade em lidar com este assunto foi sempre grande, uma vez que, a cliente teria uma grande dependência do tabaco, o qual funcionava quase como uma medicação para a mesma.

O café foi outra das dependências com que a M. chegou à instituição. Inicialmente existia algum dinheiro, que o amigo da cliente deixava aquando das suas visitas, e que era controlado para que pudesse beber café. Depois deixou de ter. Desta forma, a M. passou por dois momentos, aquele em que tinha dinheiro e aquele em que não tinha para poder comprar café. O segundo momento deu origem a que começasse a pedir, a alguns colegas (principalmente, aqueles que tinham mais dificuldade em dizer que não) e a algumas das funcionárias, uma cápsula, sendo que no apartamento onde vivam (a primeira residência autónoma informal) existia uma máquina de café. Sempre que as pessoas responsáveis se apercebiam, era-lhe dito que não podia estar sempre a pedir, pois os colegas não tinham de lhe dar café e as funcionárias não o podiam fazer. Nem sempre foi fácil, mas aos poucos a M. foi-se habituando e começou a beber café de cevada e a evitar os pedidos.

Sobre a questão da alimentação, a preocupação dos técnicos e das funcionárias responsáveis que lidavam com a M. teve a ver com a questão das regras e a preocupação com a sua alimentação. Ou seja, a M. durante o dia não comia quase nada, não se alimentava bem nas refeições mais importantes e na hora de ir para a cama queria sempre fazer dois lanches. Deste modo, passou-se a estipular a regra de que a cliente só podia fazer um lanche antes de dormir e que teria de fazer um esforço para comer melhor durante o dia.

As saídas desde o início eram pedidos constantes realizados pela cliente, uma vez que antes de chegar à instituição faziam parte da sua rotina. No entanto, a M. não teve grande liberdade para sair logo no início, precisou mostrar aos técnicos que podiam confiar nela. Esta e outras restrições estavam relacionadas com o facto de a cliente ter vindo para a instituição a cumprir pena suspensa, correndo o risco de que se cometesse algum erro seria presa. A M. sabia que não podia tocar em álcool e drogas ou envolver-se com outra pessoa em troca de dinheiro. Os desafios foram surgindo desde cedo, pois a M. foi tendo pequenas oportunidades e, em alguns momentos, teve pequenas recaídas com o álcool e com as drogas. As situações foram sendo resolvidas e a cliente voltou a

conquistar a confiança dos profissionais, cada dia era uma luta, cada dia superado era uma vitória e aos poucos a M. foi conseguindo lidar com essas dependências.

Para além das questões mencionadas anteriormente, a M. era uma pessoa autónoma, fazia as suas coisas, mas com algumas dificuldades, sendo que nunca foi habituada a cuidar de si, da casa e dos outros, ou seja, tínhamos de “andar sempre em cima dela”, combinar com ela quando tinha de arrumar o seu quarto, lembrá-la de lavar os dentes e das outras rotinas. Após conviver com a M. foi possível perceber que ela era distraída e que gostava muitas vezes de contornar as situações, pois se pudesse evitar fazer as tarefas e colocar alguém a fazê-las por ela não hesitaria.

Sendo que a M. se encontrava numa mudança de vida, de rotinas e de regras, era importante a equipa ser consistente e manter o que se dizia desde o início. Porém se houvesse muitas alterações e pouca consistência entre a equipa, a própria usava essa situação para reverter o assunto para o que lhe convinha mais. A conversa e o diálogo foram sempre estratégias importantes para lidar com a M. e a ajudar no seu processo de desenvolvimento pessoal e social.

Para terminar, será importante referir que a evolução da cliente durante o tempo em que interagimos com ela foi positiva e bastante visível. Um outro ganho foi termos conseguido que se mantivesse na APPACDM de Soure, onde se encontra há mais de um ano, visto que nas tentativas anteriores de tratamento, recuperação e integração/inclusão social a M. nunca aguentou mais do que alguns meses.

3. Resultados do estudo de caso

Passamos a apresentar os resultados do estudo de caso desenvolvido com a M., obtidos, como já explicámos, através da análise das cartas, organizados e analisados em categorias e subcategorias.

Nas categorias, foram abrangidos os conteúdos mais gerais, recolhidos nas cartas. Nas segundas, identificadas como subcategorias, pretendeu-se filtrar a informação necessária e relativa à relação entre o educador/a social e o sujeito com doença mental, bem como evidenciar a importância da comunicação entre ambos através do documento em causa.

A divisão nas diversas categorias surgiu na sequência do objetivo de estudo qualitativo, especificamente, a relação entre o sujeito consigo e com os outros, enquadrada no objetivo geral deste estudo de contribuir para mostrar “A importância da

escrita das cartas como estratégia de comunicação na relação do indivíduo com doença mental e o educador social”.

Numa primeira análise, procedeu-se à divisão dos conteúdos dos documentos nas duas grandes categorias de relação, ou seja, intrapessoal e interpessoal. A intrapessoal recai sobre o próprio (sobre si) e a interpessoal abarca diversos tipos de interação (sobre os pares, sobre a instituição, sobre o(a) educador(a) social e sobre a família. Para estas grandes/abrangentes categorias, considerou-se que o tempo, as emoções, o contexto e temas seriam subcategorias que justificariam, de forma pormenorizada, a necessidade do investigador em responder ao seu objeto de estudo.

Terminada esta segunda fase, deu-se início à terceira, onde o investigador categorizou, no conteúdo das cartas, apenas a informação correspondente a si mesmo e ao sujeito com doença mental.

Foram selecionados sete temas (na sequência das subcategorias) e ilustrados através de excertos da comunicação utilizados pelo sujeito nas cartas. Posteriormente, foram atribuídas/classificadas/distribuídas de acordo com i) o tema, ii) o tema e as emoções, iii) e iii) o tema, as emoções e o tempo.

Assim, os temas eleitos/selecionados foram:

- A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental;
- Manifestação de afeto;
- Agradecimento;
- Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social;
- Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental-educador social);
- Sentimento de pertença;
- Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social.

Dentro do primeiro tema referido, “**A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental**”, evidenciou-se a necessidade do sujeito de partilhar com o educador situações da vida, apelando à participação do mesmo. M. demonstrou, recorrentemente, necessitar de desabafar, oralmente e por escrito, com o educador pois, como salienta, as conversas entre ambas eram de extrema importância para si. De entre os diversos registos, destacaram-se:

“... pois sinto que é sempre bom desabafar contigo, ...” (**carta 2, Tema e Emoções**)

“Se eu me sentir pior ou se tiver pensamentos mesmo bons ou maus eu volto a escrever-te.” (**carta 3, Tema e Emoções**)

“...gostava de poder desabafar contigo, ...” (**carta 10, Tema**)

“Acho que e estão a fazer falta as tuas palavras, os teus conselhos!” (**carta 10, Tema**)

“... sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça!” (**carta 15, Tema e Emoções**)

“As tuas palavras fazem-me muita falta.” (**carta 18, Tema e Emoções**)

“E eu estes dias tenho sentido bastante a tua falta.” (**carta 18, Tema e Emoções**)

“Temos conversádo muito, e eu adoro conversar contigo, pois acho que me entendes e que me dás bons conselhos!” (**carta 24, Tema**)

Bem como o efeito que as conversas têm em si ou na alteração do seu comportamento:

“... as tuas palavras acalmam-me.” (**carta 2, Tema e Emoções**)

“Mas tu és uma das pessoas que pelo que eu sinto, que me estás a fazer crescer... Eu penso muito nas nossas conversas, e quando penso, dá-me muita força.” (**carta 24, Tema e Emoções**)

O teor dos desabafos demonstra um crescendo sentimento de amizade e de respeito por parte do sujeito, dado relatar aspetos de extrema intimidade e de manifestar aceitação em relação aos conselhos:

“Amizade igual á tua: - É difícil de encontrar, (...) Amizade igual à nossa, tem que ser comemorada! Com carinho e para sempre eterna.” (**carta 7, Tema**)

“Dizes-me muitas coisas, que antes me diziam e entrava a 100 e saia a 200. Contigo isso não acontece! Eu fico a pensar em tudo aquilo que me dizes. Tu es uma rapariga importante na minha vida, ...” (**carta 8, Tema**)

“Desde que te contei um pouco dos horrores que passei, que ganhei mais confiança e amizade por ti! (...) Sei que tudo o que dizes é para meu bém... Desde que desabafei contigo que me sinto mais aliviada, pois não tenho ordem para contar a minha vida a ninguém, e como nem sou uma pessoa fechada, fêz-me bém falar contigo. (...) Podes perguntar-me tudo o que quiseses, que eu respondo-te, pois confio muito em ti! (...) E vou respeitar tudo o que me dizes.” (**carta 24, Tema**)

A doença mental «é um sofrimento humano concreto e imenso» (Basteiro et al., 2003, p. 38) que pode ser minimizado através do estabelecimento de laços fortalecidos através do contacto, nomeadamente, do diálogo. Neste caso, M., ao partilhar os seus pensamentos, as suas dúvidas, as suas frustrações e partes ocultas e dolorosas do seu passado, sentiu-se mais próxima do educador. Crescendo a confiança, desenvolveu-se e fortaleceu-se a relação de ambas o que contribuiu para amortecer certos défices afetivos, evidenciados em alguns dos seus relatos.

Em diversos momentos foi salientada a importância da presença do educador na sua vida, ao mesmo tempo que refere o desejo sentido de que a amizade persista:

“É bom olhar para o nosso lado e ver alguém que está sempre presente.” (**carta 6, Tema**)

“QUE Nunca SAiAS Do meu Caminho” (**carta 7, Tema**)

“Sei que és Doutora, mas espero nunca perder a tua amizade.” (**carta 8, Tema**)

“Só escrevi esta pequena carta para vocês em especial saberem que vos tenho no meu coração. E mesmo que um dia saia daqui, eu nunca Me esquecerei de vocês.”
(carta 14, Tema)

“Nunca me quero afastar de ti.” **(carta 20, Tema)**

“Quero ser tua amiga 4ever <3” **(carta 23, Tema)**

“Gostei muito das ultimas vezes que estivemos juntas, sinto que serás uma grande amiga para o resto da vida.” **(carta 24, Tema e Emoções)**

Essa amizade é tão importante que o sujeito tem a noção de que o seu comportamento nem sempre foi o mais correto, tendo a necessidade de se justificar e pedindo confiança:

“Não quero que percas a confiança em mim.” **(carta 12, Tema)**

“Joanita desiludi-te eu sei, mas foi mais forte do que eu.” **(carta 21, Tema)**

Neste contexto, apresenta-se a visão do sujeito face ao educador equiparando-o a um membro da família (como se fosse uma irmã mais velha):

“parece que és como uma irmã mais velha que me estas a ensinar o que é a vida...” **(carta 8, Tema e Emoções)**

“Es mesmo como uma irmã mais velha que me diz as coisas para meu bem, e para me fazer crescer.” **(carta 8, Tema e Emoções)**

“... és como uma irmã para mim, ...” **(carta 12, Tema)**

“Joanita como já te disse és como uma irmã para mim que me esta a fazer amadurecer muito...” **(carta 20, Tema)**

“Já tivemos alguns atritos, mas ficou tudo bem, até me deste banho e trataste de mim como se eu fosse tua irmã mais nova.” (**carta 23, Tema**)

Frequentemente e em consequência do passado do sujeito, é pedido ao educador que este tenha calma perante as situações menos boas e que não fizeram parte do cotidiano, evidenciando mais uma vez a importância que o educador tem na sua vida:

“... quero te pedir para teres calma comigo, ...” (**carta 12, Tema**)

“... peço-te mais uma vez para teres mais calma comigo.” (**carta 12, Tema**)

A autora das cartas, ao longo das mesmas, refere a falta de regras e a ausência de orientação parental. Assume que a sua conduta, dentro da residência, não tem sido sempre a mais correta, desculpabilizando-se com a falta de hábitos de convívio social saudável e respeitoso. Embora reconhecendo os seus erros e manifestando vontade e determinação em se adequar ao novo contexto, perante a reincidência de comportamentos inadequados, M. recorre bastantes vezes a pedidos de desculpa, chegando mesmo a pedir perdão:

“Mais uma vez te peço, para teres mais calma comigo, ...” (**carta 12, Tema**)

“Mais uma vez peço-te desculpa por o que se passou.” (**carta 12, Tema**)

“Mas se foi disso peço desculpa.” (**carta 13, Tema**)

“Pedindo desculpa por terem aturado tantas birras da minha parte, tanta criança, Desculpem de todas as dores de cabeça que vos fiz passar.” (**carta 14, Tema**)

“Desculpa pelas vezes que me porto menos bem, mas eu não estava habituada a este ritmo de vida. És a pessoa que mais me dá na cabeça e eu compreendo e agradeço-te por isso.” (**carta 16, Tema**)

“Quero-te pedir desculpas sei que que se ivitam. Mas tenho mesmo que pedir, (...) Perdão mais uma vez. Vou-me comportar como uma mulher PROMETO.” (**carta 21, Tema**)

“Tenho também a desabafar que estou cheia de remorsos por ter magoado (...) a Dr^a Joana, (...) Peço mais uma vêz desculpas a todos. (...) À Dr^a Joana ...” (**carta 22, Tema**)

Note-se, também, a demonstração de intenção de M. em tornar-se uma pessoa melhor, contando e solicitando a ajuda, a compreensão e a intervenção do educador por quem tem uma enorme estima.

Recorrentemente, ao longo das suas cartas são visíveis diversas manifestações de afeto, recorrendo o sujeito à utilização de verbos como gostar e adorar para exprimir o seu sentimento em relação ao educador. Inicia-se, desta forma, o segundo tema das subcategorias identificadas: “**Manifestação de Afeto**”. Seguem-se alguns exemplos:

“Gosto muito de ti, ...” (**carta 1, Tema e Emoções**)

“... eu adoro a tua companhia e acho te muito fixe.” (**carta 2, Tema e Emoções**)

“Agora sinto que és uma amiga muito proxima e especial. De quem eu gosto bastante (...) Com muito carinho para: Joana Leitão...” (**carta 4, Tema e Emoções**)

“Com imenso carinho, te agradeço. E te entrego todas estas bolinhas, cada uma significa o meu afecto por ty. ” (**carta 6, Tema e Emoções**)

“Adoro-te Joana.” (**carta 7, Tema e Emoções**)

“Olá, querida Joana, (...) Agora gosto imenso de ti. (...) aqui fica mais uma cartinha com mt carinho para ti <3.” (**carta 8, Tema e Emoções**)

“Tu tens um grande significado na minha vida. Eu sinto isso. (...) Beijinho com carinho.” (**carta 9, Tema e Emoções**)

“... gosto bastante de ti (...) Gosto muito de ti. Muitos beijinhos.” (**carta 12, Tema e Emoções**)

“... gosto bastante de ti, (...) Bjs com mt carinho.” (**carta 13, Tema e Emoções**)

“Olá Joana, começo por dizer-te que sinto um grande carinho de amizade por ti!” (**carta 15, Tema e Emoções**)

“E eu gosto muiiito de ti.” (**carta 16, Tema e Emoções**)

“Bjs com carinho!” (**carta 18, Tema**)

“Beijinhos guarda a Carta com carinho e Muita gratidão G. M. D. T.” (**carta 20, Tema e Emoções**)

“... eu adoro-te es como uma irmã para mim.” (**carta 21, Tema e Emoções**)

“Boa Tarde fofinha Joana quem diria que eu viesse a gostar tanto de ti (...) Acho-te muito fixe. O que mais admiro em ti é seres tão responsavel e profissional.” (**carta 23, Tema e Emoções**)

“- Olá, querida Joana, escrevo-te mais uma cartinha para te demonstrar o carinho que sinto por ti...” (**carta 24, Tema e Emoções**)

“Amizade tbm é AMOR POR ISSO DIGO-Te que tenho um especial amor por ti... “ (**carta 25, Tema e Emoções**)

“Eu não preciso de ti. Tu não precisas de mim. Mas, se tu me cativares, e se eu te cativar, ambos precisaremos um do outro.”

M. reconhece, frequentemente, a importância que o educador tem na sua vida. Reconhece, igualmente, o seu contributo para as alterações mesmo que ligeiras do seu comportamento desde que vive na residência. Como reconhecimento, agradece-lhe de

forma inequívoca. Elencam-se, posteriormente, diversos exemplos presentes no segundo tema deste trabalho, “**Agradecimento**”:

“...escrevo-te esta carta com um imenso carinho e gratidão para te agradecer toda a paciência que tens tido comigo! (...) obrigado por me aturáres!” (**carta 1, Tema**)

“Quero te agradecer por tudo o que tens feito por mim, ...” (**carta 2, Tema**)

“Obrigada por me teres ajudado a crescer.” (**carta 4, Tema**)

“Com imenso carinho, te agradeço.” (**carta 6, Tema**)

“Escrevo esta carta (...) para dizer que estou muito mesmo muito agradecida, (...) Joana Leitão, pelo trabalho e tanta dedicação por mim. obrigada por me terem conseguido mudar. (...) OBRIGADA.” (**carta 14, Tema**)

“- Joanita escrevo-te esta carta, para te agradecer tudo o que tens feito por mim desde o início que vim pra cá. (...) Obrigada do fundo do meu coração” (**carta 16, Tema**)

“... E eu fico tão agradecida (...) Obrigado por me teres colocado a ajudar-vos no ATL, (...) Muita gratidão” (**carta 20, Tema**)

“Também te quero agradecer pelas vezes que me dás na cabeça, pois é isso que me tem ajudado a crescer.” (**carta 24, Tema**)

A relação com o educador é fundamental para a autora das cartas. Salientou-se, até aqui, a importância da presença do educador social na vida de M. No próximo tema, “**Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social**”, destacar-se-ão alguns medos expressos por M. relativos à ideia e aos sentimentos que o educador poderá nutrir por si. A autora receia que o educador, face aos seus comportamentos passados e presentes, possa, de algum modo, desenvolver antipatia ou mesmo aversão. Nos seus relatos, constam expressões como:

“Só tenho medo e receio que tenhas má impressão minha por causa do meu passado.” (**carta 2, Tema e Emoções**)

“Não sei o que achas ou sentes a meu Respeito, ...” (**carta 8, Tema**)

“Não penses que não gosto de ti, porque isso não é verdade, (...) podes achar que não: mas eu gosto bastante de ti e sei que tudo o que dizes é para meu bem, ...” (**carta 12, Tema**)

“Mas dá uns dias para cá, eu ando com uns pensamentos de que tu não vais muito com a minha cara! Eu sinto isso quando estou contigo. Tu dizes que é mentira, mas eu continue-o com o mesmo pensamento. (...) Ñ sei se ficas-te com má impressão também haver com o meu ataque de esterismo. (...) Só quero que sejas sincera e me digas se vais com a minha cara ou ã. Eu não me importo se não gostares, e entendo.” (**carta 13, Tema e Emoções**)

“Só espero mesmo é que não tenhas ficado com má impressão pelo que te contei!” (**carta 24, Tema**)

Paralelamente à manifestação da importância do educador na sua vida, da demonstração clara do seu afeto, da exposição de sentidos pedidos de desculpa e da partilha dos seus receios, M., também, salienta a influência e a sua visão, sendo positiva, da relação.

Neste novo tema, “**Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental-Educador Social)**”, enquadram-se expressões como:

“Sei que já discutimos algumas vezes, (é sinal que gostamos uma da outra)” (**carta 6, Tema**)

“... é isto que queria que le-ses, porque eu estou a precisar de ajuda sem brincadeiras! Bjs espero que me ajudes!” (**carta 10, Tema**)

“... tu estas a transformar-me numa pessoa totalmente diferente...” (**carta 13, Tema**)

“Já me ajudas-te muito e continuas sempre a ajudar-me quando me vez mal! (...) sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça!” (**carta 15, Tema**)

Estes sentimentos são reforçados pela visão que M. tem face à relação de ambas, sentindo-se como parte integrante da vida do educador. Para si, a ligação de ambas é intrínseca. Verifica-se um novo tema, “**Sentimento de Pertença**”:

“Beijinhos da tua menina...” (**carta 6, Tema**)

“Beijos da vossa pequena.” (**carta 22, Tema**)

Para finalizar este momento respeitante à apresentação dos resultados do estudo de caso, introduziremos o último tema, “**Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social**”.

Destacaremos, neste momento, passagens que nos elucidam acerca da evolução do seu sentimento pelo educador, verificando-se que, inicialmente, aquando dos primeiros contactos, M. não simpatizou, chegando mesmo a antipatizar, com o educador, mas, com o desenvolver da relação, começou a nutrir uma forte e verdadeira amizade. As seguintes frases comprovam esta constatação:

“No inicio, não gostava de ti (...) Agora sinto que és uma amiga muito proxima e especial.” (**carta 4, Tema, Emoções e Tempo**)

“Ultimamente tenho sentido que tu para mim tens um significado diferente. (...) e para não falar que no inicio eu nem te podia ver. => Agora gosto imenso de ti.” (**carta 8, Tema, Emoções e Tempo**)

“... dantes te odiava e agora gosto tanto de ti.” (**carta 9, Tema, Emoções e Tempo**)

“Antes odiava a tua maneira de seres, mas agora posso dizer que até gosto porque sei que tudo é para meu bem.” (**carta 16, Tema, Emoções e Tempo**)

“Fui tão burra em não gostar de ty no início, pois tu és uma menina deslumbrante, que estas a apostar tudo em mim.” (**carta 20, Tema, Emoções e Tempo**)

“No início eu não te gramava mesmo! Mas ainda bém que isso mudou, e que nos torna-mos amigas. (...) Agora quando dizes algo que não gosto eu levo na brincadeira (coisa que ã acontecia antes).” (**carta 23, Tema, Emoções e Tempo**)

Esta evolução cronológica é significativa e merece destaque pois evidencia alterações emocionais e comportamentais em M.

3.1. Considerações Finais

A apresentação dos temas não foi aleatória. Todos tiveram a sua importância para o objetivo de estudo do investigador. Estes temas concorreram para o mesmo fim, contribuindo para demonstrar a importância das cartas como meio privilegiado de comunicação entre o doente mental e o educador social.

Foi ainda possível verificar que a subcategoria identificada como o “**Contexto**” não se mostrou muito significativa para a categorização dos resultados observados face ao objeto de estudo do investigador.

As cartas veiculam sentimentos fortes, destacando-se a amizade, a confiança, a gratidão, a admiração e, mesmo, o amor. Algumas constituem relatos sofridos de acontecimentos marcantes vividos por M., das quais se destaca uma pelo seu teor forte e pela sua índole criminal e outras três por razões éticas/confidencialidade. Devido ao conteúdo, considerou-se não expor nenhum registo de forma a salvaguardar a intimidade da cliente. No entanto, é significativa essa referência uma vez que demonstra a confiança de M. no educador social.

Outras constituem narrações de situações passadas na residência e em diversas expõe considerações relativas à sua relação com o educador, verificando-se a existência de uma evolução positiva.

Os laços estabelecidos e desenvolvidos, frequentemente, referidos pela autora nas suas cartas, são identificados como motor das suas mudanças. Devido às suas conversas com o educador que a apoiava, aconselhava, mas que também reprendia, M. sentiu-se a mudar. Sentiu-se a mudar para uma pessoa melhor. Esta mudança poderá traduzir-se numa maior felicidade, mas também responsabilidade, podendo contribuir

para um aumento da sua autonomia. Com apoio, orientação e muita amizade, também a pessoa com doença mental pode mudar.

Desta forma, compreende-se a importância de termos estudado este caso, para que profissionais e clientes de outras instituições possam beneficiar com a aplicação desta prática. O uso de cartas como estratégia de comunicação não eliminará a doença mental, mas pelo que foi possível verificar pode aumentar o bem-estar emocional.

Conclusão

O objeto de estudo e o objetivo deste trabalho foram, cuidadosamente, pensados, ponderados e, posteriormente, escolhidos, bem como o método, a metodologia, a estrutura e a abordagem. O plano foi delimitado, traçado e seguido à risca, tanto quanto possível. No decorrer do percurso, paralelamente aos avanços, houve recuos, em menor escala. Paralelamente à satisfação, houve alguma insatisfação. Paralelamente ao sucesso e ao ânimo, houve algum insucesso e algum desânimo. Houve momentos de gáudio e outros de alguma frustração, confessamos. Houve ajustes e reajustes. Houve supressões e acrescentos. Houve contratempos e houve, por fim, sempre um gosto e um prazer imensos no que fazíamos. Pesem embora as contrariedades próprias da realização de um trabalho desta natureza, cada momento dedicado à sua realização foi de enriquecimento pessoal e profissional. Sentimo-nos a crescer enquanto educadores sociais e enquanto cidadãos conscientes e ativos.

Este contacto mais próximo com a autora das cartas, M., foi enriquecedor para ambas. Como se pôde comprovar pela análise dos registos, a relação estabelecida entre nós foi, na visão de M., pautada pelo respeito, pela confiança e pela amizade. Esta proximidade, proporcionada pelo facto de ambas frequentarmos a nova valência (Residência Autónoma) da entidade onde trabalhamos, APPACDM de Soure, desencadeou, ao longo dos vários meses, alterações significativas no comportamento de M. e na visão que tínhamos de nós e de ela própria. Obviamente que constatámos estas mesmas alterações e não seríamos sinceros se deixássemos de afirmar que nos aprouve contribuir para isso. Satisfez-nos saber que éramos uma boa influência para M. Terminada a escrita das cartas em análise e a nossa deslocação para outra valência dentro da instituição, a proximidade não se perdeu e é com alguma felicidade que continuamos a receber, embora com menor frequência, cartas redigidas, espontaneamente, por si. Também o contacto presencial não se perdeu e passamos, frequentemente, alguns momentos na sua companhia.

Se tivéssemos de salientar o que de melhor e de pior ocorreu durante os meses que mediaram o início e o fim deste trabalho, destacaríamos, pela positiva, as alterações comportamentais de M. que muito contribuíram para o aumento da sua estabilidade e da sua felicidade e, pela negativa, aqueles momentos em que, por fatores externos, nos sentimos a vacilar.

No momento presente, momento de finalização e de reflexão, fazemos um balanço muito positivo da elaboração deste trabalho. Terminamos, afirmando que, também, nós somos uma pessoa diferente.

Embora usual e sobejamente conhecida, consideramos esta declaração de Antoine de Sainte-Exupéry, sempre atual e pertinente:

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Referências Bibliográficas

- Aballéa, F., Ridder, G. & Gadéa, C. (2003) Processos em fase de reconhecimento e concorrências profissionais. In Chopart, J. (Org.). *Os novos Desafios do Trabalho Social: Dinâmicas de um campo profissional* (pp.203-221). Porto: Porto Editora.
- AIEJI (s.d.) Marco Conceptual de las Competencias del Educador Social. Recuperado em 3 de julho de 2018, de http://www.redligare.org/IMG/pdf/marco_competencias_educador_social.pdf
- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, (8): 131-139.
- Alder, B. (1999). *Psychology of health: Applications of psychology for health professionals*, 2ª Ed. Amsterdam: Harwood academic publishers.
- Alves, F. E. (2001). *Acção social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Amado, J., Costa, P. A., & Crusoé, N. (2014). A técnica da análise de conteúdo. In J. Amado (Coord.), *Manual de investigação qualitativa em educação* (pp. 303-350). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM-IV*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatrists Association - APA. (2006). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª Ed. Text Revision. Washington: APA.
- Andrews, D. W., & Dishion, T. J. (1994). The microsocial structure underpinnings of adolescent problem behavior. In M. E. Ketterlinus & R. D. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behavior: issues and research* (pp. 187–207).
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry* 179: 417–425.

- APA: (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araujo, Á. C., & Lotufo-Neto, F. A. (2014). Nova classificação americana para os transtornos mentais: O DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. Cogn* 16(1). Recuperado em 16 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
- ASEDES (2004). *Hacia una definición de educación social*. Recuperado em 3 de julho de 2018, de <http://www.eduso.net/red/definicion.htm#7>
- Azevedo, S. (2011). *Técnicos Superiores de Educação Social: Necessidade e pertinência de um estatuto profissional*. Porto: Fronteira do caos Editores.
- Banks, S., & Nohr, K. (2008). *Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social*. Porto: Porto Editora
- Basteiro, S., Gil, C., & Marin, R. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia Da Vetor Editora* 6(2): 43–50. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006&lng=pt&tlng=pt
- Bauer, S. (2002). *Da ansiedade à depressão - da psicofarmacologia à psicoterapia ericksoniana*. S. Paulo: Livro Pleno.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. *New Directions for Child Development*, (37): 93–125. <http://doi.org/10.1002/cd.23219873706>

- Bobrowski, K. J., Czabała, J. C., & Brykczyńska, C. (2007). Risk behaviors as a dimension of mental health assessment in adolescents. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(2), 17-26.

- Borda Cardoso, A. M. (s/d). *Alguns desafios que se colocam à Educação Social*. Recuperado em 3 de julho de 2018, de esepf.pt/bitstream/handle/.../Cad_3Educacaosocial.pdf

- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: C. Editores.

- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2): 81–91. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/67/49>

- Cabrera, C. C., & Sponholz, A. (2002). Ansiedade e insónia. In N. J. Botega, *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*, 3a Ed (pp. 411–429). Porto Alegre: Porto Alegre Artmed. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000200016>

- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1)*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Capul, M. & Lemay, M. (2003). *Da Educação à Intervenção Social. 1º vol.* Porto. Porto Editora.

- Carvalho, A., & Baptista, I. (2008). Ética e formação profissional: Problemáticas antropológicas e dilemas éticos na intervenção socioeducativa. In Banks, S. & Nohr, K. (Coords.), *Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social* (pp.19- 32). Porto: Porto Editora.

- Carvalho, A. D., & Baptista, I. (2004). *Educação Social - fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.

- Castillo, R. J. (1997). *Culture and mental illness: A client centered approach*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.

- Coffferri, F., & Nogaro, A. (2010). Competências do pedagogo como educador social promovendo o desenvolvimento psicossocial do ser humano. *Perspectiva, Erechim*, 34 (128), 7-21. Recuperado em 16 de junho de 2018, de http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/128_134.pdf.

- Collado, M., & Álvarez, V. (1992). La Animacion sociocultural como educacion no formal. In. Quintana, J. (Ed.), *Fundamentos de la animacion sociocultural* (pp.73-93). Madrid: Narcea

- Correia, P. S. (2008). A importância da animação comunitária como modelo e metodologia de intervenção social e comunitária no contexto da educação não formal. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*, (3), 1-26

- David, M. (2010). Neuro-concepções integrativas sobre o desenvolvimento da emocionalidade. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de http://www.mmdavid.pt/mmdavid/LinkClick.aspx?fileticket=V6y4_07cu0E%3D&tabid=61

- Diaz, A. (2006). Uma aproximação à pedagogia - Educação Social. *Revista Lusófona de Educação*, 7, 91-104.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: saúde mental em números 2013*. Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-desaudef/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.

- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Rede de referência de psiquiatria e saúde mental*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.

- Epstein, S., & Hicks, D. (2011). Anxiety disorders. In L. Levenson & J. L. Wulsin (Ed.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill* (pp. 241–259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Esteves, N. (2012). Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos. In Fabrellas, I., Pérez, Y., & Ribas, E. (2007). *Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos*. *Emfermería Intensiva*, 18 (3), pp. 106- 114

- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 260-266. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.543>

- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (64), 1120-1132.

- Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5*. New York: Guilford.

- Gonçalves, A. (2008). O apoio do serviço social aos doentes com esquizofrenia. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/434/3/Monografia.pdf>

- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Igra, V. & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, 35–51. <http://doi.org/10.1007/978-1-4899-0203>.

- Ingleby, D. (1982). A construção social da doença mental. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 9, 87-111.

- Instituto Bento de Jesus Caraça. (s/d). Manual de técnicas de comunicação. Recuperado em 3 de setembro de 2018, de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUK EwiHidjuxtndAhVLXhoKHVASCXIQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fopac.i efp.pt%3A8080%2Fimages%2Fwinlibimg.aspx%3Fskey%3D%26doc%3D73396%26img%3D1217&usg=AOvVaw3EEmp21Z5SePqtGqr8nlUh>
- Jablensky, A., & Kendell, R. E. (2002). Criteria for assessing a classification in psychiatry. In M. Maj, W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor & N. Sartorius (Eds.) *Psychiatric Diagnosis and Classification* (pp. 1-24). doi: 10.1002/047084647X.ch1.
- Jewell, J. D., Hupp, S. D. A., & Pomerantz, A. M. (2008). Diagnostic classification systems. In J. L. Matson & F. Andrasik (Eds.), *Assessing Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities*. New York, NY: Springer
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2008). *The WHO World Mental Health surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Cambridge University Press, New York.
- Koller, S.H., & Poletto, M. (2008). Contextos ecológicos promotores de resiliência: fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Lacasse, J. R. (2014). After DSM-5: a critical mental health research agenda for the 21st century. *Research on Social Work Practice*, 24, 105-110.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 7, 3-7.
- Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990 - 2020. *Nature Medicine*, 4, 1241-1243.

- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C. J. L. (2006). Measuring the global burden of disease and risk factors, 1990–2001. In A. D., Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, C. J. L. Murray & D. T. Jamison (Eds.), *Global Burden of Disease and Risk Factors* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press

- López, M., Lavian, M., López, A., & Tirado, C. (2007). El Sistema para la Autonomía y la atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 4 (1-2), 11-27.

- Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: Que trajetos? Que caminho? *Nursing*, 277, 22-27.

- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2^a ed.). New York: Harper & Row.

- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 3, e442.

- Mayes, R., & Horwitz, A. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 3, 249-267.

- Molina, J. (2003). *Dar (la) palabra. Deseo, don y ética en educación social*. Barcelona: Gedisa.

- Morais, L. M., Mascarenhas, S., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Diagnóstico de estresse, ansiedade e depressão em universitários: Desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade - um estudo com estudantes da UFAM-Brasil. *Revista AMAzônica*, IV(1), 55-76.

- Moriyama, I. M., Loy, R. M., & Robb-Smith, A. H. T. (2011). Development of the classification of diseases. In H. M. Rosenberg & D. L. Hoyert (Eds.), *History of the statistical classification of diseases and causes of death* (pp. 19-22). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

- Moniz, M. J. (2016). Saúde mental em Portugal com índices elevados de institucionalização. *Observador*. Recuperado em 26 de setembro de 2018 de <https://observador.pt/2016/12/16/saude-mental-em-portugal-com-indices-elevados-de-institucionalizacao/>

- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 359-371. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.359>

- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1436–1442.

- Neto, C., & Alves, F. (2012). *Sociologia, problemas e práticas*. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292012000300006&script=sci_arttext

- Nogueira, M. L. P. (2013). *Inclusão social e bem-estar da pessoa doente mental: contributos de um estudo de caso num serviço de psiquiatria*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.

- Noguero, F. L., & Solís, L. L. (2003). *El educador social como educador no formal: un gestor de grupos*. Espanha: Universidad de Huelva. Recuperado em 3 de julho de 2018, de www.uhu.es/agora/version01/.../04/.../10PDF

- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook* (2ª Ed.). Philadelphia: Open University Press Buckingham. Recuperado em 20 de agosto de 2018, de <http://www.mheducation.co.uk/pdf>

- Oliveira, J., & Passos, E. (2007). *A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: Um problema clínico-político*. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://www.slab.uff.br/textos/texto88.pdf>

- OMS - Organização Mundial da Saúde. (2001). Organização Panamericana de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Relatorio_sobre_a_saude_no_mundo__2001__saude_mental__nova_concepcao__nova_esperanca/47

- OMS - Organização Mundial da Saúde. (2005). *The World Health Report 2001, mental health: New understanding, new hope*. Recuperado em 26 Setembro, 2018, em <http://www.who.int/whr/2001/en/>

- Orlando, A., B. (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Bragança, Portugal.

- Ortega, J. (1999). Educación social especializada, concepto y profesión. In J. Ortega (Coord.), *Educación Social Especializada* (pp. 15-38). Barcelona: Editorial Ariel.

- Ortega, J. (2003). Ciudad educativa, proyecto educativo de ciudad y participación ciudadana. In J. Molina (Coord.), *De nuevo la educación social*. Madrid: Dykinson.

- Ortega, J. (2005). Pedagogía social y pedagogía escolar: La educación social en la escuela. *Revista de Educación*, 336, 111-127. Recuperado em 16 de junho de 2018, de http://www.revistaeducacion.mec.es/re336/re336_07.pdf

- Palha, F., & Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: Da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos*. Porto: ENCONTRAR+SE. Recuperado em 26 de setembro de https://www.encontrarse.pt/wpcontent/uploads/2016/04/projectos_concluidos_tcsml.pdf

- Pèrez Serrano, G. (2003). *Pedagogía social. Educación social*. Narcea Ediciones: Madrid.

- Pérez Serrano, G. (2010). *Pedagogía social - educación social: Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea

- Perrenoud, P. (1999). *Dix nouvelles compétences pour enseigner*. Paris: ESF.

- Petrus, A. (1994). Educación social y perfil del educador social. In S. Carreras (Coord.), *El educador social*. Murcia: Universidad de Murcia.

- Petrus, A. (1998). *Pedagogia Social*. Barcelona: Ariel, S.A.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Quintana Cabanas, J. (1994). *Pedagogia Social*. Madrid: Dykinson.

- Rasinski, K. A., Woll, P., & Cooke, A. (2005). Stigma and substance disorders. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 219–236). Washington, DC: American Psychological Association.

- Roberts, S. B., & Kendler, K. S. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological Medicine*, 29(5), 1101-1109. <http://doi.org/10.1017/S0033291799008739>

- Robinson, L. (1983). *Psychiatric nursing as a human experience* (3^a ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Romans, M. (2000). Formación continua de los profesionales en educación social. In M. Romans, A. Petrus & J. Trilla (Coords.). *De profesión: Educador(a) social*. Barcelona: Paidós.

- Rosal, M. C., Ockene, J. K., Hurley, T. G., & Reiff, S. (2000). Prevalence and co-occurrence of health risk behaviors among high-risk drinkers in a primary care

population. *Preventive Medicine*, 31(2 Pt 1), 140–147. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de www.ncbi.nlm.nih.gov

- Ruiloba, J. V. (1992). Transtornos de angústia. In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducion a la psicopatologia y la psiquiatria* (pp. 340–354). Barcelona: Masson-Salvat Medicina, Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Recuperado em 18 de agosto de 2018, de http://www.ispa.pt/biblioteca/localizacao_do_documento/c1.htm

- Santos, M., Pereira, A., & Veiga, F. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. Dep. Educação. Universidade de Aveiro. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://hdl.handle.net/10773/6738>

- Schwarzer, R., & Fuchf, R. (1995). Changing risk behaviour and adopting health behaviours: The role of self efficacy belief. In A. Bandura (Ed.), *Self Efficacy in Changing Societ edited by Albert Bandura* (pp. 259–288). Cambridge: Cambridge University Press.

- Simões, M. C. R. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.

- Smith, D., & Blackwood, H. (2004). Depression in young adults. *Advances in Psychiatric*, 10, 4-12. <http://doi.org/10.1192/apt.10.1.4>

- Sousa, F. (2008). *Inimputabilidade*. Recuperado em 16 de agosto de 2018, de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1130/Tese%20de%20Mestrado_Filipa%20Sousa.pdf?sequence=1

- Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

- Steptoe, A., & Wardle, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health 11*: 49-73. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de <http://discovery.ucl.ac.uk/111579/>

- Tavares, A. (2010). A desinstitucionalização só pode ser bem sucedida. Recuperado em 19 de agosto de 2018, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2940/3/PG_18411.pdf

- Tavares, A. R. F. (2010). *Acompanhamento social a pessoas que viveram em situação de sem-abrigo com doença mental*. Projeto de graduação, não publicado, para obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social. Universidade Fernando Pessoa do Porto, Portugal.

Teixeira, L. (2010). *Saúde mental: Stress*. Recuperado em 19 de agosto de 2018, de <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/saude-mental-stress.pdf>

- Thakker, J., & Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM- IV. *Clinical Psychology Review*, 18, 501-529.

- Townsend, M. C. (2009). Enfermagem em saúde mental psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseados na evidência. In *Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica* (pp. 12-29). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Ltda.

- Trimpop, R. M. (1994). The psychology of risk taking behaviour. In G. E. Stelmach & P. A. Vroom (Eds.). *Advance in Psychology* (Vol. 107). North-Holland/Elsevier Science B.V. Recuperado em 15 de agosto de 2018, de www.ncbi.nlm.nih.gov

- Trindade, B. (2011). Relação entre a Animação Sociocultural e a Educação Social. *Revista “Práticas de Animação”*, 5, 1-14.

- Ustun, T. B., Yuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 184, 386–392.

- Vale, I. (2004). *Algumas notas sobre investigação qualitativa em educação matemática: O estudo de caso*. *Revista da Escola Superior de Educação*, 5, 171-202.

- Valléz Herrero, J. (2009). *Manual del educador social: Intervención en servicios sociales*. Madrid: Pirámide.

- Verger, P., Combes, J-B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Lenagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Society of Psychiatric: Psychiatric Epidemiology*, 44, 643–650. <http://doi.org/DOI.10.1007/s00127-008-0486-y>

- Vieira, A. (2012). Pedagogia social nas escolas: Um olhar sobre a mediação e educação social. *Cadernos de Pedagogia Social*, 4, 9-26.

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Scensson, M., & Jönsson, Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.

- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhaes, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal: Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7. doi: 10.1186/1752-4458-7-19.

- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (2ª ed). Porto Alegre, Bookman.

ANEXOS

Anexo I

Joana Filipa Morim Leitão

Aluna do Mestrado de Educação Social e Desenvolvimento Local na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do trabalho realizado no estágio de Mestrado na área da Educação Social, com o objetivo de evidenciar a importância da escrita de cartas como estratégia de comunicação na relação dos indivíduos com doença mental e o educador social, num estudo de caso, clarificou-se a metodologia a adotar e solicitou-se a autorização necessária e legalmente obrigatória para a utilização dos dados do estudo.

Eu, _____, portador/a do Cartão de Cidadão número _____, residente em _____, autorizo a utilização dos documentos cedidos (cartas), por mim redigidos autonomamente, para a análise do trabalho, tratamento dos dados e posteriormente a apresentação dos resultados de forma não condicionada, com o objetivo de contribuir e enriquecer esta e outras investigações.

(Educador/a Social)

(Participante da Investigação)

Anexo II

Carta 1 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>23/12/2016 M.</p> <p>- Olá Joanita, escrevo-te esta carta com um imenso carinho e gratidão para te agradecer toda a paciência que tens tido comigo! E também por todas as palavras e concelhos que me tens dado! (...)</p> <p>Gosto muito de ti, obrigado por me aturáres!</p> <p>Beijos M.</p>		- “Gosto muito de ti,...”		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “...escrevo-te esta carta com um imenso carinho e gratidão para te agradecer toda a paciência que tens tido comigo! (...) obrigado</p>

					por me aturáres!” - “Gosto muito de ti,…”
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 2 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>31.12.2016 De: M. para: Joanita.</p> <p>- Olá querida Joana, escrevo-te esta carta para dizer-te que estes dias contigo têm sido muito agradáveis, ...</p> <p>... Também te quero dizer, que ao estar contigo, parece que os problemas desaparecem, pois sinto que é sempre bom desabafar</p>		<p>- "... pois sinto que é sempre bom desabafar contigo, ..."</p> <p>- "... as tuas palavras acalmam-me."</p> <p>- "Só tenho medo e receio que tenhas má impressão minha por causa do meu passado."</p> <p>- "... eu adoro a tua</p>		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- "... pois sinto que é sempre bom desabafar contigo, ..."</p> <p>- "... as tuas palavras acalmam-me."</p>

	<p>contigo, e tu entendes-me sempre e as tuas palavras acalmam-me. Só tenho medo e receio que tenhas má impressão minha por causa do meu passado. ...</p> <p>... Eu vou-te escrever uma carta a dizer tudo o que já passei, para tu me conheceres totalmente. Quero te agradecer por tudo o que tens feito por mim, tens sido muito minha amiga e eu adoro a tua companhia e acho te muito fixe. Beijinhos</p>		<p>companhia e acho te muito fixe.”</p>		<p>Manifestação de Afeto:</p> <p>-“... eu adoro a tua companhia e acho te muito fixe.”</p> <p>Agradecimento:</p> <p>- “Quero te agradecer por tudo o que tens feito por mim, ...”</p> <p>Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social:</p> <p>-“Só tenho medo e receio que tenhas má impressão minha por causa do meu passado.”</p>
<p>Interpessoal (Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 3 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>1º momento - Olá Joanita,...</p> <p>1º momento - ...Beijinhos daqui a bocado volto a escrever e a dar-te novidades.</p> <p>2º momento - ... Se eu me sentir pior ou se tiver pensamentos mesmo bons ou maus eu volto a escrever-te. ...</p> <p>2º momento - ...Beijinhos fofos</p> <p>3º momento - Olá, outra vêz, ...</p>		- “Se eu me sentir pior ou se tiver pensamentos mesmo bons ou maus eu volto a escrever-te.”		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Se eu me sentir pior ou se tiver pensamentos mesmo bons ou maus eu volto a escrever-te.”</p>

	<p>3º momento - ... Daqui a pouco volto a escrever-te. Beijinhos. : -).</p> <p>4º momento - Oi, ...</p> <p>4º momento - ... E depois escrevo outra carta para te contar como vai correndo a tarde. Beijinhos.</p> <p>5º momento - Boa tarde, ...</p> <p>5º momento - ... Beijinhos.</p>				
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 4 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>No início, não gostava de ti... Mas agora percebi a tua verdadeira amizade... Que tudo o que me dizes é para meu bem...</p> <p>Agora sinto que és uma amiga muito próxima e especial. De quem eu gosto bastante...</p> <p>Obrigada por me teres ajudado a crescer.</p> <p>Com muito carinho para:</p>		<p>- “Agora sinto que és uma amiga muito próxima e especial. De quem eu gosto bastante (...) Com muito carinho para: Joana Leitão...”</p>		<p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Agora sinto que és uma amiga muito próxima e especial. De quem eu gosto bastante (...) Com muito carinho para: Joana Leitão...”</p> <p>Agradecimento:</p>

	Joana Leitão... M. 10.03.2017.				- “Obrigada por me teres ajudado a crescer.” Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social: - “No início, não gostava de ti (...) Agora sinto que és uma amiga muito próxima e especial.”
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 6 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>Sei que já discutimos algumas vezes, (é sinal que gostamos uma da outra)</p> <p>É bom olhar para o nosso lado e ver alguém que está sempre presente. Com imenso carinho, te agradeço. E te entrego todas estas bolinhas, cada uma significa o meu afecto por ty. Beijinhos da tua menina: M.</p>		<p>- “Com imenso carinho, te agradeço. E te entrego todas estas bolinhas, cada uma significa o meu afecto por ty. ”</p>		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “É bom olhar para o nosso lado e ver alguém que está sempre presente.”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Com imenso carinho, te agradeço. E te entrego todas estas bolinhas, cada uma</p>

	07-04-2017				<p>significa o meu afecto por ty. ”</p> <p>- “Com imenso carinho, te agradeço.”</p> <p>Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental- Educador Social:</p> <p>- “Sei que já discutimos algumas vezes, (é sinal que gostamos uma da outra)”</p> <p>Sentimento de Pertença:</p> <p>- “Beijinhos da tua menina...”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 7 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>QUE Nunca SAIAS Do meu Caminho</p> <p>Amizade igual á tua: - É difícil de encontrar, traz no rosto, sempre um sorriso franco. E nos olhos, muita honestidade.</p> <p>Sabe ser carinhosa, mas tambem dura quando é preciso! Mas eu sei que tudo é para meu bem. Amizade igual à nossa, tem que ser</p>				<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Amizade igual á tua: - É difícil de encontrar, (...) Amizade igual à nossa, tem que ser comemorada! Com</p>

	<p>comemorada!</p> <p>Com carinho e para sempre eterna.</p> <p>Adoro-te Joana.</p> <p>/M.</p> <p>15.04.</p>				<p>carinho e para sempre eterna.”</p> <p>- “QUE Nunca SAiAS Do meu Caminho”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Adoro-te Joana.”</p>
<p>Interpessoal</p> <p>(Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 8 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>De: M. 15.05.2017</p> <p>Para: Joana Leitão</p> <p>Olá, querida Joana, já ao tempo que não te escrevo e resolvi escrever.</p> <p>Ultimamente tenho sentido que tu para mim tens um significado diferente. parece que és como uma irmã mais</p>	<p>-“Ultimamente tenho sentido que tu para mim tens um significado diferente. (...) e para não falar que no inicio eu nem te podia ver. => Agora</p>	<p>- “parece que és como uma irmã mais velha que me estas a ensinar o que é a vida...”</p> <p>- “Es mesmo como uma irmã mais velha que me diz as coisas para meu bem, e para me</p>		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Dizes-me muitas coisas, que antes me diziam e entrava a 100 e saia a 200. Contigo isso não acontece! Eu fico a pensar em tudo aquilo que me dizes. Tu es uma rapariga importante na</p>

	<p>velha que me estas a ensinar o que é a vida... Eu gosto muito das nossas conversas no face, e sem ser no face também. Dizes-me muitas coisas, que antes me diziam e entrava a 100 e saía a 200.</p> <p>Contigo isso não acontece! Eu fico a pensar em tudo aquilo que me dizes. Tu es uma rapariga importante na minha vida, e para não falar que no início eu nem te podia ver. =)</p> <p>Agora gosto imenso de ti.</p> <p>Es mesmo como uma irmã mais velha que me diz as coisas para meu bem, e para me fazer crescer. Sei que és Doutora, mas espero nunca perder a tua amizade.</p>	<p>gosto imenso de ti.”</p>	<p>fazer crescer.”</p> <p>- “Olá, querida Joana, (...) Agora gosto imenso de ti. (...) aqui fica mais uma cartinha com mt carinho para ti <3.”</p> <p>- “Ultimamente tenho sentido que tu para mim tens um significado diferente. (...) e para não falar que no início eu nem te podia ver. =) Agora gosto imenso de ti.”</p>	<p>minha vida, ...”</p> <p>- “Sei que és Doutora, mas espero nunca perder a tua amizade.”</p> <p>- “parece que és como uma irmã mais velha que me estas a ensinar o que é a vida...”</p> <p>- “Es mesmo como uma irmã mais velha que me diz as coisas para meu bem, e para me fazer crescer.”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Olá, querida Joana, (...) Agora gosto imenso de ti. (...) aqui fica mais uma cartinha com mt carinho para ti <3.”</p> <p>Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social:</p>
--	---	-----------------------------	--	---

	<p>Não sei o que achas ou sentes a meu Respeito, mas como disse para mim és especial. És bastante exigente, é só esse defeito que acho em ti!</p> <p>Tu às vezes dizes que sou fresca!</p> <p>E eu ã entendo porquê! Lol</p> <p>Mas pronto, aqui fica mais uma cartinha com mt carinho para ti <3.</p>				<p>- “Não sei o que achas ou sentes a meu Respeito, ...”</p> <p>Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social:</p> <p>- “Ultimamente tenho sentido que tu para mim tens um significado diferente. (...) e para não falar que no início eu nem te podia ver. => Agora gosto imenso de ti.”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 9 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>Deus enviou-te para seres como uma irmã mais velha, para precisamente me educares... Eu acredito... Ele enviou a Dr^a C. para me tirar do buraco mas também te enviou a ti. Nada é por acaso! E não é por acaso que eu antes te odiava e agora gosto tanto de ti. E pelos vistos sou a única,</p>	<p>- "... antes te odiava e agora gosto tanto de ti."</p>	<p>- "Tu tens um grande significado na minha vida. Eu sinto isso. (...) Beijinho com carinho." - "... antes te odiava e agora gosto tanto de ti."</p>		<p>Manifestação de Afeto: - "Tu tens um grande significado na minha vida. Eu sinto isso. (...) Beijinho com carinho." Evolução cronológica dos sentimentos do</p>

	<p>assim de parecer, porque é como tu dizes, a M. e o p. podem gostar, mas reagem doutra maneira.</p> <p>Mas nada, nada é por acaso.</p> <p>Tu tens um grande significado na minha vida. Eu sinto isso.</p> <p>Sei que o meu futuro sera maravilhoso sempre aprendendo contigo.</p> <p>Beijinho com carinho.</p> <p>M. 06.06.2017</p>				<p>sujeito face ao Educador Social:</p> <p>- "... dantes te odiava e agora gosto tanto de ti."</p>
<p>Interpessoal (Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 10 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De – M./ para Joanita. 19.08.2017. Boa Tarde Joanita, estiveste ausente e não sabes muito do que se tem sucedido, nem de como tenho andado, gostava de poder desabafar contigo, Acho que e estão a fazer falta as tuas palavras, os teus conselhos!... ... é isto que queria que le-ses, porque eu estou a precisar de ajuda				A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - "...gostava de poder desabafar contigo, ..." - "Acho que e estão a fazer falta as tuas palavras, os teus

	sem brincadeiras! Bjs espero que me ajudes!				conselhos!” Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental-Educador Social: - “... é isto que queria que le-ses, porque eu estou a precisar de ajuda sem brincadeiras! Bjs espero que me ajudes!
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 12 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De: M. para: Joana. - Olá Joana, quero-te pedir desculpa por o que fiz, mas não foi por mal, eu tenho andado muito nervosa e preocupada com a minha mãe ultimamente, por isso é que o tabaco não me tem dado para o dia todo! Não penses que não gosto de ti, porque isso não é verdade, és como		- "... gosto bastante de ti (...) Gosto muito de ti. Muitos beijinhos."		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - "Não quero que percas a confiança em mim." - "... és como uma irmã para mim, ..." - "... quero te pedir

	<p>uma irmã para mim, não quero que a gente se dê mal, muito pelo contrario. Eu apenas não fui habituada a tantas regras e a tantas exigencias, quero te pedir para teres calma comigo, eu tenho que subir um degrau de cada vêz, porque se for tudo de uma vêz eu não irei aguentar tanta pressão. Como sabes eu sou muito distraida, e peço desculpa por ter usado os produtos da M., foi mesmo distracção minha!...</p> <p>...podes achar que não: mas eu gosto bastante de ti e sei que tudo o que dizes é para meu bem, mas peço-te mais uma vêz para teres mais calma comigo. ...</p> <p>... Não quero que percas a confiança em mim. Eu penso que me ando a portar bém... Sinto que contigo vou</p>			<p>para teres calma comigo, ...”</p> <p>- “... peço-te mais uma vêz para teres mais calma comigo.”</p> <p>- “Mais uma vêz te peço, para teres mais calma comigo,...”</p> <p>- “Mais uma vez peço-te desculpa por o que se passou.”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “... gosto bastante de ti (...) Gosto muito de ti. Muitos beijinhos.”</p> <p>Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social:</p>
--	--	--	--	--

	<p>aprender muitas coisas. Só acho que és um pouquinho exigente de mais. estou a ser cinsera. Mais uma vêz te peço, para teres mais calma comigo, porque eu quero ir devagar. Mais uma vez peço-te desculpa por o que se passou. Gosto muito de ti. Muitos beijinhos. ...</p>				<p>- “Não penses que não gosto de ti, porque isso não é verdade, (...) podes achar que não: mas eu gosto bastante de ti e sei que tudo o que dizes é para meu bem, ... ”</p>
<p>Interpessoal (Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 13 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De: M. Para: Joana Leitão Olá Joanita, eu quero-te dizer que gosto bastante de ti, tu estas a transformar-me numa pessoa totalmente diferente... Mas dá uns dias para cá, eu ando com uns pensamentos de que tu não vais muito com a minha cara! Eu sinto isso quando estou contigo.		- “Mas dá uns dias para cá, eu ando com uns pensamentos de que tu não vais muito com a minha cara! Eu sinto isso quando estou contigo. Tu dizes que é mentira, mas eu continu-o com o mesmo pensamento. (...) Ñ sei se ficas-te com má		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “Mas se foi disso peço desculpa.” Manifestação de Afeto: - “... gosto bastante de ti, (...) Bjs com mt

	<p>Tu dizes que é mentira, mas eu continu-o com o mesmo pensamento.</p> <p>Eu penso do tipo: “Eu sou tu, e tu és eu”</p> <p>(...)</p> <p>Eu tenho medo que ã gastes de mim =(., porque eu gosto muito de ti.</p> <p>E não me esqueço de que foste tu que me aturas-te no 1º dia que vim para a App.</p> <p>Nem me esqueço do banho que me deste.</p> <p>Ñ sei se ficas-te com má impressão também haver com o meu ataque de esterismo.</p> <p>Mas se foi disso peço desculpa.</p> <p>Só te posso dizer que sou outra M., e sinto nojo e vergonha da M. que</p>		<p>impressão também haver com o meu ataque de esterismo. (...) Só quero que sejas sincera e me digas se vais com a minha cara ou ã. Eu não me importo se não gostares, e entendo.”</p> <p>- “... gosto bastante de ti, (...) Bjs com mt carinho.”</p>	<p>carinho.”</p> <p>Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social:</p> <p>- “Mas dá uns dias para cá, eu ando com uns pensamentos de que tu não vais muito com a minha cara! Eu sinto isso quando estou contigo. Tu dizes que é mentira, mas eu continu-o com o mesmo pensamento. (...) Ñ sei se ficas-te com má impressão também haver com o meu ataque de esterismo. (...) Só quero que sejas</p>
--	--	--	---	---

	<p>era antes!</p> <p>Só quero que sejas sincera e me digas se vais com a minha cara ou ã. Eu não me importo se não gostares, e entendo. Bjs com mt carinho.</p>				<p>sincera e me digas se vais com a minha cara ou ã. Eu não me importo se não gostares, e entendo.”</p> <p>Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental-Educador Social:</p> <p>- “... tu estas a transformar-me numa pessoa totalmente diferente...”</p>
<p>Interpessoal (Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 14 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>Bom dia, boa tarde, boa noite...</p> <p>Escrevo esta carta sem querer desfazer-me de qualquer pessoa da APPACDM – Soure, para dizer que estou muito mesmo muito agradecida, às dr^{as} (...) Joana Leitão, pelo trabalho e tanta dedicação por mim. obrigada por me terem conseguido mudar. Mudar a miuda rebelde que eu era.</p>				<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Só escrevi esta pequena carta para vocês em especial saberem que vos tenho no meu coração. E mesmo</p>

	<p>Pedindo desculpa por terem aturado tantas birras da minha parte, tanta criançisse, Desculpem de todas as dores de cabeça que vos fiz passar. Escrevo o que ã tenho coragem para falar. (...) Só escrevi esta pequena carta para vocês em especial saberem que vos tenho no meu coração. E mesmo que um dia saia daqui, eu nunca Me esquecerei de vocês.</p> <p>E aqui estou eu, uns dias bem, outros – bem, mas com bastante força de vontade para um dia gritar a vitoria. E ter sido um caso de sucesso nesta mrvlhsa instituição.</p> <p>OBRIGADA.</p>			<p>que um dia saia daqui, eu nunca Me esquecerei de vocês.”</p> <p>- “Pedindo desculpa por terem aturado tantas birras da minha parte, tanta criançisse, Desculpem de todas as dores de cabeça que vos fiz passar.”</p> <p>Agradecimento:</p> <p>- “Escrevo esta carta (...) para dizer que estou muito mesmo muito agradecida, (...) Joana Leitão, pelo trabalho e tanta dedicação por mim. obrigada por me terem conseguido</p>
--	--	--	--	--

					mudar. (...) OBRIGADA.”
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 15 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De – M. Para - Joanita. Olá Joana, começo por dizer-te que sinto um grande carinho de amizade por ti! Já me ajudas-te muito e continuas sempre a ajudar-me quando me vez mal! Nunca te disse ito mas é estranho porque desde inicio que me sinto muito intimidada quando falamos,		- “Olá Joana, começo por dizer-te que sinto um grande carinho de amizade por ti!” - “... sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça!”		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “... sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça!” Manifestação de Afeto:

	<p>parece que não me consigo soltar e falar tudo o que sou o o que sinto! E é só contigo que me acontece! Era isto q/ te queria dizer, e tbm que sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça! Bjs By M. <3</p>				<p>- “Olá Joana, começo por dizer-te que sinto um grande carinho de amizade por ti!”</p> <p>Perceção positiva da relação interpessoal (sujeito com doença mental-Educador Social:</p> <p>- “Já me ajudas-te muito e continuas sempre a ajudar-me quando me vez mal! (...) sinto saudades tuas e das nossas conversas, até de me dares na cabeça!”</p>
<p>Interpessoal (Familiar)</p>					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 16 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De: M. Para: Joana Leitão. - Joanita escrevo-te esta carta, para te agradecer tudo o que tens feito por mim desde o inicio que vim pra cá. Desculpa pelas vezes que	- “Antes odiava a tua maneira de seres, mas agora posso dizer que até gosto porque sei que tudo é para meu bem.”	- “Antes odiava a tua maneira de seres, mas agora posso dizer que até gosto porque sei que tudo é para meu bem.” - “E eu gosto muiiito de ti.”		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “Desculpa pelas vezes que me porto menos bem, mas eu não estava habituada a este ritmo de vida. Es a pessoa que mais me dá na cabeça e eu compreendo e

	<p>me porto menos bem, mas eu não estava habituada a este ritmo de vida.</p> <p>Es a pessoa que mais me dá na cabeça e eu compreendo e agradeço-te por isso. Antes odiava a tua maneira de seres, mas agora posso dizer que até gosto porque sei que tudo é para meu bem.</p> <p>E eu gosto muiiito de ti.</p> <p>Obrigada do fundo do coração</p>				<p>agradeço-te por isso.”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “E eu gosto muiiito de ti.”</p> <p>Agradecimento:</p> <p>- “- Joanita escrevo-te esta carta, para te agradecer tudo o que tens feito por mim desde o início que vim pra cá. (...) Obrigada do fundo do meu coração”</p> <p>Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social:</p> <p>- “Antes odiava a tua maneira de seres, mas agora posso dizer que até gosto porque sei que tudo é para meu bem.”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 18 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>De – Marta Sofia Para – Joana Leitão Boa tarde Joana, Não é por teres saído da residencia mas no fundo também é. As tuas palavras fazem-me muita falta. Eu andava a aprender muito contigo. Tambem admito q/ estou</p>		<p>-“As tuas palavras fazem-me muita falta.” - “E eu estes dias tenho sentido bastante a tua falta.”</p>		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: -“As tuas palavras fazem-me muita falta.” - “E eu estes dias tenho sentido bastante a tua falta.”</p>

	deprimida porque algo me diz que não foste tu a queres sair da residencia. E eu estes dias tenho sentido bastante a tua falta. Bjs com carinho!				Manifestação de Afeto: - “Bjs com carinho!”
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 20 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De: M. para: Joanita. Joanita como já te disse és como uma irmã para mim que me esta a fazer amadurecer muito... E eu fico tão agradecida Fui tão burra em não gostar de ty no inicio, pois tu és uma menina	- “Fui tão burra em não gostar de ty no inicio, pois tu és uma menina deslumbrante, que estas a apostar tudo em mim.”	- “Fui tão burra em não gostar de ty no inicio, pois tu és uma menina deslumbrante, que estas a apostar tudo em		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “Nunca me quero afastar de ti.” - “Joanita como já te disse és como uma irmã para mim que me esta a fazer amadurecer

	<p>deslumbrante, que estas a apostar tudo em mim.</p> <p>Nunca me quero afastar de ti.</p> <p>Obrigado por me teres colocado a ajudar-vos no ATL, pois era um grande sonho meu.</p> <p>Que tu conseguis-te realizar.</p> <p>Beijinhos guarda a Carta com carinho e Muita gratidão G. M. D. T.</p>		<p>mim.”</p> <p>- “Beijinhos guarda a Carta com carinho e Muita gratidão G. M. D. T.”</p>		<p>muito...”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Beijinhos guarda a Carta com carinho e Muita gratidão G. M. D. T.”</p> <p>Agradecimento:</p> <p>- “... E eu fico tão agradecida (...) Obrigado por me teres colocado a ajudar-vos no ATL, (...) Muita gratidão”</p> <p>Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social:</p> <p>“Fui tão burra em não gostar de ty no inicio, pois tu és uma menina deslumbrante, que estas a apostar tudo em mim.”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 21 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>... Joanita desiludi-te eu sei, mas foi mais forte do que eu. ...</p> <p>... Não mudes comigo. Pois eu adoro-te es como uma irmã para mim. ...</p> <p>... Quero-te pedir desculpas sei que que se ivitam. Mas tenho mesmo que pedir, foi gravissimo, para o meu</p>				<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Joanita desiludi-te eu sei, mas foi mais forte do que eu.”</p> <p>- “Quero-te pedir desculpas sei que que se ivitam. Mas tenho</p>

	<p>estado de vida. Ñ sei o q/ vai acontecer futuramente.</p> <p>Porque se o tribunal sabe Eu vou logo dentro. É que nem vão pensar duas vezes.</p> <p>Perdão mais uma vez.</p> <p>Vou-me comportar como uma mulher</p> <p>PROMETO.</p>				<p>mesmo que pedir, (...) Perdão mais uma vez. Vou-me comportar como uma mulher PROMETO.”</p> <p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “... eu adoro-te es como uma irmã para mim.”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 22 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>Escrito por: M. Para: ... Dr^a Joana Tenho também a desabafar que estou cheia de remorsos por ter magoado principalmente ... a Dr^a Joana, ... Peço mais uma vêz desculpas a todos. ... À Dr^a Joana ... Beijos da vossa pequena.</p>				<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “Tenho também a desabafar que estou cheia de remorsos por ter magoado (...) a Dr^a Joana, (...) Peço mais uma vêz</p>

					desculpas a todos. (...) À Dr ^a Joana ...” Sentimento de Pertença: - “Beijos da vossa pequena.”
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 23 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	De M. Para Joana Leitão. Boa Tarde fofinha Joana quem diria que eu viesse a gostar tanto de ti... No inicio eu não te gramava mesmo! Mas ainda bém que isso mudou, e que nos torna-mos amigas. Já tivemos alguns atritos, mas ficou tudo bem, até me deste	- “No inicio eu não te gramava mesmo! Mas ainda bém que isso mudou, e que nos torna-mos amigas. (...) Agora quando dizes algo que não	- “Boa Tarde fofinha Joana quem diria que eu viesse a gostar tanto de ti (...) Acho-te muito fixe. O que mais admiro em ti é seres tão responsavel e profissional.” - “No inicio eu não		A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental: - “Quero ser tua amiga 4ever <3” -“Já tivemos alguns atritos, mas ficou tudo bem, até me deste banho e trataste de mim como se eu fosse tua irma mais nova.”

	<p>banho e trata-te de mim como se eu fosse tua irma mais nova. Agora quando dizes algo que não gosto eu levo na brincadeira (coisa que ã acontecia antes). Acho-te muito fixe. O que mais admiro em ti é seres tão responsavel e profissional. Quero ser tua amiga 4ever <3 ... Beijinhos</p>	<p>gosto eu levo na brincadeira (coisa que ã acontecia antes).”</p>	<p>te gramava mesmo! Mas ainda bém que isso mudou, e que nos torna-mos amigas. (...) Agora quando dizes algo que não gosto eu levo na brincadeira (coisa que ã acontecia antes).”</p>		<p>Manifestação de Afeto: - “Boa Tarde fofinha Joana quem diria que eu viesse a gostar tanto de ti (...) Acho-te muito fixe. O que mais admiro em ti é seres tão responsavel e profissional.”</p> <p>Evolução cronológica dos sentimentos do sujeito face ao Educador Social: - “No inicio eu não te gramava mesmo! Mas ainda bém que isso mudou, e que nos torna-mos amigas. (...) Agora quando dizes algo que não gosto eu levo na brincadeira (coisa que ã acontecia antes).”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 24 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>De: M.</p> <p>Para:</p> <p>- Olá, querida Joana, escrevo-te mais uma cartinha para te demonstrar o carinho que sinto por ti...</p> <p>Gostei muito das ultimas vezes que estivemos juntas, sinto que serás uma grande amiga para o resto da vida.</p> <p>Temos conversádo muito, e eu</p>		<p>- “- Olá, querida Joana, escrevo-te mais uma cartinha para te demonstrar o carinho que sinto por ti...”</p> <p>- “Gostei muito das ultimas vezes que estivemos juntas, sinto que serás</p>		<p>A importância do Educador Social na vida do sujeito com doença mental:</p> <p>- “Temos conversádo muito, e eu adoro conversar contigo, pois acho que me entendes e que me dás bons conselhos!”</p> <p>- “Mas tu és uma das pessoas que pelo que eu sinto, que me estás a fazer crescer... Eu penso muito nas</p>

	<p>adoro conversar contigo, pois acho que me entendes e que me dás bons conselhos!</p> <p>Desde que te contei um pouco dos horrores que passei, que ganhei mais confiança e amizade por ti!</p> <p>Eu gosto de toda a gente por igual! Mas tu és uma das pessoas que pelo que eu sinto, que me estás a fazer crescer... Eu penso muito nas nossas conversas, e quando penso, dá-me muita força.</p> <p>Sei que tudo o que dizes é para meu bém...</p> <p>Desde que desabafei contigo que me sinto mais aliviada, pois não tenho ordem para contar a minha vida a ninguém, e como nem sou uma pessoa fechada, fêz-me bém falar contigo.</p> <p>Só espero mesmo é que não tenhas ficado com má impressão pelo que</p>		<p>uma grande amiga para o resto da vida.”</p>	<p>nossas conversas, e quando penso, dá-me muita força.”</p> <p>- “Desde que te contei um pouco dos horrores que passei, que ganhei mais confiança e amizade por ti! (...) Sei que tudo o que dizes é para meu bém... Desde que desabafei contigo que me sinto mais aliviada, pois não tenho ordem para contar a minha vida a ninguém, e como nem sou uma pessoa fechada, fêz-me bém falar contigo. (...) Podes perguntar-me tudo o que quiseres, que eu respondo-te, pois confio muito em ti! (...) E vou respeitar tudo o que me dizes.”</p> <p>- “Gostei muito das ultimas vezes que estivemos juntas, sinto que serás uma grande amiga para o</p>
--	---	--	--	---

	<p>te contei! (Eu arrependo-me de tudo). (Nem sei com fui capaz).</p> <p>Podes perguntar-me tudo o que quiseres, que eu respondo-te, pois confio muito em ti!</p> <p>Também te quero agradecer pelas vezes que me dás na cabeça, pois é isso que me tem ajudado a crescer.</p> <p>Eu sou muito cinsera, e acho-te um pouco exigente... (Não leves a mal) mas já me habituei à tua maneira de ser.</p> <p>E vou respeitar tudo o que me dizes. Beijos.</p>				<p>resto da vida.”</p> <p>Manifestaçãode Afeto:</p> <p>-“- Olá, querida Joana, escrevo-te mais uma cartinha para te demonstrar o carinho que sinto por ti...”</p> <p>Agradecimento:</p> <p>- “Também te quero agradecer pelas vezes que me dás na cabeça, pois é isso que me tem ajudado a crescer.”</p> <p>Perceção do sujeito sobre a opinião do Educador Social:</p> <p>- “Só espero mesmo é que não tenhas ficado com má impressão pelo que te contei!”</p>
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.

Carta 25 Categorias relacionais	Divisão da carta nas categorias relacionais*	Subcategoria Tempo	Subcategoria Emoções	Subcategoria Contexto	Subcategoria Tema
Pessoal (sobre si)					
Interpessoal (pares)					
Interpessoal (Instituição)					
Interpessoal (Educadora Social)	<p>O AMOR: ❤️</p> <p>Caso não saibam, o amor é a coisa mais importante na vida...</p> <p>É tão agradável dar-mos carinho as pessoas...</p> <p>E melhor ainda quando essas pessoas nos retribuem esse carinho...</p> <p>Amor é querer estar junto de pessoas que amamos</p> <p>Amor é sentir as batidas fortes nos nossos corações</p>		- “Amizade tbm é AMOR POR ISSO DIGO-Te que tenho um especial amor por ti... “		<p>Manifestação de Afeto:</p> <p>- “Amizade tbm é AMOR POR ISSO DIGO-Te que tenho um especial amor por ti... “</p>

	<p>É sentir Deus em nossas vidas.</p> <p>É sentir o calor dos abraços meigos e sinceros</p> <p>É sentir quando nos dão a mão verdadeiramente com o intuito de nos quererem ajudar quando estamos mal.</p> <p>O Amor é tudo isto na vida.</p> <p>Amizade tbm é AMOR POR ISSO DIGO-Te que tenho um especial amor por ti E para que se perceba melhor Na amizade verdadeira. Existe lá sempre o AMOR.</p>				
Interpessoal (Familiar)					

*A única divisão que aparece nas primeiras categorias é a Interpessoal (Educadora Social) para garantir a confidencialidade do Sujeito.