



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Saúde mental e Cultura:
O teatro como terapia para pessoas com a experiência da
doença mental

Mariana Noronha Gameiro Neves Leitão

Mestrado em Estudos e Gestão da Cultura

Orientadora:
Doutora Caterina Foà, Professora Auxiliar Convidada e
Investigadora Integrada
CIES – Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2023



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de História

Saúde mental e Cultura:
O teatro como terapia para pessoas com a experiência da
doença mental

Mariana Noronha Gameiro Neves Leitão

Mestrado em Estudos e Gestão da Cultura

Orientadora:
Doutora Caterina Foà, Professora Auxiliar Convidada e
Investigadora Integrada
CIES – Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2023

Agradecimentos

À professora Caterina, que foi a principal impulsionadora desta dissertação, que me acalmou nas inquietações, que me ajudou nas indecisões e me apoiou nas decisões. A força e o incentivo que sempre me transmitiu foram essenciais. Obrigada pela sua orientação, pela sua sensibilidade e pela sua amizade.

À terapeuta Isabel, ao André e ao António por, sem hesitar, me terem dado permissão para acompanhar o GTT. Mostraram-se, desde a primeira interação, sempre 100% disponíveis e muito entusiasmados com o projeto. Obrigada por todo o vosso apoio, carinho e preocupação. A vossa ajuda e o vosso apoio foram fundamentais.

Aos atores do GTT que me acolheram de braços abertos a partir do momento em que pisei o chão do Salão Nobre. Acompanhar-vos foi mais do que qualquer estudo que poderia ter feito, foi uma terapia para mim. Senti-me em casa e parte da família. É difícil descrever a amabilidade, a gentileza, a generosidade e o respeito com que me presentearam. O calor que se sente em cada sessão e a forma extremamente afetuosa como acolhem cada pessoa que chega ao grupo não têm explicação. Dirijo-me, neste agradecimento, ao grupo como um todo, mas agradeço a cada um de vós por todo o carinho.

Ao meu psicólogo, Dr. Camilo, que me acompanha há 6 anos, por ser o responsável pela minha saúde mental, por ter acompanhado afincadamente este processo e por me dar as ferramentas de que preciso para lidar com as minhas perturbações mentais.

À Ana e à Raquel, por terem sido o meu maior apoio na produção desta dissertação. Transformaram um caminho que se aparenta solitário num percurso de união e apoio mútuo. Obrigada pelas queijadas de cenoura, pelas tardes na esplanada do ISCTE, pelos退iros para não pensarmos na dissertação e pelos退iros em que deveríamos ter pensado na dissertação e nem lhe tocámos.

Quando entrei no mestrado nunca pensei que fazer novas amizades fosse uma possibilidade, mas foi. Além da Raquel e da Ana, não posso deixar de agradecer ao Zé – que me deu a estima de que precisava (e que ainda me falta) –, à Maria Paula e à Maria João, pela amizade e por me ampararem nos momentos mais difíceis destes 2 anos.

À minha mãe, que mais do que ser a melhor mãe do mundo, é a melhor pessoa que conheço. És o meu pilar, a minha maior inspiração e a pessoa que mais amo à face da terra.

À minha irmã Mafalda, por – apesar de ser um bichinho do mato – ser a minha maior companheira e melhor amiga há 22 anos.

Aos meus irmãos, Nuno e Ana, ao meu cunhado David, aos meus sobrinhos e à minha tia Clara, por serem a família que não escolhi, mas que escolheria sem pensar duas vezes.

Ao meu padrasto Jorge, à Raquel, à Laura e a toda a minha família do coração, por estarem sempre presentes e por me deixarem fazer parte da vossa bolha.

Ao meu melhor amigo Diogo, por ser o meu porto de abrigo e o meu maior confidente.

Às minhas estrelinhas, o meu pai Luís e o meu avô Júlio, e à minha bela adormecida, a minha avó Neta, que quero acreditar que, metafisicamente, me acompanham a cada passo que dou. E que grande passo foi este.

Resumo

A saúde mental é um tema público de enorme relevância social e individual, cujos estudos, debates e casos de doença amplificaram durante e após a pandemia COVID-19. A presente dissertação aborda o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde mental. Um dos métodos para promover o bem-estar psíquico é a arteterapia. A literatura demonstra que a prática de arteterapia por indivíduos com perturbações mentais no contexto de organizações e projetos profissionais é uma valiosa e eficaz união entre cultura e saúde mental.

A investigação de teor qualitativo foca num projeto pioneiro em Portugal: O Grupo de Teatro Terapêutico do Hospital Júlio de Matos (atual CHPL), criado em 1968, foi desenvolvido para que pessoas com a experiência da doença mental, através da arte – o teatro –, ingressassem num processo terapêutico.

Os atores-utentes do grupo, com o acompanhamento de profissionais da saúde e do teatro, criam, projetam e apresentam peças de teatro ao público, com qualidade e profissionalismo. O presente estudo analisa a metodologia utilizada pelo grupo, bem como os benefícios do teatro para os atores-utentes.

A presente investigação analisa a existência, exemplificações, causas e medidas de combate ao estigma associado às perturbações mentais. Este trabalho pretende contribuir para que a saúde e a doença mental sejam temas enfrentados com abertura e conhecimento na sociedade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Perturbações Mentais; Teatro; Terapia de Grupo; Arteterapia; GTT.

Abstract

Mental health is a public issue with an enormous social and individual relevance, whose studies, debates and cases of illness have amplified during and after the COVID-19 pandemic. This paper looks at the development of measures to promote mental health. One of the methods for promoting mental well-being is art therapy. The literature shows that the practice of art therapy by individuals with mental disorders in the context of organizations and professional projects is a valuable and effective union between culture and mental health.

The qualitative research focuses on a pioneering project in Portugal: The Grupo de Teatro Terapêutico at Hospital Júlio de Matos (now CHPL), created in 1968, was developed so that people with the experience of mental illness could enter a therapeutic process through art – theater.

The group's patient-actors, accompanied by health and theater professionals, create, design and present plays to the public with quality and professionalism. This study analyzes the methodology used by the group, as well as the benefits of theater for the patient-actors.

This research analyzes the existence, examples, causes and measures to combat the stigma associated with mental disorders. This work aims to contribute to making mental health and illness a topic that is faced with openness and knowledge in society.

Key words: Mental Health; Mental Disorders; Theater; Group Therapy; Art Therapy; GTT.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Introdução	1
Capítulo 1 – Saúde Mental e Perturbações Mentais	4
1.1. Definição de Saúde Mental e de Doença Mental	4
1.2. Saúde Mental como parte integrante da Saúde Pública.....	4
1.2.1. Saúde Mental e COVID-19	9
1.3. Estigmas associados às perturbações mentais	12
1.4. Dimensões de cura.....	17
1.4.1. Legislação em Portugal: a nova lei da saúde mental	20
Capítulo 2 – Teatro	23
2.1. Setores cultural e criativo: o teatro como subsetor.....	23
2.2. O mercado das artes performativas	24
2.3. A gestão das artes	26
2.4. Organizações sem fins lucrativos	28
2.5. Financiamento do Estado.....	30
2.6. Peças de teatro com fins sociais	32
Capítulo 3 – Arteterapia em contexto hospitalar	35
3.1. Terapia de grupo	35
3.2. Arteterapia	37
3.3. Projetos, em Portugal, de saúde mental e arteterapia	40
Capítulo 4 – Metodologia	43
Capítulo 5 – Discussão dos resultados	53
5.1. Contextualização das atividades do CHPL.....	53
5.2. O Grupo de Teatro Terapêutico	54
5.3. A peça teatral APEIRON.....	57
5.4. As perspetivas do Grupo de Teatro Terapêutico	59
Fatores terapêuticos da arteterapia	59
Dualidade da arteterapia	62
Impacto do diagnóstico da doença mental.....	63

Socialização como ferramenta para combater o isolamento social	64
Rotina proporcionada pelas sessões trissemanais.....	64
Terapia de grupo	65
Metodologia do grupo, introduzida por João Silva	67
Coesão grupal: relação de entreajuda e rede de confiança	70
Estreia da peça APEIRON.....	73
Apresentação de peças ao público	73
Estigmas associados às perturbações mentais	75
Aumento da discussão sobre saúde mental após a pandemia COVID-19	78
Gestão do Grupo de Teatro Terapêutico.....	79
Sugestões de combate ao estigma associado à doença mental	80
Conclusão	83
Referências Bibliográficas.....	87
Anexo I	94
Guião da entrevista aos responsáveis pelo GTT	94
Anexo II	95
Guião da entrevista aos atores-utentes.....	95

“Antes era a [O.] com doença mental. Agora sou a [O.] normal, que toma os medicamentos, como ponho os meus óculos e o meu relógio, porque preciso deles. O rótulo deixou de existir na minha cabeça, sou uma nova [O.]. Os rótulos que os outros me colocam já não me interessam.” (O., Diário de Campo, 2023).

Introdução

O tema escolhido para esta dissertação teve por base a intenção de unir saúde mental e cultura. A partir desta premissa, emergiram algumas questões: Como se pode a saúde mental relacionar com a cultura? Que exemplos práticos existem? Durante uma conversa – na qual foram colocadas estas questões – com um profissional de saúde mental, um psicólogo, surgiu a indicação de que existia um projeto, do Hospital Júlio de Matos (atualmente, CHPL), no qual utentes faziam teatro e apresentavam peças ao público. Após uma breve pesquisa sobre o Grupo de Teatro Terapêutico, descobriu-se que dia 21 de maio de 2023 haveria a apresentação do espetáculo APEIRON no Teatro Meridional.

O primeiro passo deste estudo foi, então, a observação da peça APEIRON. Após a peça, o grupo – sentados em bancos em cima do palco e de microfone nas mãos – mostrou-se disponível para responder a qualquer questão que a plateia tivesse. No final deste momento, a plateia desceu até ao palco para congratular os atores e equipa técnica. Dirigime, acompanhada pela minha orientadora, Dr.^a Caterina Foà, ao guionista e encenador da peça, André de Carvalho, contei-lhe o tema que tinha em mente, confessei a curiosidade que tinha em conhecer o grupo e marcámos uma breve reunião para dali a uns dias.

Na véspera da reunião, não consegui conter as mil perguntas que tinha a pairar na minha mente e acabei por passar algumas para papel, transformando-as num guião para uma entrevista exploratória. A conversa informal (ou entrevista exploratória) realizou-se no hospital, na sede do GTT – junto ao Salão Nobre do CHPL – e contou com a presença dos encenadores André e António, e da terapeuta Isabel. A conversa estendeu-se por quase duas horas e meia, durante a qual, os três técnicos, responderam prontamente a todas as perguntas que tinha preparado. Fui convidada para assistir a uma das sessões do GTT de modo a conhecer os atores e compreender a dinâmica das sessões. O convite estendeu-se por dois meses, durante os quais acompanhei todas as sessões do grupo, tendo, posteriormente, entrevistado os atores.

No primeiro capítulo analisa-se o panorama da saúde mental, no qual se insere o aumento das perturbações mentais após a pandemia e o estigma a elas associado. No capítulo dois enquadra-se o teatro no respetivo setor cultural, e aborda-se o mercado, a gestão, o financiamento e as receitas de organizações artísticas. No capítulo três narra-se, brevemente, a história da terapia de grupo e da arteterapia bem como a aplicação de ambas

em contexto hospitalar, nomeadamente, no tratamento de doentes mentais. No capítulo quatro descreve-se a metodologia desenvolvida para esta investigação. No capítulo cinco contextualiza-se o envolvente do estudo de caso: breve história do Hospital Júlio de Matos, bem como as atividades desenvolvidas pelo CHPL; génesis do Grupo de Teatro Terapêutico; cartaz e sinopse da peça teatral APEIRON; por fim, apresenta-se a análise dos testemunhos e opiniões dos membros que compõem o Grupo de Teatro Terapêutico.

Capítulo 1 – Saúde Mental e Perturbações Mentais

1.1. Definição de Saúde Mental e de Doença Mental

Primeiramente, importa definir os conceitos de saúde mental e de doença mental. De acordo com a *World Health Organization* (WHO), saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com as tensões da vida, realizar as suas capacidades, aprender e trabalhar bem, e contribuir para a sua comunidade¹. A saúde mental é um direito básico humano e é fundamental para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico dos indivíduos.

A WHO utiliza o termo “*mental disorders*”, cuja tradução à letra é “perturbações mentais” ou “problemas de saúde mental”. Portanto, o conceito de doença mental – “*mental illness*” – não é utilizado pela WHO. Segundo a *World Health Organization*, uma perturbação mental é caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação emocional ou do comportamento de um indivíduo. Esta perturbação, normalmente, está associada a sofrimento ou perturbação em áreas importantes do funcionamento, sendo que existem muitos tipos diferentes de perturbações mentais².

1.2. Saúde Mental como parte integrante da Saúde Pública

“Twenty years after WHO published its landmark The world health report 2001: mental health – new understanding, new hope, the recommendations made then remain valid today. Yet many advances have been made.” (WHO, 2022).

Em 2001, a WHO defendia que “*A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países.*” (DGS/OMS, 2002: 27) apesar de não só – mundialmente – ser atribuída uma maior relevância à saúde física do que à saúde mental e às perturbações mentais, mas também a saúde mental e as perturbações mentais serem, geralmente, “*(...) ignorados ou negligenciados (...)*”

¹ World Health Organization. (2022, junho). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² World Health Organization. (2022, junho). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

(DGS/OMS, 2002: 29). Segundo o relatório³, os problemas de saúde mental correspondem a 12% do peso das doenças mundiais, mas “(...), os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde.” (DGS/OMS, 2002: 30), uma relação que se revela notoriamente desproporcional.

A saúde mental é parte integrante da saúde pública, primeiramente, porque a própria definição de saúde proposta pela WHO “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (DGS/OMS, 2002: 30) engloba o bem-estar mental e reúne a saúde física, mental e social como fios da vida “(...) profundamente independentes (...)” (DGS/OMS, 2002: 29). Além disso, é de conhecimento público que as perturbações mentais podem afetar qualquer indivíduo em qualquer parte do mundo independentemente de fatores biológicos, sociais ou culturais; bem como estas perturbações não só causam sofrimento ao próprio, como também afetam famílias e comunidades.

O relatório sublinha a necessidade e urgência de “(...) acabar com a ideia de enclausurar pessoas com perturbações mentais e comportamentais em instituições psiquiátricas.” (DGS/OMS, 2002: 30) e oferece uma abordagem integrada na Saúde Pública. Esta abordagem baseia-se na evidência científica de que existe conhecimento e capacidade para “(...) reduzir significativamente a carga das perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo.” (DGS/OMS, 2002: 48). As propostas de promoção da saúde mental, na perspetiva da Saúde Pública, são várias e resumem-se em: formular políticas; assegurar o acesso universal a serviços apropriados e económicos; garantir a atenção e proteção dos doentes institucionalizados; avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades; promover estilos de vida saudáveis e reduzir fatores de risco; apoiar uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano; fortalecer a pesquisa sobre as causas das perturbações mentais, o desenvolvimento dos tratamentos e a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde mental (DGS/OMS).

As propostas, presentes neste relatório, cujo objetivo é a promoção da saúde mental retratam, de forma clara, a saúde mental como componente da Saúde Pública. Entre as metas sugeridas destacam-se: o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos, o

³ Direcção-Geral da Saúde/OMS. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança* [The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope]. Climepsi Editores.

desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental e a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde.

O encerramento dos hospitais psiquiátricos não é uma medida realística a curto prazo, mas até lá é possível

“(...) tornar pequenos os hospitais psiquiátricos, melhorar as condições de vida dos doentes, formar pessoal, estabelecer procedimentos para proteger os doentes de admissões involuntárias e tratamentos supérfluos e criar entidades independentes para monitorizar e rever as condições hospitalares.” (DGS/OMS, 2002: 155).

No mais recente relatório⁴, a WHO continua a defender que no cerne da reforma da saúde mental está uma grande reorganização dos serviços de saúde mental. Esta reorganização passa por mudar o foco dos cuidados (de perturbações mentais) dos hospitais psiquiátricos para os serviços de saúde mental comunitários. Para tal – prorrogando a medida proposta em 2001 – pretende-se o encerramento dos hospitais psiquiátricos de longa permanência, quando existirem alternativas comunitárias adequadas.

A WHO aborda também significativas infrutuositades dos hospitais psiquiátricos, nomeadamente, a localização – em grandes cidades, dificultando o acesso aos habitantes rurais – e os internamentos – estão frequentemente associados à violação dos direitos humanos: *“Abuses and substandard living conditions in many psychiatric hospitals are especially notorious and widespread”* (WHO, 2022: 62). A organização aponta ainda uma lacuna do governo na saúde mental pública – em termos de prioridades deslocadas – *“Two out of every three dollars spent on mental health goes to running psychiatric hospitals.”* (WHO, 2022: 52).

O encerramento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços comunitários de saúde mental são medidas visivelmente interligadas. De modo a que ambas sejam implementadas é necessária uma desinstitucionalização. Ou seja, para que – na maioria dos países – as redes de serviços eficazes para a saúde mental se desenvolvam, é necessária a desinstitucionalização bem-sucedida dos cuidados de saúde mental, transferindo os cuidados nos hospitais psiquiátricos (ou asilos) para os cuidados na comunidade (para todas as idades) (WHO, 2022).

⁴ World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization.

Os serviços comunitários de saúde mental pretendem-se abrangentes – estarem ao alcance não só dos doentes e das suas famílias, como também da população em geral – bem como devem proporcionar “(...) *tratamento e cuidados de carácter geral e de base local* (...)” (DGS/OMS, 2002: 155). Em 2022, a WHO esclarece que utiliza o termo “*community-based mental health care*” para qualquer cuidado de saúde mental prestado fora de um hospital psiquiátrico. A organização fornece alguns exemplos de serviços comunitários a serem adotados, nomeadamente: serviços disponíveis através de cuidados de saúde primários; programas de saúde específicos (por exemplo, clínicas de VIH); hospitais gerais distritais ou regionais; serviços sociais relevantes; centros e equipas comunitárias de saúde mental; programas de reabilitação psicossocial e instalações residenciais de pequena escala (WHO, 2022).

Estes serviços possuem vantagens que contrastam com as desvantagens dos hospitais psiquiátricos, designadamente: aumento da acessibilidade, redução do estigma, melhor proteção dos direitos humanos e melhores resultados de recuperação. Sobre os serviços comunitários de saúde mental, a WHO acrescenta que: “*Good and supportive community-based health care is organized around the health needs and expectations of people, not diseases.*” (WHO, 2022: 190). Os serviços comunitários de saúde mental conjugam-se com a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde, uma vez que os cuidados de saúde mental de base comunitária compreendem uma rede de serviços interligados que incluem os serviços de saúde mental integrados nos cuidados de saúde gerais (WHO, 2022).

A integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde deverá ser feita, especialmente, ao nível dos cuidados primários de saúde, cujas vantagens são

“*(...) menos estigma em relação aos doentes e ao pessoal, pelo facto de as perturbações mentais e comportamentais serem observadas e controladas juntamente com problemas de saúde física; melhor triagem e tratamento e, especialmente, melhores taxas de detecção de pacientes com queixas somáticas mal definidas e relacionadas com perturbações mentais e comportamentais; um potencial de melhor tratamento dos problemas físicos dos que sofrem doenças mentais e vice-versa; melhor tratamento dos aspectos mentais associados aos problemas «físicos».*” (WHO, 2001, pp. 156-157).

O relatório de 2022 reforça a ideia anteriormente expressa: a integração da saúde mental nos cuidados gerais de saúde é um ingrediente crucial na reforma da saúde mental, pois os cuidados integrados favorecem o aumento da acessibilidade e a redução do

estigma. O aumento da acessibilidade deve-se aos serviços de saúde geral estarem mais próximos dos locais onde as pessoas vivem (WHO, 2022). Assim, a WHO defende que as perturbações físicas e as perturbações mentais podem ser tratadas em simultâneo e afirma que a integração da saúde mental nos serviços gerais de saúde é um objetivo político desde 1970.

As estratégias de integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde têm sido utilizadas em vários contextos, mas destacam-se três: os cuidados primários, os programas de saúde específicos e os hospitais gerais. Quanto à integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, a vantagem é a viabilidade, a economia e a eficácia (em termos de custos) dos cuidados primários. Quanto à inclusão da saúde mental em programas de saúde específicos como, por exemplo, programas de VIH, existe o potencial para, neste caso, evitar quase um milhão de novas infeções de VIH até 2030. Por fim, quanto à saúde mental incorporada nos hospitais gerais, o principal benefício é a maior acessibilidade – comparada com as instituições psiquiátricas.

A WHO, recentemente, adicionou uma terceira esfera ao ecossistema dos serviços de saúde mental comunitários: a saúde mental para além do sector da saúde. Esta secção consiste em serviços fora do sector da saúde que prestam cuidados de saúde mental em contextos não relacionados com a saúde, como escolas, locais de trabalho e prisões. Estes serviços apoiam o acesso a serviços sociais essenciais, como a habitação, a educação, o emprego, as prestações sociais e o apoio aos meios de subsistência (WHO, 2022).

No relatório da *World Health Organization* de 2022 afirma-se que o relatório da *World Health Organization* de 2001 marcou um momento decisivo na consciência global sobre a importância da saúde mental, da prevalência e do impacto das condições de saúde mental, e da necessidade de uma abordagem de Saúde Pública. A saúde mental também está cada vez mais integrada nos programas de formação em Saúde Pública. Em 2022, a WHO afirmou que – em conjunto com os direitos humanos e o desenvolvimento socioeconómico – a Saúde Pública é uma das principais razões para se investir em saúde mental, por outras palavras, o investimento na saúde mental promove a Saúde Pública.

A *World Health Organization* (2022) defende o investimento na saúde mental, explicando como a transformação dos cuidados de saúde mental proporciona uma plataforma para o avanço da saúde pública e do bem-estar, protegendo os direitos humanos e promovendo o desenvolvimento social e económico. As ligações intrínsecas

entre saúde mental e Saúde Pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconómico exprimem que a transformação das políticas e práticas em saúde mental pode proporcionar benefícios reais e essenciais para os indivíduos, as comunidades e os países em todo o globo. Segundo o relatório, mundialmente, uma em cada oito pessoas sofrem de perturbações mentais; esta percentagem representa um grande impacto da Saúde Pública.

Em 2022, a WHO afirma que, em parte, a Saúde Pública consiste em promover e proteger a saúde mental, identificando os fatores subjacentes que influenciam a saúde – determinantes individuais, sociais e estruturais – e intervindo para melhorar os fatores de proteção ou reduzir os fatores de risco. Esta função de Saúde Pública inclui uma ampla gama de atividades – direcionadas a indivíduos, grupos de pessoas vulneráveis ou populações inteiras – benéficas para a saúde mental, entre as quais se destacam: as estratégias de prevenção do suicídio; os programas de parentalidade positiva, educação pré-escolar e enriquecimento; os programas escolares de aprendizagem social e emocional; e promoção e proteção da saúde mental no ambiente de trabalho (WHO, 2022: 73).

Segundo a WHO, as emergências humanitárias, mas, principalmente, as de Saúde Pública, representam – mais do que uma oportunidade – uma obrigação para os países investirem na saúde mental, uma vez que “*Public health emergencies can have profound and long-lasting impacts on people's mental health*” (WHO, 2022: 26). A pandemia COVID-19 é, na contemporaneidade, o melhor exemplo de crise global de Saúde Pública que afetou, amplamente, a saúde mental; de tal modo que “*The impact of COVID-19 on mental health cannot be made light of*” (WHO, 2022: 29). À medida que a pandemia evoluiu, as medidas nacionais de Saúde Pública mudaram, assim como os fatores de stress e os impactos na saúde mental (WHO, 2022); o que comprova não só que a saúde mental é parte integrante da Saúde Pública, mas, sobretudo, que estes dois campos estão intrinsecamente ligados.

1.2.1. Saúde Mental e COVID-19

A preocupação com a saúde mental da população tem vindo a intensificar-se ao longo dos anos, devido à divulgação de estudos (tanto na área da psicologia como na área da

psiquiatria) que narram uma explosão (Schwab & Malleret, 2020) de novos casos de saúde mental debilitada ou mesmo de doença mental. Segundo os especialistas, a pandemia causou um efeito devastador na saúde mental e no bem-estar dos indivíduos (Schwab & Malleret, 2020) e, bastou, durante esse período, ler um jornal ou ouvir as notícias para compreender que, se este era um tema com pouca discussão, após a pandemia deixou de o ser.

Os problemas de forro mental, ao contrário dos físicos, são dificilmente visíveis a olho nu, por isso, existe ainda alguma dificuldade em identificá-los e – principalmente – em compreendê-los. Uma destas doenças invisíveis é a depressão que não só é uma das doenças psiquiátricas mais incapacitantes do mundo, como também é uma doença extremamente perigosa por ser silenciosa. Em 2017 aproximadamente 350 milhões de pessoas em todo o mundo sofriam de depressão (Schwab & Malleret, 2020) e, a 2 de março de 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que “*No primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%*” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

A depressão, de acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma doença afetiva caracterizada por vários sintomas, tais como: tristeza, fadiga, dificuldade em dormir, alterações no apetite, desespero, ansiedade, pensamentos suicidas (entre outros). A dificuldade em identificar esta doença prende-se com a invisibilidade dos sintomas psicológicos/psíquicos e com a falta de coragem do doente em comunicar o que está a sentir. Segundo o SNS, duas das principais razões que obstroem o diagnóstico da depressão são: a “*falta de conhecimento da depressão como doença*” (SNS, 2023) e o “*estigma associado à doença*” (SNS, 2023). A consequência mais grave de uma depressão não tratada – ou mesmo de uma depressão a ser tratada, mas sem resultado para o indivíduo – é o suicídio: “*(...) a depressão não tratada irá aumentar o risco de suicídio.*” (SNS, 2023).

Esta forma de pôr termo à vida é motivada pela depressão – “*(...) problemas de saúde psicológica, nomeadamente depressão, (...)*” (Ordem dos Psicólogos, 2021, citado por Frias, 2021) –, pela “*(...) perturbação bipolar ou [pelo] consumo excessivo de álcool*” (Ordem dos Psicólogos, 2021, citado por Frias, 2021). Os números de suicídio em 2021 eram de 800 mil por ano (Frias, 2021) – equivalendo “*(...) um suicídio a cada 40 segundos (...)*” (Frias, 2021) – no mundo, e 952 em Portugal (Carvalho, 2022) – correspondendo a uma média de três pessoas por dia. Em Portugal, o número mais alto de suicídios (1020)

foi em 2018 e, até à pandemia, esses números tinham vindo a descer. Porém, “(...) a pandemia *inverteu o sentido*” (Carvalho, 2023) e não só piorou a epidemia de perturbações mentais já existentes, como continuará a agravá-la (Schwab & Malleret, 2020). A OMS previu que, em 2020, a depressão tornar-se-ia a segunda principal causa de problemas de saúde e que, em 2030, esta doença chegará ao topo da lista (de problemas de saúde), ultrapassando as doenças cardíacas isquémicas (Schwab & Malleret, 2020).

No local de trabalho os problemas de saúde mental têm-se tornado um dos grandes elefantes na sala, de modo que o surto de *stress*, depressão e ansiedade associado ao mundo profissional afigura-se estar cada vez pior (Schwab & Malleret, 2020). Durante a pandemia, toda a população do mundo foi exposta a notícias quase exclusivamente sobre o COVID-19 e cuja maior parte eram devastadoras: mortes, casos de infecção, imagens de hospitais sobrelotados, profissionais de saúde exaustos, etc. (Schwab & Malleret, 2020). A permanente dúvida do que iria acontecer bem como o medo da infecção pela doença (tanto do próprio como dos seus entes queridos) foram também dois dos principais fatores a contribuir para uma instabilidade emocional que durou mais de dois anos.

A pandemia originou também tragédias profissionais e pessoais, tais como: a perda de emprego, o aumento da violência doméstica, o isolamento, a solidão e a incapacidade de fazer o luto por entes queridos falecidos (Schwab & Malleret, 2020). O ser humano é, indiscutivelmente, um ser social, uma vez que o companheirismo e as interações sociais são uma componente vital da vida humana (Schwab & Malleret, 2020). A privação do ser social, a supressão dos rituais inerentes à vida humana tais como apertos de mão, abraços, beijos, e a distância física foram as principais medidas de confinamento durante a pandemia, numa altura em que a sociabilidade era uma necessidade fundamental nas vidas humanas. A uma escala planetária, a COVID-19 provocou um golpe muito profundo no sentido coletivo de saúde mental da população mundial (Schwab & Malleret, 2020).

Schwab e Malleret descreveram, em 2020, os principais impactos gerados pela pandemia ao nível da saúde mental: as pessoas com condições de saúde mental pré-existentes – como a depressão – sofrerão cada vez mais de perturbações de ansiedade; as medidas de distanciamento social – mesmo depois de terem sido revogadas – terão agravado os problemas de saúde mental; as pessoas e crianças “vulneráveis” – nomeadamente, as que se encontram em instituições de acolhimento, as socioeconomicamente desfavorecidas e as com deficiência que necessitam de um nível

de apoio acima da média – estarão particularmente expostas ao risco de um maior sofrimento mental.

Segundo Schwab & Malleret (2020), foram graves as consequências para a saúde mental desencadeadas por acontecimentos direta ou indiretamente associados à pandemia e aos confinamentos. Antes de mais, é entre as pessoas já propensas a problemas de saúde mental que os desafios inerentes à resposta ao coronavírus (confinamento, isolamento, angústia) serão exacerbados (Schwab & Malleret, 2020). Neste caso, para certos indivíduos, um diagnóstico de depressão ou ansiedade pode transformar-se num episódio clínico crítico (Schwab & Malleret, 2020). Há também um número significativo de pessoas que, pela primeira vez, apresentaram sintomas de perturbações graves do humor, como episódios maníacos, sinais de depressão e várias experiências psicóticas (Schwab & Malleret, 2020).

1.3. Estigmas associados às perturbações mentais

Em 2001, a WHO definiu estigma como “*(...) um sinal de vergonha, infelicidade ou reprovação, que resulta num indivíduo rejeitado, tornado objecto de discriminação e excluído da participação em várias áreas diferentes da sociedade.*” (DGS/OMS, 2002: 48). O conceito “estigma” associado às doenças mentais é também percebido como “*(...) conotação negativa expressa através de emoções, atitudes e comportamentos discriminatórios.*” (Torres, 2013: 13). Ao longo de todo o relatório “*(...) o estigma e a discriminação generalizada (...)*” (DGS/OMS, 2002: 48) foram mencionados exaustivamente como dois dos principais problemas associados às perturbações mentais. Foi também mencionado que todas as medidas de promoção da saúde mental passavam pelo combate ao estigma e à discriminação generalizada.

A questão do estigma foi identificada em 1999 no Relatório do Director-Geral de Saúde dos Estados Unidos, no qual se destacou o estigma – que se atribui às doenças mentais e às pessoas com perturbações mentais – como uma das principais barreiras à procura de tratamento de doenças mentais graves (DGS/OMS, 2002). Neste relatório foi ainda descrito o impacto negativo do estigma

“*(...) destrói a convicção de que as perturbações mentais são condições patológicas válidas e tratáveis (...) leva as pessoas*

a evitar a socialização com portadores de perturbações mentais (...) impede o público de querer pagar pelos cuidados e reduz, consequentemente, o acesso dos utentes aos recursos e às oportunidades de tratamento e serviços sociais.” (DGS/OMS, 2002: 48).

A dificuldade em obter tratamento “(...) fortalece padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento e desespero.” (DGS/OMS, 2002: 48). De um modo geral, o estigma “(...) priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade.” (DGS/OMS, 2002: 48). A procura de ajuda é uma etapa fundamental no combate às perturbações mentais, é o primeiro passo – de todo o processo de promoção da saúde mental – a ser dado, mas o estigma pode ser o principal obstáculo para esta tomada de decisão: “*Atitudes estigmatizantes face à doença mental poderão ser inibidoras da procura de ajuda*” (Torres, 2013: 13).

Existem, segundo Corrigan, quatro processos sociocognitivos que constituem o estigma: características do estímulo, estereótipos, preconceitos e discriminação (Torres, 2013). As características do estímulo podem ser os sintomas psiquiátricos, os défices de competências sociais, a aparência física e os rótulos; este processo sociocognitivo define-se pelo foco neste tipo de características da doença mental (Torres, 2013). Os estereótipos relacionam-se com aprendizagens do senso comum; a violência e a incompetência dos indivíduos com perturbações mentais são os estereótipos mais utilizados (Torres, 2013). Os preconceitos são atitudes estigmatizantes que resultam da aplicação e vulgarização dos estereótipos (Torres, 2013). Finalmente, a discriminação é o culminar de todos os processos descritos anteriormente: comportamentos negativos direcionados a pessoas com perturbações mentais (Torres, 2013).

Os processos acima mencionados estão interligados e a sua interligação assemelha-se a uma bola de neve: a exposição ao estímulo “(...) faz com que sejam acionados os conhecimentos e crenças que o indivíduo tem acerca de um determinado grupo (...)” (Torres, 2013: 15), a ativação destes pré-conceitos “(...) resulta numa resposta ao nível emocional que se traduz em atitudes (...)” (Torres, 2013: 15), por fim, “(...) a atitude repercute-se num comportamento (...)” (Torres, 2013: 15).

Goffman, outro estudioso do termo “estigma”, identifica seis componentes que, agrupados, dão origem ao estigma. A atribuição de rótulos (pelos características da diferença), os estereótipos negativos e a discriminação são três destes componentes partilhados por Corrigan e Goffman; o último autor adiciona ainda a “(...) separação

(entre “nós” e “eles”), [a] reacção emocional e [a] perda de status (...)" (Gonzalez, 2016: 3). Goffman apresenta a dualidade da discriminação: individual – por exemplo, “(...) rejeitar uma candidatura para emprego (...)" (Gonzalez, 2016: 3) – ou estrutural – associada às “(...) práticas institucionais que acarretam desvantagens para os grupos estigmatizados (...)" (Gonzalez, 2016: 3) que se observam quando, por exemplo, doenças mentais recebem “(...) baixos níveis de fundos para investigação e tratamento (...)" (Gonzalez, 2016: 3) comparativamente a outras doenças.

Os quatro processos sociocognitivos propostos por Corrigan podem ser observados em dois tipos de estigma: o autoestigma e o estigma-público. A interação entre estes dois tipos de estigma agrava-os mutuamente (Gonzalez, 2016). O autoestigma define-se pelos estereótipos, preconceitos e comportamentos que o indivíduo com perturbações mentais tem com ele próprio (Torres, 2013). Este tipo de estigma pode aparecer logo após a receção do diagnóstico e é caracterizado pela ativação das crenças estigmatizantes associadas à doença mental, diminuição da autoestima e rejeição antecipada de interações sociais (Gonzalez, 2016).

O estigma-público é aquele que está presente na sociedade: atitudes e comportamentos discriminatórios direcionados a pessoas com perturbações mentais (Torres, 2013). Este tipo de estigma é descrito como um processo com várias etapas idêntico à bola de neve dos quatro processos sociocognitivos de Corrigan. Inicialmente, a sociedade depreende a presença da doença mental baseando-se em indicadores específicos, nomeadamente, “...) sintomas psiquiátricos, défice de competências sociais, aparência física e rótulos diagnósticos comuns.” (Gonzalez, 2016: 4); apoiados nestes indícios surgem os estereótipos (como, por exemplo, a crença de que os doentes mentais são pessoas violentas e/ou incompetentes); estes estereótipos podem gerar respostas emocionais negativas (preconceitos como, por exemplo, ter medo de doentes mentais); por fim, os preconceitos conduzem a sociedade a desenvolver comportamentos discriminatórios (como, por exemplo, evitar socializar com pessoas que sofrem de perturbações mentais).

Corrigan, em 2007, identifica o diagnóstico clínico como um exemplo do estigma estrutural. O diagnóstico clínico parte do princípio de que “...) todos os membros de um grupo são homogéneos e que todos os grupos são distinguíveis por barreiras definidas.” (Gonzalez, 2016: 5). Existem três processos que evidenciam de que forma os diagnósticos podem aumentar o estigma, nomeadamente, “groupness” (a percepção de um grupo como uma entidade unificada), homogeneidade (a crença de que todos os membros de um grupo

têm as mesmas características) e estabilidade (a ideia de que os traços do grupo são imutáveis) (Gonzalez, 2016). Frequentemente os diagnósticos podem ser a causa de generalizações excessivas e estereótipos, como por exemplo, a suposição de que todas as pessoas com uma determinada doença mental têm características específicas (Gonzalez, 2016). Deste modo, o diagnóstico clínico aumenta o estigma público e o autoestigma, e, consequentemente, faz com que as pessoas evitem procurar ajuda para problemas de saúde mental pelo medo de serem rotuladas (Gonzalez, 2016).

As consequências do estigma além de serem várias, podem ser encontradas em vários campos: individual, familiar ou na sociedade. As consequências individuais do estigma refletem-se, principalmente, na distribuição de oportunidades de vida, sejam elas de carreira, remuneração, laços sociais, alojamento, envolvimento criminal, saúde física ou a vida em si (Gonzalez, 2016). O estigma individual tem um impacto profundo no funcionamento físico, psicológico e social da pessoa, que se reflete nas consequências para a sociedade, nomeadamente, “(...) *uma barreira considerável na saúde e na produtividade da nossa sociedade*” (Gonzalez, 2016: 8) que causa “(...) *um impacto económico negativo (...) na sociedade (...)*” (Gonzalez, 2016: 8). O estigma provoca também consequências a nível familiar, na medida em que o preconceito e a discriminação se estendem aos familiares dos doentes mentais – situação que é compreendida por Goffman como estigma de cortesia (Gonzalez, 2016).

Em 2001, a WHO não só confirma as declarações do Relatório do Director-Geral de Saúde dos Estados Unidos sobre Saúde Mental de 1999 como afirma que

“De todas as barreiras a superar na comunidade, a mais importante é o estigma e a discriminação com ela associada para com pessoas que sofrem de perturbações mentais e comportamentais.” (DGS/OMS, 2002: 169).

Assim, o objetivo imperativo da OMS é a extinção do estigma

“Como principal instituição mundial de saúde pública, a OMS tem uma e apenas uma opção: assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a dianteira sobre a ciência e a razão.” (DGS/OMS, 2002: XIII).

É indiscutível que o estigma associado às perturbações mentais espelha “(...) *uma falta de conhecimento acerca da doença mental e das suas causas subjacentes*” (Gonzalez, 2016: 11). Hoje sabe-se que o “(...) *aumento de conhecimentos acerca de doenças mentais (...)*” (Torres, 2013: 16) irá, certamente, traduzir-se numa “(...) *redução do*

estigma (...)” (Torres, 2013: 16). Para tal, é necessário investir na “*(...) educação dos profissionais e trabalhadores de saúde, (...)”* (DGS/OMS, 2002: 169) e em “*(...) campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacte das perturbações mentais, (...)”* (DGS/OMS, 2002: 169-170). É igualmente essencial: encerrar “*(...) instituições psiquiátricas (...)”* (DGS/OMS, 2002: 169), prestar “*(...) serviços de saúde mental na comunidade (...)”* (DGS/OMS, 2002: 169) e implementar “*(...) leis para proteger os direitos dos doentes mentais.”* (DGS/OMS, 2002: 169). Esta abordagem multidisciplinar de combate ao estigma compromete-se a “*(...) dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos.”* (DGS/OMS, 2002: 170).

Numa análise mais recente (2022), a WHO reforça que, a nível mundial, as pessoas que sofrem de perturbações mentais são vítimas de um estigma e de uma discriminação profundamente enraizados. A organização garante que as perturbações mentais são vistas como fraquezas pessoais, castigos por comportamentos imorais, resultado do consumo de drogas ou consequência de influências sobrenaturais. Os meios de comunicação social podem agravar estas conceções deturpadas ao retratarem os indivíduos com problemas de saúde mental como perigosos, irresponsáveis ou incapazes de tomar decisões racionais.

Como referido anteriormente, os doentes mentais são frequentemente vistos como violentos e perigosos, mas, na verdade, correm um risco maior de serem atacados ou de se magoarem a si próprios do que de magoarem outras pessoas. A WHO aprofunda esta teoria e afirma que as mulheres com perturbações mentais severas estão particularmente em risco de sofrerem abusos sexuais. Portanto, na maioria dos casos, os indivíduos com perturbações mentais são objeto de violações dos direitos humanos (incluindo também o isolamento, enclausuramento e maus-tratos). No pior dos cenários, a violência contra doentes mentais pode ser mortal.

Em 2022, a WHO revela algo que até ao momento ainda não tinha sido abordado: o estigma presente nos serviços de saúde mental. Segundo a organização, em muitos países, o estigma estende-se ao sector dos cuidados de saúde mental e pode contribuir para a escassez de profissionais nos sistemas de saúde mental. A consequência é que, muitas vezes, as pessoas optam por sofrer com problemas mentais, para não se sujeitarem à discriminação e ao preconceito que se verifica no acesso aos serviços de saúde mental.

Todas as ideias anteriormente descritas afetam as capacidades dos indivíduos com perturbações mentais a vários níveis: no acesso ao mercado de trabalho, na credibilidade aos olhos da sociedade, no acesso a cuidados de saúde de qualidade, na pertença à comunidade e na recuperação do seu estado de saúde mental. A WHO enquadra as estratégias anti-estigma em três categorias: educacionais, de protesto e de contacto. Esta última, o contacto social, é o tipo de intervenção mais eficaz para melhorar os conhecimentos e as atitudes relacionados com o estigma.

As estratégias de contacto envolvem várias formas de contacto, tais como: a interação social direta, o contacto virtual, a comunicação em rede e a utilização de sistemas de interajuda em serviços de saúde. As estratégias de educação utilizam informação factual para contrariar mitos e equívocos, englobando campanhas de sensibilização, iniciativas de consciencialização do público e vários projetos de formação e educação. As estratégias de protesto incluem manifestações públicas, petições, e outras campanhas de sensibilização. Segundo a WHO, a implementação destas medidas de promoção e proteção dos direitos humanos irá, certamente, reduzir o estigma e a discriminação.

1.4. Dimensões de cura

Do passado para o presente, existiu uma mudança significativa no campo da saúde mental, de modo que, hoje-em-dia, as recordações face aos métodos de “tratamento” de doentes mentais revelam-se chocantes. Na época medieval, na Europa, os indivíduos com perturbações mentais eram “(...) *maltratados e queimados na fogueira (...) trancados em grandes instituições (...) [e] explorados como objectos científicos.*” (DGS/OMS, 2002: 95). No decorrer do século XIX, na Europa, as pessoas com perturbações mentais ou com tipos de comportamento social indesejáveis eram “(...) *isolados da sociedade em grandes instituições de tipo carcerário, os hospitais estatais para doentes mentais, outrora conhecidos como asilos de loucos.*” (DGS/OMS, 2002: 95). Ainda assim, existiram significativos avanços nestes períodos. Na época medieval, os doentes também receberam cuidados e foram integrados nas suas comunidades e, no século XIX, as doenças mentais eram consideradas um tema legítimo, de modo que a psiquiatria prosperou e os portadores de doenças mentais eram considerados doentes da medicina (DGS/OMS, 2002).

Foi durante a segunda metade do século XX que o paradigma dos cuidados de saúde mental se alterou, consequência de três principais fatores: os progressos significativos da psicofarmacologia, a conversão do movimento a favor dos direitos humanos num fenômeno internacional e a incorporação das componentes sociais e mentais na definição de saúde pela OMS (DGS/OMS, 2002). Os princípios dos cuidados em saúde mental resumem-se em seis etapas indispensáveis: o diagnóstico, a intervenção precoce, a continuidade do tratamento, a parceria com a família, o envolvimento da comunidade local e a integração nos cuidados primários de saúde (DGS/OMS, 2002).

De modo a controlar as perturbações mentais, são necessários três elementos fundamentais: a medicação (ou farmacoterapia), a psicoterapia e a reabilitação psicossocial. Para efetuar este controlo é necessário ter presente que as necessidades do indivíduo “(...) mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do doente.” (DGS/OMS, 2002: 111). Como referido anteriormente, foi na segunda metade do século XX que se deu uma revolução na história da psiquiatria, na qual um dos marcos foi a descoberta e o aperfeiçoamento de fármacos psicotrópicos. Sublinha-se que estes medicamentos não visam curar as doenças, mas a reduzir os sintomas das mesmas.

Em 2022, a WHO apresenta uma visão mais ampla dos medicamentos psicóticos, começando por declarar que a medicação psicótica não é a primeira linha de tratamento para muitas doenças mentais e que, mesmo quando é receitada medicação, é necessário que os profissionais de saúde saibam como fornecer ou providenciar apoio psicossocial a par dos fármacos. Desta forma, para muitas pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, é essencial poder escolher e ter acesso a tratamento psicológico e/ou outro tipo de apoio psicossocial.

Noutro plano, a WHO expõe exaustivamente a falta de recursos, nomeadamente, a carência de medicamentos essenciais em países com economias de baixo e médio rendimento (LMICs). Nestes países os psicotrópicos essenciais frequentemente estão indisponíveis ou são inacessíveis. A análise recomendada pela WHO para o relatório de 2022 (que consistia em 112 listas nacionais de medicamentos essenciais) revelou desigualdades na listagem, na disponibilidade, no preço e na acessibilidade dos fármacos psicotrópicos essenciais. De um modo geral, a revisão concluiu que os medicamentos psicotrópicos essenciais eram menos acessíveis às pessoas dos países com baixo rendimento do que às pessoas de outros países.

A WHO afirma que os medicamentos psicotrópicos podem, quando apropriado, ser utilizados para reduzir os sintomas de doenças mentais prioritárias e melhorar o funcionamento. Os medicamentos psicotrópicos constantes da lista modelo de medicamentos essenciais da OMS incluem medicamentos para a psicose, a perturbação bipolar, as perturbações de ansiedade, a depressão e a perturbação obsessivo-compulsiva. Em 2020, os Estados-Membros da WHO revelaram que as intervenções farmacológicas estavam muito mais amplamente disponíveis do que as intervenções psicossociais.

A psicoterapia consiste em “(...) *intervenções planeadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reacção face a diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais.*” (DGS/OMS, 2002: 114). Existem vários tipos de psicoterapia, mas destacam-se as terapias do comportamento, a cognitiva e a interpessoal, bem como técnicas de relaxamento e técnicas e terapias de apoio (DGS/OMS, 2002). No relatório de 2022, a WHO, substitui o termo “psicoterapia” por um termo mais abrangente: “*psychosocial interventions*”.

A intervenção psicossocial é, segundo a WHO, uma designação mais ampla que inclui: a psicoeducação, a gestão do stress (incluindo o treino de relaxamento e a atenção plena), o apoio social emocional ou prático (incluindo os primeiros socorros psicológicos) e várias outras atividades sociais e de reabilitação, incluindo o apoio interpessoal e o apoio ao emprego e à habitação. As intervenções psicossociais incluem ainda: tratamentos psicológicos como a ativação comportamental, a terapia de resolução de problemas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia interpessoal (TPI) e a dessensibilização e reprocessamento dos movimentos oculares (EMDR). A WHO denota que poucos países providenciam intervenções psicossociais nos cuidados primários, o que representa uma lacuna dos serviços, em termos de limitação da gama e qualidade dos mesmos.

Por fim, a reabilitação psicossocial promove a independência dos indivíduos com perturbações mentais que, devido à doença, estejam debilitados, incapacitados ou deficientes. Este ingrediente do tratamento das perturbações mentais é constituído pelas “(...) *redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social (...)*” (DGS/OMS, 2002: 116). Em 2022 a WHO afirma que a reabilitação psicossocial é um componente tão importante – para os serviços comunitários de saúde mental – como os cuidados clínicos. Este elemento de controlo da saúde mental não só engloba uma série de atividades focadas em melhorar o funcionamento e reduzir a dependência das pessoas

com perturbações mentais, como também ajuda as pessoas a atingirem o seu funcionamento ideal e a sua inclusão na comunidade.

De acordo com a WHO, garantir a disponibilidade de atividades de reabilitação psicossocial na comunidade é importante tanto para o sucesso da desinstitucionalização, como para responder às necessidades das pessoas em termos de inclusão social e vida independente, de acordo com a sua vontade e preferências. Os centros e equipas comunitários de saúde mental têm um papel importante no apoio à reabilitação psicossocial através de uma combinação de atividades que podem incluir: terapias de grupo; formação para uma vida independente e desenvolvimento das competências sociais; apoio à habitação, educação e assistência profissional; atividades que reforcem as redes de apoio social; e atividades de lazer (WHO, 2022). Na reabilitação psicossocial enquadra-se também a prestação de apoio para aceder a serviços sociais e de saúde, tais como habitação ou benefícios sociais (WHO, 2022).

1.4.1. Legislação em Portugal: a nova lei da saúde mental

Em Portugal, a legislação relativa à saúde mental encontrava-se desatualizada, uma vez que a lei de saúde mental em vigor era de 1998. O país estava claramente atrasado relativamente a outros países do mundo, de modo que “(...) Portugal (...) [foi] sinalizado variadas vezes por entidades internacionais devido às suas condutas no que diz respeito ao tratamento de doentes mentais.” (Freire, 2023). A lei de 1998 revogou a sua antecedente – de 3 de abril de 1963 – e implementou medidas de promoção e proteção da saúde mental que asseguravam “(...) o equilíbrio psíquico dos indivíduos (...)”⁵, favoreciam “(...) o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade (...)”⁵ e promoviam “(...) a sua integração crítica no meio social (...)”⁵.

A Convenção dos Direitos de Pessoas com Deficiência (CRPD) – instrumento criado pela ONU que estabelece normas mínimas para os direitos das pessoas com deficiência – esteve na origem da criação da nova lei, visto ser uma “(...) recomendação internacional (...)” (Freire, 2023) que “(...) obrigou os países a repensarem as suas leis.” (Freire, 2023), assim, a nova lei enquadra-se nos “(...) compromissos assumidos por Portugal,

⁵ Lei n.º 36/98 do Ministério Público. (1998). Diário da República: I Série-A, nº169 (1998-07-24), 3544-3550. <https://files.dre.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf> [Consultado em 15 de setembro de 2023]

(...)" (Governo da República Portuguesa, 2023) nacional e internacionalmente. O preâmbulo da lei da saúde mental reúne a definição, os princípios fundamentais e os propósitos da política de saúde mental. A legislação reconhece os direitos e responsabilidades das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, estabelecendo regras para a restrição dos seus direitos e garantindo a proteção da liberdade e autonomia dessas pessoas (Governo da República Portuguesa, 2023).

A nova lei de saúde mental – de 21 de julho de 2023 – não só assegura a efetividade dos direitos dos indivíduos com perturbações mentais, permitindo apoio de acompanhantes, procuradores de cuidados de saúde, mandatários, responsáveis parentais ou tutores, como também introduz uma figura informal: a “pessoa de confiança”, cuja função é auxiliar na defesa dos direitos do doente mental. A “pessoa de confiança” é escolhida pelo indivíduo com perturbações mentais para “(...) *lhe prestar apoio no exercício dos seus direitos*”⁶. Paralelamente, promove o respeito pelas preferências e vontades do indivíduo, incluindo diretivas antecipadas de vontade.

Quanto aos internamentos, a lei substitui o internamento compulsivo pelo tratamento involuntário. O internamento involuntário é permitido apenas em casos de rejeição do tratamento medicamente prescrito, imprescindível para evitar perigo para o próprio ou para os outros. Outra mudança é que, no tratamento involuntário, procura-se a recuperação integral da pessoa, envolvendo-a na “(...) *elaboração e execução do respetivo plano de cuidados (...)*” (SNS, 2023) bem como nas “(...) *decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico.*”⁶.

A decisão de tratamento involuntário é tomada judicialmente, com base em avaliação clínico-psiquiátrica, preferindo-se o tratamento ambulatório sempre que possível. Por fim, a medida mais enfatizada pelos meios de comunicação social é o fim do “(...) *prolongamento automático do internamento de inimputáveis (...)*” (Agência Lusa, 2023) que permitiu a libertação de 46 inimputáveis.

⁶ Lei n.º 35/2023 do Ministério Público. (2023). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, nº55. (2023-07-21).[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=\[Consultado em 18 de setembro de 2023\]](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=[Consultado em 18 de setembro de 2023])

Capítulo 2 – Teatro

2.1. Setores cultural e criativo: o teatro como subsetor

A heterogeneidade com que se reveste o sistema da cultura pressupõe o enquadramento do teatro no respetivo domínio cultural e setor. A perspetiva adotada no âmbito das estatísticas europeias concebeu uma grelha de dez domínios culturais e seis funções, de modo a moldar aquilo que na União Europeia é considerado cultura. Assim, a análise da grelha (Bina et al., 2012: 44) – que engloba e organiza as várias expressões de cultura – permite enquadrar o teatro no domínio das Artes Performativas, domínio esse que pertence ao setor das artes tradicionais (Bina et al., 2012).

Segundo uma classificação mais pragmática (AAVV, 2006), é possível identificar duas esferas: o setor cultural e o setor criativo. O setor cultural é bidimensional, na medida em que contém, por um lado, o plano não industrial e, por outro, o plano industrial. Os setores industriais produzem bens e serviços não reproduzíveis que se destinam a ser consumidos no local da sua exposição (AAVV, 2006). Os setores industriais concebem produtos culturais que se destinam à reprodução em massa, à difusão em massa e à exportação (AAVV, 2006). A outra esfera, o setor criativo, assimila a cultura como um contributo criativo para a produção de bens não culturais; produtos esses que incluem o design, a arquitetura e a publicidade (AAVV, 2006).

Importa, neste estudo, categorizar o teatro, emoldurando-o na respetiva esfera e setor. O teatro pertence, então, ao setor cultural, mais precisamente, é possível enquadrá-lo na esfera “*core field arts*” (o campo central das artes). Além das artes visuais e do património, esta esfera inclui o setor das artes performativas, no qual – em concordância com o *ESSnet-Culture Final Report* – se insere o teatro, como subsetor: «(...) *performing arts including opera, orchestra, theatre, dance, circus; (...)*» (AAVV, 2006: 2). Sintetizando, o teatro pertence ao setor cultural e é uma arte performativa, que se caracteriza como um bem não industrial, não só por não ser reproduzível, mas também por ser destinado ao consumo imediato.

Num contexto mais atual e através de uma visão dissímil das anteriores, Dubois (2015) distingue indústrias culturais de indústrias criativas, tese na qual o teatro surge nas indústrias culturais, integrado nas artes performativas. De acordo com Dubois, detetam-

se, nas indústrias culturais «(...) *more traditional sectors of publishing, television, film, or performing arts.*» (Dubois, 2015: 462) e as indústrias criativas são compostas por «(...) *design, advertising, fashion, software, computer games, etc., etc.*» (Dubois, 2015: 462). Segundo o autor, a noção de indústrias culturais «(...) *overlaps with the notion of cultural industries, etc.*» (Dubois, 2015: 462) embora seja, indubitavelmente, mais ampla, pois acrescenta o design, a publicidade, a moda, o *software*, os jogos de computador, etc., aos setores mais tradicionais da televisão, do cinema e das artes do espetáculo (Dubois, 2015).

Dubois parece ser crítico das indústrias criativas pois – como resultado do sucesso da noção de criatividade – «(...) *national cultural policies change from 'intrinsic' to 'instrumental', jettisoning part of their cultural rationales in favor of economical ones, etc.*» (Dubois, 2015: 463). Desta forma, a noção de criatividade tende a substituir a de cultura nos discursos políticos (na União Europeia) e, consequentemente, a substituição de uma «(...) *cultural policy as a specific domain* (...)» (Dubois, 2015: 462) por uma «(...) *policy promoting the new model of a creative economy, in which culture is included, but diluted.*» (Dubois, 2015: 462).

Costa sublinha a ironia aqui presente, uma vez que as políticas culturais europeias contemporâneas – que «(...) *são no essencial políticas públicas (...) geradas em contexto de reflexividade social institucionalizada* (...)» (, 1997: 2) – foram, em parte, concebidas para proteger a cultura do mercado económico.

2.2. O mercado das artes performativas

O teatro é uma arte tradicional. A expressão “tradicional” remete aos tempos da Grécia Antiga e do teatro grego que, apesar dos milhares de anos que separam essa época da época em que vivemos, não sofreu grandes alterações (Bonet & Schargorodsky, 2018). Isto porque o teatro é, e continua a ser, um “lugar de contemplação” onde a comédia, a tragédia, a dança e a música refletem o estado de espírito, as preocupações, os conflitos e os interesses da sociedade (Bonet & Schargorodsky, 2018). É também – enquanto produto não industrial – um encontro direto que transmite e gera emoções entre os artistas e o público (Bonet & Schargorodsky, 2018). As perspetivas ideológicas, estéticas, sociais, políticas e religiosas são o que difere, trivialmente, o teatro atual do da Grécia Antiga; outras mudanças são as perspetivas criativas e sociais, os processos de gestão e a

tecnologia necessária para construir espetáculos e partilhá-los com o público (Bonet & Schgorodsky, 2018).

De forma a compreender a organização e gestão dos teatros é necessária uma introdução ao mercado das artes do espetáculo. Existem vários fatores a ter em conta quando se aborda o mercado das artes, entre eles, o grau de institucionalização do teatro ou do grupo de teatro, a transversalidade multifuncional ou a relação de interdependência, uma vez que, qualquer um deles, pode alterar as estratégias utilizadas (Bonet & Schgorodsky, 2018). Por exemplo, uma empresa de produção de artes cénicas com o seu próprio espaço de apresentação, que recebe fundos públicos e contrata profissionais independentes, desenvolve estratégias e obtém resultados diferentes dos de uma companhia em nome individual ou de uma cooperativa de atores que apenas produz peças de teatro (Bonet & Schgorodsky, 2018).

O sistema das artes performativas está estruturado ao redor de um conjunto de mercados: consumo, produção, laboral e direitos (Bonet & Schgorodsky, 2018). Mais concretamente, este sistema é composto por dois mercados principais, por um lado, o mercado da produção e, por outro, o mercado da apresentação, que é completado pelo mercado dos direitos (responsável pela remuneração dos autores) e pelo mercado laboral (formado por artistas, administrativos e equipa técnica). (Bonet & Schgorodsky, 2018). Bonet e Schgorodsky abordam também a crescente diferença entre os custos de produção de um espetáculo e as receitas provenientes da bilheteira, justificando que os custos de produção e apresentação de um espetáculo com qualidade, no qual os atores e a equipa técnica devem dar o melhor de si em cada exibição é cada vez mais dispendioso.

Quanto maior for a contribuição do setor público, menos os preços do mercado de produção dependem dos preços pagos pelo consumidor (Bonet e Schgorodsky, 2018). Os teatros utilizam parte das suas receitas para produzir novas peças de teatro, para adquirir os direitos de apresentação dos espetáculos que integram a sua programação – fomentando assim o mercado da produção artística (Bonet e Schgorodsky, 2018).

Na produção de um espetáculo é fundamental uma boa divulgação, cujo principal agente são os *media*. Através de jornais, da rádio, da televisão, mas principalmente – e cada vez mais – das redes sociais, desencadeia-se uma dupla comunicação onde tanto os teatros como o público fornecem informações, são lhes dadas informações e partilham opiniões (Bonet e Schgorodsky, 2018). Esta simbiose de informações e opiniões

permite – apesar da distância física – uma aproximação entre o teatro e o público (Bonet e Schargorodsky, 2018).

Cultivar e manter uma relação de trabalho positiva com a imprensa e outros meios de comunicação revela-se um benefício óbvio a longo prazo para as organizações artísticas (Bonet e Schargorodsky, 2018). No entanto, os grupos artísticos sem fins lucrativos são muitas vezes ingênuos quanto à realidade da cobertura dos *media*, uma vez que reservar uma coluna num jornal ou tempo de transmissão na televisão é uma questão monetária. (Bonet e Schargorodsky, 2018). A melhor forma, para as organizações artísticas sem fins lucrativos é a união com os *media* locais (Bonet e Schargorodsky, 2018).

2.3. A gestão das artes

Primordialmente, Boddy, em *Management: an introduction* (2011), afirma que – apesar da maioria da pesquisa e reflexão sobre gestão estar focada em organizações privadas com fins lucrativos – os modelos de gestão podem ser também utilizados pelo setor público e por organizações sem fins lucrativos

“Most research and reflection on management has focused on commercial organisations. However, there are now many people working in the public sector and in not-for-profit organisations (...) who have begun to adapt management ideas to their own areas of work. (...) It should be as useful to those who plan to enter public or not-for-profit work as to those entering the commercial sector.” (Boddy, 2011: xiii).

Segundo o autor, uma organização é “(...) a social arrangement for achieving controlled performance towards goals that create value.” (Boddy, 2011: 7). No setor das artes, os teatros, as orquestras, os museus e as galerias de arte criam valor “(...) by offering inspiration, new perspectives or unexpected insights.” (Boddy, 2011: 8). Para que uma organização consiga criar valor, é necessário que saiba gerir os seus recursos e, para a gestão de recursos, é necessário colocar em prática as funções da gestão: “*Management tasks are those of planning, organising, leading and controlling the use of resources to add value to them.*” (Boddy, 2011: 19).

As funções de gestão que hoje associamos às artes, evoluíram consoante o crescimento das civilizações. Os primeiros espetáculos eram rituais religiosos – geridos por sacerdotes – que estavam enraizadas na sociedade da época e cujo impacto era fomentado por “(...)

theatrical trappings of costumes, dramatic settings, music, movement, and so on, (...)" (Byrnes, 2009: 25). No entanto, estes eventos não eram uma expressão do impulso criativo de um povo, mas sim uma forma de controlar e moldar uma cultura (Byrnes, 2009). De qualquer forma, foram estes espetáculos que forneceram um modelo de organização artística para as *performances* sequentes (Byrnes, 2009). Ao longo dos últimos dois mil anos, as funções básicas do gestor artístico conservam-se as mesmas, bem como o objetivo contínuo de união entre a arte e o público (Byrnes, 2009).

Todas as etapas – planeamento, organização, liderança e controlo – são fundamentais para exercer uma boa gestão, e importa referir que estas funções estão interligadas. Enquadramento as artes – mais concretamente, as artes performativas – no campo da gestão, comprehende-se a articulação do planeamento com o consumo imediato característico do teatro (mencionado anteriormente). De modo a compreender esta afirmação, é essencial reter que o *layout planning* é uma categoria do planeamento e define-se como a atividade que determina a melhor configuração de recursos – como equipamentos, infraestruturas e pessoas – para produzir o processo mais eficiente (Boddy, 2011). Existem ainda os *fixed-position layouts* que podem ser encontrados no setor dos serviços – como, por exemplo, o teatro e o cinema – que se caracterizam pela apresentação de bens num único local para uma determinada audiência (Boddy, 2011).

Quanto ao controlo – que pode aparentar ser a função menos relevante – todos os gestores o utilizam quando transformam recursos de entrada em produtos e serviços de saída (Boddy, 2011). Artística, teatralmente e sinteticamente falando, isto significa que, por exemplo, o gestor de um teatro transforma o financiamento em peças de teatro (ou outro tipo de projeto). Na gestão, a função de controlo complementa a de planeamento na medida em que, por mais minucioso que seja o planeamento (os seus objetivos e a forma de os atingir), irão sempre surgir imprevistos (internos e externos). Assim, através do controlo, o gestor verifica se o projeto está a decorrer como planeado e, se necessário, toma medidas corretivas (Boddy, 2011).

Em 2001, previa-se uma mudança fundamental na estrutura dos espetáculos das artes performativas, especificamente, previu-se que o número de organizações que fornecem espetáculos de teatro, música, ópera e dança irão reduzir o nível profissional e expandir-se a nível comunitário (McCarthy, K., Brooks, A., Lowell, J. & Zakaras, L., 2001). Em 2009, previu-se que o público optaria cada vez mais por experienciar o mundo das artes

performativas através de gravações e meios de transmissão (cuja qualidade continuará a melhorar), ao invés de testemunhar espetáculos ao vivo (Byrnes, 2009).

Por fim, Byrnes refere que a população está a crescer em número e em diversidade, e que o impacto destas alterações demográficas terá um efeito profundo nas artes durante o próximo século (Byrnes, 2009). O autor termina com um conselho aos gestores artísticos, sugerindo que seja criada uma aliança entre as artes e a educação

“Because education levels are a strong predictor of later attendance at arts events, arts managers would do well to become part of the education revolution by working to incorporate the arts into the changing educational environment.” (Byrnes, 2009: 116).

2.4. Organizações sem fins lucrativos

O processo de criação de uma organização sem fins lucrativos é relativamente simples (Byrnes, 2009). Enquanto as organizações com fins lucrativos têm como principal objetivo gerar lucro, para as entidades sem fins lucrativos realizar um bem público é o propósito fundamental (Byrnes, 2009). No campo das artes, o processo de incorporação envolve, maioritariamente, nomear membros do conselho ou oficiais específicos, sendo que, inicialmente, é composto um pequeno grupo de indivíduos que partilham a mesma paixão pelas artes (Byrnes, 2009). As entidades sem fins lucrativos devem estar registadas no governo, gerir a organização de acordo com as leis estaduais e defender a finalidade legal da organização, através da prestação de serviços públicos (Byrnes, 2009).

Segundo Byrnes (2009), as organizações artísticas sem fins lucrativos atuam num setor económico cuja motivação é a prestação de benefícios sociais. A indústria cultural e artística sem fins lucrativos é um motor económico nas comunidades e um setor em crescimento (Byrnes, 2009). As organizações artísticas e culturais sem fins lucrativos não só contribuem ativamente para a comunidade empresarial, como também são responsáveis pela comercialização e promoção das cidades e regiões onde estão inseridos (Byrnes, 2009). De acordo com Byrnes (2009), a tendência de privatização no governo nas últimas duas décadas aumentou a pressão sobre as organizações sem fins lucrativos; de modo que, cada vez mais, as entidades culturais e artísticas locais competem por atenção e recursos.

O setor sem finalidade lucrativa está a tornar-se a principal força motriz das artes performativas, pois existe um desequilíbrio entre a oferta e a procura de espetáculos, e é, por isso, necessária alguma intervenção neste mercado para assegurar a sua continuidade (Byrnes, 2009). Deste modo, o sistema fiscal do governo concede estatuto especial às organizações sem fins lucrativos de forma a oferecer bens e serviços que as organizações com fins lucrativos não conseguem fornecer de forma eficiente (Byrnes, 2009).

Nesta economia que envolve a arte e as organizações sem fins lucrativos, é importante reter a ideia de que a combinação das receitas – dos descontos de admissão, das taxas de adesão ou dos preços de bilheteira – com os recursos angariados – através da ajuda governamental, de doações monetárias ou de voluntariado – cubra os custos de produção de um espetáculo (Byrnes, 2009). Os grupos artísticos sem fins lucrativos têm como missão proporcionar experiências ao maior número de pessoas, mantendo o preço o mais baixo possível (Byrnes, 2009). A premissa fundamental das entidades sem fins lucrativos é que, em troca da prestação de espetáculos ou exposições, o governo concede isenções de impostos às organizações e permite que elas procurem doações de indivíduos, fundações ou corporações (Byrnes, 2009). Além disso, qualquer lucro gerado destina-se à promoção da missão da organização (Byrnes, 2009).

As organizações sem fins lucrativos não visam gerar lucros para proprietários ou investidores, mas, de qualquer modo, é necessária a gestão cuidadosa de custos fixos, variáveis e marginais (Byrnes, 2009). Deste modo, é necessário abordar a gestão financeira destas entidades, pois não deixam de ser um negócio e devem gerar receitas proporcionais ao investimento – ou até mesmo lucro – de forma a subsistirem; caso contrário, deixaram de existir (Byrnes, 2009). Ocasionalmente, estas organizações podem planear um excedente de receitas como parte do orçamento (Byrnes, 2009). Alcançar esse excedente implica que os gestores artísticos tenham a habilidade de controlar custos, preços e estimativas (Byrnes, 2009).

O trabalho de um gestor financeiro de uma organização sem fins lucrativos é crucial para o planeamento e utilização dos recursos limitados disponíveis (Byrnes, 2009). Quanto à contabilidade e orçamentos das entidades sem fins lucrativos, uma vez que são autorizadas a aceitar vários tipos de doações, é esperado que, a apresentação de relatórios e a administração desses fundos sejam claramente comunicados nas demonstrações financeiras da organização (Byrnes, 2009). No fundo, importa sublinhar que dirigir uma

organização artística sem fins lucrativos exige o mesmo nível de experiência financeira que gerenciar projetos cuja finalidade seja o lucro (Byrnes, 2009).

Por fim, importa mencionar uma noção intrínseca às organizações sem fins lucrativos: o voluntariado; os voluntários são uma fração imprescindível deste tipo de entidades, tendo percorrido uma longa história neste setor (Byrnes, 2009). A gestão de voluntários é uma função distinta dentro das organizações artísticas, supervisionada por um coordenador de voluntários, que desempenha um papel crucial na potencial poupança de despesas salariais da organização (Byrnes, 2009). No entanto, o recrutamento, a formação, a supervisão e a avaliação dos voluntários exigem tempo e esforço consideráveis (Byrnes, 2009). Dada a frequente falta de colaboradores nas organizações artísticas, os voluntários são essenciais em várias áreas, contribuindo para alcançar a missão e os objetivos da organização quando os recursos humanos são limitados (Byrnes, 2009).

2.5. Financiamento do Estado

Ao ingressar no campo da gestão – quer seja no plano das artes, quer seja noutro plano qualquer – é inevitável abordar a questão do financiamento: de onde vêm os recursos monetários que apoiam as organizações culturais? Na indústria das artes e do entretenimento, Byrnes (2009) afirma que são poucos os apoios do governo: “*(...) the federal and state government provides minimal direct support to the arts and entertainment industry (...)*” (Byrnes, 2009: 2). Segundo o autor, a justificação é a centralização da política governamental na prestação de serviços essenciais em detrimento do apoio a grupos artísticos e culturais que são, frequentemente, considerados dinamismos marginais.

Nos últimos anos, à medida que a concorrência por apoios às artes aumentou, a luta contínua por fundos foi acelerando, mas, paralelamente, o aumento de financiamento proveniente do Estado parece ser uma expectativa irrealista (Byrnes, 2009). Na Europa “*(...) the long-standing practice of government subsidies is being reevaluated.*” (Byrnes, 2009: 31), de modo que o modelo adotado tem sido o da abordagem americana: “*(...) a mix of private and public support for the arts.*” (Byrnes, 2009: 31-32). Quanto ao financiamento estatal, sem uma declaração de missão publicada e um documento de

planeamento estratégico, dificilmente uma organização artística consegue obter apoio de fundações, empresas ou agências governamentais (Byrnes: 2009).

Nos Estados Unidos da América, o financiamento das artes é acessível em diferentes níveis governamentais, inclusive à escala local (Byrnes, 2009). Não obstante dos fundos limitados dispostos pelas agências locais (ligadas às artes), estas entidades oferecem oportunidades para que as organizações artísticas demonstrem a utilização eficaz do dinheiro proveniente dos subsídios (Byrnes, 2009). As agências locais apoiam, vulgarmente, programas de divulgação nas escolas, patrocinam a programação, ajudam nos esforços de publicidade para atrair audiências mais rurais ou fornecem subsídios para descontos em bilhetes para estudantes e idosos (Byrnes, 2009). Neste caso, os procedimentos de candidatura são geralmente simples e o esforço e os custos administrativos são mínimos (Byrnes, 2009).

Importa referir ainda, de acordo com Byrnes (2009), outra ideia económica: a nossa sociedade apoia atividades que não se remuneram necessariamente através das receitas. Por exemplo, o governo é um setor da economia que não é impulsionado apenas pela obtenção de lucro, uma vez que alguns dos serviços básicos prestados pela administração pública não são concebidos para gerar lucro (Byrnes, 2009). Estes serviços prestados pelo Estado existem apenas “*(...) as a benefit for us all.*” (Byrnes, 2009: 309-310).

A extensão do envolvimento do governo no apoio às artes é verificada por: “*Fund-matching grants, special project support, and a taxation system designed to promote deductible donations by individuals and corporations (...)*” (Byrnes, 2009: 24). Ou seja, o governo auxilia as organizações artísticas através de subsídios, do apoio a projetos específicos e de um sistema de tributação. Estas medidas refletem o nível de participação do governo na promoção e preservação das artes.

Em Portugal existe a Direção-Geral das Artes (DGARTES), um organismo que pertence ao Ministério da Cultura e tem como missão coordenar e implementar políticas de apoio às artes no país (DGARTES, 2023). A DGARTES tem como prioridade fomentar e elevar a qualidade da criação artística e, simultaneamente, assegurar que a acessibilidade da fruição das artes a toda a população (DGARTES, 2023). Para tal, a DGARTES coordena e executa políticas de apoio às artes, incentiva a criação, produção e difusão artísticas, e projeta internacionalmente criadores, produtores e outros agentes culturais portugueses (DGARTES, 2023).

As áreas artísticas nas quais a Direção-Geral das Artes atua são: “(...) *as artes performativas (circo, dança, música, ópera e teatro), as artes de rua e o cruzamento disciplinar, (...)*” (DGARTES, 2023). Os programas de apoio podem ser de três tipos: apoio a projetos, apoio em parceria ou programa de apoio sustentado (DGARTES, 2023). De modo a solicitar financiamento para os seus projetos, os grupos artísticos podem candidatar-se através do *site* da DGARTES; as candidaturas são posteriormente apreciadas – segundo critérios específicos – pelos serviços técnicos da entidade e, finalmente, os candidatos são notificados com o resultado (DGARTES, 2023).

2.6. Peças de teatro com fins sociais

“O espaço público é um lugar onde os problemas são assinalados e interpretados, onde as tensões são experimentadas e o conflito se converte em debate, onde é encenada a problematização da vida social.” (Nunes, 2014: 8).

A apresentação das artes performativas ao público é feita, principalmente, através de espetáculos ao vivo. As peças de teatro são um espetáculo público que visa a promoção desta arte. Cada vez mais, e tendo em conta todas as controvérsias da sociedade em que vivemos, os guionistas, os encenadores e os atores das peças de teatro abandonaram a ideia do teatro como puro entretenimento e adotaram um cariz teatral mais social, através de críticas à sociedade, transparecendo até um certo ativismo.

É nesta linha de pensamento que surgem autores como Augusto Boal e Paulo Freire, bem como o conceito “oprimido”. Na relação opressor-oprimido, Paulo Freire defende a emancipação do oprimido através de uma educação consciente e dialogada – com linguagem acessível – de modo a libertar o indivíduo da opressão (Freire, 1975). O Teatro do Oprimido (TO) é uma metodologia que surge nesta linha de pensamento, criada por Augusto Boal (Nunes, 2014). O objetivo principal do Teatro do Oprimido é transformar o espectador no “*protagonista da sua acção dramática, e fazer com que o indivíduo consiga reflectir o passado e preparar o futuro para o poder transformar.*” (Nunes, 2014: 25).

Nesta metodologia é evidente o papel social do teatro: “(...) *o TO é um teatro de intervenção (...)*” (Nunes, 2014: 25). A ligação entre este tipo de teatro e o público é singular, na medida em que não só afeta a vida social do espectador, como também afeta

a sua vida pessoal, ou seja, o Teatro do Oprimido é “(...) *uma ferramenta de ação social que leva o espectador a participar da ação dramática, dando-lhe as ferramentas dramáticas necessárias, a partir de temas que o aproximem e o estimulem a expressar a sua vivência em situações quotidianas.*” (Nunes, 2014: 25). Como meio de comunicação, o TO oferece, simultaneamente, “(...) *uma linguagem quotidiana e uma linguagem artística.*” (Nunes, 2014: 26).

“*Partidário de uma cultura popular, Boal reivindica uma arte teatral acessível a todos, profissionais ou não de teatro.*” (Nunes, 2014: 26).

Capítulo 3 – Arteterapia em contexto hospitalar

3.1. Terapia de grupo

Antes de explorar o significado, a origem e os vários tipos de terapias de grupo, importa compreender o que é psicoterapia – mencionada como um dos elementos fundamentais no tratamento de perturbações mentais – à qual é atribuída, atualmente, um maior peso relativamente à medicação psicótica. A terapia, em geral, é um tratamento que ajuda um indivíduo a recuperar das consequências de uma doença ou lesão (Cambrigdge Dictionary, s.d.); a psicoterapia, em particular, é um método (ou vários) de tratamento de doenças mentais que é feito através da reflexão acerca dos problemas de uma pessoa com outras pessoas ou com um profissional de saúde mental (Cambrigdge Dictionary, s.d.).

Segundo Bechelli e Santos, a origem da psicoterapia de grupo – ao contrário da psicoterapia individual – é vaga e caracterizada pelo desacordo entre estudiosos. Ainda assim, os autores – referenciando a literatura americana – demarcam o período de desenvolvimento da psicoterapia de grupo entre 1907 e 1950 e identificam Joseph Pratt como criador das terapias de grupo. Tudo começou quando alguns doentes de tuberculose não conseguiam suportar os custos de internamento e, em 1905, Pratt decidiu reunir com estes doentes, uma vez por semana, “*(...) para que fosse possível estabelecer maior contato com os pacientes.*” (Bechelli e Santos, 2004: 243). As vantagens destas reuniões foram logo visíveis pois o “*(...) reconhecimento de que não eram os únicos a sofrer, aparentemente, contribuía para certa sensação de melhora.*” (Bechelli e Santos, 2004: 243).

Posteriormente, o modelo de Pratt foi aplicado não só para tratar pacientes com tuberculose, mas também para tratar doentes mentais (Bechelli e Santos, 2004). As reuniões serviam de apoio a grupos constituídos por pessoas com problemas, sintomas e doenças semelhantes através da transmissão de instruções e conselhos (Bechelli e Santos, 2004). Deste modo, os doentes compartilhavam experiências semelhantes e testemunhavam a melhora de outros pacientes (Bechelli e Santos, 2004). Este modelo caracterizava-se por três fatores, que, hoje-em-dia são denominados por “fatores terapêuticos”: universalidade, aceitação e instilação de esperança (Bechelli e Santos, 2004: 243).

A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) foi um marco na psicoterapia de grupo. Inicialmente, as pessoas – não só civis, mas também militares – recorriam a padres, pastores ou rabinos para as ajudarem a lidar com os seus problemas emocionais, uma vez que pedir ajuda a um psiquiatra era considerado um “(...) *fracasso pessoal, vergonha para a família e um estigma.*” (Bechelli e Santos, 2004: 245). Esta percepção foi alterada pelo aumento das perturbações mentais, bem como pelo contexto de crise de saúde mental vivido. Consequentemente, foram adotadas técnicas de terapia de grupo (Guimón, 2003) e houve, então, uma explosão da psicoterapia de grupo – que foi considerada um recurso terapêutico essencial (Bechelli e Santos, 2004). O sucesso das experiências de grupo realizadas nesta época foi a razão pela qual diversos psiquiatras substituíram o tradicional isolamento do público pelas técnicas colocadas em prática durante a guerra (Guimón, 2003). Substancialmente, esta época caracterizou-se por uma mudança social, ao nível da procura de ajuda no campo da saúde mental (Bechelli e Santos, 2004).

Ao longo dos anos desenvolveram-se técnicas de tratamento já existentes bem como foram criadas técnicas que posteriormente se integraram nas terapias de grupo. Este tipo de terapia é aplicado tanto a transtornos “(...) *psicológicos.*” (Bechelli e Santos, 2004: 248) como a “(...) *transtornos psiquiátricos (...)*” (Bechelli e Santos, 2004: 248). Hoje conhecem-se vários modelos de terapias de grupo, entre os quais, “(...) *intervenção em situações de crises, problemas interpessoais, história recorrente de depressão, vítimas de desastres (...)*” (Bechelli e Santos, 2004: 248). Guimón (2003) refere exemplos de diagnósticos e respetivas abordagens terapêuticas, entre os quais destaca: perturbações de ansiedade, perturbações da personalidade (borderline), perturbações alimentares, dependência de álcool e drogas, perturbações depressivas, doentes esquizofrénicos e psiquiatria geriátrica.

Nos grupos de autoajuda – tanto como outros tipos de grupos terapêuticos – os participantes partilham de perturbações psicológicas ou condições clínicas idênticas, trocam histórias e experiências e apoiam-se mutuamente (Bechelli e Santos, 2004). O sucesso desta terapia em grupo deve-se à potencialização de fatores terapêuticos que incluem não só a universalidade e a instilação de esperança (anteriormente mencionados), mas também o altruísmo e o apoio mútuo; características que conferem a ideia “(...) *de que cada membro do grupo é agente de sua própria mudança.*” (Bechelli e Santos, 2004: 248). Por último, além dos membros estabelecerem metas comuns e resolverem

problemas semelhantes, a terapia de grupo ajuda na redução do isolamento social e do estigma associado às doenças.

“A feeling of universality is often a fundamental step in the therapy of clients burdened with shame, stigma, and self-blame, (...)” (Yalom e Leszcz, 2005: 8).

3.2. Arteterapia

“A arte não substitui o tratamento psiquiátrico, mas pode ser usada como mais uma ferramenta de intervenção.” (Capucho, 2018).

Na cronologia da arteterapia – tal como na da psicoterapia de grupo – enquadra-se a Segunda Guerra Mundial (como referido anteriormente, este foi um período que marcou a história da psicoterapia de grupo). Especificamente, a arteterapia revelou-se um instrumento fundamental na terapêutica do sofrimento psicológico dos soldados, uma vez que permitiu “(...) que estes expressassem os seus sentimentos através de desenhos e imagens (...) ajudando-os a lidar com o seu sofrimento.” (Luís, 2022: 17).

Ao recuar um pouco nesta história, encontra-se um nome incontornável do campo da arte como terapia: Hans Prinzhorn. O psiquiatra e psicoterapeuta, durante as primeiras décadas do século XX, identificou “(...) a existência de uma ligação entre a esquizofrenia e a criatividade, (...)” (Luís, 2022:12). Em 1930, a educadora norte-americana e pioneira da arteterapia, Margaret Naumburg, introduziu os alicerces da arteterapia

“(...) no tratamento de doentes psiquiátricos, pois considerava que estes conseguiam exprimir os seus sentimentos através da livre associação à Arte e que esta lhes permitia também libertar o seu inconsciente.” (Luís, 2022: 14).

Em Portugal, a origem da arteterapia remete às primeiras décadas de 1990, época durante a qual se observaram os primeiros movimentos em manicómios que foram intitulados de “Arte Bruta” (Luís, 2022). Contudo, este sucedido não alcançou o impacto esperado no país (Salgado, 2020: 18) “(...) possivelmente pelo isolamento a que o país esteve sujeito devido ao fascismo.” (Luís, 2022: 41). O passado da arteterapia em Portugal foi rubricado também pelo psiquiatra Cabral Fernandes que, em Lisboa, no Hospital Júlio de Matos, “(...) promoveu o ensino artístico de diversos pacientes.” (Luís, 2022: 41). É imprescindível referir, similarmente, “(...) a tradição do Teatro Terapêutico deste hospital.” (Luís, 2022: 41).

A consolidação da arteterapia em Portugal aconteceu em 1997 através da criação da Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT) na sequência do esforço de um núcleo de investigação (formado em 1994) que iniciou estudos de arteterapia, contactando com doentes psiquiátricos do Hospital Miguel Bombarda (Rocha, 2014). A SPAT foi fundada pelos psiquiatras João de Azevedo e Silva, Helena Correia e Ruy de Carvalho (Rocha, 2014). Atualmente, depreende-se a SPAT como uma “*(...) associação sem fins lucrativos, com cariz científico (...)*” (Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, s.d.) que “*(...) promove congressos, seminários e cursos de formação de arte-terapeutas ao mesmo tempo que tem uma intervenção terapêutica.*” (Rocha, 2014: 53).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, arteterapia é “*(...) um método de tratamento psíquico que utiliza mediadores artísticos no contexto de um processo terapêutico específico.*” (Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, s.d.). Ou seja, a arteterapia é uma “*(...) abordagem da psicologia que inclui na sua intervenção práticas artísticas.*” (Luís, 2022: 27).

A dinâmica deste processo é triangular, pois existe a ligação entre a criação, o paciente e o terapeuta, sendo que a confiança e o diálogo estão na base da relação entre o doente e o terapeuta (Martins, 2012). O elemento “criação” – dentro do triângulo anteriormente referido – é o que permite distinguir a arteterapia de outras terapias psíquicas. No diálogo da arteterapia, é dada extrema importância à comunicação não verbal

“Através das artes, da música do movimento corporal ou do jogo lúdico, pode-se transmitir profundos sentimentos, sem palavras, sendo nesse momento a principal forma de comunicação em terapia.” (Martins, 2012: 16).

Apesar de, formalmente, as terapias formais não abrangerem a arteterapia, este método favorece, terapeuticamente, os indivíduos que dele usufruem, seja através da dança, da música, do teatro ou de outro tipo de atividade artística (Luís, 2022). Na verdade, as manifestações artísticas – “*(...) como o desenho, a pintura, a música, a dança e a representação com finalidade expressiva, (...)*” (Martins, 2012: 35) – são atividades inerentes ao ser humano desde os tempos primitivos que o auxiliam na sua rotina do dia-a-dia, nas principais questões existenciais e no conhecimento e compreensão do mundo (Martins, 2012).

Na arteterapia, segundo a Associação Britânica de Arte-Terapia, não é necessário que o paciente possua experiência prévia na arte em questão, nem que o terapeuta faça a

avaliação da criação do doente (Martins, 2012). O objetivo fulcral deste método é “(...) permitir que a pessoa efetue mudanças, e promover o seu crescimento pessoal através do uso de materiais artísticos, num ambiente seguro e de facilitação.” (Martins, 2012: 18). O ambiente terapêutico deverá, então, ser “(...) cheio de ternura, compreensão e de tolerância, onde a liberdade expressiva é total, estimulando a espontaneidade expressiva e criativa.” (Rocha, 2014: 50). Prioriza-se, na arteterapia, “(...) a elaboração mental (...)” (Rocha, 2014: 50), sendo que o “(...) produto expressivo final.” (Rocha, 2014: 50) cai para segundo plano.

O experimento da arteterapia permite à pessoa não só resolver confrontos internos a nível psicológico, mas também simplificar a percepção de si própria e o seu desenvolvimento (Salgado, 2020). Nesta linha de pensamento é possível afirmar que a arte está muito para lá da estética, na medida em que desloca “(...) fragmentos do próprio indivíduo, do interno ao externo.” (Salgado, 2020: 18). Assim, na arteterapia, “(...) a criatividade (...) [é] o elemento unificador que (...) [estabelece] uma relação entre o mundo do subconsciente e o mundo externo ao indivíduo.” (Luís, 2022: 12). A realização de atividades artísticas sustenta a recuperação dos doentes na medida em que é “(...) uma forma de libertação dos traumas, dores e medos da doença e da morte (...)” (Rocha, 2014: 43) e que promove “(...) uma atitude de mais esperança perante a vida e de menos ansiedade e angústia.” (Rocha, 2014: 43).

A arteterapia direcionada a indivíduos com perturbações mentais – mais concretamente, a doentes internados em hospitais psiquiátricos – tem início no século XIX (Martins, 2012). Primitivamente, a criação de espaços artísticos nos asilos era rotulada de ocupação recreativa, de modo que “*O teatro e a música eram praticados nos asilos com a intenção de distrair os doentes.*” (Martins, 2012: 42). Nesta época, o trabalho criativo dos doentes mentais não tinha qualquer conotação terapêutica e era apenas utilizado como objeto de estudo para os psiquiatras (Martins, 2012).

Posteriormente, o interesse estético pelas criações artísticas dos pacientes determinou a “(...) introdução da atividade artística como forma terapêutica em ambientes hospitalares.” (Martins, 2012: 41), desta forma, no século XX, “(...) surgem as manifestações mais organizadas como grupos de teatro (...)” (Martins, 2012: 42). Os frutos favoráveis dos tratamentos de arteterapia não só viabilizaram a aceitação deste método pela comunidade científica, como também colaboraram para os consideráveis avanços nos estudos do campo da psiquiatria (Luís, 2022).

É inconcebível abordar psicoterapia, terapia de grupo e arteterapia sem mencionar um dos principais objetivos destes modelos (quer seja na esfera da sociedade, quer seja na esfera individual): a integração social ou, mais concretamente, a integração psicossocial. Uma das funções da arte é a integração social (Martins, 2012) – processo durante o qual as minorias são incorporadas na estrutura social da sociedade onde vivem – sendo a própria arte “(...) *um mediador entre vivências do Eu e o seu meio social.*” (Martins, 2012: 54). Um exemplo prático desta visão é o Programa Social de Arte-Terapia da SPAT que se destina a alargar as ações da associação à comunidade e cujo objetivo é “(...) *proporcionar uma melhor integração social, (...)*” (Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, s.d.).

Por fim – e atendendo à importância do teatro para este estudo – sublinha-se a integração social através do teatro: “*O teatro funciona como elemento de re-ligaçāo dos laços sociais e é um fim em si mesmo (...)*” (Gonçalves, s.d., citado por Costa, 2000). O teatro é, por isso, uma arte que, quando utilizada como recurso terapêutico – como forma de representação –, funciona como facilitador “(...) *da expressāo de sentimentos e emoções (...)*” (Silva, s.d., citado por Capucho, 2018). Esta arte opera como mediador não só entre terapeuta e doente, mas também entre o doente e a sociedade. Deste modo, o teatro leva os indivíduos que se entregam à prática teatral a “(...) *acreditar neles e nos seus projectos de vida (...)*” (Gonçalves, s.d., citado por Costa, 2000).

3.3. Projetos, em Portugal, de saúde mental e arteterapia

No Hospital Distrital de Santarém (HDS), em contexto pós-pandémico, foi desenvolvido um projeto que mobiliza a arte como ferramenta terapêutica. O espaço, OficINA – Arte Bruta Inclusiva, está instalado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS e tem como propósito “(...) *dar respostas de inclusāo socioprofissional e a desmistificaçāo da barreira do estigma associado à doença mental.*” (Ministério da Saúde, 2023). Este novo espaço destina-se à criação artística “«(...) que não pretende ser só arte plástica, pode ser costura, arraiolos, oficina de reciclagem de móveis, entre outras.»” (Ferreira citada por Ministério da Saúde, 2023).

O projeto OficINA recebeu apoio financeiro do Programa de Responsabilidade Social – Fidelidade Comunidade, que possibilitou a construção de um novo edifício adjacente

ao Serviço de Psiquiatria do HDS (Ministério da Saúde, 2023). O projeto beneficiou também do Prémio BPI “la Caixa” Capacitar, que permitirá a implementação de projetos de reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2023). A OficINA – Arte Bruta já realizou várias exposições.

Outro projeto relevante é o Manicómio, criado em março de 2019, sediado no Beato, em Lisboa. O Manicómio “...é o primeiro espaço de criação, Hub Social e Galeria de Arte Bruta, que promove trabalhos de artistas com experiência na doença mental” (Câmara Municipal de Lisboa, 2020), cujos fundadores são Sandro Resende e José Azevedo. Os artistas desenvolvem, neste espaço, atividades no setor das artes plásticas e visuais (escultura, pintura, etc.) e “(...) recebem uma bolsa, que inclui refeições, transportes e um salário, além de 70% da receita que resultar das vendas das peças produzidas e 90% dos workshops que realizam.” (Câmara Municipal de Lisboa, 2020).

Os fundadores não consideram que o projeto seja artisticamente terapêutico: “«Isto não é terapia, é arte. (...) Eu nunca vi uma ficha clínica, o que me interessa é a pessoa e o que ela quer fazer»” (Resende citado por Câmara Municipal de Lisboa, 2020). Os responsáveis pelo Manicómio sustentam que a flexibilidade de horários oferece liberdade e que é essa liberdade que é “A maior terapia.”. O objetivo primordial do projeto é desmistificar a doença mental. O Manicómio é apoiado pela Câmara Municipal de Lisboa e constituído por 22 técnicos de saúde mental, incluindo médicos psiquiatras cujas consultas têm um preço fixo de trinta euros.

Capítulo 4 – Metodologia

O presente estudo foi iniciado com uma revisão da literatura, pois a teoria fornece um pano de fundo e uma justificação para a investigação que está a ser realizada (Byrman, 2012). Este primeiro instrumento de recolha de dados fornece também um quadro no qual os fenómenos sociais podem ser compreendidos e os resultados da investigação podem ser interpretados (Byrman, 2012). Importa referir que esta metodologia acompanha toda a investigação: “*Some stages are likely to be ongoing – for example, searching the literature for new references (...)*” (Byrman, 2012: 82), uma vez que “*(...) a literature review is therefore a means to an end and not (...) an end in itself.*” (Yin, 2003: 9).

A utilidade de um estudo de caso concretiza-se na sua “*(...) ability to deal with a full variety of evidence – documents, artifacts, interviews, and observations – (...)*” (Bryman, 2012: 8).

A investigação departe das seguintes questões macro:

- Quais são os projetos, em Portugal, que trabalham a relação entre saúde mental e a projecção cultural?
- Porque é que existe estigma associado às perturbações mentais e de que forma o teatro terapêutico pode ser uma forma de combate ao estigma?

A escolha desta estratégia teve por base a necessidade de identificar um caso de estudo específico. Assim, foi selecionado um projeto único e representativo de uma realidade múltipla em Portugal: o Grupo de Teatro Terapêutico (GTT) do Hospital Júlio de Matos (atualmente designado CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa) em Lisboa; visando aprofundar vários aspectos do seu funcionamento e da sua projecção, dando uma maior relevância aos testemunhos dos atores-utentes do GTT de circunstâncias do seu dia-a-dia

“*In general, case studies are the preferred strategy when “how” or “why” questions are being posed, (...) and when the focus is on a contemporary phenomenon within some real-life context.*” (Yin, 2003: 1).

Portanto, o caso de estudo escolhido visa responder às seguintes questões:

- Como se desenvolve o trabalho de arteterapia no grupo de teatro do Hospital Júlio de Matos (CHPL)?
- Quais são as dimensões centrais da experiência do processo de arteterapia na perspetiva dos profissionais técnicos e dos atores-utentes?

O Grupo de Teatro Terapêutico é um exemplo empírico da união entre cultura e saúde mental – as pessoas com perturbações mentais praticam terapia teatral de modo a promover a sua saúde mental – e, por isso, um caso extremamente pertinente para o tema em análise

“(...) you would use the case study method because you deliberately wanted to cover contextual conditions – believing that they might be highly pertinent to your phenomenon of study.” (Yin, 2003: 13).

O caso de estudo é, então, o Grupo de Teatro Terapêutico e, o objeto de estudo é o trabalho do GGT no que respeita ao espetáculo APEIRON, as dinâmicas que decorreram no contexto de pré-produção, encenação e posteriormente à estreia no dia 21 de maio de 2023 e as atividades consequentes até agosto de 2023.

A composição do Grupo de Teatro Terapêutico à data do estudo inclui vinte atores-utentes, homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 27 e os 67 anos. O grupo é também constituído pelos técnicos: André de Carvalho (encenador, diretor de atores e dramaturgo), António Vicente (encenador e diretor de atores), Isabel Cristina Calheiros (terapeuta ocupacional e coordenadora), Liliane Viegas (dança-terapeuta), Joana Freitas (produção), Catarina (enfermeira voluntária) e Catarina (voluntária).

O grupo é composto por pessoas com experiência na doença mental – algumas que poderão estar internadas no hospital – que foram *“(...) encaminhadas pelos seus terapeutas (médicos psiquiatras ou psicólogos) durante o processo da sua reabilitação.”* (Gonçalves, 2012: 37). Na construção das peças e na sua exposição ao público, ninguém fica de fora: *“Todos os elementos que constituem o grupo contribuem para que o espetáculo aconteça, e por isso, todos têm igual importância.”* (Gonçalves, 2012: 37). Quando necessário e adequado, o elenco é constituído também por *“(...) outros sem tal experiência [na doença mental], que podem ser profissionais de teatro, técnicos de saúde, estudantes ou voluntários de áreas diversas.”* (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020).

De forma a responder às questões da pesquisa e a cumprir os objetivos do estudo, a recolha de dados é fundamental (Bryman, 2012). A presente investigação propõe uma análise qualitativa com recurso a duas técnicas de recolha de dados:

- 1) Observações – mínima participante e participante
- 2) Entrevistas – exploratória em grupo e semiestruturada em grupo

“(...) qualitative research often begins in a relatively open-ended way and entails a gradual narrowing-down of research questions or problems, the consumer of the writings deriving from the research is given few clues as to why one area was the chosen area upon which attention was focused rather than another.”
(Byrman, 2012: 405).

A primeira técnica de recolha de dados foi a observação não participante da peça de teatro APEIRON, apresentada no dia 21 de maio de 2023 no Teatro Meridional, em Lisboa. Este momento validou a escolha do tema e a decisão tanto do tema desta dissertação como da utilização do Grupo de Teatro Terapêutico como caso de estudo. Ter assistido à peça também desencadeou todas as etapas que se percorreram nesta investigação. A observação não participante – neste primeiro momento caracterizada por uma breve interação, no final do espetáculo, com o guionista e encenador André de Carvalho – prevê que o investigador

“Observes (...) but does not participate in group’s core activities. Interaction with group members occurs, but often tends to be through interviews, which, along with documents, tend to be the main source of data.” (Byrman, 2012: 444).

O trabalho de campo – que consiste na recolha direta de dados no ambiente onde ocorrem os fenómenos a ser estudados – serviu para a compreensão das dinâmicas das sessões do GTT, do ambiente vivido e das relações interpessoais. A investigação empírica no terreno foi acompanhada pela redação de um Diário de Campo.

A segunda técnica adotada é a entrevista. De acordo com Byrman (2012), os principais tipos de entrevista numa investigação qualitativa são a entrevista exploratória e a entrevista semiestruturada

“(...) in spite of the apparent proliferation of terms describing types of interview in qualitative research, the two main types are

the unstructured interview and the semi-structured interview.”
(Byrman, 2012: 469).

As duas entrevistas realizadas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas: “*(...) the interviews are usually audio-recorded and then subsequently transcribed.*” (Bryman, 2012: 13) e foi atendida a necessidade de reservar “*(...) at least six hours’ transcription for every one hour of recorded interview talk.*” (Bryman, 2012: 93).

A fase exploratória envolveu a observação não participante da peça de teatro APEIRON e uma entrevista aos técnicos do Grupo de Teatro Terapêutico. Posteriormente à observação da peça APEIRON, a fase exploratória contou ainda com a apresentação e introdução da investigadora aos responsáveis pelo Grupo de Teatro Terapêutico. Neste momento, realizou-se a entrevista exploratória aos responsáveis pelo GTT, num contexto informal, e de conhecimento recíproco, à qual se seguiu a apresentação da investigadora ao grupo.

A realização da entrevista exploratória considerou-se pertinente porque, por um lado, “*As entrevistas exploratórias completam utilmente as leituras.*” (Quivy, 1992: 85) e, por outro, este tipo de entrevista permite ao investigador “*(...) tomar consciência de aspectos da questão para os quais a sua própria experiência e as suas leituras, por si só, não o teriam.*” (Quivy, 1992: 85). De acordo com Byrman (2012), a principal justificação para a escolha deste método de recolha de dados é a sua flexibilidade: “*(...) it is the flexibility of the interview that makes it so attractive.*” (Byrman, 2012: 469).

Quanto aos contributos da entrevista exploratória, para esta investigação, destacaram-se os seguintes: ajudam “*(...) a constituir a problemática da investigação.*” (Quivy, 1992: 69), “*(...) contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam ou retificam o campo de investigação das leituras.*” (Quivy, 1992: 69) e visam “*(...) economizar perdas inúteis de energia e de tempo na leitura, na construção de hipóteses (...)*” (Quivy, 1992: 69). No fundo, de acordo com Quivy (1992), as entrevistas exploratórias são uma espécie de ponto de partida e de antecipação dos métodos e caminhos a seguir.

A função principal deste método de recolha de dados é, então

“*(...) revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras.*” (Quivy, 1992: 69).

Consequentemente, é fundamental que a entrevista “(...) *decorra de uma forma muito aberta e flexível e que o investigador evite fazer perguntas demasiado numerosas e demasiado precisas.*” (Quivy, 1992: 69), dado que esta metodologia serve para “(...) *encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, (...)*” (Quivy, 1992: 70).

Quivy (1992) sustenta que “(...) *docentes, investigadores especializados e peritos*” (Quivy, 1992: 71) no campo de investigação que envolve a pergunta de partida são a categoria de interlocutores mais válida para entrevistas exploratórias, uma vez que o risco de desvios é menor.

A escolha dos entrevistados teve por base esta premissa e, por isso, foram escolhidos os três principais responsáveis pelo Grupo de Teatro Terapêutico, a terapeuta Isabel (terapeuta ocupacional – campo da saúde), o guionista e encenador André (campo do teatro) e o encenador António (campo do teatro). A entrevista realizou-se presencialmente nas instalações do hospital, durou cerca de 2 horas, foi gravada e transcrita para fins únicos de consulta da investigadora, não havendo consentimento para publicação na íntegra ou parcial dos conteúdos. O guião desta entrevista encontra-se no Anexo I.

A fase de trabalho de campo prolongou-se por dois meses, entre junho e julho de 2023, e utilizaram-se duas observações: a observação mínima participante e a observação participante.

Neste ponto é importante contextualizar o horário e o tipo de sessões: as sessões de grupo acontecem todas as segundas, quartas e sextas – das 10h às 12h – sendo que a sessão de segunda-feira é uma sessão de dança terapia com a Dr.^a Liliane. As sessões de quarta-feira e sexta-feira são moderadas pela terapeuta Isabel e pelos encenadores André e António; estas sessões podem consistir tanto em terapia verbal, como em exercícios teatrais, como em leituras de texto ou mesmo ensaios de peças. O total de horas de observação foram 48h e foram redigidas 21 páginas de diário de campo ao longo do período de trabalho de observação.

Realizou-se observação participante nas sessões de dança terapia, de forma a envolver-me no grupo (nunca como parte efetiva), familiarizar-me nas sessões, bem como alcançar alguma confiança e aceitação dos membros. A definição de observação participante por Byrman (2012) engloba todos estes elementos

“Participates in group's core activities but not as a full member. In closed settings like organizations, the researcher works for the

concern often as part of a research bargain to gain entry or to gain acceptance; in open settings, the researcher is a regular in the vicinity and is involved fully in the principal activities.” (Byrman, 2012: 442).

As restantes sessões foram presenciadas com observação mínima participante, ou seja, com a minha participação em algumas das atividades (como, por exemplo, nos exercícios teatrais) porém mínima e reduzida ao essencial para não perturbar as dinâmicas de grupo e o bom desenvolvimento do trabalho. A estratégia foi definida em concomitância com os responsáveis do grupo que sempre guiaram e acompanharam todas as interações entre investigadora e utentes. Nesta estratégia, a maior fonte de dados são as entrevistas cujo guião assenta na revisão da literatura

“Observes but participates minimally in group’s core activities. Observer interacts with group members but observation (...) may not be the main source of data. When observation is not the main source of data, interviews and documents play a prominent role.” (Byrman, 2012: 443).

A par destas observações foi escrito um diário de campo, de modo a anotar as informações, comportamentos e reflexões mais relevantes que – sem a sua escrita – possivelmente seriam esquecidas. Na observação mínima participante a escrita foi concomitante com o decorrer das sessões (devidamente autorizada por todos os participantes) e na observação participante a escrita foi posterior às sessões. Byrman (2012) justifica a importância da escrita de um diário de campo

“Because of the frailties of human memory, ethnographers have to take notes based on their observations. These should be fairly detailed summaries of events and behaviour and the researcher’s initial reflections on them. The notes need to specify key dimensions of what- ever is observed or heard.” (Byrman, 2012: 447).

Segundo Ruquoy (2005) a primeira preocupação do investigador deverá ser a aproximação ao grupo que se pretende inquirir

“Depois de ter realizado a fase exploratória e de ter escolhido a amostra, a primeira preocupação do investigador consistirá em saber como estabelecer contacto com as pessoas que deseja interrogar.” (Ruquoy, 2005: 105).

O contacto com o grupo foi feito – tal como mencionado anteriormente – através do acompanhamento das sessões do Grupo de Teatro Terapêutico. Um dos principais objetivos deste acompanhamento do grupo foi criar “(...) *um clima de confiança, (...)*” (Ruquoy, 2005: 100) de forma a que, na entrevista aos membros, eles se sentissem confortáveis a “(...) *descobrir e revelar atitudes correspondentes aos seus pensamentos profundos.*” (Ruquoy, 2005: 100).

O ambiente de proximidade gerado foi essencial para que os atores dessem o seu contributo mais honesto e puro, notando que “*Quanto maior for a distância, mais o entrevistado terá de explicitar os seus comportamentos ou pensamentos para se fazer compreender.*” (Ruquoy, 2005: 101). Tal envolvente também foi basilar para que o entrevistador surgisse como neutro e aberto a todas as opiniões (Ruquoy, 2005), portanto, o investigador “(...) *não dá a sua opinião, não avalia, não faz sugestões, não vinca um interesse particular por determinadas afirmações do seu interlocutor, evitando ao mesmo tempo parecer indiferente.*” (Ruquoy, 2005: 100). Sucintamente, o investigador deve manifestar “(...) *uma aceitação incondicional dos sentimentos e opiniões (...)*” (Ruquoy, 2005: 100) dos membros do grupo. Pretende-se que seja caloroso, que escute e que estimule o discurso dos entrevistados (Ruquoy, 2005).

Além do ambiente de proximidade, foram tidos em conta vários fatores contextuais, entre os quais: o local da entrevista, a disposição do espaço e a liberdade de resposta. O local deve “(...) *ser pertinente ao objecto de estudo (...)*” (Ruquoy, 2005: 102) e “(...) *facilitar no entrevistado a expressão do seu ponto de vista pessoal, (...)*” (Ruquoy, 2005: 102); foi, por isso, escolhido o Salão Nobre do CHPL, lugar onde decorrem as sessões de grupo. A disposição foi a similar à também utilizada nas sessões de grupo: sentados, em círculo, de modo a evitar “(...) *engendrar sentimentos de inferioridade, de desconfiança.*” (Ruquoy, 2005: 102). Quanto à liberdade de resposta, evidenciam-se vários aspetos. Primeiramente, nem todos os atores responderam a todas as perguntas, não só porque lhes foi dada a liberdade de responder apenas às perguntas com as quais se sentissem mais confortáveis, mas também para evitar a saturação de informação

“*Logo que se destaque uma certa coerência na análise e que as novas informações mais não façam do que confirmarem as anteriores, poderemos considerar que está a ser atingido um nível de saturação das informações.*” (Ruquoy, 2005: 104).

Os entrevistados foram ainda informados de que não existiam respostas certas nem respostas erradas – apenas se pretendia que falassem da sua experiência pessoal –, cujo fundamento foi o de que “(...) *o entrevistador deve fazer (...) desaparecer os receios, por exemplo, quando o sujeito crê que não será capaz de responder (...)*” (Ruquoy, 2005: 108).

Outro fator contextual – delineado previamente – foi a duração da entrevista que “(...) *quanto mais curta for, mais difícil será o estabelecimento da confiança.*” (Ruquoy, 2005: 102). Esboçou-se, então, uma entrevista de grupo dividida em duas partes. Cada parte demorou cerca de uma hora e as entrevistas foram realizadas no horário das sessões de grupo (não só pela conveniência para os entrevistados, como pelo auxílio prestado pelo encenador António e pela terapeuta Isabel na moderação da entrevista) ocupando metade do tempo de uma sessão de grupo. Esta repartição teve dois aspetos em consideração, por um lado, não ocupar o tempo total da sessão de grupo e, por outro, não enfadar os atores-utentes. O método escolhido foi uma entrevista semiestruturada – cujo guião se encontra no Anexo II – de modo a «(...) *explorar livremente o pensamento do outro, permanecendo ao mesmo tempo no quadro do objecto de estudo.*» (Ruquoy, 2005: 111).

O método de inquirição aplicado aos atores-utentes foi o grupo focal (*focus group*). Foi o método considerado mais simples e eficaz, mas também o mais vantajoso para os atores, uma vez que, desta forma, cada um respondeu só e apenas às perguntas com as quais se sentiu confortável. A utilização desta técnica está, segundo Byrman (2012), relacionada com a utilização da investigação qualitativa no geral. O *focus group* “(...) *allows the researcher to develop an understanding about why people feel the way they do.*” (Byrman, 2012: 503) e é bastante útil – principalmente para este estudo – “(...) *in the elicitation of a wide variety of different views in relation to a particular issue.*” (Byrman, 2012: 503).

Num *focus group*, o investigador está preocupado em compreender como reagem os entrevistados às opiniões uns dos outros e desenvolvem coletivamente perspetivas através das interações que ocorrem no grupo (Byrman, 2012). Tal como em todos os métodos, a opção por um *focus group* tem algumas desvantagens, nomeadamente: o investigador tem, provavelmente, menos controlo sobre os procedimentos; os dados são difíceis de analisar e as gravações áudio são “(...) *more time-consuming to transcribe.*” (Byrman, 2012: 517). Uma entrevista a um *focus group* é, essencialmente, uma entrevista de grupo (Byrman, 2012). A composição do grupo deve envolver “(...) *more than one, usually at*

least four, interviewees.” (Byrman, 2012: 501), mas o tamanho típico é entre seis e dez membros (Byrman, 2012).

O *focus group* decorreu em dois dias – 9 de agosto de 2023 às 11h e 11 de agosto de 2023 às 11h – e contou com nove atores-utentes, na primeira parte, e, na segunda parte, estiveram presentes dez atores-utentes. A incoerência numérica justifica-se pela não obrigatoriedade de comparecer às sessões de grupo. Antes de cada entrevista, todos os atores assinaram o consentimento informado do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o consentimento informado do ISCTE e foram também informados da proteção de dados pessoais sensíveis, nomeadamente, o anonimato e a confidencialidade dos dados. A participação dos atores-utentes foi anónima e confidencial. Para fins académicos, de forma a resguardar a identidade dos membros, utilizou-se apenas a letra inicial do nome – de forma a identificar e distinguir a autoria da citação – e não foi criada nenhuma tabela de caracterização da amostra. O presente estudo teve autorização do CHPL.

Os procedimentos analíticos sucessivos são de tipo qualitativo (Byrman, 2012) e assentam na análise de conteúdo temática orientada pela anterior definição de dimensões de análise, que cruzam a literatura consultada e as inferências exploratórias feitas a partir da recolha de dados da observação participante.

Capítulo 5 – Discussão dos resultados

5.1. Contextualização das atividades do CHPL

O Hospital Júlio de Matos nasceu como alternativa ao Hospital Miguel Bombarda, surgiu de uma aspiração antiga do psiquiatra Júlio de Matos e foi construído com fundos doados por Salgado de Araújo. Assim, o “Novo Manicómio de Lisboa” – expressão utilizada na época – iniciou a sua atividade em 1942 e foi o primeiro hospital a dispor de uma unidade de psicocirurgia, onde o neurocirurgião Egas Moniz desenvolveu a famosa técnica de lobotomia. Na época, o Hospital Júlio de Matos foi considerado um dos melhores da Europa, distinção que se deveu a vários fatores, entre os quais, a liberdade proporcionada aos doentes: “(...) *a circulação no exterior do hospital (...)*” (SNS, s.d.).

Em 2005 foi divulgado que o governo português estava a ponderar o encerramento de um dos dois hospitais psiquiátricos de Lisboa: ou o Hospital Júlio de Matos ou o Hospital Miguel Bombarda (Agência Lusa, 2005). A secretária de Estado Adjunta e da Saúde da altura, Carmen Pignateli, assegurou que “(...) *a desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos* é um dos objectivos (...)” (Agência Lusa, 2005) do governo em 2005. Neste período, o “(...) *eventual encerramento dos hospitais psiquiátricos (...)*” (Agência Lusa, 2005) era uma decisão a ser tomada pelo governo que ia de acordo com uma das propostas de promoção da saúde mental presente no relatório da WHO de 2001: o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos (WHO, 2001). Por outro lado, Carmen Pignateli sublinhou a impossibilidade de serem encerrados todos os hospitais psiquiátricos (Agência Lusa, 2005). Outra medida sugerida pela WHO em 2001 foi a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde que, em Portugal, já se verificava: “(...) *novos serviços de psiquiatria que (...) passaram a existir nos hospitais centrais.*” (Agência Lusa, 2005).

Foi em 2007 – através da Portaria-1373/2007 de 19 de outubro (SNS, s.d.) – que foi criado o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), produto da união do Hospital Júlio de Matos e do Hospital Miguel Bombarda. Esta organização está sediada na Avenida Brasil, nº53 (no Parque de Saúde de Lisboa) e é “(...) *um estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde, integrado no Setor Público Administrativo.*” (SNS, s.d.) que detém autoridade jurídica bem como autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CHPL, 2023).

A missão do CHPL é fornecer, à população, cuidados de psiquiatria e saúde mental, na qual os indivíduos são acompanhados por equipas multidisciplinares qualificadas. Os serviços do CHPL vão desde o internamento de pessoas com patologias mentais graves até redes de serviços locais distribuídas por zonas geodemográficas (SNS, s.d.). Simultaneamente, o CHPL concentra-se no desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados para promover a desinstitucionalização dos pacientes residentes. Na evolução da atividade clínica desenvolvida, o CHPL destaca o Grupo de Teatro Terapêutico (GTT) e os seus “Doentes – Atores”.

A criação de serviços comunitários de saúde mental foi também uma medida proposta, recorrentemente, pela WHO em 2001, cujo objetivo seria mudar o foco dos cuidados de saúde hospitalar para os cuidados de saúde comunitários. O CHPL cumpriu esta demanda e criou quatro unidades de serviço comunitário de modo a integrar “(...) *os doentes de forma efetiva na vida ativa na sua comunidade.*” (SNS, s.d.). Desta forma, foram construídos centros de intervenção comunitária nos quais estão dispostas equipas do CHPL: o CCSMO – Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas – em Odivelas, o CiNTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório – em Sintra, o MESMO – Espaço de Saúde Mental e Ocupacional – em Mafra, e a Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Torres Vedras.

5.2. O Grupo de Teatro Terapêutico

Construindo a ponte entre o Hospital Júlio de Matos e a génesis do Grupo de Teatro Terapêutico, sublinha-se que “(...) *as técnicas de visualização, pensamento positivo e Artes expressivas para ativar o sistema imunológico estão, cada vez mais, a tornar-se mais aceites e difundidas pela comunidade hospitalar.*” (Luís, 2022:33). As artes expressivas (entre elas, o teatro) têm sido importantíssimas para a promoção da saúde mental e, principalmente, para a recuperação de indivíduos com perturbações mentais: “(...) *a Arte tem um impacto positivo no processo de cura (...)*” (Luís, 2022:33).

O Grupo de Teatro Terapêutico (GTT) nasceu em 1968, no período da “(*Primavera Marcelista (...)*)” (Gouveia, 2016: 16) durante a qual pairava a “(...) *expetativa vã de uma mudança gradual na política do País, (...)*” (Gouveia, 2016: 16). A união entre “(...) *Médicos com uma consciência alerta para a condição dos doentes e interessados em*

envolvê-los em atividades que os estimulassem e desenvolvessem as suas capacidades, (...)” (Gouveia, 2016: 17) e a vontade demonstrada por um grupo de doentes do hospital em realizar espetáculos de teatro (Gonçalves, 2012) originou um coletivo apelidado “Centro Cultural Dr. Sousa Gomes”. Este clube surgiu com o intuito de preencher “(...) *uma lacuna no campo recreativo e cultural nas actividades dirigidas (...)”* (Gonçalves, 2012: 34) pelo Hospital Júlio de Matos.

Portanto, “(...) os médicos resolveram abrir as portas do hospital à actividade teatral (...)” (Gonçalves, 2012: 34), abrindo também a “(...) *possibilidade de contacto com pessoas não ligadas aos problemas psiquiátricos.*” (Gonçalves, 2012: 34). Para o primeiro espetáculo de apresentação, o grupo escolheu a peça Óleo, de Eugene O’Neill, e “(...) *sem quaisquer recursos financeiros, (...)”* (Gouveia, 2016: 17) propôs um trabalho conjunto com “(...) *um grupo de amigos da área do teatro, entre os quais se incluía João Silva, (...)”* (Gouveia, 2016: 17). O ator, encenador e dramaturgo João Silva, foi então um dos fundadores do projeto.

João Silva (19??-2018) teve “(...) *a audácia de dar uma voz a quem não a tinha (...)”* (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020) recolhendo “(...) *a delicadeza crua das sensibilidades daqueles que participavam no projeto e com elas redigia peças de teatro.*” (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020). O mestre – como é recordado entre os membros do Grupo de Teatro Terapêutico – dedicou grande parte da sua vida e trabalho ao GTT (Carvalho, 2019) e foi o responsável pela subsistência do grupo até aos dias de hoje. O seu modo de trabalho consistia em absorver “(...) *o íntimo de cada um, onde encontrava as alegrias e os abismos inerentes (...)”* (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020) à própria condição humana.

O verdadeiro nascimento do GTT remete ao ano de 1969, tendo sido neste época que “*O projecto deixou de ser apenas uma festa ocasional para se tornar uma realidade importante e necessária para muitos.*” (Silva citado por Gonçalves, 2012: 34). Com o passar dos anos e o reconhecimento que foi adquirindo, o Grupo de Teatro Terapêutico conquistou o seu lugar “(...) *tanto no campo da saúde como no da cultura, (...)”* (Gonçalves, 2012: 35). Ao ser reconhecido o seu valor cultural, ao longo de seis anos (de 1970 a 1976), o grupo teve o apoio do serviço de Belas Artes da Fundação Calouste Gulbenkian (Gonçalves, 2012). Em 1997 “(...) *são retirados os apoios da fundação Calouste Gulbenkian e da Comissão instaladora do Hospital*” (Gouveia, 2016: 21) e, consequentemente, o grupo correu risco de extinção. Foi durante este intervalo que o

grupo fez a sua primeira apresentação fora dos muros do Hospital Júlio de Matos, no Teatro da Comuna, comprometendo-se a agitar mentalidades

“A exibição da peça num espaço público e cultural, fora do clima asséptico e normativo do Hospital, e a abertura a um público mais alargado concedeu novos horizontes à problemática da doença mental, permitindo um contributo inestimável para a reavaliação de estereótipos e preconceitos profundamente arreigados na sociedade, bem como o introduzir de uma consciência mais alerta e informada nas mentalidades.” (Gouveia, 2016: 21).

A persistência e resiliência de João Silva foram responsáveis para que o grupo voltasse a ter lugar no Hospital Júlio de Matos (Gonçalves, 2012). Corria, ainda, o ano de 1997 quando é atribuída a nomeação “Terapêutico” ao grupo de teatro e, após um ano sem apoios financeiros, o hospital assume o financiamento do Grupo de Teatro Terapêutico.

O GTT pode, então, ser classificado como uma entidade pública pertencente ao Ministério da Saúde e, simultaneamente, uma Unidade do Serviço de Reabilitação do Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa. Através do seu orçamento, o CHPL financia o Grupo de Teatro Terapêutico, tal como financia qualquer outro serviço do hospital.

O GTT é um projeto sem fins lucrativos.

O Grupo de Teatro Terapêutico é “*(...) um grupo de teatro pioneiro na história da psiquiatria em Portugal, (...)*” (Gonçalves, 2012: 3) que – concebido durante o Estado Novo, em tempo de ditadura – completou, este ano (2023), cinquenta e cinco anos.

A equipa do GTT trabalha as peças criativamente e com análogo profissionalismo de outras companhias de teatro profissional, sem nunca descurar o lado terapêutico (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020)

“O projeto GTT, pioneiro, é simultaneamente uma terapia e uma libertação pela Arte, o teatro.” (Grupo de Teatro Terapêutico, 2020).

5.3. A peça teatral APEIRON

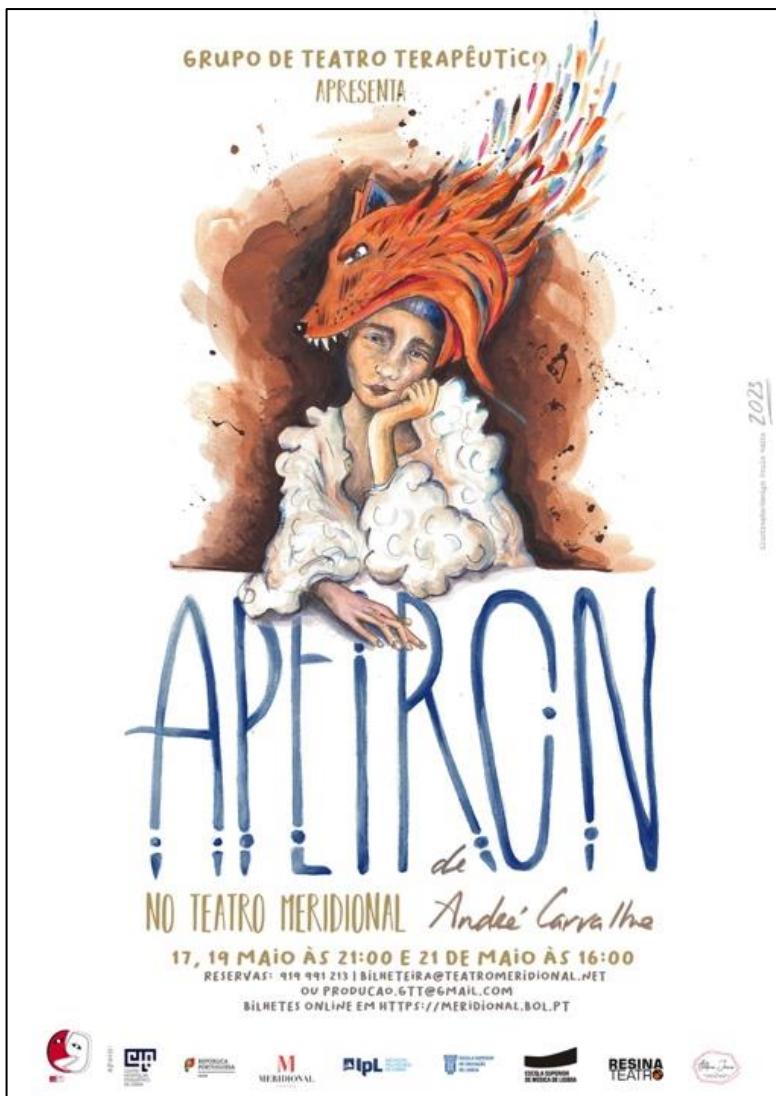


Figura 1. Cartaz da peça de teatro APEIRON⁷

“A relação entre opressores e oprimidos existe desde tempos imemoriais. Há mesmo quem diga que é uma constante da própria civilização, antes mesmo de esta sequer existir. É também o que espoleta a desobediência e, quando ultrapassado o limiar, a rebeldia. Todavia, os grilhões que nos limitam a existência nem sempre têm origens exteriores, são antes sentenças auto-impostas. Ainda assim, esta relação entre opostos (tal como quente-frio; fraco-forte; normal-anormal) é volátil, pelo que pode ser invertida com maior ou menor dificuldade, permitindo ao encarcerado libertar-se do seu cárcere. Se a manifestação certa for encontrada. Para isso, por vezes basta atrevermo-nos a atravessar a fenda do imaginário.” (André de Carvalho, sinopse APEIRON⁷).

⁷ Fonte: Agenda Cultural Lisboa (s.d.), disponível em <https://www.agendalx.pt/events/event/apeiron/>

A criação do espetáculo de teatro APEIRON começou com uma dinâmica de associação de ideias em que o ponto de partida foi a discussão da dicotomia obediência: desobediência. Posteriormente, o grupo foi aprofundando ou introduzindo novos temas que também se relacionassem. Naturalmente, as conversas durante as sessões foram avançando para temas como a violência, a opressão: liberdade, o tempo, a identidade. O GTT leu ainda excertos de Shakespeare e o mito de Ícaro, entre muitos outros.

Em termos estéticos, o trabalho de encenação visava fazer um corte profundo com a peça anterior, Linha-d'água. O encenador refere que, provavelmente, foi influenciado pelo que estava a ler e a ver na altura, daí toda a peça parecer meio distópica. Contudo, o dramaturgo afirma que, após uma reflexão profunda, a história da peça não está assim tão distante da realidade. Segundo o encenador, não há muito tempo, quem fosse considerado “estranho” ou “anormal” era mesmo afastado da sociedade (e não apenas em termos de saúde mental).

O guionista da peça afirma que existe uma ligação, talvez não tão óbvia, do processo de internamento de alguém numa unidade psiquiátrica. Nomeadamente, a sensação de estar constantemente a ser vigiado, de desconfiança, de uma opressão estéril intensa. O encenador pretendia que, mais do que o texto, a encenação também levasse essas sensações ao espectador. Motivo pelo qual estavam presentes na peça a constante repetição, de cenas, de músicas, de movimentos; sendo que essa repetição, aos olhos do encenador, também é bastante opressiva. No fim do espetáculo, existe uma libertação, neste caso, através do canto, mas – de acordo com o dramaturgo – podia ser outra atividade qualquer (pintar, escrever, cozinhar também podem libertar as amarras que cada um sente no seu quotidiano).

Quanto à mensagem, o guionista da peça não acredita que haja uma mensagem única a ser transmitida. O GTT apresenta as suas ideias sobre determinados assuntos e, no final da peça, abre a conversa com o público. O encenador refere que é por este debate com o público que algumas pessoas partilharam com o grupo o que viram no palco, sendo quase uma representação de como se sentem no dia-a-dia, no vaivém trabalho-casa, nas relações familiares e noutras situações; menciona ainda que, acima de tudo, é um ponto de partida para uma discussão com os espectadores. O encenador explica que esta é uma partilha recíproca, como acontece em todos os espetáculos do Grupo de Teatro Terapêutico, desde 1968.

5.4. As perspetivas do Grupo de Teatro Terapêutico

A arteterapia é composta por dois campos: o campo da arte e o campo da terapia, e a sua aplicação exige, por um lado, profissionais da área da terapia e, por outro, profissionais da área das artes.

“(...) a atividade artística melhorou o trabalho emocional, transmitindo o conteúdo psicológico consciente e inconsciente, por isso surge a exigência de uma figura profissional que trabalhe com o paciente e estabeleça com ele uma relação significativa, baseada na empatia artística.” (Luís, 2022: 13).

Deste modo, justifica-se a entrevista aos principais responsáveis pelo Grupo de Teatro Terapêutico e moderadores das sessões de grupo (que irão ser identificados como “técnicos”), onde comparecem profissionais de ambos os setores.

A arteterapia exige também utentes, para quem este método foi desenvolvido. No caso do GTT, os maiores beneficiários são os atores-utentes. O grande propósito deste estudo sempre foi compreender o lado dos atores-utentes, porque, na realidade, são eles que têm experiência na doença mental, bem como são quem sente o maior impacto da fusão entre terapia e cultura.

Fatores terapêuticos da arteterapia

Os técnicos afirmam a importância do conúbio entre arte e terapia como pilar fundamental do seu trabalho e consolidação da existência do grupo de profissionais que constitui a equipa. No GTT a arte e a terapia são, portanto, indissociáveis, mas separam-se quando se aborda a finalidade da arteterapia. De acordo com a literatura, os exercícios e os ensaios são adaptados aos resultados de um processo contínuo que se foca nas dificuldades e nos objetivos de transformação e melhoria do estado cognitivo das pessoas

“O que importa terapeuticamente é a elaboração mental e não o produto expressivo final.” (Rocha, 2014: 50).

Os atores-utentes também sublinharam a relevância da fusão entre arte e terapia, bem como o valor das sessões de grupo

“O., pedindo permissão para falar, referiu que o GTT não é só teatro e não é só terapia, é ambas. A arte e a terapia completam-se e complementam-se naquele grupo, e O. frisou a importância que aquelas sessões e aquele processo têm na sua vida.” (Diário de Campo, 2023).

“Eu aqui alivio a minha mente, ou seja, a minha saúde mental aqui dissipa-se. Não tenho depressões, não tenho ansiedade, não sinto a bipolaridade, por isso, dissipa-se a minha doença. (...) Eu, por isso, quando estou aqui transformo-me, sinto-me transformado; quando saio daqui ainda vou satisfeito e tal, por aí fora, ainda me corre bem o dia...e é isso.” (T., 2023).

As terapias de grupo permitem o “(...) desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, (...)” (Salgado, 2020: 17), como a “(...) habilidade de retenção de informação, (...)” (Salgado, 2020: 24) e uma “(...) maior concentração, (...)” (Salgado, 2020: 24). Estas capacidades foram adquiridas, com êxito, por um dos membros do GTT

“(...) sofro de Asperger. Vim para aqui por causa da minha atenção, para melhorar a minha atenção (...) e (...) consegui, (...) melhorei muito.” (P., 2023).

Salgado (2020) refere também “(...) maior autoestima e autoconfiança.” (Salgado, 2020: 25) como benefícios da arteterapia, benefícios esses que são partilhados por vários atores do GTT

“Ajuda-me a melhorar a minha autoestima, a minha autoconfiança, a ficar menos desinibida; as sessões são importantes por causa disso.” (S., 2020).

“(...) melhorar a autoestima, tal como a minha amiga, e também o relacionamento com os outros melhorou, ganhei mais autoconfiança (...)” (F., 2023).

“(...) melhorei a minha autoestima e a minha segurança na vida, ter um papel na vida, conheci pessoas diferentes às quais me prendi muitíssimo, (...)” (MJ., 2023).

A autoestima tem um “(...) papel fundamental sobre o psiquismo do indivíduo, sendo muito importante para suas experiências, saúde psíquica, e atitudes para consigo e para os outros, base para a construção da personalidade.” (Salgado, 2020: 25). A melhoria

das relações interpessoais foi frisada por alguns atores, até porque a arteterapia ajuda a “(...) restabelecer o (...) diálogo com o mundo, (...)” (Luís, 2022: 35)

“Ajuda-me a ser uma melhor pessoa, a conhecer-me melhor e também a interagir melhor com os outros.” (S., 2023).

“Eu também notei isso, passei a interagir muito melhor com os outros.” (MD., 2023).

Outro fator terapêutico da arte é a contribuição para o crescimento pessoal, especialmente, ao “(...) servir como forma de expressão para muitos que, por algum motivo, não se expressam verbalmente.” (Salgado, 2020: 18). P., membro reservado do grupo, confessou que estar no grupo é uma forma de se expressar como parte integrante da sociedade

“(...) eu sou uma pessoa muito reservada (...). Há um filme do...ele é um ator que (...) ele sozinho é que pode e os outros não podem nada e eu sou um bocadinho assim. Em vez de a sociedade virar as costas a mim, eu é que viro costas à sociedade. E eu, estando aqui, estou a ter uma forma de lidar um bocadinho com os outros e não estar completamente a excluir as pessoas todas, umas atrás das outras, (...). Disseram uma vez que o grupo tem de ter aqui um resumo da sociedade, todos os escalões da sociedade. E eu aqui estou a lidar com esse resumo da sociedade, uns são assim, os outros são assados, os outros são cozidos e não sei quê. Estou a lidar um bocadinho com toda a sociedade que é para não virar totalmente as costas à sociedade. O objetivo é não virar as costas totalmente à sociedade, estar sempre a lidar com a sociedade.” (P., 2023).

A reserva e a timidez dos atores são características que vão sucumbindo durante o processo terapêutico, uma vez que a arteterapia em comunidade embebe a mente, permitindo que os pacientes mais inibidos libertem a sua criatividade (Luís, 2022). F. revelou a timidez extrema que lhe era característica prévia à entrada no grupo e contou, brevemente, como a ultrapassou

“(...) eu era extremamente tímido (...) Não me podiam tocar, Mariana, as pessoas davam-me um toque, Mariana, e eu ficava arrepiado. Pensava que me estavam a fazer mal, Mariana. Era horrível. Foi um amigo meu que (...) disse «F., vem cá, eu dou-te um abraço e depois já tocas nos outros.», (...). E depois melhorou muito a minha autoestima e melhorou muito a minha confiança nos outros.” (F., 2023).

Dualidade da arteterapia

É de opinião comum aos técnicos que a doença mental necessita, sempre, de um processo terapêutico e, na fase adequada, os atores-utentes podem desenvolver as suas competências artísticas. No entanto, existe uma dualidade na arteterapia: uma vez que a atividade teatral e performativa requer tanto a colocação em jogo dos atores como a sua movimentação profunda, podem existir casos em que isso comporte algum risco de “desorganização” no sentido de ativação de emoções, percepções e pensamentos que podem resultar na dificuldade, para os utentes-atores, em lidar com certos exercícios. M. e R. confirmaram esta percepção através dos seus testemunhos

“(...) [no teatro terapêutico] descobrimos coisas em relação a nós próprios, vamos mexer em coisas profundas e do passado quando estamos a encarnar os personagens, mas tive sempre colo, tive sempre rede de apoio quando estava mais insegura e quando achei que não era capaz, (...)” (M., 2023);

“(...) [o maior desafio dos ensaios para a peça APEIRON] para mim foi difícil a parte das repetições, daquilo dos jogos nas várias etapas da vida, aquelas repetições que tínhamos de fazer uns com os outros, eu baralhava-me um bocado...(...) essas coisas fez-me confusão (...), senti...primeiro senti-me mal, não é? Senti-me um bocado mal e frustrada como eu estou sempre a dizer, (...) E tive dificuldades, tive muitas dificuldades, (...)” (R., 2023);

“Eu, por exemplo,...eu sou um bocado...eu gosto desses exercícios [pré espetáculo], mas às vezes também fujo um bocadinho deles. (...) eu às vezes também gosto de estar um bocado recolhida. Gosto de entrar, mas depois quando nos começamos todos a aproximar para fazer aqueles exercícios de muita sorte, eu tenho um bocado de claustrofobia e fujo.” (R., 2023).

Os técnicos ainda referem que, com o adequado acompanhamento, este exercício de movimentação e de provação da dimensão cognitiva, psicológica e afetiva mediante a arte pode ser parte do processo terapêutico e trazer vantagens para os atores-utentes envolvidos. Isto é, destaca-se a importância para ambos (terapeuta e utente), assim como referido pela literatura

“(...) as intervenções artísticas, ajudam o terapeuta a compreender com mais clareza o estado emocional [da pessoa] (...), os receios, dúvidas e ansiedades que ela tem dificuldade em verbalizar, assim como potenciam a melhoria das suas respostas cognitivo-comportamentais (...)” (Luís, 2022: 35).

Impacto do diagnóstico da doença mental

O diagnóstico da doença mental é fundamental para que os técnicos possam desenvolver um trabalho adequado, eficaz e direcionado. No caso do GTT – como para vários tipos de terapia – são fundamentais o diagnóstico e o acompanhamento do estado de saúde dos atores-utentes para o processo terapêutico e para a interpretação das suas produções. Os técnicos concordam com as afirmações de Salgado

“(...) [a produção artística do paciente] não é possível de ser compreendida e, portanto, interpretada de maneira adequada, se não tivermos informações prévias sobre a história de vida do sujeito que a elaborou (...)” (Salgado, 2020: 17).

A diagnose das perturbações mentais, para os atores-utentes, pode traduzir-se em escassez profissional e, consequentemente, o aumento do tempo livre. Ocupar o tempo livre revela-se uma atividade fundamental, visto que “(...) *a partir do momento em que o tempo livre aumenta, (...), podem surgir sentimentos negativos e problemas como depressão e solidão.*” (Salgado, 2020: 24). Três membros do grupo identificaram a monotonia, a depressão e a solidão como principais motivações para a sua entrada no grupo

“*Aderi pelo desafio e...tentar melhorar o estado de saúde mental, de depressão e de solidão, (...)*” (AM., 2023).

“(...) *Eu estava há sete anos desempregada e estava num marasmo total e estava só a ver televisão, nos cafés, (...) Eu queria ocupar o meu tempo (...) porque eu trabalhei...eu tinha estado no campo do trabalho, em várias áreas e, de repente, quase nem conseguia pensar, estava sempre ali sempre em frente à televisão e o meu pensamento era sempre «o que é que vai dar no capítulo a seguir?», (...)*” (R., 2023).

“*Eu aderi ao grupo porque sentia-me sozinha, sentia-me sem objetivos, estava desempregada e...sentia-me...estava doente*

e...achei que seria uma mais-valia, até porque gosto muito de teatro, sempre gostei e ouvi na rádio falar deste grupo e vim cá saber como é que era, porque eu estava doente e queria fazer uma coisa diferente.” (MJ., 2023).

Socialização como ferramenta para combater o isolamento social

A socialização intrínseca a “*(...) alguns ateliers ou grupos (...)*” (Salgado, 2020: 19) tem um resultado muito benéfico na recuperação dos utentes, de modo que “*(...) a convivência e socialização (...) têm cumprido (...) [o] papel de diminuir a ação da solidão e do isolamento social.*” (Salgado, 2020: 19). Esta premissa foi confirmada por um dos membros:

“Confesso que acordei a pensar que já passava das dez. Surpreendi-me vendo que eram sete: «Vou, vou» porque se não ficava...eu sou viúva, faz hoje, precisamente, seis meses...e sei que ficaria o dia inteiro a remoer. (...) gosto de vos vir encontrar e estar convosco, o que de alguma forma permite socializar, (...).” (AM., 2023).

Rotina proporcionada pelas sessões trissemestrais

Por norma o ambiente hospitalar implica “*(...) a quebra da rotina diária e o afastamento de ambientes estimulantes (...)*” (Luís, 2022: 34), mas, visto do perímetro do GTT, os atores-utentes, ao dirigirem-se para o hospital e frequentarem as sessões de grupo estão a criar rotinas e envolvidos em atividades que os estimulam

“E o que me motiva também a vir para aqui...eu sou um bocado adversa às rotinas (...) coisas muito certinhas, sempre a mesma coisa, repetitivo, eu sou um bocado adversa; mas depois também faz falta, não é? Saber que tenho de sair àquela hora, vir para aqui, ter aquele objetivo...objetivos e metas, é importante também, não é? E também estar sempre a criar também cansa, não é? Estar todos os dias a criar coisas novas na minha cabeça, a pessoa fica ainda mais...dá um puf...não vale a pena, dá mais dores de cabeça, mas eu gosto mais é destes debates e das conversas. Gosto do teatro, mas às vezes os ensaios são muito repetitivos – o que é normal porque é teatro, como outras coisas na vida, o estudar também é repetitivo, eu também andei na universidade, temos de estar sempre ali também a...pronto, até saber o que temos de fazer – mas eu gosto mais é dessas novidades que às vezes aparecem. Estou a ser sincera [ri-se] não

estou assim só por causa disso, mas é o que me estimula mais.”
(R., 2023).

“É a terceira vez, já gosto de vos vir encontrar e estar convosco, o que de alguma forma permite socializar, a expectativa ainda do que virá e querer...querer ter uma rotina. A rotina que a R. não gosta, eu fiquei...recordo-me de ter acordado e de ter ficado grata porque segundas, quartas e sextas vou ali.” (AM., 2023).

Já T., admite que frequentar as sessões é uma forma de fugir à rotina

“Eu é assim, se não venho para cá, fico no meu limbo, por isso eu obrigo-me a vir para cá para sair da rotina porque eu tenho uma...não sei se é doença ou é da minha cabeça, por isso, se fico em casa, não tenho ninguém com quem falar, não tenho ninguém com quem desabafar, não tenho ninguém que me encaminhe. Quando venho para aqui sinto-me melhor e quando saio daqui vou muito melhor do que antes de vir. Por isso eu obrigo-me a levantar-me cedo para vir para cá – porque eu tenho de estar cá às dez horas, venho pela 2ª circular e é sempre umas grandes filas de trânsito – e obrigo-me a vir para ficar bem, para ficar melhor.” (T., 2023).

Terapia de grupo

Em contexto arte-terapêutico e na sala de ensaios, os técnicos referem que as condições visíveis e momentâneas refletem outras faces da realidade, porque existe uma relação de proximidade, um ambiente diferente daquele meramente hospitalar e por isso uma percepção de que não existem barreiras nem qualquer obstáculo entre os técnicos e os doentes.

Os responsáveis trabalham com cuidado e atenção a dimensão relacional. Daí a importância dada à compreensão do papel que cada um tem dentro do grupo e à gestão destes múltiplos papéis no contexto do grupo e das relações entre indivíduos que – apesar de terem um papel real e institucional como “terapeuta”, “encenadores”, “utentes” – trabalham a dimensão individual e social, respeitando-se e dando espaço de expressão a todos os membros. A noção do papel de cada um reflete o respeito vivido durante as sessões de grupo

“Uma das regras nas sessões (não escritas, nem ditas em voz alta, mas percebidas por quem as assiste) é que cada um fala na sua vez. E assim, após a intervenção do encenador cada um, na

sua vez, deu a sua opinião sobre o assunto.” (Diário de Campo, 2023).

Guimón (2003) defende que, na terapia de grupo, os membros podem sentir pressão para se conformar às normas grupais como, por exemplo, opiniões e comportamentos. O autor sustenta que este conformismo nem sempre é opressivo

“(...) el individuo puede valorizar su pertenencia al grupo y conformarse a sus normas con el fin de conseguir un objetivo personal, por ejemplo, satisfacer su necesidad de relaciones afectivas.” (Guimón, 2003: 264).

As relações afetivas são extremamente evidentes no GTT, de tal modo que muitos membros consideram esta comunidade como uma segunda família

“(...) houve ainda quem dissesse «Este grupo é a minha segunda família»” (Diário de Campo, 2023).

“(...) estar no grupo é estar em família. Eu sinto-me muito, muito bem com o grupo e sinto-me acarinhado, com calor, estando a funcionar neste grupo. Por vezes aparecem coisas...pequenas coisas, o dar a mão, o abraçar, o...há certas e determinadas coisas que são muito...apesar de serem ligeiras, contam muito, dentro de um grupo.” (T., 2023).

“Os meus amigos são as pessoas que estão aqui.” (T., 2023).

“(...) eu sinto-me realizado aqui. Eu quando não venho não penso no que estou a perder, só quando venho é que penso no que é que perdi.” (T., 2023).

Na terapia de grupo, *“As sessões podem ser bastante agradáveis e divertidas, o que é fundamental para que o paciente se sinta bem, tenha prazer nas sessões e se sinta feliz com o que faz; (...)”* (Rocha, 2014: 49). Além das sessões, as peças de teatro realizadas pelos atores também são muito importantes para a sua realização pessoal e felicidade

“O teatro, para mim, faz-me bem, por isso...encarnar personagens por vezes é difícil, mas quando acabo de fazer uma peça de teatro sinto-me descarregado, sinto-me bem, sinto-me alegre.” (T., 2023).

Quando foram colocadas as questões “*O que é que aprendem com os atores-utentes?*” e “*O que é que eles aprendem convosco?*”, o encenador António sublinhou a empatia proveniente da partilha e troca de experiências da vida real. Independentemente dos papéis que cada um tem, existe uma troca, uma partilha de experiências e dificuldades que podem ser comuns a encenadores/terapeutas e atores-utentes. O encenador refere ainda que o GTT pode ser uma espécie de laboratório para experimentarem vários exercícios com os atores consoante os ensinamentos que o João Silva deixou.

Os três técnicos afirmam que o GTT é uma grande escola e que crescem, todos os dias, com este projeto, a trabalhar com os atores-utentes. O Grupo de Teatro Terapêutico é, para todos – tanto para a equipa GTT na íntegra, como para o público –, uma oportunidade para mudar, para corrigir, mas principalmente, para aproveitar os momentos vividos. O importante, para o GTT, é que se compreenda que o processo terapêutico e o processo artístico não são sistemas paralelos, pelo contrário, são complemento um do outro. De modo que a missão do GTT é juntar ambos.

Metodologia do grupo, introduzida por João Silva

Quando questionados sobre as diferenças e semelhanças entre trabalhar com atores profissionais e trabalhar com atores-utentes, as respostas dos técnicos indicam que há semelhanças, sobretudo no que toca ao processo artístico, mas a diferença principal é a metodologia de João Silva

“O espectáculo As Magnólias, de 1991, assinala uma viragem na metodologia usada no Grupo. Se até então o foco eram textos de outros autores ou adaptações para teatro, doravante os textos surgem através de conversas com os utentes, de partilhas e confidências, no decorrer de várias sessões, que João Silva posteriormente trabalhava e aprimorava. Os conteúdos não eram alterados, mas a forma sim.” (Carvalho, 2019).

João Silva introduziu, em 1991, esta metodologia que se foi desenvolvendo e aperfeiçoando com o tempo, porque tinha resultados visíveis em termos artísticos e, fundamentalmente, em termos terapêuticos. O traço distintivo desta metodologia verifica-se no acompanhamento, por uma terapeuta, de todo o processo artístico. São introduzidas técnicas terapêuticas que permitem aos atores-utentes, em simultâneo, desenvolver o seu processo individual de mudança, respeitando as dificuldades e os objetivos pessoais, e

também a dinâmica do grupo. Tudo isto só é possível quando a equipa técnica (teatro e terapia) trabalha em conjunto, respeitando-se.

A sensibilidade foi uma característica sublinhada como marca do GTT e como uma das maiores diferenciações. A distinção verifica-se nos níveis de profissionalismo da formação e da *performance*, mas, sobretudo, prende-se com a finalidade terapêutica do exercício teatral e do processo formativo e performativo. Por esse motivo, as exigências no que toca memória, capacidade de atuação, afinidade de texto e capacidade de improvisação mudam drasticamente no GTT face outros contextos por serem inferiores aos *standard* profissionais.

Os restantes aspectos associados à atividade teatral (ensaios, marcações, decorar o texto, etc. até ao espetáculo em palco) são praticamente idênticos às restantes companhias com, claramente, diferenças intrínsecas de estilo artístico, assim como capacidades e disponibilidades orçamentais e de recursos disponíveis e necessários. Toda a produção é influenciada pela missão organizacional e pelos critérios de definição dos objetivos relacionados com a exibição: por exemplo, contrapomos os objetivos comerciais, de venda de bilhetes e persecução de carreiras artísticas e sustentabilidade financeira de organizações culturais vs. objetivos de culminação de uma fase do processo terapêutico e de apresentação pública do trabalho desenvolvido, ao longo dos anos.

Existe uma característica da metodologia do GTT, que reflete a “*(...) análise retroativa dos trabalhos já realizados nas sessões anteriores, para se observar a sua evolução; (...)*” (Rocha, 2014: 48). As experiências vividas são incluídas na troca de ideias e existe sempre um momento de balanço, partilha e avaliação a posteriori.

Se hoje se fala cada vez mais em saúde mental debilitada ou mesmo de doença mental, provavelmente muito se deve ao GTT que existe desde 1968 e é um projeto pioneiro na área. E nessa altura, João Silva, guardava um tempo após o espetáculo para discussão de ideias que, em 68, contrastava com o período de ditadura vivido. O princípio de construção dos espetáculos centrava-se no modo aberto, contextualizado e colaborativo: o guião das peças é escrito a partir das conversas com os atores.

“A criação dos trabalhos estimula o estabelecimento de conversação acerca da sua realização (...) As conversas sobre os trabalhos podem levar à exploração de assuntos importantes.” (Rocha, 2014: 48-49).

Ou seja, segundo Rocha (2014) e tal como acontece no GTT, o ato de criar algo gera diálogo e debate e, simultaneamente, essas discussões podem ser uma ponte para a exploração de tópicos relevantes para o trabalho artístico e criativo.

Os momentos de construção das peças são muito dinâmicos e requerem a participação de todos os atores – são vários os fatores a considerar, nomeadamente

“(...) a socialização e o contacto com colegas (...), momentos de desabafos, resgate da necessidade de buscar no outro a completude do seu eu social, sorrir, conviver, realizar trocas, encontrar-se e encontrar ao outro, satisfação social na transmissão de informações e conhecimento, aprendizagem e ensino, criação de laços afetivos, divertimento.” (Salgado, 2020: 24).

Alguns destes aspetos – entre eles, a entreajuda – pertencem ao dia-a-dia dos atores, particularmente, no processo criativo

“(...) há um grande espírito de entreajuda entre os colegas que faz com que, quando nós nos enganamos numa parte da nossa fala, eles consigam corrigir-nos e ajudar-nos.” (S., 2023).

“Eu aprendi, Mariana, a relacionar-me ainda melhor com os colegas, aprendi também, Mariana, enquanto ator, que...que posso trabalhar a contracena, o que é muito importante. (...) é um trabalho de grupo.” (F., 2023).

Por outro lado, os traços de cada um também podem interferir com estes momentos

“(...) às vezes, sem querer, ser um bocado impulsivo com os técnicos e com os meus colegas; às vezes porto-me mal, Mariana, porque não é só da doença, é do mau feitio [risos] (...)” (F., 2023).

Os membros do GTT revivem tudo aquilo que concretizam, ou seja, apontam-se os aspetos a melhorar, confessando inquietações e dificuldades, transmitindo os seus sentimentos, etc. os membros do grupo dão espaço à sua evolução (não só enquanto grupo, mas também enquanto seres humanos e atores)

“(...) o encenador aproveitou para lhe fazer algumas perguntas relativas ao final da peça, pois na última sessão – na qual fizeram o balanço da peça – a P. não estava presente e não tinha dado o seu parecer. O encenador perguntou, então, a sua opinião: se tinha ficado satisfeita com o resultado, que

dificuldades teve (tanto nos ensaios como no espetáculo) e o que alterava no processo. (...) Ao recordar as peças ao vivo, os atores teceram vários comentários, contaram histórias, inquietações (...). No final das peças, toda a equipa se juntava em palco para falar um pouco com o público. Nesta linha de pensamento, o encenador referiu um ponto a melhorar: eram sempre os mesmos atores que falam no final, os que são mais extrovertidos e menos tímidos. Sugeriu ao grupo que – apesar de saber que muitos deles têm muito para dizer e querem “despejar” tudo aquilo que têm em mente – deveriam começar a dar espaço para os restantes terem também a sua voz.” (Diário de Campo, 2023).

Coesão grupal: relação de entreajuda e rede de confiança

O trabalho criativo num grupo terapêutico requer, constantemente, “*(...) ajuda, o que pode ajudar a mobilizar a boa vontade de outras pessoas.*” (Rocha, 2014: 49), portanto, o ambiente vivido “*(...) é quase sempre uma excelente via para motivar a participação e a cooperação; (...)*” (Rocha, 2014: 49). Assim, comparativamente a outras companhias de teatro, os membros do GTT não podem prescindir de uma relação de entreajuda e de uma rede de confiança.

O sentimento de pertença a um grupo proporciona ao indivíduo uma certa segurança que é reforçada pela vivência em comunidade, paralelamente, os membros do grupo – na convivência e através da entreajuda – encontram a sua identidade (Guimón, 2003). O individualismo, característico do ser humano, dissipar com a ajuda dos colegas, dos encenadores e da terapeuta do GTT

“(...) eu tive a ajuda dos encenadores e dos meus atores colegas e amigos e da Sr.^a Dr.^a Isabel Cristina, que foi preciosa, porque eu não conseguia trabalhar a interação das cenas. (...) eu distraía-me muito porque estava lá fora, porque pensamentos que me vinham à cabeça..., o que fazia com que eu não conseguisse interagir com os outros. Estava muito centrado em mim próprio como se fosse um monstro de egoísmo (...)" (F., 2023)

“(...) Eu não seria a mesma pessoa se não tivesse vindo para este grupo. (...) melhorei a minha saúde, fiquei mais estável, a minha maneira de lidar com a depressão mudou, ou seja, tinha novos desafios que era conviver e estar em sintonia aqui e acho que nesse aspeto foi bom. As coisas são feitas em grupo e isso realmente tirou-me um bocadinho a maneira egoísta de eu ser e de pensar, eu era um bocadinho individualista, e pensar em tudo

o que é diferente, mas acho que também é uma mais-valia.” (MJ., 2023)

Nesta linha de pensamento, J. referiu a união que se sente nos ensaios e a diferença que esta aliança faz na representação teatral

“Os ensaios é uma coisa espetacular porque conseguimos abrir-nos em frente dos nossos colegas, conseguimos encruzar-nos, estarmos a representar com outros, não para os outros.” (J., 2023).

Cruzando a pertença a um grupo com a arteterapia, é possível afirmar que: “*A arte terapia favorece a relação com o outro e traz a sensação de inclusão, de fazer parte de um grupo, (...)*” (Salgado, 2020: 25). No entanto, existem alguns desafios que têm de ser ultrapassados de modo a alcançar a plenitude e o bem-estar

“(...) foi um desafio muito maior e muito mais difícil do que eu imaginava, mas acabei por me afeiçoar ao grupo, aos colegas, por gostar e respeitar e confiar no trabalho dos encenadores, da terapeuta, e fui ficando, e é muito interessante, e é muito giro. (...) Senti muita confiança na estrutura do grupo.” (M., 2023).

Motivada pela arte, MJ. mencionou que, inicialmente, nem previu o processo terapêutico, apenas tinha em mente pertencer a algo artístico

“(...) Mas eu não pensei logo na parte terapêutica, não sabia até que ponto é que seria terapêutico; pensei mais na parte de fazer uma coisa da qual gosto e relacionada com a arte.” (MJ., 2023).

Noutra perspetiva, R. enfatizou a vontade de conhecer pessoas novas e de pertencer a um grupo

“O que me levou [a aderir ao grupo] é que é assim, não é que eu quisesse sempre ser atriz, não é? Eu (...) queria desenvolver as minhas capacidades e as minhas competências, (...) E então...e eu queria fazer parte de um grupo também – que não fazia há muito tempo – conhecer pessoas novas também, foi o que me motivou a vir para este grupo também.” (R., 2023).

A ansiedade e o nervosismo são sentimentos naturais e inerentes a qualquer ser humano. No entanto, estes sentimentos agravam-se em situações de maior *stress* como, por exemplo, antes de entrar em palco

“(...) muita ansiedade partilhada por todos (...) comungamos todos a mesma ansiedade, tanto técnicos como utentes.” (F., 2023).

Segundo Guimón (2003), os grupos geram uma certa solidariedade que permite ao indivíduo defender-se, eficazmente, das pressões organizacionais. Segundo o autor, a pessoa pode aproveitar as diretrizes da equipa para reforçar os seus mecanismos de defesa contra a ansiedade. Desta forma, haverá um *“(...) controle da pressão, sensação de menor nervosismo e ansiedade, (...)”* (Salgado, 2020: 24)

“(...) nós em equipa, o nosso esforço de equipa, Mariana, resulta de trabalharmos esta ansiedade com os nossos terapeutas, que trabalham connosco a ansiedade para diminuir a nossa ansiedade em palco.” (F., 2023).

Também a dança – que *“(...) permite a projeção das imagens internas e exploração e uso do corpo no espaço.”* (Salgado, 2020: 26) – acalma os atores-utentes nos momentos de maior tensão

“Nós fazemos exercícios com a Dr.^a Liliane, de relaxamento, damos as mãos, respiramos fundo, fazemos...cada um faz o movimento que acha que está a precisar de fazer e liberta-nos, vocês repetem...temos assim sessões em grupo em que comungamos todos do mesmo nervoso e do mesmo relaxamento.” (M.J. 2023).

O público dos espetáculos também é, segundo F., um grande dissipador da ansiedade e dos nervos sentidos pelos atores

“(...) essa ansiedade torna-nos muito nervosos, mas depois quando vamos para palco, mesmo nervosos, sabe bem as palmas do público, Mariana, a mim sabe-me muito bem.” (F., 2023).

Estreia da peça APEIRON

Antes da estreia da peça APEIRON, existiram alguns percalços no que respeita à produção (o cenário só foi visto e experimentado dois dias antes do primeiro espetáculo, o ensaio geral foi ao mesmo tempo do ensaio técnico, etc.). Porém, a terapeuta Isabel considera que estes imprevistos foram benéficos para os atores-utentes – retorna a sublinhar-se a dualidade da arteterapia – na medida em que a terapeuta defende que estes momentos são oportunidades de adaptação e desenvolvimento de competências. Desta forma, os atores-utentes aprendem a adaptar-se e a desenvolver competências para lidarem com imprevistos. Porém, é sempre necessário – frisa a terapeuta – um acompanhamento terapêutico na gestão destes acontecimentos de modo que os atores-utentes consigam atingir estes benefícios.

P., quando questionado sobre o que sentiu após a estreia do APEIRON, revelou que um dos seus objetivos é reconhecer satisfação no público e confessou considerar a estreia como um momento sobrenatural

“Uma certa magia no ar. A Dr.^a Liliane disse-me uma vez antes de entrar em palco «Você vai entrar no seu momento mágico.», então, eu entrei no meu momento mágico e (...) a magia está feita, agora é só repetir outras vezes. Senti uma certa magia a entrar e a sair. Um ilusionista nunca revela os seus recursos. Uma pessoa tem de se desenrascar para entrar e sair bem nos truques e deixar a plateia mais alegre, mais bem-disposta, mais...contente consigo própria. É um momento mágico, em que se entra e sai-se do momento mágico. Foi sair de um momento mágico extremamente agradável.” (P., 2023).

Apresentação de peças ao público

A apresentação das peças ao público é considerada um reconhecimento do trabalho artístico realizado durante o processo terapêutico

“Os efeitos foram atribuídos ao reconhecimento das conquistas dos usuários pelos pares por profissionais e pela comunidade, com a exibição de obras ao público desempenhando um papel importante no processo.” (Ferreira, 2019: 41).

O debate sobre os vários elementos que compõem um espetáculo desenvolveu-se durante a entrevista e vários atores do GTT atribuíram um papel crucial ao público, inclusive, a importância do *feedback* que a audiência lhes dá

“(...) faz-me muita falta (...) a parte do teatro também porque gosto de representar, sobretudo estar em cima do palco, ouvir o público, aquelas conversas que fazemos no fim com o público é o que eu gosto mais, (...)” (R., 2023);

“(...) nós gostamos de público variado, de estar com outras pessoas do teatro, de ser aplaudidos – eu gosto muito dos aplausos também – de estarmos...a partilha, a partilha com o público...” (MJ., 2023);

“(...) o público é imprevisível. Nós quando vamos para palco nunca sabemos como é que o público vai reagir. E, quando acabamos e temos aquelas conversas com o público, eu fico sempre espantado com coisas que eles vão buscar para definirem aquilo que sentiram e que viram. É sempre uma caixinha de surpresas.” (T., 2023).

A exposição das “(...) peças artísticas, (...)” (Luís, 2022: 17) é uma forma de “(...) partilhar com público a criatividade dos doentes mentais e promover a sua compreensão.” (Luís, 2022: 17). A mensagem que os atores do GTT querem passar ao público é a mais natural possível, uma mensagem de pessoas para pessoas

“(...) fazer chegar ao público uma mensagem nossa que não é a mensagem dos maluquinhos, que não é a mensagem dos doentes do hospital, mas sim uma mensagem de pessoas para pessoas, tudo isso.” (MJ., 2023).

Por isso, quando questionados sobre a importância da apresentação de peças fora dos muros do CHPL, a resposta foi crua e direta

“Porque não nos põe rótulos. É uma maneira também de não nos colocarem rótulos. Se estivéssemos só no hospital era porque fazíamos só no hospital porque não tínhamos qualidade para ir a outro sítio. Assim, não nos colocam rótulos. (...)” (MJ., 2023).

Na opinião do GTT importa encenar em teatros públicos e em espaços abertos à sociedade fora do hospital. Por isso, um dos objetivos do GTT é sair dos muros do

Hospital Júlio de Matos e fazer o circuito de todas as companhias (Meridional, São Luiz, D. Maria II, etc.).

Estigmas associados às perturbações mentais

A visceralidade presente na voz dos atores-utentes quando falam sobre as mensagens que querem transmitir ao público, transparecem uma certa urgência em entrar no tema “estigma”. Os projetos de arteterapia são extremamente importantes para o combate ao estigma

“É importante ressalvar (...) o papel da comunidade e dos pares na aprovação do trabalho desenvolvido a partir dos projectos de arte-terapia, algo que é extremamente importante na ajuda ao combate a um dos maiores flagelos que envolvem a doença mental, o preconceito, que infelizmente ainda existe com bastante proeminência na nossa sociedade.” (Ferreira, 2019: 41).

Foram inúmeras as histórias contadas pelos atores-utentes relacionadas com o estigma que sofreram na própria pele, bem como os exemplos concretos, que observam no seu dia-a-dia. Decidiu-se destacar as seguintes passagens

“Existe estigma...eu...não sabia se havia ou não, não era uma coisa em que eu pensasse, mas depois do meu diagnóstico e de ter tido a ideia brilhante de partilhar a patologia que tenho com amigos e colegas, fui muito estigmatizada. Tive as provas disso de formas muito desagradáveis, não vale a pena estar a exemplificar. Pessoas que desapareceram pura e simplesmente – eram muito amigas e depois já não eram – trabalhos que não apareciam, se trabalhava por conta própria...pronto, complicado, (...)” (M., 2023).

“Eu, por exemplo, eu moro aqui no bairro já há bastante tempo (...) e as pessoas (...) dizem «Ah, vem ali de cima! Olhem aqueles, aqueles andam agora aí. Então deixaram-nos sair cá para fora? Ah, mas eles deviam era estar lá fechados, andam aqui agora a passear e aqui a chatear e não sei quê...o que é que andam aqui a fazer? » como se as pessoas não tivessem direito a viver no mesmo bairro que eles (...) e eu, por exemplo, eu às vezes tenho até medo...perguntam-me o que é que eu faço (...) eu tenho até vergonha...não é vergonha...tenho medo de dizer que faço teatro aqui (...) e até gostava de partilhar com as pessoas o trabalho

que a gente faz aqui e tudo e até convidar para vir ver, e às vezes até convido, mas sempre a medo, sinceramente. (...) ainda continua a haver este estigma aqui das pessoas com as pessoas aqui do hospital.” (R., 2023).

“Existe estigma sim, (...) e nós combatemos isso através da arte e procuramos passar mensagens, (...) nós, com as nossas peças, podemos inquietar o público...podemos inquietar o público e transmitir uma mensagem do combate ao estigma. Ainda há muito estigma associado à doença mental, (...)” (F., 2023).

“Eu fico lixado com o estigma quando digo que faço teatro no Júlio de Matos. Toda a gente fica assim “Hã? Júlio de Matos? Epá então tens qualquer coisa que não está bem.”, (...) até em relação à minha mulher, (...) até por parte dela sinto esse estigma, em relação ao Hospital Júlio de Matos.” (T., 2023).

Durante a entrevista aos técnicos, foram analisados alguns exemplos de expressões estigmatizantes utilizados pelos *media* e pela comunicação social e pessoal, que influenciam a sociedade e criam viés discriminatórios e sistémicos. R. deu alguns exemplos relativos a estas questões

“[utilizam-se expressões estigmatizantes] Na televisão, na rádio, na Assembleia da República...e usam muito, até no outro dia na rádio ouvi, na televisão...quando se querem magoar uns aos outros ou dizem um disparate qualquer e para justificar o disparate que disseram ou alguma piada desadequada: «Ah, agora estou esquizofrénico!». Até já vi peças de teatro, (...) e mesmo na Assembleia ouve-se nos debates parlamentares, e na rádio e na televisão, pessoas que vão lá (...) e dizem (...) «Ai eu estou esquizofrénico e tu estás bipolar, estou não sei quê» como se isso fosse «Ai e tal, tu és a Maria, tu és o João, tu és o Fernando», como se fossem nomes próprios, sem saber do que estão a falar e a querer diminuir essas pessoas. E a desculpar os disparates que dizem: «Ah, eu digo disparates, posso dizer disparates porque sou maluco!», desculpem lá o termo (...) Eu acho que isso é absolutamente inconcebível.” (R., 2023).

Segundo o encenador André, a utilização deste tipo de expressões estigmatizantes perpetuar-se-á devido à ignorância e à normalização. Porém, a utilização destas expressões por indivíduos formados e cultos, que sabem o significado das palavras, é preocupante.

Associada ao estigma, está a conceção de que os atores-utentes frequentam o GTT por mero entretenimento, mas importa frisar que

“A arteterapia não é mero entretenimento, mas sim um excelente meio de auxílio ao ser humano, uma forma de linguagem que desenvolve a autoconfiança, reduz ansiedades, favorece a auto-estima, facilita a motivação pessoal, enriquece a autonomia, supera dificuldades e ajuda a aliviar o sofrimento.” (Rocha, 2014: 47).

Foram vários os atores que se manifestaram relativamente a esta questão

“(...) continuando com essa história do estigma, até em relação à minha mulher, ela pensa que eu ando aqui a brincar (...)” (T., 2023).

“(...) digo sempre Júlio de Matos, (...) as pessoas pensam: «Ah, mas aí? Mas há um teatro aí? Mas que teatro é esse? O que é que andam para lá a fazer? Ah, isso deve ser só para vos entreter, não é?».” (R., 2023).

“E outras vezes as pessoas pensam que o nosso dia-a-dia, que o facto de estarmos aqui no teatro, nós...que é para nos entretermos, isto é um entretenimento. Há pessoas que pensam que nós estamos aqui para nos entretermos, que é um hobbie. Isto é mais do que um hobbie e do que fazer entretenimento. Isto não é, não é um entretenimento. Como temos gosto pelo teatro..., mas eu não venho para aqui entreter-me. E as pessoas não compreendem isso: «Ah, pelo menos estás ocupada, entreténs-te.» (...) E isso...dói ouvir isso, dói. Dói porque nós sabemos que o que fazemos é bom (...)” (MJ., 2023).

“(...) [nós] não estamos a entreter-nos, nós estamos a fazer uma terapia e estamos a fazer arte.” (F., 2023).

O autoestigma merece ser perspetivado pelos atores-utentes do GTT e que foi abordado aquando da questão *“Como foi a aceitação da vossa própria doença?”*

“Eu demorei muito tempo – para aí um ano, um ano e tal – a aceitar. A minha mãe punha-me as revistas da ADEB, Associação de apoio a Doentes Depressivos e Bipolares, à frente e eu lia um bocado, depois identificava-me com as coisas e rejeitava, e escondia as revistas, e não as queria ver e tal. Depois perguntava-lhe «Ó mãe, isto eu sou assim, não sou? E tal, isto

acontece-me.» e ela «Pois, pois». Portanto, demorou um tempo, demora. Tomei logo...tomei a medicação, fiz tudo o que a psiquiatra dizia, etc., mas tomou um tempo, sim.” (M., 2023).

“Eu, em relação a mim, sinto estigma. Eu próprio sinto o meu estigma. Posso acusar as outras pessoas, como eu disse há bocado (os meus familiares mais próximos), mas em relação a mim eu penso «Epá, tu és maluquinho, tu não regulas bem da cabeça, não regulas bem da cabeça.», (...)” (T., 2023).

“Levei algum tempo a aceitar. Pensava que o diagnóstico estivesse errado. [risos] Foi tudo um processo gradual.” (MD, 2023).

“(...) eu autoestigmatizo-me muito porque digo «Tu és maluquinho, ninguém gosta de ti, tu não prestas, és doido, não regulas bem, és tarado e ninguém gosta de ti.» (...) e fico muito mal (...) no princípio foi difícil aceitar-me, mas consegui-me aceitar. (...) o teatro, aqui o grupo de teatro que é terapêutico (...), através da terapia podemos combater o autoestigma e o estigma da sociedade que está associado a nós por sermos doentes mentais.” (F., 2023).

Aumento da discussão sobre saúde mental após a pandemia COVID-19

Desde sempre que o GTT aborda o tema, mas, desde a pandemia, de forma brusca, deixaram de existir muros – como os do Hospital Júlio de Matos – e as questões de saúde mental passaram a estar em cima da mesa de todos os portugueses e, diariamente, a passar no ecrã das nossas casas. Na opinião dos técnicos, o aumento da preocupação está relacionado com aumento de interesse, pois o contexto pandémico obrigou ao confronto com a situação e exacerbou as condições de mal-estar e de isolamento social.

Como consequência da COVID-19, existiu uma explosão de novos casos de perturbações mentais e, sequentemente, um aumento da discussão sobre saúde mental. Na entrevista aos atores, M. apoiou esta ideia:

“Agora está. Agora fala-se da saúde mental, desde um bocadinho antes da pandemia ou desde a pandemia, já está na ordem do dia, mas não estava.” (M., 2023).

A explosão de casos de perturbações mentais provocou, então, um aumento significativo da preocupação das pessoas em relação a problemas do forro mental. No decorrer da entrevista, um dos encenadores deu a sua perspetiva relativamente a este tema, evidenciando a dualidade do assunto. Resumidamente, o encenador defende que existe, por um lado, uma esfera cuja preocupação é informar e combater o estigma e, por outro, uma esfera cujo propósito é superficial, abordando o tema apenas porque é uma tendência, um tópico que se tornou *main stream* nas conversas e na agenda pública, contudo, acontecendo de forma mais instrumental e superficial e por vezes carecendo da devida informação e formação.

Questionados sobre se existiu maior adesão do público após a pandemia, o GTT afirmou ainda não conseguir responder à questão por ser algo muito recente e por existirem várias variáveis: a da pandemia, a do GTT (e do público que o tem acompanhado ao longo dos anos), a divulgação e o próprio espaço (por exemplo, o Teatro Meridional – onde se realizou o APEIRON – tem também o seu público). Apesar disso, afirmam que o espetáculo pós-pandemia “Linha-d’água” teve oitenta/noventa por cento de lotação preenchida (mesmo estando em cena durante mais de um mês) e o último (APEIRON) – apesar de não ter tido uma grande divulgação – teve todas as datas esgotadas e havia lista de espera.

Gestão do Grupo de Teatro Terapêutico

Nesta linha de pensamento surgiu a questão do financiamento do Grupo de Teatro Terapêutico. Uma breve parte da entrevista aos técnicos verteu sobre questões ligadas ao financiamento do grupo, produção das peças e gestão. Os técnicos explicaram que o Grupo de Teatro Terapêutico integra o Serviço de Reabilitação Psicossocial do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, pelo que o financiamento é obtido do Ministério da Saúde (o orçamento, que tem de ser aprovado todos os anos, inclui uma parcela para o funcionamento do grupo).

No entanto, nada impede o GTT de procurar outros apoios, tais como os concursos da Direcção-Geral das Artes, do PARTIS (Gulbenkian), Câmara Municipal de Lisboa ou Junta de Freguesia de Alvalade. Obviamente, nesses concursos, o GTT candidata-se como outra estrutura qualquer. O projeto é avaliado de acordo com os critérios definidos pela

entidade e pode ser aprovado ou rejeitado, tal como acontece a todas as outras estruturas que se candidatem a esse apoio.

Previamente à existência do Programa Arte e Saúde Mental da DGARTES, nos anos 90, o GTT realizou várias candidaturas aos apoios pontuais desta entidade, mas nunca recebeu apoio. Isto porque, naquela época, não consideraram que o Grupo de Teatro Terapêutico fosse um grupo da área da cultura, porém da área da saúde; apesar do GTT sempre ter tido profissionais das artes a trabalhar com o grupo.

Sugestões de combate ao estigma associado à doença mental

De acordo com os técnicos, a base do estigma são os problemas de preconceitos, a categorização social e a normalização do estigma e da discriminação. A chave para unir as classes e combater o estigma é a informação; não só a aquisição de conhecimento, mas também a avaliação da origem do preconceito. Atualmente, existe mais acesso à informação e, consequentemente, mais conhecimento sobre o tema, mas é necessário saber filtrar a informação; é de extrema importância selecionar informação correta e adequada e integrá-la no dia-a-dia.

Nesta linha de pensamento, os membros do Grupo de Teatro Terapêutico deram várias sugestões para que a doença mental seja um tema enfrentado com abertura e conhecimento

“Programas de sensibilização. (...) campanhas mais coordenadas e integradas a sensibilizar, se calhar, nas escolas, nas universidades, com palestras. Começar nas escolas, com os mais pequenos.” (M., 2023);

“As pessoas simplificarem a informação – não é banalizarem – mas para que seja mais acessível; e não só ir às escolas – que claro, é de pequenino que se torce o pepino – e muitas vezes são os miúdos e os jovens que levam as informações para casa, para os pais, mas realmente é...se tornar mais acessível a uma larga franja da população (...)” (R., 2023);

“Participar em eventos, também.” (P., 2023);

“(...) os media, e o cinema, os filmes e as séries também podem ter um bom papel de destigmatização; e isso tem sido feito já. A doença bipolar, a esquizofrenia não tanto, mas a doença bipolar aparece em alguns personagens já...que são...que são amigáveis, que são amorosos, que são engraçados e que estão perfeitamente integrados na sociedade e têm uma vida normal e, portanto, já há alguma simpatia por parte do espectador quando vê e sabe, mas são filmes americanos.” (M., 2023).

Uma sugestão implícita – considerada, neste estudo, a mais importante – é a de convidar a sociedade a conhecer o Grupo de Teatro Terapêutico, a assistir às peças que apresentam e, principalmente, a compreendê-lo como organização artística, composta por atores, e não como um grupo que se destina a entreter utentes

“(...) nós fazemos peças de teatro. Não é entretenimento, mas é oferecer peças de teatro bem construídas, bem feitas, bem interpretadas, com muito trabalho em cima – muito trabalho mesmo – e com esforço e honestidade.” (MJ., 2023).

Conclusão

Ao longo desta investigação surgiram algumas dificuldades que devem ser mencionadas. A dimensão ética envolvente ao trabalho foi sempre cumprida e respeitada, o que se verificou num moroso processo burocrático de autorizações por parte do hospital. Metodologicamente, o método *focus group* foi o mais adequado, no entanto, a transcrição dos dados recolhidos – tal como previu a literatura – revelou-se um processo muito longo.

Conclui-se, de antemão, que a saúde mental é parte integrante da saúde pública. Em primeiro lugar, a própria definição de saúde, proposta pela WHO, engloba tanto a saúde física como a saúde mental. Em segundo lugar, o encerramento dos hospitais psiquiátricos propõe a integração de cuidados de saúde mental nos hospitais centrais. Em terceiro lugar, o desenvolvimento de serviços comunitários destinados à promoção da saúde mental oferece, à população, a proximidade a cuidados de saúde mental.

Descobriu-se que parte do estigma associado às perturbações mentais provém dos próprios profissionais de saúde mental, de modo que é necessário que a educação e consciencialização para esta questão seja também – e principalmente – feita em contexto hospitalar. As medidas de promoção de saúde mental – cuidados de saúde mental integrados nos cuidados de saúde pública, maior acessibilidade aos cuidados de saúde mental, etc. – são também medidas de promoção da saúde pública, ou seja, o investimento na saúde mental promove a saúde pública.

Compreendeu-se que outra medida de promoção da saúde mental é a arteterapia, uma vez que, através da arte, pessoas com experiência na doença mental envolvem-se num processo terapêutico. Seja através do teatro, da música, da dança, das artes plásticas e visuais, o trabalho artístico serve e facilita – paralelamente à medicação – o processo de cura. Porém, é imprescindível o acompanhamento dos indivíduos, tanto de profissionais da área da saúde, como de profissionais da área da cultura.

A presente dissertação procurou compreender como se desenvolve o processo terapêutico através do teatro no GTT, bem como expor as dimensões centrais – na perspetiva do GTT – do processo de arteterapia. No Grupo de Teatro Terapêutico é utilizada uma metodologia que se foi desenvolvendo pelo próprio grupo, na qual toda a equipa participa no processo criativo. Desde a escrita do texto à apresentação da peça,

ninguém fica de fora. Até mesmo na apresentação das peças teatrais, o GTT envolve o público através das conversas pós-espétáculo que existem desde 68.

As sessões do GTT variam entre terapia verbal (conversas em grupo, partilha de experiências), dança terapia e exercícios teatrais. No Grupo de Teatro Terapêutico a arteterapia é praticada em grupo e essa união transparece nos testemunhos de qualquer um dos atores-utentes, bem como na perspetiva dos encenadores. As dimensões centrais do trabalho desenvolvido – perspetivadas tanto pelos atores como pelos técnicos – são: a dualidade da arteterapia, o papel que cada um tem dentro do grupo (ou seja, a individualidade dentro da coletividade), o respeito, a realização pessoal e grupal, a partilha de experiências, a entreajuda e a rede de confiança.

Todas as dimensões percebidas através dos testemunhos dos entrevistados são automaticamente entendidas por qualquer pessoa que acompanhe, de perto, o grupo e as suas dinâmicas. Observa-se também o profissionalismo e a qualidade do seu trabalho artístico, pelas regras teatrais que o grupo cumpre, partilhadas por outros grupos de teatro profissionais. Paralelamente, a terapêutica está sempre presente, pois a terapeuta Isabel acompanha todo o processo artístico e atenta todas as dificuldades sentidas pelos atores, fornecendo o apoio e suporte nos momentos de maior fragilidade.

O GTT não só é um projeto que promove a saúde mental, como também é um exemplo empírico do combate ao estigma. Isto porque, associando doença mental, terapia e teatro, apresenta o seu trabalho fora do hospital, a uma sociedade onde o estigma associado às perturbações mentais está enraizado há vários séculos. A realização de espetáculos de teatro criados, projetados e apresentados de forma exímia pelos atores é uma afirmação das suas competências artísticas e comprova que as capacidades das pessoas com doença mental não se extinguem após o diagnóstico; pelo contrário, através da arteterapia, as habilidades destes indivíduos podem ser potencializadas.

Por fim, conclui-se que o estigma tem uma génesis histórica e estrutural que assenta no desconhecimento e na desinformação. Todas as medidas de promoção de saúde mental fomentam o combate ao estigma e, portanto, é essencial reservar este último parágrafo à principal sugestão – proveniente tanto da literatura como dos testemunhos do GTT – para que a doença mental seja um tema enfrentado com maior abertura e conhecimento. No combate ao estigma é necessário formar e informar a sociedade através de, entre outras,

campanhas de sensibilização que tenham apoio dos *media* e utilizem não só uma linguagem simplificada, como também informações corretas e adequadas.

A par da formação e informação da sociedade considera-se fundamental uma característica do ser humano (dificilmente ensinada, mas possivelmente adquirida através da consciencialização proveniente da partilha de testemunhos de pessoas com experiência na doença mental) que poderá contribuir para a diminuição do estigma: a empatia, isto porque

“De médico, poeta e louco todos nós temos um pouco [Provérbio Popular], (...)” (P., 2023).

Referências Bibliográficas

- AAVV. (2006). *The Economy of Culture in Europe*. Bruxelas: KEA.
- Agenda Cultural de Lisboa. (s.d.). *Apeiron: Grupo de Teatro Terapêutico*. <https://www.agendalx.pt/events/event/apeiron/>
- Bechelli, L. & Santos M. (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gzJT55CqVnHyWTSwJM54sfr/>
- Bina, V. et al. (2012). *Project ESSnet-Culture Final Report*. Luxemburgo: Essnet-Culture e Eurostat.
- Boddy, D. (2011). *Management: an introduction* (5th edition). Pearson Education Limited.
- Bonet, L. & Schargorodsky, H. (2018). *Theatre management: models and strategies for cultural venues* (1st edition). <https://www.ub.edu/cultural/wp-content/uploads/2019/04/Theatre-mangements-PDF-Protegit-2.pdf>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th edition). Oxford University Press.
- Byrnes, W. (2009). *Management and the arts* (4th edition). Elsevier.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2020, abril). *MANICÓMIO. ARTE SEM PRECONCEITO*. <https://www.lisboa.pt/actualidade/reportagens/manicomio-arte-sem-preconceito>
- Cambridgde Dictionary. (s.d.). *psychotherapy*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/psychotherapy>
- Cambridgde Dictionary. (s.d.). *theraphy*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/therapy>
- Carvalho, A. (2019). *Autópsia sem ocorrência: edição crítica de Autópsia, de João Silva* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/39312>
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (2023). *RELATÓRIO DE GESTÃO 2022*. <https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2023/04/Relatorio-de-Gestao-CHPL-2022.pdf>

Costa, R. (2000). A arte como terapia e instrumento de integração. *A Página da Educação*, e, página nº16. <https://www.apagina.pt/?aba=7&cat=97&doc=8232&mid=2>

Direção-Geral das Artes. (2023). *APOIO ÀS ARTES*. https://www.dgarteres.gov.pt/pt/atividades/apoio_as_artes

Direção-Geral das Artes. (2023). *APRESENTAÇÃO*. https://www.dgarteres.gov.pt/pt/sobre_nos/apresentação

Direção-Geral das Artes. (2023). *MATERIAL DE APOIO - PROGRAMA DE APOIO A PROJETOS – PROCEDIMENTO SIMPLIFICADO*. <https://www.dgarteres.gov.pt/pt/node/2147>

Direcção-Geral da Saúde/OMS. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança* [The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope]. Climepsi Editores.

Ferreira, J. (2019). *O desenho em contexto de Arte-Terapia para pessoas com doença mental*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Belas Artes]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/40741>

Freire, P. (1975). *Pedagogia do oprimido*. (2ª edição) João Barroto (Ed.).

Gonçalves, S. (2012). *No Grupo de Teatro Terapêutico – Hospital Júlio de Matos* [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Teatro e Cinema]. RCIPL. <http://hdl.handle.net/10400.21/5884>

Gouveia, H. (2016). *Os Psiconautas do Imaginário Ocidental* [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/12492>

Gonzalez, A. (2016). *O Estigma das Perturbações Mentais: um Estudo Qualitativo pela Voz das Crianças*. [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/5066>

Grupo de Teatro Terapêutico. (2020). *Fundador - João Silva*. Obtido de Wix: <https://grupoteatroterapeu.wixsite.com/gttsite/fundador>

Grupo de Teatro Terapêutico. (2020). *Um pouco sobre nós*. Obtido de Wix: <https://grupoteatroterapeu.wixsite.com/gttsite/sobre>

Luís, L. (2022). *Arte-terapia no séc. XXI: um estudo exploratório sobre modelos de negócio em Portugal* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Escola das Artes]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/40852>

Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Belas Artes]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/10008>

McCarthy, K., Brooks, A., Lowell, J. & Zakaras, L. (2001). *The Performing Arts in a New Era*. RAND Corporation.

Ministério da Saúde. (2023). *DOENÇA MENTAL: HDS MOBILIZA A ARTE COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA*. <https://www.hds.min-saude.pt/doenca-mental-hds-mobiliza-a-arte-como-ferramenta-terapeutica/>

Nunes, A. (2014). *(Des)Teatralizando a Sociedade através do Teatro do Oprimido – estudo de caso do Grupo de Teatro do Oprimido ValArt*. [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/9254>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gravida.

Rocha, I. (2014). *No silêncio das palavras...o gesto consentido!* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Educação e Psicologia]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18959>

Ruquoy, D. (2005). *Situação de entrevista e estratégia do investigador*. Em Valente, G. (Ed.) *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (2^a ed., pp. 84-116). Gravida.

Salgado, B. (2020). *O impacto da prática de atividades artísticas na saúde e bem-estar subjetivo de seniores*. [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/21521>

Schwab, K., Malleret, T. (2020). *COVID-19: THE GREAT RESET*. World Economic Forum.

Serviço Nacional de Saúde. (2023, agosto). *Nova Lei de Saúde Mental*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/08/19/nova-lei-de-saude-mental/>

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *INSTITUIÇÃO*. <https://www.chpl.min-saude.pt/instituicao/hospital-julio-de-matos/>

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Núcleos de Intervenção Comunitária*. <https://www.chpl.min-saude.pt/ambulatorio/estruturas-comunitarias/informacao/>

SNS 24. (2023, maio). *SAÚDE MENTAL Depressão*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/#o-que-e-a-depressao>

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. (s.d.). *CONSULTAS* <https://arte-terapia.com/consultas/>

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. (s.d.). *HISTORIAL* <https://arte-terapia.com/historial/>

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. (s.d.). *O que é Arte-Terapia?* <https://arte-terapia.com/o-que-e-arte-terapia/>

Torres, J. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental: Estudo-Piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades de intervenção relativas a questões de saúde mental, junto de jovens do 8º ano de escolaridade*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/23858>

World Health Organization. (2022, junho). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (2022, junho). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.

Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th edition). Basic Books.

Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods* (3^a ed.). Sage Publications.

Fontes:

Agência Lusa (20 de agosto de 2023). *Lei de Saúde Mental entra hoje em vigor e permite libertar 46 inimputáveis*. Obtido de Observador: <https://observador.pt/2023/08/20/lei-de-saude-mental-entra-hoje-em-vigor-e-permite-libertar-46-inimputaveis/>

Agência Lusa (3 de novembro de 2005). *Governo pondera fim do Hospital Júlio de Matos ou Miguel Bombarda*. Obtido de RTP Notícias: https://www.rtp.pt/noticias/pais/governo-pondera-fim-do-hospital-julio-de-matos-ou-miguel-bombarda_n19763

Calheiros, I., Carvalho, A., & Vicente, A. (26 de maio de 2023). Entrevista aos técnicos do Grupo de Teatro Terapêutico. (M. Leitão, Entrevistador)

Capucho, J. (3 de maio de 2018). “*A arte é uma terapia. Até é mais, abre a porta para o mundo*”. Obtido de Diário de Notícias: <https://www.dn.pt/portugal/a-arte-e-uma-terapia-ate-e-mais-abre-a-porta-para-o-mundo-9301671.html>

Carvalho, C. (23 de setembro de 2022). *Suicídio aumenta em 2021 e aproxima-se de máximo de há quatro anos*. Obtido de Observador: <https://observador.pt/2022/09/23/suicidio-aumenta-em-2021-e-aproxima-se-de-maximo-de-ha-quatro-anos/>

Freire, M. (19 de agosto de 2023). *Nova lei da saúde mental: o fim dos casos “impensáveis” a nível dos direitos humanos*. Obtido de SIC Notícias: <https://sicnoticias.pt/especiais/saude-mental/2023-08-19-Nova-lei-da-saude-mental-o-fim-dos-casos-impensaveis-a-nivel-dos-direitos-humanos-2af16dd0>

Frias, R. (10 de setembro de 2021). *Em Portugal, suicidam-se três pessoas por dia. Vamos falar sobre isso?* Obtido de Diário de Notícias: <https://www.dn.pt/sociedade/em-portugal-suicidam-se-tres-pessoas-por-dia-vamos-falar-sobre-isso-14106005.html>

Governo da República Portuguesa. (19 de agosto de 2023). Nova Lei de Saúde Mental: perguntas e respostas. Obtido de PORTUGAL.GOV.PT: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-lei-de-saude->

mental#:~:text=A%20Lei%20de%20Saúde%20Mental%20dispõe%20sobre%20a%20definição%2C%20os,e%20da%20autonomia%20destas%20pessoas

Membros Anónimos do GTT. (11 de agosto de 2023). Entrevista aos atores-utentes do Grupo de Teatro Terapêutico - 2^a parte. (M. Leitão, Entrevistador)

Membros Anónimos do GTT. (9 de agosto de 2023). Entrevista aos atores-utentes do Grupo de Teatro Terapêutico - 1^a parte. (M. Leitão, Entrevistador)

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022, março). *Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.* <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e->

Legislação:

Lei n.º 35/2023 do Ministério Público. (2023). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, nº55. (2023-07-21).

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Lei n.º 36/98 do Ministério Público. (1998). Diário da República: I Série-A, nº169 (1998-07-24), 3544-3550. <https://files.dre.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>

Anexo I

Guião da entrevista aos responsáveis pelo GTT

Entrevista realizada a André de Carvalho, António Vicente e Isabel Cristina Calheiros a 26 de maio de 2023, presencialmente.

1. Quais as diferenças e quais as semelhanças entre encenar peças com atores-atores e atores-utentes?
2. Saúde e doença mental: qual a importância de serem faladas em sociedade?
3. O que aprendem com os atores-utentes?
4. O que é que eles aprendem convosco?
5. O que é arte como terapia (neste caso, teatro como terapia)? Confronto com afirmação do MANICÓMIO: o que fazem não é terapia porque não leem fichas clínicas.
6. Ensaios versus espetáculos ao vivo: qual o mais terapêutico?
7. Como se gera o nervosismo e ansiedade antes dos espetáculos?
8. As peças estão sempre esgotadas (existe até lista de espera). Porque não fazem mais datas?
9. Consideram que as peças são também terapia para o público?
10. Estigma associado às doenças mentais: está a diminuir? O covid-19 alterou algo?
Através de que meios podemos sensibilizar a sociedade para o assunto?
11. A mensagem que interpretei da peça foi: os opressores eram a doença mental, os oprimidos os utentes e, no final, houve a libertação através da arte (o teatro). Qual a mensagem que queriam transmitir?
12. O real, orgânico e imperfeito: o esquecimento das falas durante a peça.
13. Quem sustenta este projeto? Para onde vão as receitas dos espetáculos? Os atores-utentes recebem algum valor monetário?

Anexo II

Guião da entrevista aos atores-utentes

Entrevistas realizadas aos membros do Grupo de Teatro Terapêutico a 9 de agosto de 2023 (1^a parte – até à questão nº13, inclusive) e a 11 de agosto de 2023 (2^a parte – a partir da questão nº14, inclusive), presencialmente.

1. O APEIRON foi o primeiro espetáculo em que participaram?
2. O que vos levou a aderir ao grupo?
3. Quais são os aspetos mais positivos de participar no grupo? E aqueles menos positivos ou mais difíceis?
4. Qual a mensagem que acham que a peça pretende transmitir?
5. A criação da peça inclui contributos de cada um: frases, ideias, propostas. Podem contar como alguns dos principais elementos encenados nasceram durante os ensaios?
6. De que modo é que cada um se revê na peça e no texto?
7. Que dinâmicas dos ensaios são mais importantes na preparação de cada um de vocês? Porquê?
8. Quais são os maiores desafios dos ensaios em grupo para cada um de vocês?
9. Com a aproximação da estreia como lidam em grupo com os preparativos, os nervos e a possibilidade de existirem problemas em palco?
10. Porque é que é importante, para vocês, a exibição num teatro da cidade? (ou seja, fora do hospital) O que isso vos transmite?
11. Como se sentiram depois da estreia?
12. Como se sentiram uma semana após todas as apresentações?
13. Qual o balanço que fazem, como atores, depois das vossas representações? Quais são os principais resultados para o grupo? Existiram imprevistos e lições que aprenderam a partir desta experiência?
14. Na vossa opinião, existe estigma associado à doença mental? De que modo é que este grupo de teatro lida com isso e contribui para o minimizar?
15. As sessões (quer sejam ensaios, terapia de grupo ou dança terapia) são uma atividade importante na vossa semana? Porquê? O que vos motiva a comparecer?

16. E o teatro em si, também é importante? Quais são os efeitos que esta arte tem na vossa vida?
17. Como é que ser parte do grupo influencia o resto da vossa vida, em vários contextos – família, amizade, profissional?
18. Como foi a aceitação da vossa própria doença? Foi necessário quebrar algum tipo de estigma na vossa própria cabeça?
19. Quais pensam ser os efeitos que assistir à vossa peça causa nos públicos?
20. O que deveria ser feito, e por quem, para que a saúde e a doença mental fossem temas enfrentados com abertura e conhecimento na sociedade?